



HAL
open science

L'interculturalité selon Evo Morales : vers l'émancipation des mères quechuas et aymaras ? Devenir mère entre les médecines occidentale et traditionnelle des Andes boliviennes

Victoria Andréa Gallion

► To cite this version:

Victoria Andréa Gallion. L'interculturalité selon Evo Morales : vers l'émancipation des mères quechuas et aymaras ? Devenir mère entre les médecines occidentale et traditionnelle des Andes boliviennes. Science politique. 2020. dumas-03800145

HAL Id: dumas-03800145

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03800145>

Submitted on 6 Oct 2022

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

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

Victoria Andréa GALLION

**L'INTERCULTURALITE SELON EVO MORALES :
VERS L'EMANCIPATION DES MERES QUECHUAS
ET AYMARAS ?**

**Devenir mère entre les médecines occidentale et
traditionnelle des Andes boliviennes**

Année 2019-2020

Master études internationales et européennes – Parcours Amérique latine

Sous la direction de Ewa BOGALSKA-MARTIN

Victoria Andréa GALLION

**L'INTERCULTURALITE SELON EVO MORALES :
VERS L'EMANCIPATION DES MERES QUECHUAS
ET AYMARAS ?**

**Devenir mère entre les médecines occidentale et
traditionnelle des Andes boliviennes**

Année 2019-2020

Master études internationales et européennes – Parcours Amérique latine

Sous la direction de Ewa BOGALSKA-MARTIN

SOMMAIRE

PARTIE I : LA POLITIQUE D'INTERCULTURALITE DE L'ETAT PLURINACIONAL DE BOLIVIE, L'EMANCIPATION PAR LA DECOLONISATION 12

CHAPITRE 1. L'IDEOLOGIE POLITIQUE D'EVO MORALES AU SERVICE D'UNE EMANCIPATION DES MINORITES ORIGINAIRES.....	12
1.1 <i>L'interculturalité, l'incarnation d'une volonté politique de libération.....</i>	12
1.1.a Le Movimiento al Socialismo, une gauche anti-impérialiste	12
1.1.b Evo Morales, un président indigène et indigéniste	13
1.1.c Une inclusion des femmes dans un nouveau projet : vers un gouvernement plus égalitaire ?	14
1.2 <i>Un nouvel Etat Plurinational inclusif : un cadre légal protégeant la santé maternelle</i>	18
1.2.a Une nouvelle Constitution pour une protection des droits de la population indigène	18
1.2.b Une protection de la santé sexuelle afin de réduire les inégalités	19
1.2.c Le Plan National de Développement « Bolivie digne, souveraine, productive et démocratique pour le Bien Vivre » de 2006 à 2011	20
1.3 <i>Un renouveau ministériel au service la politique d'interculturalité</i>	21
1.3.a Le vice-ministère de la médecine traditionnelle et de l'interculturalité	21
1.3.b Le Registre Unique de Médecine Traditionnelle Ancestrale Bolivienne.....	23
1.3.c Le Service National de la Femme et de la Dépatriarcalisation Ana María Romero.....	23
CHAPITRE 2. LA SANTE FAMILIALE COMMUNAUTAIRE INTERCULTURELLE	25
2.1 <i>Le Système Unique de Santé, un accès à la santé publique et gratuite pour tous et toutes</i>	25
2.1.a Les objectifs du Ministère de la Santé dans la poursuite de la décolonisation.....	25
2.1.b Le fonctionnement du Système Unique de Santé (SUS)	26
2.1.c Une prise en charge médicale divisée en trois niveaux, source d'inégalités	28
2.2 <i>Les principes fondamentaux de la santé interculturelle.....</i>	29
2.2.a L'interculturalité comme garantie de respect de valeurs ancestrales	29
2.2.b Les quatre principes fondateurs de la santé interculturelle	30
2.2.c Le Bien Vivre appliqué à la santé	30
2.3 <i>Des soins médicaux accessibles aux communautés rurales.....</i>	31
2.3.a Une complémentarité entre médecines traditionnelle et académique	31
2.3.b Mi Salud, une initiative pour pallier les inégalités touchant le milieu rural.....	32
CHAPITRE 3. CONTROLER OU PROTEGER LA MATERNITE, UN ROLE D'ETAT.....	34
3.1 <i>Le Seguro Universal Materno Infantil (SUMI).....</i>	34
3.1.a La loi 2426 : la première version du SUMI	34
3.1.b L'unité de nutrition de la SAFCI.....	35
3.2 <i>Le Bono Juana de Azurduy (BJA), une aide sous conditions strictes</i>	37
3.2.a Les objectifs du Bono Juana de Azurduy.....	37
3.2.b Le BJA ou comment conditionner la maternité par l'intervalle génésique	38
3.2.c Le programme mère-enfant pour réduire les inégalités d'accès à la santé et contrôler la prise en charge médicale	38
3.3 <i>Le Subsidio Universal Por la Vida, une alimentation fournie par l'Etat.....</i>	39
3.3.a Objectifs du décret N°2480	39
3.3.b Contenu du Subsidio Universal por la Vida	41
3.3.c Conditionner la santé alimentaire	41

PARTIE II : UNE SANTE GENESIQUE ENTRAVEE PAR UNE IDEOLOGIE INDIGENISTE 43

CHAPITRE 1. INDIGENISER LES FEMMES AUTOUR DE PRINCIPES CULTURELS NORMATIFS.....	43
1.1 <i>Conception culturelle de la maternité au sein de la communauté : essentialisation du rôle de mère</i>	44
1.1.a Analogie entre la femme et la Pachamama au devoir de reproduction	45
1.1.b La famille, noyau central de la communauté.....	46
1.1.c L'awayo, un devoir exclusivement féminin de protection de l'enfant	47
1.2 <i>Rôle de transmission culturelle : quand enfanter est un devoir politique et communautaire</i>	49
1.2.a Renforcer une identité culturelle par la maternité.....	50
1.2.b Le rôle de transmission culturelle : du devoir d'enfanter et d'assurer le futur de la communauté.....	51
1.2.c Devenir mère par la contrainte physique et morale.....	52
1.3 <i>La maternité, une problématique fondamentalement de genre</i>	53
1.3.a Jugement autour de la non-maternité.....	53
1.3.b Méconnaissance des droits des femmes : la maternité, facteur de discrimination	54
1.3.c Assignation genrée des rôles liée à la maternité	55
CHAPITRE 2. UNE MATERNITE ENCOURAGEE EN DEPIT D'UNE CONTRACEPTION CULTURELLEMENT	
INACCESSIBLE.....	56
2.1 <i>Une contraception tabou au sein de la communauté</i>	56
2.1.a Préjugés autour de la contraception	57
2.1.b Domination masculine sur la santé reproductive et sexuelle	58
2.1.c Inégalités des caractéristiques de la natalité en milieu rural	59
2.2 <i>Des droits reproductifs bafoués par l'Etat Plurinational de Bolivie</i>	59
2.2.a Condamnation pour stérilisation forcée par la Cour Internationale des Droits de l'Homme : le jugement du 30 novembre 2016.....	59
2.2.b L'abstinence, un moyen de contraception inégalement mis en valeur.....	60
2.2.c « Ta vie, ton droit, ta décision » : une initiative gouvernementale récente pour l'accès à la contraception.....	61
2.3 <i>Un avortement illégal</i>	63
2.3.a Législation et abus de langage	63
2.3.b Un avortement condamné par l'Etat et l'Eglise	63
2.3.c Un avortement culturellement condamné	64
CHAPITRE 3. MORTALITE MATERNELLE, VIOLENCES OBSTETRIQUES ET GYNECOLOGIQUES : UNE SANTE	
MATERNELLE LIMITEE PAR DES POLITIQUES PUBLIQUES DERISOIRES	65
3.1.a Cadre conceptuel	65
3.1.b Un fonctionnement des politiques publiques de santé inadéquat.....	66
3.1.c Une profonde méfiance envers l'hôpital public	67
3.2 <i>Quand l'attachement à la médecine traditionnelle est un facteur de risques</i>	68
3.2.a L'accouchement à domicile avec une partera, un choix à risques.....	68
3.2.b La médecine traditionnelle comme facteur de risques lors de l'accouchement	69
3.2.c Une prise en charge médicale en hôpital culturellement distante	70
3.3 <i>Absence de consentement</i>	70
3.3.a Abus du personnel de santé et non-respect de l'intégrité physique.....	70
3.3.b Discrimination anti-indigène	71
3.3.c Une liberté de choix limitée par une intégrité physique non garantie.....	72

INTRODUCTION

A l'élection du président socialiste d'origine indigène Evo Morales en 2006, une Assemblée Constituante est chargée de réformer la Constitution du pays. Sa volonté d'inclusion des peuples indigènes se concrétise par la création de l'Etat Plurinational de Bolivie en 2010, reconnaissant l'existence de 36 nations et peuples originaires dont la majorité vit en milieu rural. Sa communication politique est basée sur une lutte libératrice de toute oppression notamment impérialiste et néo-coloniale pour ainsi garantir le bien vivre des citoyen.nes et tout particulièrement de la population indigène.

Cet objectif est en grande partie incarné par la mise place du Système Unique de Santé et le modèle de Santé Familiale Communautaire Interculturel afin de « mettre fin à l'exclusion et réduire les barrières culturelles séparant les services de santé de la population¹». Le vice-ministère de la Médecine Traditionnelle et Interculturelle est alors créé au sein du Ministère de la Santé avec deux principes fondamentaux : l'interculturalité et l'intraculturalité. Ils sont respectivement définis comme la reconnaissance des savoirs ancestraux et la revitalisation de l'identité culturelle des peuples originaires paysans.

Le Ministère de la Santé (Ministerio de Salud ou MINSa) mène alors des politiques publiques et instaure des réformes spécifiquement destinées aux femmes enceintes. La Bolivie est le pays avec le plus haut taux de mortalité infantile de la région d'Amérique latine hispanophone s'élevant à 155 morts pour 100 000 naissances en 2017². Afin de pallier ce problème, le gouvernement crée le « Bono Juana de Azurduy » en 2009, une aide économique bénéficiant aux mères en situation précaire.

¹ Présentation, Ministère de la Santé (Ministerio de Salud) <https://www.minsalud.gob.bo/viceministerios/vice-medicina-tradicional>. Consulté le 27/04/2020

² « Amérique latine et Caraïbe : ratio de mortalité maternelle selon les estimations du Groupe inter-agences pour l'estimation de la mortalité maternelle (MMEIG) », Observatoire de l'Égalité des Genres, Organisation des Nations Unies, 2017. Consulté le 26/04/2020

En 2016, l'Enquête sur le Taux et des Caractéristiques de la Violence Contre les Femmes menée par l'Institut National de Statistiques (INE) bolivien révèle que 68,3% des femmes ayant eu recours à des soins dans un établissement de santé publique ont subi des violences psychologiques ou obstétriques. 55,3% des femmes habitant en milieu rural ont accouché à domicile contre 16,5% en ville. Cela suppose alors deux problématiques auxquelles font face les mères indigènes : l'accès réduit aux soins en hôpital et l'irrespect de leur intégrité par le corps médical. Cependant, cela contraste avec l'ambition socialiste d'Evo Morales qui fait de la population indigène un public prioritaire pour l'amélioration de leur protection constitutionnelle, médicale et leur valorisation sociale.

En plus d'inégalités en termes de protection de santé, ces femmes d'origine paysanne vivent dans un fonctionnement communautaire dont l'organisation sociale se base sur des principes ancestraux incluant un système d'autorité propre. Celle-ci régit chaque étape de la vie des habitant.es dont la maternité, représentative de coutumes notamment autour de la santé maternelle et reproductive. Face à la médecine moderne, elles tentent de sauvegarder leur médecine traditionnelle. Les mères boliviennes, au travers de leur maternité, évoluent donc selon un système de valeurs traditionnelles et un système de santé publique. A cette double sujétion s'ajoute celle vécue dans un contexte domestique.

Grâce à une étude de la population féminine de La Paz et d'El Alto, la docteure en sociologie Virginie Rozée soutient dans un article de 2008 que les femmes boliviennes n'ont pas de pouvoir de décision sur leurs vies sexuelles et reproductives à cause de trois facteurs : les dominations socio-politiques, culturelles et médicales.

Dix années après la création de l'Etat Plurinational de Bolivie, la politique d'interculturalité d'Evo Morales peut-elle garantir la santé génésique des femmes indigènes ?

Dans ce mémoire, nous utiliserons la définition de la santé génésique de l'Organisation Mondiale de la Santé donnée il y a environ 25 ans. L'intérêt de prendre celle-ci comme base d'analyse est d'analyser l'émancipation selon plusieurs caractéristiques comme la santé mentale et physique, le droit à la contraception comme à la procréation.

Par santé en matière de reproduction, on entend le bien-être général, tant physique que mental et social, de la personne humaine, pour tout ce qui concerne l'appareil génital, ses fonctions et son fonctionnement et non pas seulement l'absence de maladies ou d'infirmités. Cela suppose donc qu'une personne peut mener une vie sexuelle satisfaisante en toute sécurité, qu'elle est capable de procréer et libre de le faire aussi souvent ou aussi peu souvent qu'elle le désire. Cette dernière condition implique qu'hommes et femmes ont le droit d'être informés et d'utiliser la méthode de planification familiale de leur choix, ainsi que d'autres méthodes de leur choix de régulation des naissances qui ne soient pas contraires à la loi, méthodes qui doivent être sûres, efficaces, abordables et acceptables, ainsi que le droit d'accéder à des services de santé qui permettent aux femmes de mener à bien grossesse et accouchement et donnent aux couples toutes les chances d'avoir un enfant en bonne santé. (OMS, Rapport de la Conférence Internationale sur la Population et le Développement, Le Caire, 1994)

La maternité sera étudiée selon la vision de la sociologue Yvonne Knibiehler qui la définit comme « une construction sociale, définie et organisée par des normes, selon les besoins d'une population donnée à une époque donnée de son histoire ».

La méthode choisie pour ce travail est majoritairement qualitative, bien que nous aurons recours à des données quantitatives pour appuyer les résultats tirés des enquêtes par entretien. Afin de recueillir des interprétations différentes et représentatives de la société bolivienne dans sa globalité, plusieurs profils seront interrogés. Premièrement, des femmes mères ou non et mariées ou non répondront à des questions adaptées à leur profil avant de les laisser s'exprimer librement sur le sujet. Cela permettra de donner la parole prioritairement aux concernées et de mieux saisir l'enjeu de l'enquête. De plus, des hommes pères ou non et mariés ou non répondront aux mêmes questions que les femmes afin de comparer leur vision de la maternité.

Dans l'optique d'une étude de cas, l'analyse portera sur les peuples indigènes de la région – dit « departamento » selon le découpage territorial bolivien – de La Paz car celle-ci enregistre le plus fort pourcentage de violences envers les femmes (cf. annexe 1). Avec 450 000 femmes habitant en milieu rural, elle est également la région où elles sont le plus nombreuses, quasiment le double des autres régions les plus peuplées comme Cochabamba ou Santa Cruz. La Paz combine la présence des deux nationalités indigènes majoritaires du pays : les Quechuas et Aymaras. Ils représentent respectivement 44% et 41% de la population indigène entière du pays .

Ces deux groupes constitueront l'échantillon de personnes choisies pour plusieurs raisons : ils sont majoritaires donc plus facilement accessibles, possèdent un système de valeurs et de croyances très similaires, ils sont homogènes dans leur organisation sociale communautaire au-delà de la Bolivie et coopèrent en matière de médecine ancestrale.

En ce qui concerne l'Etat, nous analyserons les propos de membres du ministère du Travail, de l'Emploi et de la Justice Sociale et du Ministère de la Santé, disponibles en ligne ou récoltés par des entretiens.

Ce travail est réalisé avec l'aide de l'Université Publique de El Alto - *Universidad Pública de El Alto* (UPEA) dans le cadre d'un stage de recherche dans le département d'histoire et de sociologie. Néanmoins, au vu de la situation sanitaire, celui-ci a dû être écourté de trois mois après un rapatriement. De ce fait, les entretiens et terrains de recherche malheureusement prévus après le 21 mars, date de début du confinement en Bolivie, n'ont pas pu être effectués. Parmi ceux-ci figuraient deux terrains d'observation non participante prévus à Corapata et Copacabana toute deux dans la région de La Paz. Le choix de s'appuyer uniquement sur des entretiens semi-directifs s'est donc imposé. Cependant, il est difficile de trouver des interlocuteurs et interlocutrices qui acceptent de s'exprimer sur des sujets intimes à distance avec une personne inconnue qui se trouve à l'étranger, ou en ont les moyens techniques depuis leur communauté rurale. De plus, la Bolivie traverse une crise politique depuis novembre 2019 après la démission d'Evo Morales et il est difficile de libérer la parole au sujet de son parti politique par peur de représailles.

Tous les entretiens sont anonymisés en utilisant uniquement les initiales des personnes en question car la fiche d'autorisation de diffusion des entretiens à faire signer par les interlocuteurs a été envoyée par l'IEP le 8 juin donc après les entretiens effectués en présentiel. Au total, 7 entretiens ont été réalisés (cf. annexes 6, 7, 8, 9).

En ce qui concerne les organes d'Etat et notamment le Ministère de la Santé, seulement un entretien a pu être effectué. Il est également compliqué d'obtenir une réponse de la part de quelqu'un y travaillant car les adresses mail sont invalides et les numéros de téléphones impossibles à joindre depuis la France.

Bien heureusement, ce mémoire a été construit sur une majorité de sources primaires disponibles en ligne. La Constitution de 2009, la législation relative au Ministère de la Santé ainsi que les discours politiques durant les mandats d'Evo Morales seront des sources secondaires précieuses afin de comprendre la stratégie de gouvernance publique de la maternité. Les outils de communication gouvernementale serviront également d'appui à l'interprétation des données réunies. Ces sources couvriront la période correspondant à l'instauration de politiques interculturelles, de l'élection d'Evo Morales en 2006 à la fin de son mandat en 2019. Cela nous permettra de suivre l'évolution d'un même gouvernement et d'analyser le comportement de celui qui est à l'origine de l'Etat Plurinational supposément inclusif.

L'objectif est de contribuer aux théories existantes sur la triple discrimination ou l'intersectorialité du fait d'être femme, mère et indigène. Au lieu de dissocier ces trois conditions, l'intérêt est de les mettre en lien grâce à la maternité afin de déterminer dans quelle mesure les femmes sont victimes de subjectivation.

Dans l'idée de mener une étude à trois niveaux, nous commencerons par appréhender l'Etat comme détenteur d'un biopouvoir à travers son approche décoloniale, son cadre juridique et son système de santé publique actuels. Nous verrons ensuite au niveau local en quoi la communauté exerce un pouvoir de domination traditionnelle par la médecine traditionnelle et l'idéalisation de la maternité. Enfin, nous approfondirons l'idée d'une domination masculine au sein du foyer.

PARTIE I : LA POLITIQUE D'INTERCULTURALITE

DE L'ETAT PLURINACIONAL DE BOLIVIE,

L'EMANCIPATION PAR LA DECOLONISATION

Chapitre 1. L'idéologie politique d'Evo Morales au service d'une émancipation des minorités originaires

Dans ce chapitre, nous analyserons le potentiel pour l'émancipation des femmes indigènes de la stratégie politique d'Evo Morales afin de définir le concept d'interculturalité tel qu'il a été implémenté par son gouvernement.

1.1 L'interculturalité, l'incarnation d'une volonté politique de libération

Le 7 février 2009 naît l'Etat Plurinational de Bolivie trois années après l'élection d'Evo Morales, président du parti Mouvement Vers le Socialisme. En quoi l'idéologie politique d'Evo Morales va-t-elle dans le sens de l'émancipation des indigènes?

1.1.a Le Movimiento al Socialismo, une gauche anti-impérialiste

De son nom complet traduit en français, le Mouvement vers le Socialisme – Instrument Politique pour la Souveraineté des Peuples (MAS) naît de la mobilisation des producteurs et productrices de coca, dits *cocalero.as*. En 1997, Evo Morales arrive à la tête du parti dont il est encore président aujourd'hui. Fort de son image de dirigeant populaire grâce à son passé de militant à la Confédération Syndicale Unique de Travailleurs Paysans de Bolivie³ et de secrétaire du syndicat de producteurs de coca du département de Cochabamba, il inspire rapidement confiance à la population rurale en grande majorité indigène.

Brandissant le drapeau d'origine pré-inca nommé Wiphala, les membres et partisans du MAS œuvrent certes pour les peuples indigènes du pays mais également à l'encontre de puissances étrangères. Parmi les plus repoussées figurent les Etats-Unis, qu'ils n'hésitent

³ Confederación Sindical Única de Trabajadores Campesinos de Bolivia (CSUTCB)

pas à appeler publiquement et péjorativement *gringos*. Il est rappelé sur le site officiel du parti que leur premier logo représentait une hache, une flèche et une machette, « symbole ultime de l'expression et de la rébellion des peuples réprimés par les pays riches grâce à leur pouvoir économique comme les Etats-Unis⁴ ». Le slogan phare du MAS est aujourd'hui « Evo y Pueblo » - en français Evo et le peuple. Jouissant d'une image d'un président proche du peuple, ses partisans n'hésitent pas à l'appeler par son prénom *Evo* ou *El Evo*, comme une marque de respect.

1.1.b Evo Morales, un président indigène et indigéniste

La veille de sa première élection, le 21 janvier 2006, il reçoit le titre de Apu Wallku ou « leader suprême » par le Conseil National des Ayllus et Markas du Qullasuyu (Conomaq) à Tiwanaku en Bolivie. Ce Conseil est formé de membres de communautés indigènes Quechua et Aymara qui conservent la cosmovision et l'organisation sociale de l'empire inca pré-colombien ou Tawantinsuyu. En devenant le premier président indigène de Bolivie, il est extrêmement populaire auprès de sa communauté dont les droits ont longuement été bafoués.

Dès 2006, il convoque une Assemblée Constituante afin de rédiger une nouvelle constitution qui reflète la nouvelle identité qu'il souhaite donner au pays. Trois ans après, cette Constitution est adoptée après avoir obtenu 61,43% de votes en faveur d'un changement. Le 9 février 2009, il déclare publiquement l'entrée en vigueur de la « Constitution de l'Etat Bolivien Plurinational Unitaire » et rappelle la valeur des « héros de la résistance contre l'Etat colonial ». Celle-ci représente la métamorphose de la Bolivie qui met en exergue sa multiculturalité. La première partie de la Constitution est dédiée à la reconnaissance des indigènes dont le droit à l'auto-détermination et au gouvernement autonome est intégré. Un système judiciaire indigène paysan est créé et le droit à la terre est mis en avant. De plus, un quota de parlementaires indigènes est garanti.

Malgré ces réformes novatrices, Evo Morales n'est pas infaillible. Il est évident que sa présidence est un grand pas en avant pour la population indigène de Bolivie mais elle peut également être critiquée de par son aspect revanchard et trop indigéniste, susceptible d'attiser

⁴ <http://www.masipsp.bo/index.php/historia>

les tensions raciales plutôt que de les apaiser. De plus, sa proximité avec Hugo Chavez, président corrompu et cupide, lui vaut certaines critiques et sème le doute quant à l'honnêteté de son discours. Lors de son discours de promulgation de la nouvelle Constitution Politique de l'Etat le 7 février 2009, le président Evo Morales la présente comme une victoire dans un esprit de revanche après « 500 ans de rébellion, d'invasion et de pillage permanent » et « après 180 années de résistance contre un Etat colonial ». Sa rédaction naît de « la participation du mouvement indigène » inspirée par leurs « ancêtres » et « la lutte de nos frères indigènes. » Dès ses premiers mots, il met un point d'honneur à reconnaître les racines précoloniales d'une Bolivie comme délivrée. Deux concepts nés du monde académique transparaissent dans son discours : le décolonialisme et l'indigénisme.

Vêtu de manière traditionnelle devant le drapeau de l'empire Inca sur les ruines du site archéologique pré-colombien Tiahuanaco, Evo Morales affirme que « la pauvreté est le produit de la colonisation » lors de son discours de prise de pouvoir à l'aube de son dernier mandat de 2015 à 2020. Dans l'esprit décolonial de la politique d'Evo Morales, il souhaite un renversement de la tendance en faveur des peuples indigènes qui récupèreraient un pouvoir perdu. Il est lui-même d'origine Aymara, le majeur groupe ethnique originaire de Bolivie équivalant à 42,4% de la population en 2012⁵. Il soigne son image d'indigène issu du milieu rural, rappelant son passé au sein de syndicats de *cocaleros* et gagne facilement en popularité auprès des populations indigènes majoritairement paysannes.

1.1.c Une inclusion des femmes dans un nouveau projet : vers un gouvernement plus égalitaire ?

Lors de sa campagne, l'inclusion des femmes paraît faire partie des préoccupations d'Evo Morales et de son parti Movimiento al Socialismo – Mouvement Vers le Socialisme (MAS). Il délègue ses discours décoloniaux au niveau local à des syndicats de femmes notamment productrices de coca. Ces organisations de « cocaleros » dont lui-même faisait partie comme La Fédération des Travailleurs Paysans du Tropique - *Federación de*

⁵ Principales resultados del censo nacional de población y vivienda 2012, Estado Plurinacional de Bolivia

*Trabajadores Campesinos del Trópico*⁶ agissent dans des milieux ruraux et indigènes, normalement peu impliqués en politique. Leonilda Zurita, alors candidate en tant que sénatrice suppléante au MAS et membre de la Fédération Paysanne de Femmes du Tropic de Cochabamba - Federación Campesina de Mujeres del Trópico (FECAMTROP) est chargée d'enseigner au village comment voter pour Evo Morales, pour ceux et celles qui ne parleraient pas espagnol ou ne sauraient pas lire. Cet effort de mener une campagne jusque dans les communautés les plus reculées de Bolivie peut-être perçue comme du prosélytisme politique anti-démocratique mais pour ces votants, il est facile de croire en un futur président qui daigne venir jusqu'à eux⁷.

Evo Morales compte également sur le soutien d'un syndicat reconnu dans le pays, celui de la Confédération Nationale des Femmes Paysannes de Bolivie Bartolina Sisa (CNMCIQB-BS). En 2017, sa secrétaire générale Juanita Ancieta assure publiquement qu'après 11 ans de mandat, les femmes sont « dignes » et « respectées » grâce au président. Elle le remercie d'avoir pensé aux femmes qui « ont été oubliées par les gouvernements néolibéraux ». Elle affirme aujourd'hui être souveraines, présentes dans les grandes instances et prises en considération par les politiques gouvernementales. Selon elle, elles peuvent désormais prendre des décisions dans leur organisation ou au niveau familial, jusqu'à être définies comme « un pilier » et un « noyau central ». Elle en vient même jusqu'à affirmer que « maintenant, l'égalité des genres est respectée dans les domaines politique, économique et social ». Néanmoins, il est important de souligner que cet optimisme est lié au lien entre le MAS et la CNMCIQB-BS qui fait partie de la lutte syndicale des cocaleros. La FECAMTROP y est par exemple affiliée.

Lors d'un entretien à la Chambre des Députés, une femme Quechua membre du MAS au sein de la Commission de Politique Sociale, du Comité de l'Habitat, du Logement et des Services de Base insiste à maintes reprises sur la reconnaissance des indigènes garantie par la nouvelle Constitution. « Avant, nous étions obligés d'interdire nos coutumes, aujourd'hui, nous pouvons les transmettre » affirme-t-elle. Elle approfondit son discours lorsqu'elle est questionnée au sujet de la santé interculturelle : « peut-être que

⁶ Le mot *trópico* fait référence au *trópico* de Cochabamba, un département et une ville situés au Sud-Est de La Paz, au passé empreint d'une forte mobilisation sociale lors de la Guerre de l'Eau et où a été fondé le MAS en 1995.

⁷ LANDES, Alejandro, réal. Cocalero. Coproducción Bolivia-Argentina; Fall Line Films. 2007. Documentaire, 86 min.

puisque maintenant nous avons des droits pour les femmes enceintes, les médecins vont aussi dans ces lieux » (sous-entendu les communautés indigènes rurales). Le thème de la transmission culturelle est récurrent et semble être une préoccupation majeure, car « avant l'adoption de la nouvelle Constitution nous perdions notre langue, nos coutumes, mais nous redémarrons dans un processus de récupération dans les zones urbaines et rurales. » Elle se désigne elle-même comme une preuve de ces progrès « maintenant par exemple je suis habillée de manière traditionnelle, avant nous ne pouvions pas, seuls leurs costumes et leurs cravates étaient autorisées à l'Assemblée. » Ces propos véhiculent bien l'idée d'une volonté de proximité avec la population indigène et de récupération identitaire par la valorisation des cultures originaires, avec un évident mépris pour d'autres gouvernements, précédemment en Bolivie ou ailleurs, désintéressés et fréquemment décrits implicitement comme racistes ou classistes.

Cet avis est partagé par une journaliste et communicatrice sociale Quechua, ayant travaillé dans différents organes du gouvernement comme le Vice-Ministère du Genre, le Ministère du Travail dans l'Unité de Droits Fondamentaux ou le Ministère de la Transparence Institutionnelle. En tant que fervente supportrice du MAS, elle souligne d'elle-même que « depuis ces dernières années, nous avons eu l'opportunité de retrouver nos coutumes grâce à Evo Morales ». Selon elle, la discrimination existe lorsque les personnes d'origine rurale et donc bien souvent indigènes viennent en ville. « Quand tu vas à la ville, tu ne peux plus t'exprimer en quechua. Dans les écoles non plus, avec ce gouvernement qui est parti⁸ il y avait une éducation bilingue mais cela va changer ». Evo Morales incarne une figure protectrice de la population indigène, dans leur droits individuels comme dans la conservation d'un patrimoine immatériel. Nous nous intéresserons dans la suite de ce mémoire à des avis plus négatifs à propos de ce président qui fait débat et dont la politique sociale n'est pas toujours aussi complimentée.

⁸ L'auteur de ces propos fait référence à la démission d'Evo Morales le 10 novembre 2019, qui a ébranlé la Bolivie en provoquant des émeutes entre les deux camps pro et anti Morales ainsi qu'une forte répression durant plusieurs semaines et laisse encore le pays dans un flou politique au moment de l'écriture de ce mémoire.

Cette inclusion des femmes au sein du gouvernement est néanmoins à nuancer. En effet, l'entretien effectué dans le cadre de ce mémoire avec la responsable et fondatrice du domaine de genre au sein du Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Protection Sociale, elle confie avoir dû entamer une stratégie de sensibilisation et d'éducation aux problématiques d'égalité homme-femme à des collègues majoritairement masculins, blancs et âgés. Elle souligne également le problème du manque de connaissances en particulier des jeunes femmes à propos de leurs droits garantis par la Nouvelle Constitution qui n'ont pas forcément connaissance des personnes à contacter, le réflexe de le faire et la confiance nécessaire pour signaler une atteinte à leurs droits. De plus, elles ne soupçonnent pas toujours d'être victimes par exemple de harcèlement au travail et ne prennent donc pas l'initiative de se défendre ou de demander à être défendues par la loi.

Entre le MAS né de la mobilisation des producteurs de coca de Cochabamba, les organisations syndicales défendant celle-ci et le soutien des Bartolinas, il faut rappeler que l'avis des femmes indigènes sur la politique d'interculturalité est biaisée par l'affiliation politique de groupes dont elles font partie, présents dans leur quotidien ou qui gravitent autour d'elles. Nous veillerons dans ce mémoire à éclaircir le flou entre la souveraineté des peuples indigènes dans leur globalité et la souveraineté des femmes en particulier.

Le collectif anarcho-féministe Mujeres Creando (Femmes Qui Créent) dénonce par exemple l'indigénisme et le gauchisme d'être dans la même « posture phallique et patriarcale » que le néolibéralisme, insulte suprême pour le MAS qui est en totale opposition à celui-ci. Selon ces femmes qui nuancent l'aspect pacificateur et novateur qu'inspire l'ère Morales, cela crée « une confusion entre projet social et projet de pouvoir et de contrôle de la société ». Dans la deuxième partie de ce mémoire, nous remettrons plus profondément en question lesdites améliorations ventées par le MAS.

Mujeres Creando œuvre en faveur d'une décolonisation par la dépatriarcalisation, ce qui devrait favoriser une coopération avec l'Etat. Cependant, elle lui reproche un nationalisme allant dans le sens de la « rénovation patriarcale et coloniale du pouvoir, où le pouvoir s'exerce simplement avec un pauvre changement de ses acteurs ». En ce sens, ce nationalisme originaire où l'indigène construit la nation entrave l'avancée des droits des femmes qui se retrouvent bloquées dans une conception unique de ce qu'elles devraient être.

La présidente de Mujeres Creando Maria Galindo utilise le terme d'andino-centrisme⁹ dans un article publié dans le journal féministe espagnol Mujeres en Red. Il dénonce la notion de « pureté des indigènes » construisant la nation bolivienne dans une vision manichéenne des mauvais blancs contre les indigènes pacifistes alors que le machisme est un combat commun omniprésent des deux côtés. Nous approfondirons ce concept dans la deuxième partie de ce mémoire afin de questionner l'émancipation culturelle.

1.2 Un nouvel Etat Plurinational inclusif : un cadre légal protégeant la santé maternelle

1.2.a Une nouvelle Constitution pour une protection des droits de la population indigène

Le 7 février 2009 est promulguée la nouvelle Constitution par laquelle renaît la Bolivie sous la forme d'un « Etat Unitaire Social de Droit Plurinational Communautaire, libre, indépendant, souverain, démocratique, interculturel » selon l'article 1 du préambule. Cette dernière notion semble être la ligne directrice du projet d'Evo Morales, empreinte d'indigénisme. En effet, la Constitution elle-même rappelle « l'existence précoloniale » afin de justifier la protection de la « libre détermination » en mentionnant notamment la culture dès l'article 2.

Dans la partie dédiée aux droits fondamentaux, la Constitution stipule que les citoyen.nes et en particulier les femmes, sont protégées contre la violence physique, sexuelle ou psychologique dans un cadre familial ou hors de celui-ci. L'objectif de mettre fin à la violence de genre est clairement exprimée dans le but de respecter les valeurs de ce nouvel Etat étant « l'unité, l'égalité, l'inclusion, la dignité, la liberté, la solidarité, la réciprocité, le respect, la complémentarité, l'harmonie, la transparence, l'équilibre, l'égalité d'opportunités, l'équité sociale et de genre ».

⁹ GALINDO, Maria. Un análisis feminista sobre el proceso a la Asamblea Constituyente en Bolivia: Evo Morales y la descolonización fálica del Estado Boliviano. 2006. Disponible en ligne: <http://www.mujiresenred.net/spip.php?article612>. Consulté le 01/08/2020

Le quatrième chapitre dédié aux droits des nations et peuples indigènes originaires paysans précise cette préoccupation centrale en énumérant les droits inclus dans la Constitution. Pour ce mémoire, nous mettrons en valeur ceux concernant la politique de médecine interculturelle.

Il mentionne que leurs « savoirs et connaissances traditionnelles, sa médecine traditionnelle, ses langues, ses rituels, ses symboles » doivent être « valorisés, respectés et mis en valeur ». Dans le système de santé publique tel qu'il est présenté par la Constitution, il respecte « sa cosmovision et pratiques traditionnelles » tout en étant « égalitaire, intraculturel, interculturel et participatif ». L'intraculturalité est un concept intrinsèque à l'interculturalité car il incarne la valorisation des différentes cultures non-occidentales.

Selon le vice-ministère de la santé interculturelle, l'intraculturalité correspond au fait de récupérer, renforcer et revitaliser l'identité culturelle des peuples et nations indigènes originaires paysannes, des communautés interculturelles et afroboliviennes dans le droit à la santé des personnes, des familles et des communautés. »

L'interculturalité est donc un projet s'inscrivant dans une volonté d'émancipation des peuples indigènes à travers une décolonisation depuis l'Etat dont la stratégie est essentiellement de prioriser les peuples indigènes dans ses réformes. En ce sens, elle laisse imaginer qu'elle garantisse également l'émancipation des mères indigènes dans un pays fortement touché par la mortalité infantile. Nous nous servirons de ce principe pour analyser la stratégie phare du gouvernement Morales et son influence positive ou négative sur la santé maternelle des femmes indigènes.

1.2.b Une protection de la santé sexuelle afin de réduire les inégalités

Le 9 mars 2013, la loi 348 appelée « Loi intégrale pour garantir aux femmes une vie libre de violences » est promulguée. Elle protège les boliviennes contre dix-sept types de violences énumérés dans le texte de loi, dont trois qui seront analysées dans leur implémentation concrète dans le cadre de ce mémoire.

Voici une traduction littérale de l'article 7 portant sur ces différents types de violences :

- La violence envers les droits reproductifs: toute action ou omission qui entrave, limite ou altère le droit des femmes à l'information, l'orientation, la prise en charge intégrale et le traitement durant la grossesse ou la perte (d'un bébé), l'accouchement, le post-partum, l'allaitement, à décider librement et responsablement le numéro et l'espacement entre chaque enfant, à exercer une maternité sûre et à choisir des méthodes contraceptives sûres.

Cette notion de « maternité responsable » protège les mères tout en leur imposant de ne pas tomber enceinte trop vite, trop tôt, trop souvent. Nous remettons en question cette idée selon laquelle une maternité libre doit être mesurée, et où l'Etat joue un rôle intrusif. Les méthodes contraceptives citées sont également à prendre en compte dans un pays où l'avortement reste illégal sauf en cas de viol ou de danger pour la mère.

- Violence au sein des Services de Santé : toute action discriminatoire, humiliante et déshumanisante qui omet, nie ou restreint l'accès et la prise en charge efficace et immédiate et à l'information opportune de la part du personnel de santé, mettant en péril la vie et la santé des femmes.

La garantie de ce droit – également remis en question dans la deuxième partie de ce mémoire – est détaillée dans l'article 20 « Mesures dans le domaine de la santé » dans le troisième titre « Prévention, soins et protection ».

Cette loi prévoit également de promouvoir la recherche afin d'adopter une médecine non invasive, non douloureuse ni agressive. De plus, elle compte sur la participation communautaire dans les établissements de santé publique afin de veiller à la bonne application des droits qu'elle garantit.

1.2.c Le Plan National de Développement « Bolivie digne, souveraine, productive et démocratique pour le Bien Vivre » de 2006 à 2011

Selon les propos du ministre de la Planification du Développement Carlos Villegas Quiroga, le Plan National de Développement ou Plan National pour le Bien Vivre inauguré le 16 juin 2006 s'inscrit dans une volonté de révolution culturelle et démocratique. Dans le journal officiel de Bolivie, il est précisé que sa « socialisation » ou – dans des termes plus

neutres – son élaboration a été faite grâce à des ateliers à travers le pays avec la participation d'organisations sociales, indigènes, originaires, paysannes, productrices, d'entrepreneurs, de citoyens et d'académiques. Néanmoins, l'image démocratique de ce programme est à nuancer par le fait que le MAS comporte beaucoup de partisans dans ces milieux qui adhèrent religieusement à Evo Morales comme un leader à suivre dans sa volonté de rénovation de l'Etat.

Il exprime clairement faire de la population indigène sa priorité afin de les sortir de l'oppression. Dès l'introduction du plan d'action communiqué publiquement, les gouvernements néolibéraux ayant précédé celui d'Evo Morales sont critiqués pour leur incapacité à réduire la pauvreté de manière pérenne, à cause d'un « vide d'intervention publique ». Le terme de pauvreté n'est d'ailleurs pas employé si ce n'est pour critiquer des ex-gouvernements incompetents. Les termes « inégalité » et « discrimination sociale » sont alors choisis pour se différencier d'une pauvreté conceptualisée et combattue par une aide extérieure, donc perçue comme néocoloniale.

L'objectif est donc qu'un Etat souverain lutte contre l'exclusion sociale en attaquant le problème à la racine, qui est, selon l'idéologie du MAS, le colonialisme et le néolibéralisme. Les réformes que nous étudierons dans ce mémoire entrent toutes dans la stratégie et les objectifs du Plan National de Développement.

1.3 Un renouveau ministériel au service la politique d'interculturalité

1.3.a Le vice-ministère de la médecine traditionnelle et de l'interculturalité

Le vice-ministère de la médecine traditionnelle et de l'interculturalité s'inscrit au même niveau que le vice-ministère de la Santé dans la section « Planification et coordination opérative » juste avant l'exécution des programmes mis en œuvre comme le Bono Juana de Azurduy (voir annexe 2). Il a été créé en 2006 para le décret suprême N° 28 631 afin de « développer des politiques, des plans et de projets d'Interculturalité en matière de santé et de revalorisation de la Médecine Traditionnelle ».

Depuis novembre 2018, Felipe Quilla Muni est le vice-ministre de la médecine traditionnelle et de l'interculturalité. Il fait partie des Kallawayas, un peuple pour son savoir

ancestral en médecine et l'utilisation de plantes médicinales avant même la conquête des Incas en Bolivie.

Sur le site officiel du Ministère de la Santé, la fonction principale du vice-ministère qui est présentée est de mettre fin à « l'exclusion » et les « frontières culturelles qui séparent les services de santé de la population. » Il s'inscrit dans le programme du Système Unique de Santé et du modèle de Santé Familiale Communautaire Interculturelle (SAFCI) que nous verrons dans le chapitre suivant. Son but est de créer une complémentarité entre les médecines académique et traditionnelle et d'ainsi créer « un nouveau système de santé ». Il est fondé dans le cadre du Plan National pour le Bien Vivre – *Plan Nacional para el Vivir Bien* mentionné précédemment.

Le vice-ministère de médecine traditionnelle et de l'interculturalité (VMTI) repose essentiellement sur la loi 459 du 19 décembre 2013 et le décret suprême 2436 du 1^{er} juillet 2015, communément appelée Loi de Médecine Traditionnelle Ancestrale Bolivienne – *Ley de Medicina Tradicional Ancestral Boliviana*. Elle reconnaît et promeut le travail des médecins traditionnelles, guides spirituels, sages-femmes et accoucheurs tout en garantissant leurs droits mais aussi leurs devoirs.

Cette loi définit le principe fondamental du vice-ministère étant celle de l'interculturalité, dans un objectif de « pluralisme de la santé » et d' « interaction dynamique entre les cultures ». Elle définit quatorze droits :

- La pratique de la médecine traditionnelle de manière libre, sans pression ni discrimination
- Recevoir un traitement digne dans le système national de santé
- Percevoir une rétribution en espèces ou d'une certaine valeur en fonction de ses coutumes
- Le respect de ses critères pour identifier les maladies physiques et spirituelles
- Être reconnu dans l'exercice de sa pratique
- Appartenir librement à des organisations de médecine traditionnelle
- Mettre en place des centres de production de plantes traditionnelles
- Participer à la recherche scientifique et technologique en matière de santé
- Protéger les savoirs individuels et collectifs
- Être évalué avec des critères spécifiques établis par les médecins traditionnels

- La validité des certificats reçus pour les soins réalisés
- Le fonctionnement de laboratoires ancestraux, industriels et de recherche
- Le respect des croyances rituelles, de l'identité et de l'appartenance culturelle

En appliquant ces principes à la santé maternelle, ils permettraient de garantir une émancipation culturelle en ayant accès à une grossesse, un accouchement et une période post-partum en adéquation avec des valeurs essentielles que nous étudierons dans la deuxième partie de ce mémoire. Avoir accès à une médecine en accord avec sa culture serait alors une façon de pallier le risque de son extinction tout en laissant le choix libre aux femmes de bénéficier des médecines académiques ou traditionnelles comme elles le souhaitent. Si les objectifs sont louables en ce sens, son implémentation laisse à désirer. Après avoir défini la législation en vigueur, nous analyserons sa réussite sur le terrain.

1.3.b Le Registre Unique de Médecine Traditionnelle Ancestrale Bolivienne

Le Registre Unique de Médecine Traditionnelle Ancestral Bolivienne - Registro Único de Medicina Tradicional Ancestral Boliviana est le dispositif qui régit l'exercice des médecins. Dans une idée de complémentarité pacifique, elle promeut selon le Ministère de la Santé une « compétition éthique ». Elle se dirige à la population « non enregistrée » auparavant comme faisant partie des médecins du pays, ce qui octroie le droit de travailler dignement et de ce fait, de recevoir des soins protégés, répertoriés, et dans un système de santé public et gratuit.

1.3.c Le Service National de la Femme et de la Dépatriarcalisation Ana María Romero

Sous la direction du Ministère de la Justice et de la Transparence Institutionnelle et au sein du Cabinet, le Servicio Plurinacional de la Mujer y de la Despatriarcalización voit le jour par le décret n°3774 du 16 janvier 2019. Il tient son nom d'Ana María Romero de Campero, ex-ombudsman (ou Défenseuse du Peuple – *Defensora del Pueblo*) de 1998 à 2003 puis présidente du Sénat en 2010. Alors sous la présidence de Morales, il l'avait choisie pour être médiatrice de conflits sociaux entre les forces de l'ordre et les *cocaleros*.

Onze mois avant la fin de son dernier mandat autorisé par la Constitution de 2009, Evo Morales définit cette initiative comme une prise de responsabilité étatique face aux violences envers les femmes et des lois préexistantes faiblement appliquées¹⁰. Il condamne la violence envers « la sœur, la camarade » comme une manière de montrer sa proximité envers elles et de rentrer dans les codes de langage des peuples originaires des Andes qui utilisent souvent ces termes pour signifier leur bienveillance envers quelqu'un qui fait partie de sa communauté.

Nous avons fait de grands pas dans la lutte contre les violences faites aux femmes, nous avons réussi à éradiquer cette doctrine occidentale dans laquelle la femme devait être inférieure à l'homme. Il a été difficile de donner une place à la femme dans les structures politiques, mais nous avons réussi. Nous avons considérablement avancé en ce qui concerne les normes en faveur de la femme, mais j'ai l'impression que nous ne les appliquons pas. C'est une question de mentalité partant de la famille¹¹. (Morales, 26 novembre 2018)

Jouissant de son origine aymara pour rencontrer un succès auprès de la population rurale et/ou originaire, il utilise une nouvelle fois une rhétorique inspirant la proximité du peuple pour en gagner sa confiance en évoquant sa propre famille. A la fin de son dernier mandat, il affirme avoir gagné sa bataille contre l'impérialisme occidental dont le lien avec le patriarcat semble assez réducteur. Néanmoins, sa stratégie indigéniste demeure d'actualité bien que ce discours ait été critiqué sur les réseaux sociaux pour être idéaliste dans un pays où les violences envers les femmes sont loin, elles, d'être éradiquées. De plus, cette initiative a été jugée comme tardive après deux mandats.

¹⁰ Morales, Evo (EvoEsPueblo), 'Hemos dado grande pasos'. 26 novembre 2018. Disponible sur : <https://twitter.com/evoespueblo/status/1067051167950258176>

¹¹ Morales, Evo (EvoEsPueblo). 'Cumpliendo con una responsabilidad de Estado'. 26 novembre 2018. Disponible sur : <https://twitter.com/evoespueblo/status/1067051174266851335>

Chapitre 2. La Santé Familiale Communautaire Interculturelle

Dans un spot publicitaire du Ministère de la Santé à propos de la Santé Familiale Communautaire Interculturelle datant de 2016, le but présenté est « d’apporter la santé à chaque coin de Bolivie » avec un objectif « non mercantile mais socialiste » où l’important est « la personne, la famille et la communauté ». Dans ce chapitre, nous analyserons le système de santé bolivien et définirons le concept d’interculturalité tel qu’il a été appliqué dans un contexte de rénovation du système de santé publique. L’acronyme SAFCI sera utilisé pour réduire le nom complet de Santé Familiale Communautaire Interculturelle (Salud Familiar Comunitaria Intercultural en espagnol).

2.1 Le Système Unique de Santé, un accès à la santé publique et gratuite pour tous et toutes

2.1.a Les objectifs du Ministère de la Santé dans la poursuite de la décolonisation

La mission du Ministère de la Santé est – entre autre – de « réguler et d’exécuter les politiques de santé pour l’inclusion et l’accès à la santé intégrale et interculturelle pour les personnes, les familles et les communautés sans exclusion ni discrimination aucune par la participation sociale ». Ses deux bras d’action fondamentaux sont le Système Unique de Santé et la Santé Familiale Communautaire Interculturelle qui sont également présentés comme ses deux objectifs.

L’intégration de l’aspect communautaire est essentiel pour les mères indigènes dont le fait d’avoir un enfant n’implique pas seulement un changement dans sa vie personnelle et familiale mais également dans sa communauté. Dans un entretien effectué avec une femme et mère Quechua, elle explique que le terme de communauté est utilisé car « tout est en commun, alors que pour les occidentaux la vie est individuelle. La réciprocité et la solidarité sont nos valeurs. Par exemple, pour entrer dans une communauté, tu dois demander l’autorisation, tu ne peux pas y entrer comme cela ». Il est intéressant de préciser que la taille des communautés se compte non pas en personnes mais en familles, la plupart des personnes entendues en entretien donnant un nombre de familles autour de 50.

Bien que l'évolution du système de santé ait été pensée depuis 2006, ce n'est qu'en février 2019 qu'un réel système de santé publique et gratuit voit le jour. Il n'enlève pas la possibilité d'avoir recours à une assurance maladie privée mais vise les personnes ne pouvant pas en bénéficier.

2.1.b Le fonctionnement du Système Unique de Santé (SUS)

Le Système Unique de Santé – Sistema único de Salud est défini comme la garantie par l'Etat de l'accès universel, équitable et gratuit aux soins médicaux. Son fonctionnement actuel est basé sur la loi n°1152 du 20 février 2019, dont le titre est « Vers un système de santé unique, universel et gratuit ». Elle vient modifier la loi n°475 du 30 décembre 2013 concernant les « services de santé de santé intégrale ». Elle énonce treize principes en actualisant l'article 2 de la loi de 2013 :

- L'efficacité : donner une réponse efficace aux problèmes de santé ou aux situations qui influent sur le bien-être d'une population et ses individus et implique la satisfaction des patient.es, de la famille et de la communauté avec ces services.
- L'équité : l'effort collectif, social et institutionnel, pour éliminer les inégalités injustes et évitables en matière de santé, selon la diversité de capacités et de nécessités.
- La gratuité : les soins sont octroyés sans aucun paiement direct des bénéficiaires au lieu et au moment de la prise en charge.
- L'intégralité : la prise en charge de la santé est un consensus articulé et continu des actions de promotion de la santé, de prévention de la maladie, de guérison et de réhabilitation.
- L'interculturalité : le développement de processus d'articulation et de complémentarité entre différentes médecines : biomédicale, indigène originaire paysanne et autres, à partir du dialogue, de l'acceptation, de la reconnaissance et de la valorisation mutuelle de sentiments, de connaissances et de pratiques, dans le but d'agir de manière équilibrée pour solutionner les problématiques de santé.
- L'intraculturalité : la récupération, la consolidation et la revitalisation de l'identité culturelle des nations et peuples indigènes originaires paysans et afro-boliviens en matière de santé.

- L'intersectorialité : l'intervention coordonnée entre les secteurs de l'Etat et la population organisée, afin d'agir sur les facteurs économiques et sociaux qui affectent ou influencent la santé, sur la base d'alliances stratégiques et programmatiques.
- L'opportunité : les services de santé sont fournis au moment et dans les circonstances dans lesquelles la personne, la famille et la communauté en ont besoin, sans générer d'attentes ni de report non nécessaires qui pourraient leur porter préjudice, des complications ou de dommages physiques.
- La prééminence des personnes : la priorité donnée au bien-être et à la dignité des personnes et des communautés au-dessus de quelconque autre considération de l'interprétation des normes qui affectent le droit fondamental à la santé.
- La progressivité : la mise en place graduelle et progressive des services de santé que fournit le Système Unique de Santé Universel et Gratuit.
- La solidarité : la conception de la communauté bolivienne enracinée et unie, comme une seule famille, dans une coopération mutuelle et la complémentarité entre les personnes, les genres et les générations, les secteurs économiques, les régions et les communautés, pour atteindre l'exercice universel du droit à la santé et au Bien Vivre.
- L'universalité : tous les titulaires du droit à la santé doivent avoir la même opportunité de maintenir et récupérer leur santé grâce à l'accès équitable aux services que l'Etat Plurinational de Bolivie puisse offrir, dont le Système Unique de Santé, Universel et Gratuit, sans aucune discrimination ethnique, raciale, sociale, économique, religieuse, politique, d'âge ou de genre.
- L'accès universel aux médicaments et technologies de santé : la priorité de l'Etat d'assurer la disponibilité des médicaments essentiels et des technologies sanitaires adéquates, efficaces, sûres et de qualité, la bonne utilisation des prescriptions de manière rationnelle, en prenant en compte la médecine traditionnelle ancestrale bolivienne.

Cette loi prévoit également un dispositif indispensable aux communautés indigènes rurales : l'équipe mobile de santé, une équipe multidisciplinaire de professionnels et

techniciens de santé qui exercent dans les endroits reculés de Bolivie non couverts par les établissements de santé.

2.1.c Une prise en charge médicale divisée en trois niveaux, source d'inégalités

La prise en charge médicale est divisée en trois niveaux : le premier correspondant au centre de santé de proximité alors que les deuxième et troisième niveaux sont réservés aux problèmes de santé nécessitant des interventions complexes.

Selon le site officiel du MINSA, les hôpitaux du premier niveau traitent 80% des maladies. Ils sont la porte d'entrée vers le Système Unique de Santé car ces « centres de santé » de proximité sont l'endroit où l'inscription est faite. Toute nouvelle inscription dans un nouveau centre annule celle faite précédemment. Néanmoins, si une personne se dirige directement à un hôpital de deuxième ou de troisième niveau sans passer par le premier (sauf pour une raison jugée urgente) elle devra payer intégralement ses soins.

Le premier niveau représente la majorité des centres de santé du pays. Il ne permet pas de subir d'intervention chirurgicale sauf dans le cas d'une urgence.

Le deuxième niveau comporte quatre spécialités : gynécologie, maïeutique, pédiatrie, médecine interne et chirurgie. Cela signifie donc que les mères indigènes habitant en milieu rural sont lésées, car ces hôpitaux représentent moins de 20% de la totalité des centres de santé et sont centralisés en ville, difficile d'accès pour des populations disposant souvent d'aucun moyen de transport.

Le troisième niveau est dédié aux « spécialités médicales » et priorise les maladies complexes comme le cancer. C'est également le niveau qui concerne la psychologie, la tomographie mais surtout pour les mères : la banque de lait maternel. Cela implique donc une autre inégalité pour elles qui ont difficilement accès à ce service en milieu rural. De plus, la césarienne par exemple ne peut être pratiquée que dans un hôpital de troisième niveau. Pour le bébé, l'asphyxie sévère ou la prématurité extrême - entre autre - peuvent y être traités. Pour ne mettre en lumière que les traitements dont bénéficient les femmes et majoritairement mariées et/ou mères, la violence sexuelle dans son « diagnostic et traitement initial » est réservée au dernier niveau.

Que ce soit sur un plan purement personnel, pour son enfant ou dans sa vie familiale, la mère indigène est donc toujours victime d'inégalités dans son accès à la santé pourtant dite « intégrale ». Enfin, seulement le premier niveau peut donner accès au suivant, et le second au troisième, ce qui freine la prise en charge malgré que dans la loi, toute urgence doit être traitée dans n'importe quel hôpital. Nous étudierons plus concrètement la véracité de ces affirmations dans la deuxième partie de ce mémoire.

Il convient également de rappeler que 40% de la mortalité maternelle en Bolivie survient lors de l'accouchement, avec une faible différence entre un accouchement à domicile et en hôpital, remettant fortement en cause son efficacité. En effet, dans ces 40%, 42% des mères décèdent chez elles contre 37% à l'hôpital¹².

2.2 Les principes fondamentaux de la santé interculturelle

2.2.a L'interculturalité comme garantie de respect de valeurs ancestrales

Le ministère de la santé bolivien communique autour de la SAFCI comme une prise en charge médicale de qualité avec une approche interculturelle. Cela implique le respect et « l'acceptation des savoirs et pratiques du patient », dans une relation saine et horizontale avec le médecin. La conservation et le respect de la *cosmovision*¹³ est cité comme une préoccupation majeure, dans le sens d'une prise en considération d'une manière de concevoir le monde, et donc d'appréhender la médecine. La décision du patient prime grâce à une « communication fluide » afin de garantir son autonomie et de fonder une « société libre ».

Créée pour bénéficier à une population rurale indigène ne parlant pas forcément espagnol, elle a entre autre pour but de permettre aux citoyen.nes de s'exprimer auprès du médecin dans leur langue maternelle, Quechua ou Aymara pour la majorité des bolivien.nes.

¹² Organisation Panaméricaine de Santé. Las hemorragias continúan siendo la principal causa de muerte materna en Bolivia. Disponible sur : <
https://www.paho.org/bol/index.php?option=com_content&view=article&id=1876:notasaludmaterna&Itemid=481>
(Consulté le 05/08/2020).

¹³ Terme fréquemment employé en Amérique latine définissant la vision ou conception du monde selon un système de valeurs donné, formé par les croyances, mythes et légendes ancestraux.

2.2.b Les quatre principes fondateurs de la santé interculturelle

Dans le matériel de communication mis en ligne par le Ministère de la Santé, la SAFCI comporte quatre principes fondamentaux :

- La participation sociale : l'inclusion autonome et organisée dans les processus de gestion de la santé
- L'intersectorialité : le mise en relation de différents secteurs entre la santé, l'éducation, la production, le logement, l'organisation sociale...
- L'interculturalité : définie comme le développement de processus d'articulation de la complémentarité entre différentes médecines à travers la dialogue, une reconnaissance et une valorisation mutuelle des savoirs et pratiques afin de trouver une solution par un équilibre entre les différences culturelles.
- L'intégralité : une conception de la santé qui inclut le bien-être du corps, de l'esprit, de sa relation à la famille, la communauté, la nature et le monde spirituel.

2.2.c Le Bien Vivre appliqué à la santé

Dans le matériel de communication créé à l'occasion de l'implémentation de la SAFCI en 2008, la Santé Familiale Communautaire Interculturelle est présentée comme une stratégie pour garantir « le Bien Vivre » de toutes et tous sous le slogan « mobilisés pour le droit à la santé et à la vie pour le bien vivre ». Dans la loi 348, le bien vivre est défini comme étant « La condition et le développement d'une vie intègre matérielle, spirituelle et physique, en harmonie avec soi-même, son entourage familial, social et naturel. »

La finalité de la SAFCI est de transformer les codes de la santé et d'ainsi protéger la population tout en intervenant dans la santé et la maladie, deux concepts différenciés bien que mis en corrélation dans le discours du MINSa. Telle qu'elle est présentée, la SAFCI met en exergue une santé en lien avec la maladie dont la conception du bien-être est « en harmonie entre l'homme et la femme, la famille, la communauté avec la Terre Mère, le cosmos et le monde spirituel dans une optique de Bien Vivre ».

2.3 Des soins médicaux accessibles aux communautés rurales

L'objectif de la SAFCI est de créer une prise en charge médicale « culturellement adéquate » qui ne prend pas seulement en compte la santé physique de la personne mais également mentale ainsi qu'en lien avec le bien-être de la famille. Cet intérêt est à souligner dans le cadre de l'étude de ce mémoire car la maternité est une préoccupation majeure dans la réussite des objectifs prononcés. De plus, la population indigène vivant majoritairement en milieu rural (de manière permanente ou occasionnelle), l'accès à la santé maternelle hors des centres hospitaliers citadins est un élément essentiel.

2.3.a Une complémentarité entre médecines traditionnelle et académique

L'initiative la plus marquante et adulée par les patientes interviewées dans le cadre de ce mémoire est la possibilité d'avoir accès à deux types de médecine : l'académique (terme employé dans le matériel de communication gouvernemental) ou occidentale et la médecine traditionnelle ou ancestrale.

Dans cette optique, l'interculturalité ne vise supposément pas à effacer la médecine académique mais à créer une complémentarité entre les deux en impliquant une certaine reconnaissance mutuelle entre les savoirs, les connaissances et les pratiques de santé du patient et du médecin.

Le vice-ministre de la santé ancestrale Felipe Quilla affirme que cette complémentarité est une « nécessité publique et sociale¹⁴ » et que dans le milieu rural, la médecine ancestrale est le premier recours utilisé. Néanmoins, la directrice générale de la médecine traditionnelle et de l'interculturalité Vivian Camacho nomme la médecine occidentale et biomédicale comme un « autre monde¹⁵ » après avoir effectué ses études en Belgique. Elle dit avoir eu besoin de « retourner à ses racines. » Elle est elle-même sage-femme Quechua et supporte les femmes dans la « cérémonie sacrée de l'accouchement ». Avec des propos mesurés, elle reconnaît que les objectifs de la SAFCI sont loin d'être atteints, notamment celui de mortalité materno-infantile zéro. Elle dénonce également la persistance d'un racisme institutionnel.

¹⁴ ATB Digital (2019, 26 novembre). La medicina tradicional, una práctica desde tiempos inmemorables. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=Ui80R3E0laU>. Consulté le 13/06/2020.

¹⁵ MedicosDelMundo (2018, 8 novembre). Vivian Camacho. Atención al parto intercultural en la política SAFCI boliviana. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=zeZv4UOSLWg>. Consulté le 05/08/2020.

La Direction Générale de la Médecine Traditionnelle et de l'Interculturalité crée alors des ateliers régionaux, départementaux et municipaux dans l'optique de fonder des espaces de récupération des savoirs, des connaissances et des pratiques ancestrales. Grâce à ce processus de récupération identitaire sous couvert d'amélioration de la santé publique, les médecins traditionnels, naturopathes et sages-femmes sont répertoriés ainsi que leurs savoirs dans une base de données.

Dans l'objectif de respecter les pratiques culturelles des peuples indigènes organisés depuis toujours de manière communautaire, des nouvelles infrastructures sont créées comme des salles d'accouchement adaptées. Dans une interview pour Médecins du Monde, la directrice générale de médecine traditionnelle et de l'interculturalité précise que naître dans une communauté signifie naître dans un certain contexte et un apprentissage particulier, dont celui de la médecine ancestrale (cf. note de bas de page n°14).

Des Pharmacies Institutionnelles Municipales Interculturelles - *Farmacias Institucionales Municipales Interculturales* (FIMIs) voient le jour afin de pouvoir fournir aux personnes qui le demandent des plantes médicinales pour se soigner. Celles-ci sont également répertoriées pour faire connaître leur bon usage et leur utilité.

2.3.b Mi Salud, une initiative pour pallier les inégalités touchant le milieu rural

Le 1^{er} juin 2013, lorsque le système de santé unique commence à prendre forme en Bolivie, le programme *Mi Salud* – en français Ma Santé est inauguré par un projet pilote dans la ville de El Alto. Reliée à la ville de La Paz par le téléphérique, El Alto est une ville où malgré la densité de population, la dynamique communautaire et la mobilisation sociale restent fortes de par la population indigène qui y vit ou y travaille. Le choix d'y implanter la première version du projet *Mi Salud* est donc judicieux, afin de le tester sur une grande partie de la population qui conserve une relation à la médecine académique similaire aux communautés rurales. Il y existe par exemple un centre de soins non officiel prodigués par des médecins ancestraux ou guérisseurs dits *chamanes* - chamans en français.

Avec des slogans prometteurs comme « Mi Salud, apportant la santé à chaque coin de Bolivie » ou « Mi Salud, un droit pour Bien Vivre », plus de 2,5 millions de visites médicales gratuites ont été organisées de 2013 à 2016. Durant l'année 2016, 2995 accouchements à domicile ont été possibles et 19 817 femmes ont bénéficié de ces visites.

Selon une vidéo publicitaire du Ministère de la Santé à propos de Mi Salud¹⁶, le programme visant El Alto a coûté trente-trois millions de bolivianos, environ quatre millions d'euros. Desservant chaque quartier de la ville, 150 médecins, 150 infirmières auxiliaires de santé, 40 radiologues, 40 techniciens de laboratoire et 40 statisticiens sont employés par l'Etat. Plus de 5000 jeunes boliviens ont été formés à l'Ecole Latinoaméricaine de Médecine à La Havane à Cuba au sortir de leurs études avant de revenir exercer en Bolivie.

Dans une autre vidéo réalisée dans le but de faire connaître le programme sur les réseaux¹⁷, les liens politiques entre Cuba et la Bolivie, deux pays anti-impérialistes sont clairement formulés. « Comme deux peuples frères » selon le MINSA, « nous nous sommes formés avec une idée socialiste » dit l'un des médecins boliviens ayant bénéficié de cette formation à l'étranger. Le but est notamment de « changer la conception du professionnel de santé » et d'instaurer la confiance auprès de la population qui peut désormais solliciter des visites médicales à domicile gratuitement, conceptualisant l'idée de « santé de porte à porte ». Dans le cadre du SUS et de la SAFCI, cette santé est toujours conçue à trois niveaux : personnel, familial et communautaire.

En un an et demi, la présence de cette « armée de blouses blanches » - surnom donné par le MINSA lui-même dans son matériel de communication – s'est étendue dans plus de 240 municipalités du pays entier. En juillet 2018, 310 sur les 342 municipalités du pays sont desservies par ces équipes médicales de proximité. Les municipalités correspondent au troisième niveau de l'organisation territoriale faite (dans l'ordre décroissant) en départements, provinces puis de *municipios* qui découpent le territoire de manière inégale. Dans certains départements comme celui de La Paz, il existe 87 municipalités contre 19 dans le Beni, un département pourtant deux fois plus grand (voir annexe 4 : Carte politique de Bolivie). La création de municipalités dépend donc du nombre d'habitants mais renforce également les inégalités. Par exemple, 78 municipalités de La Paz bénéficient du programme Mi Salud contre 18 donc, dans le Beni¹⁸.

¹⁶ MinSalud Bolivia (2013, 5 juin). Salud en Bolivia - PROGRAMA MI SALUD. <https://www.youtube.com/watch?v=2VwIAsCD2j4>. Consulté le 13/06/2020.

¹⁷ Vy Any (2016, 9 juin). PROGRAMA SAFCI MI SALUD. <https://www.youtube.com/watch?v=EsKWeWCWYyQ>. Consulté le 10/07/2020.

¹⁸ Ministerio de Salud. Atención gratuita de Mi Salud se extiende a 310 municipios de Bolivia [En ligne]. Disponible sur : <51<https://www.minsalud.gob.bo/3359-atencion-gratuita-de-mi-salud-se-extiende-a-310-municipios-de-bolivia>> (Consulté le 07/08/2020).

Chapitre 3. Contrôler ou protéger la maternité, un rôle d'Etat

Après avoir analysé la stratégie du gouvernement en termes d'interculturalité appliquée au système de santé publique, nous utiliserons trois aides sociales dans le cadre de la SAFCI afin de déterminer si celles-ci relèvent d'un biopouvoir de l'Etat ou d'une autonomisation des mères indigènes. Nous utiliserons la définition que donne Michel Foucault dans sa théorie sur la biopolitique selon laquelle l'Etat est détenteur d'un pouvoir d'optimisation de la vie. Appliquée à ce cas bolivien, faire des mères indigènes des sujets de politiques publiques de santé est un moyen de maintenir un taux de natalité stable et bas tout en réduisant la mortalité maternelle infantile et maternelle qui handicapent l'Etat dans sa gestion publique de la santé.

3.1 Le Seguro Universal Materno Infantil (SUMI)

La stratégie présentée par le Ministère de la Santé est celle de la redistribution des richesses de manière équitable pour « garantir le droit fondamental à la vie et à la santé, par le droit des femmes à une maternité sûre, tout comme le droit inhérent des enfants à un développement intégral [...] aidant à la diminution de la mortalité des femmes enceintes et la dénutrition chronique des enfants de moins de deux ans ». Nous commencerons par l'analyse du Seguro Universal Materno Infantil (SUMI) - en français Sécurité Universelle Materno-Infantile afin d'étudier les dispositifs mis en œuvre par ordre chronologique.

3.1.a La loi 2426 : la première version du SUMI

La loi 2426 du 21 novembre 2002 crée le SUMI, directement appliqué à la totalité du pays. Elle bénéficie aux femmes enceintes du début de leur grossesse jusqu'à six mois post-partum ainsi qu'aux enfants de leur naissance jusqu'à leurs 5 ans. Alors qu'Evo Morales n'est pas encore président, c'est sous le dernier mandat de Gonzalo Sánchez de Lozada qu'elle est adoptée. Moins valorisée à cette époque, la médecine traditionnelle est néanmoins mentionnée dans l'article 1 de la loi comme un droit auquel le SUMI devra s'adapter si les bénéficiaires de l'aide le souhaitent.

Cette loi est conçue dans le but de réduire la pauvreté. Elle amorce l'implémentation d'une médecine moins conventionnelle et plus accessible par la création du Réseau de Services de Santé – *Red de Servicios de Salud* et la Direction Locale de Santé – *Directorio Local de Salud*. Comme l'imaginera Morales quelques années plus tard avec le SUS, le SUMI propose des soins gratuits dans les centres de santé les plus proches des patientes et leurs enfants. Au lancement du projet, les Pharmacies Institutionnelles Municipales sont tenues de réunir des médicaments qui serviront aux bénéficiaires du SUMI.

Le 30 décembre 2013, la loi 475 est adoptée. Elle concerne les femmes déjà bénéficiaires de la sécurité Universelle Materno-Infantile - *Seguro Universal Materno Infantil* (SUMI) prises en charge depuis le début de la grossesse jusqu'à 6 mois après l'accouchement¹⁹.

3.1.b L'unité de nutrition de la SAFCI

Dans le cadre du respect des objectifs du SUMI, le Ministère de la Santé bolivien a établi 6 stratégies destinées à pallier la dénutrition chronique toutes destinées aux femmes :

- Allaitement : encourager, supporter et protéger l'allaitement pour réduire la mortalité maternelle et infantile. Pour ce faire, 12 Hôpitaux Materno-Infantiles Amis de la Mère et de l'Enfance - Hospitales Materno Infantiles como Amigos de la Madre y la Niñez (IHAMN) ont été créés.
- Alimentation complémentaire Nutribébé : compléter l'allaitement prolongé pour les enfants de moins de deux ans afin de réduire la dénutrition et les déficiences en micronutriments. Aujourd'hui, 7 sur 10 municipalités proposent cette aide.
- Suppléments alimentaires de micronutriments : apportés par l'administration universelle de micronutriments aux femmes enceintes, mères qui allaitent et enfants de moins de 5 ans. Concrètement, des suppléments en fer sont distribués nationalement de manière gratuite.
- Aliments fortifiés: dans l'objectif d'éviter à long terme les déficiences en micronutriments grâce à une grande consommation.

¹⁹ <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v31n4/a23v31n4.pdf>

- Stratégie 5: les unités de nutrition intégrale (UNI) dont l'objectif est de promouvoir une alimentation saine à travers la mise en place de stratégie d'alimentation nutritionnelle pour les personnes, les familles et les communautés de municipalités vulnérables à l'insécurité alimentaire. 64% du personnel des UNI est payé par les ressources des gouvernements régionaux et des municipalités. 1 596 810 bolivianos - près de 200 000 euros ont été mis en place par le MINSA pour les UNI. 118 UNI fonctionnent au niveau national et dans les municipalités prioritaires du programme Nutrition Zéro et les villes capitales.
- Stratégie 6: alimentation et nutrition durant le cycle de vie, dans l'objectif de promouvoir une alimentation équilibrée et optimale durant tout le cycle de vie de la population en général et prévenir la malnutrition. Concrètement, des guides alimentaires ont été élaborés selon le genre et les différentes tranches d'âge. et Estrategia 6. Alimentación y nutrición en el ciclo de la vida Objetivo.
- Stratégie 7: composant clinique nutritionnel. Améliorer le fonctionnement des services d'alimentation et de nutrition dans les établissements de santé de second et troisième niveau.

La bonne alimentation des mères est une stratégie explicitement choisie par le MINSA qui par celle-ci souhaite réduire la mortalité prénatale et néonatale. Avec des contrôles de santé bien définis et obligatoires, la femme et son enfant deviennent un objectif central de la réduction de la pauvreté. Ethiquement, cette focalisation sur la survivance du binôme mère-enfant laisse penser qu'elles sont des pions visés pour contribuer à la réduction de la pauvreté au niveau national. Plutôt qu'un objectif d'amélioration de leur condition économique qui leur permettrait un accès libre et indépendant aux produits destinés aux nouveau-nés, l'Etat se porte garant d'une bonne alimentation et oblige, en échange, à être suivie par un médecin public.

3.2 Le Bono Juana de Azurduy (BJA), une aide sous conditions strictes

3.2.a Les objectifs du Bono Juana de Azurduy

Le Bono Juana de Azurduy (BJA) est une aide économique créée en 2009 dans le but de promouvoir le contrôle de la natalité et la prise en charge médicale²⁰ par les institutions du Ministère de la Santé. Elle se présente comme l'une des solutions pour pallier à la mortalité maternelle. La gestion communautaire est un modèle de fonctionnement utilisé afin d'implémenter cette aide. Elle fait partie du Plan National de Développement.

Le gouvernement la présente comme l'une des politiques de changement dans les lieux les plus reculés souffrant d'une faible présence d'hôpitaux et de médecins. Le programme Bono Juana de Azurduy comporte quatre objectifs énoncés dans son règlement :

- Objectif général de diminution de la dénutrition chronique chez les filles et les garçons de moins de deux ans dans les zones rurales et urbaines du pays, à travers le soin intégral de la mère enceinte et des enfants de moins de deux ans dans le cadre de la Santé Familiale Communautaire Interculturelle.
- Objectifs spécifiques : contribuer à réduire la dénutrition aiguë et globale chez les enfants de moins de 2 ans dans toutes les municipalités du pays, augmenter la demande en services intégraux de santé des femmes enceintes et enfants de moins de deux ans en encourageant la responsabilité partagée de la prise en charge de la santé, contribuer au renforcement de la capacité de gestion des établissements de santé du premier niveau pour que une prise en charge intégrale.

²⁰ <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v31n4/a23v31n4.pdf>

3.2.b Le BJA ou comment conditionner la maternité par l'intervalle génésique

Afin d'avoir droit au BJA, une femme enceinte doit attendre deux ans avant d'avoir un nouvel enfant. En effet, elle ne peut pas s'inscrire si elle est mère d'un enfant vivant de moins de deux ans au moment de l'inscription²¹.

De plus, les femmes qui souscrivent déjà à une assurance à court terme²² ne peuvent pas bénéficier du BJA, ce qui crée une injustice car les assurances à court terme couvrent rarement la prise en charge médicale de la maternité.

Les « co-responsabilités » (cf. annexe 5) énoncées par le règlement du BJA impliquent une autre condition dangereuse pour l'émancipation culturelle des mères indigènes. En effet, la réception de l'aide financière est possible à condition d'accoucher par "le personnel de santé institutionnel", que ce soit dans l'établissement de santé correspondant ou à son domicile et l'assistance au contrôle post-partum dans les 10 jours suivants.

Il est donc difficile de déterminer si une sage-femme traditionnelle – *partera* peut assister l'accouchement ou si cela implique, par peur de ne pas recevoir l'aide, d'aller jusqu'à un hôpital public par précaution.

3.2.c Le programme mère-enfant pour réduire les inégalités d'accès à la santé et contrôler la prise en charge médicale

Le décret suprême N°0066 du 3 avril 2009 a pour objet le Bono Madre Niño/Niña "Juana Azurduy" - Programme Mère Enfant du Bono Juana de Azurduy. Il s'inscrit dans le cadre du Programme de Dénutrition Zéro - *Programa de Desnutrición Cero* et les politiques d'éradication de l'extrême pauvreté dans l'objectif de diminuer le niveau de mortalité maternelle et infantile.

²¹ Bono Juana de Azurduy, Requisitos de Inscripción al Bono Juana de Azurduy [En ligne] Disponible sur: <<https://www.bja.gob.bo/index.php/el-bono/requisitos-para-inscribirse>>. Consulté le 7 juillet 2020.

²² Une assurance à court terme est une assurance temporaire, généralement de moins d'un an et qui sont moins onéreuses car payées uniquement lorsque le bénéficiaire juge en avoir besoin.

Le programme consiste en quatre contrôles médicaux durant la grossesse, un à l'accouchement puis après la naissance contre lesquels une somme d'argent est versée à la mère inscrite au programme. Pour les enfants âgés de moins de deux ans, il oblige à faire objet de 12 « contrôles intégraux » de santé tous les deux mois. Cela assure donc un suivi sur les 24 premiers mois de vie. En échange, les mères reçoivent une somme d'argent comme suivant :

Femmes enceintes et en post-partum :

- 1^{er} contrôle prénatal = 50 bolivianos
- 2^{ème} contrôle prénatal = 50 bolivianos
- 3^{ème} contrôle prénatal = 50 bolivianos
- 4^{ème} contrôle prénatal = 50 bolivianos
- Accouchement institutionnel + contrôle post-partum = 120 bolivianos

Filles et garçons de moins de 2 ans :

- 12 contrôles bimestriels intégraux, rapportant chacun 125 bolivianos

Au total, cette aide économique représente 1820 bolivianos (224 euros) sur une période de 33 mois.

Les bénéficiaires du Programme Mère-Enfant sont les femmes en période de grossesse et de post-partum et tout enfant de moins d'un an au moment de son inscription jusqu'à ses deux ans. Néanmoins, les femmes ayant souscrit à une sécurité sociale à court terme ne sont pas éligibles.

3.3 Le Subsidio Universal Por la Vida, une alimentation fournie par l'Etat

3.3.a Objectifs du décret N°2480

Le décret créant le Subsidio Universal Por La Vida (SUV) – Aide Universelle pour la Vie date du 6 août 2015. Il se destine aux femmes qui ne peuvent souscrire à une sécurité sociale à court terme, L'objectif est également d'améliorer la santé maternelle et de réduire la mortalité néonatale avec un programme d'aide alimentaire.

D'octobre 2015 à mars 2017, le gouvernement a déployé 154 591 500 bolivianos (19,059,922 d'euros) pour l'achat et le don de produits alimentaires. Sur la même période, le Subsidio Universal Prenatal Por La Vida a bénéficié à 377 574 mères boliviennes ayant reçu 515 305 paquets nutritionnels dans tout le pays²³. Dans le département de La Paz, 104 297 femmes ont pu profiter du SUV.

L'article 4 du règlement du SUV concerne les principes et les valeurs de cette aide sociale :

- L'accessibilité : toutes les femmes enceintes entre le cinquième et le neuvième mois de grossesse, de tout le territoire national sont bénéficiaires du Subsidio Universal Prenatal por la Vida.
- La qualité : garantie de la sécurité, de l'hygiène, la salubrité et l'innocuité des aliments du SUV.
- Continuité : la provision et la distribution des aliments du SUV seront sujets à des politiques, des plans et des programmes établis par l'Unité d'Exécution du Bono Juana de Azurduy du Ministère de la Santé.
- Information et éducation : la connaissance des caractéristiques des aliments du SUV ainsi que les aspects éducatif et préventif en matière de salubrité, de santé et de sécurité, entre autres.
- Opportunité : satisfaction des nécessités spécifiques de consommation, conformément au règlement.
- Sécurité juridique: respect du cadre juridique normatif cohérent en ce qui concerne le technique, l'administratif, le social et l'économique, qui régule et ordonne l'action du Service de Développement des Entreprises Publiques Productives et/ou chargée de la distribution, les entreprises fournisseuses, le personnel des Centres et Etablissements de Santé, Educatifs, bénéficiaires et instances du MINSa.

²³ Unité de Communication du Ministère de la Santé, SUBSIDIO UNIVERSAL PRENATAL POR LA VIDA BENEFICIO A MÁS DE 377 MIL MADRES BOLIVIANAS, Ministère de la Santé. 5 mai 2017. [Consulté le 8 juillet 2020]. Disponible sur : <https://www.minsalud.gob.bo/2390-subsidio-universal-prenatal-por-la-vida-beneficio-a-mas-de-377-mil-madres-bolivianas>.

3.3.b Contenu du Subsidio Universal por la Vida

L'Aide Universelle Prénatale pour la Vie - *Subsidio Universal Prenatal por la Vida* fait partie du Bono Juana de Azurduy pour les bénéficiaires de ce dernier qui n'auraient pas de sécurité sociale. Cependant, cette aide ne couvre pas les quatre premiers mois de grossesse.

Elle est en réalité une aide alimentaire de quatre lots, un par mois, équivalant à 300 bolivianos (environ 36 euros) pour s'assurer que la mère ait un apport nutritionnel suffisant. Elle varie selon les régions (voir annexe n°1). Les paquets sont distribués dans les 41 points de distribution du Servicio de Fortalecimiento de las Empresas (SEDEM) où ils sont contrôlés avant d'être donnés. De manière locale, les responsables municipaux et médecins communautaires est chargé de vérifier la bonne répartition du SUV.

D'octobre 2015 à mars 2017, le Subsidio Universal Prenatal Por La Vida a bénéficié à 377 574 mères boliviennes sans couverture de santé ayant reçu 515 305 paquets nutritionnels dans tout le pays. Néanmoins, il convient de rappeler que le don de cette aide alimentaire est conditionnée au respect des visites médicales obligatoires dans l'inscription au Bono Juana de Azurduy.

3.3.c Conditionner la santé alimentaire

Afin d'avoir accès aux lots du Subsidio Universal para la Vida, la mère en question doit respecter toute une liste de devoirs inscrits dans le règlement de celui-ci parmi lesquels certains relèvent explicitement d'une stratégie de biopouvoir où l'Etat a non pas le droit de mort sur ses sujets mais leur garantit des moyens concrets de vivre, dans un pays où la reproduction est une problématique majeure dans la planification nationale tant la mortalité maternelle et infantile est élevée.

La sujétion des femmes en objets de biopolitique est tacitement introduite par l'idée de « co-responsabilités », un terme employé par le MINSA définissant en réalité les obligations des mères. Parmi ces devoirs figurent les suivants :

- Suivre correctement les processus d'inscription et de respect des co-responsabilités
- S'inscrire dans le service de santé le plus proche de son domicile, afin de remplir ses co-responsabilités
- Actualiser son document d'identité, document indispensable à l'inscription comme bénéficiaire du SUV. Pour les femmes enceintes n'ayant pas de document d'identité, se rapprocher du Service Général d'Identification (SEGIP)
- Garder avec soi et en bon état le Formulaire Unique du BJA
- Coopérer et être disposée aux examens d'évaluation et de contrôle dans les établissements de santé et autres.

Ce dernier devoir est à souligner lorsqu'il s'agit de mesurer l'émancipation des mères indigènes. En ayant accès à des programmes de santé gratuits, elles donnent le pouvoir au gouvernement de contrôler leur alimentation mais surtout de répertorier leurs cas, ainsi que de les obliger à aller à l'hôpital. Le terme de co-responsabilité adoucit ce qui correspond en réalité au fait de remplir des conditions précises, profitant au Ministère de la Santé pour une gestion simplifiée, uniformisée dans le pays et des résultats plus efficaces.

D'autres devoirs relèvent d'une stratégie de réduction de la mortalité maternelle par la communication, où les citoyennes enceintes doivent contribuer à celle-ci :

- Partager avec les autres membres de la famille et de la communauté l'information qui est donnée au moment de la réception des produits du SUV à propos des bienfaits et de l'apport nutritionnel qu'ils représentent.

Paradoxalement, la femme a l'interdiction formelle d'en faire profiter d'autres personnes. Elle est la seule personne qui ait le droit de consommer les produits donnés.

PARTIE II : UNE SANTE GENESIQUE ENTRAVEE

PAR UNE IDEOLOGIE INDIGENISTE

Dans cette seconde partie, nous remettrons en question la réussite de l'interculturalité telle qu'elle est présentée par l'Etat Plurinational de Bolivie afin de nuancer sa capacité à garantir la liberté des mères indigènes. Nous définirons le terme de liberté selon les conditions de santé sexuelle définies par l'Organisation Mondiale de la Santé en tant que « bien-être physique, émotionnel, mental et social en matière de sexualité, pas seulement l'absence de maladie, de dysfonctionnement ou d'infirmité²⁴. »

Chapitre 1. Indigéniser les femmes autour de principes culturels normatifs

Dans ce premier chapitre, l'idée de domination traditionnelle sera appliquée au cas des boliviennes andines dans l'objectif de définir les limites et manquements de la politique d'interculturalité en ce qui concerne leur liberté d'accéder à une santé maternelle, sexuelle et reproductive.

Selon Max Weber, la domination patriarcale s'intègre à la domination traditionnelle, définie elle-même comme provenant d'une « habitude profondément intériorisée ». Ces deux dominations seront également combinées dans le cadre de ce mémoire à travers la figure du père-conjoint et de la communauté comme vecteurs de domination traditionnelle.

²⁴ Organisation Mondiale de la Santé, Santé sexuelle, [En ligne] < https://www.who.int/topics/sexual_health/fr/ > Consulté le 17 juin 2020

1.1 Conception culturelle de la maternité au sein de la communauté : essentialisation du rôle de mère

La naissance d'un enfant n'est jamais insignifiante. Elle s'inscrit toujours dans un contexte ou un « ordre normatif » régissant la vie sociale d'un groupe déterminé. En ce sens, l'accouchement « dépasse l'ordre du biologique pour devenir un phénomène social et culturel » (MEDINA et MAYCA, 2006). Nous utiliserons cette idée selon laquelle la maternité influence et est influencée par des principes sociaux, en nous focalisant dans ce mémoire sur ceux représentant une domination traditionnelle.

Lors d'un entretien avec une jeune femme Aymara de 23 ans, elle explique que lors de l'accouchement seule les femmes de la famille comme la mère, la belle-mère ou la sœur peuvent être présentes car « l'homme doit être dehors pour ne pas avoir peur, il doit se distancer ». Les femmes, elles, incarnent donc une notion de force physique mais aussi émotionnelle. Cette même femme précise par ailleurs qu'avoir accouché comporte son lot de responsabilités.

Dans mon cas, j'ai pris soin de moi pendant un mois, dans la communauté on te dit que quand tu as un bébé tu dois faire attention à toi, te laver, utiliser certaines herbes, de la graisse sous les pieds pour que le froid n'entre pas en toi. Quand tu donnes vie, tu dois toujours manger du *chuño*²⁵, une soupe chaude, un agneau. Par exemple, pour être forte, ma maman devait manger un agneau entier. Son mari prenait soin d'elle. Dans mon cas, quand mon fils avait un mois, ma famille venait. Après un mois, tu peux sortir et retourner travailler. Tu dois être très forte sinon les maladies arrivent.

Il existe donc une pression sociale qui entoure la maternité, comme un devoir de protection de l'enfant où il faut respecter de nombreuses règles et surtout se montrer vaillante sous peine que cela affecte l'enfant et déçoive le père.

²⁵ Le *chuño* est une pomme de terre séchée répandue parmi les communautés rurales car elle est nutritive et peut être longtemps conservée.

1.1.a Analogie entre la femme et la Pachamama au devoir de reproduction

Dans la cosmovision andine, la Terre – *Pacha* représente entre autre l’harmonie entre le féminin et le masculin. L’exemple le plus probant est celui de la dualité entre *Tayta Inti* “Père Soleil” et *Mama Quilla* “Mère Lune”, deux figures essentielles dans la myriade de divinités composant les croyances ancestrales. De la même manière, homme et femmes sont complémentaires et fonctionnent nécessairement par paire. Ainsi, les femmes indigènes incarnent cette dualité au sein de leur communauté et surtout au moment de devenir mère.

Le concept de complémentarité masculin-féminin *chacha-warmi* est commun aux Quechuas et Aymara. Ces deux mots signifient respectivement homme et femme mais surtout en âge de former un couple. Il est donc important de garder en tête que ce concept est inévitablement lié au couple, et par tradition au mariage, lui-même impliquant la procréation. Selon l’assistante sociale et intellectuelle bolivienne María Eugenia Choque, l’expression de ce concept culmine dans la formation d’un couple au sein d’une communauté indigène. Dans la culture aymara, une personne acquiert le statut d’adulte lorsqu’elle s’unit avec son ou sa partenaire.

Une femme Quechua de 51 ans explique à travers un entretien que « dans nos cultures, tout est paire, c’est pourquoi on parle de complémentarité, la femme a un rôle fondamental de partage ». Il est intéressant de souligner le fait qu’elle précise que « le genre n’existe pas en tant que tel ». La décolonisation du genre est l’une des préoccupations partagée par une autre femme Quechua militante féministe du MAS, qui souhaite travailler « depuis le corps, la mémoire, comment faire pour transmettre la mémoire de comment étaient les femmes avant ». Leur objectif n’est donc pas de faire « évoluer les choses » comme le féminisme occidental le fait souvent entendre mais au contraire de récupérer une identité féminine ancestrale qui essentialise le rôle de mère.

Appliqué à la maternité, ce concept est nécessaire à la compréhension de ce qu’elle représente pour les femmes et pourquoi la domination traditionnelle est à étudier de près dans un contexte de volonté d’émancipation des peuples indigènes. La liberté culturelle, si elle est garantie, implique la recrudescence de principes parfois allant à l’encontre de la liberté personnelle.

La sacralisation de la maternité dans les Andes que nous étudierons dans ce chapitre perdure notamment par l'analogie entre les femmes-mères, synonymes de reproduction et la Terre-Mère, elle aussi féconde. Lorsque l'on demande à des femmes indigènes quel est leur relation à la terre, toutes affirment qu'elle est une figure féminine car « elle et créatrice, te fournit ses fruits, comme nous les femmes ».

Dans la philosophie andine, la naissance est synonyme de fertilisation de la terre par la pluie, c'est pourquoi perdre les eaux en direction de celle-ci est extrêmement signifiant. Cette relation se traduit par exemple par la position choisie lors de l'accouchement. Dans la cosmovision andine aymara, la femme doit pousser en position accroupie ou à genoux afin d'aller dans le sens de la terre (BRADBY, 1998). Cette conception culturelle andine commune aux Quechuas et Aymaras (ROZEE, 2007).

1.1.b La famille, noyau central de la communauté

Le mot aymara *jaqi* désigne la plénitude atteinte à partir du moment où se forme un couple, plus précisément à partir du mariage car il implique la procréation. La personne, homme ou femme, passe du statut de jeune dit *tawaqo* à *jaqi* autrement dit une personne adulte aux droits et obligations propres.

La famille est le noyau naturel et social dans l'organisation communautaire. On appelle *tama* le groupe de mariés dans la communauté, avec l'idée de prestige social qui leur correspond.

Le célibat représente de ce fait un manque de réciprocité. Etymologiquement, le mariage dit *jaqichasina* en Aymara signifie « devenir personne », ce qui implique un premier changement de rôle au sein de la communauté. Il évoque également la « complémentarité féconde » qui en découle, puisque la réciprocité que représente un mariage s'étend à toute sa future famille. Le mariage est donc un élément essentiel pour l'étude de la maternité, car traditionnellement, l'un n'existe pas sans l'autre. Enfin, il rappelle que la réciprocité est proportionnelle et relève du principe de complémentarité homme-femme dit *chacha-warmi*. Le père se charge de transmettre le savoir qui dépend de son rôle et il est de même pour la femme, reste donc à déterminer quels sont ces rôles.

Le mariage est intimement lié à la procréation car il est un complément rituel qui garantit l'expansion territoriale et la croissance démographique (PEREZ QUISPE, 2008). Au sein de la famille, père, mère et enfants ont des rôles bien définis pour contribuer à l'harmonie interne et externe avec la communauté et la nature. La soumission au mari est souvent inconsciente, masquée par un rôle essentiel de gestion de la structure familiale dans lequel la femme trouve son importance.

Comme il a été souligné dans la première partie du mémoire, le fonctionnement communautaire est essentiel à l'implémentation de l'interculturalité, ce qui rend l'étude des principes communautaires en lien avec la maternité, la famille et la reproduction inévitable.

Le syncrétisme religieux dû aux Conquistadors rend les propos purement d'origine précoloniale difficiles à déterminer. Néanmoins, il est considéré dans ce mémoire que l'intégration de principes chrétiens aux croyances ancestrales fait partie de la vie quotidienne des communautés rurales et est donc tout autant pertinente à analyser. Lorsqu'une femme Quechua par exemple en vient à définir le mariage selon sa manière de l'envisager, la première chose qu'elle mentionne est « l'union de deux sexes féminin masculin qui forment une famille ». Dans des milieux occidentalisés comme dans certains quartiers de La Paz, il ne serait pas surprenant d'entendre le même discours. Néanmoins, il semblerait que l'objectif de se marier est un rite de passage obligatoire, une condition pour atteindre un but permettant de s'intégrer en tant qu'adulte dans la communauté : celui de fonder une famille.

1.1.c L'awayo, un devoir exclusivement féminin de protection de l'enfant

En lien avec l'hypothèse de rôle de transmission afin d'assurer la survie de la communauté à travers sa descendance, il convient de rappeler le fort taux de mortalité infantile. Cependant, on comptabilise souvent celle-ci seulement si le décès survient après les deux ans de l'enfant, date où l'on fête la première coupe de cheveux de l'enfant dite *rutuch* en Aymara. Cela représente le réel début de sa vie, les deux années précédentes représentant une période à risque où la mère se doit de le protéger. Cela correspond à l'hypothèse de protection de l'enfant.

La mère doit alors respecter une liste de précautions dès sa grossesse. Par exemple, il est déconseillé de manger des oignons ou du piment, de voir des corps humains ou d'animaux morts, de s'exposer au soleil, de tisser, de marcher seule sur le col de la montagne, etc. Ces principes existent pour réduire les risques de maladie pour le bébé mais aussi car il existe divers mythes et légendes selon lesquels de mauvais esprits pourraient atteindre le nouveau-né (LLANOS CERVANTES, 1992).

Pour qu'une personne ne tombe pas malade dans le mode de pensée aymara, l'équilibre entre la chaleur - *junt'u* et le froid - *thaya* est nécessaire (LLANOS CERVANTES, 1992). Durant la grossesse, le corps est perçu comme chaud et durant l'accouchement comme froid. La femme doit alors respecter un ensemble de recommandations pour éviter qu'elle ou son enfant ne souffre. La femme endosse un rôle essentiel de protection de l'enfant, dont un exemple probant est celui de l'*aguayo*.

L'*awayu*, *awayo* ou *aguayo* est tissu fait exclusivement par les femmes pour porter leur bébé sur leur dos. Durant le premier cycle de vie correspondant à un an, le bébé doit être nourri par le lait maternel de sa mère et enveloppé par ce tissu traditionnel. Durant cette période essentielle, la mère s'approprie son enfant pour qu'il puisse ensuite intégrer la communauté dite *ayllu*.

Il est extrêmement rare de rencontrer des hommes portant leur enfants dans le dos dans l'*awayo*. Cela provoque une gêne, une moquerie ou une honte pour les spectateurs bien que certaines femmes mentionnent qu'un changement s'opère petit à petit. Il est pertinent de le prendre en compte comme exemple de l'assignation genrée de rôle au sein du noyau familial car il représente un moyen de protéger l'enfant et de veiller à son bon développement, qui se fait donc constamment avec sa mère jusqu'à ce qu'il soit en âge de marcher.

L'une des femmes Quechua ayant participé à ce mémoire explique que c'est plus pratique pour elle car elle peut avoir les mains libres et que puisque le bébé a la colonne enveloppée, il ne souffre pas beaucoup s'il tombe. L'admiration du bébé qui commence à marcher en Occident n'est pas partagée dans les Andes, où il exprime lui-même l'envie de sortir de son cocon, l'*awayo* pour marcher. Elle précise qu'ils y restent jusqu'à leurs 4 ans.

L'homme, lui, utilise l'*awayo* pour porter d'autres choses mais jamais le bébé. Selon elle, l'idée qu'un homme le fasse la fait rire car c'est « mal vu, les gens disent quel gay ! », comme si ce rôle était automatiquement associé à la féminité et à tort, à l'homosexualité donc quelque chose d'anormal selon leur cosmovision.

Ce qui peut paraître être un simple tissu est hautement révélateur de toute une conception particulière de la maternité car il est la preuve que la mère est constamment avec son enfant. Les femmes Quechuas confirment avoir un rôle de protection bien plus que le père.

Mon fils pleurait et je lui jouais de la musique. La communication est très importante et c'est pour cela que nous utilisons l'*awayu*. Il pleure, nous le caressons et il se calme. Quand elles n'ont pas leur bébé dans leur dos elles ne sont pas proches de lui. Nous sommes très affectives avec nos enfants et toujours à l'affût.

Cette assignation genrée du rôle de protection de l'enfant est également représentée par l'allaitement dans lequel la communauté guide les pratiques.

Quand j'ai eu mon fils je ne savais même pas comment lui donner le lait, en cela oui la communauté a été importante car mes camarades m'ont montré comment faire et dit qu'il pleurait car il avait faim. Donner le lait maternel est très important, car on dit que quand nous donnons notre lait nos enfants sont plus forts, ne tombent pas malades. Le premier lait jaune est comme un vaccin nous disaient nos mères.

1.2 Rôle de transmission culturelle : quand enfanter est un devoir politique et communautaire

La politique d'interculturalité vise à revaloriser des principes ancestraux risquant de s'éteindre dans un objectif de décolonisation de l'Etat. Cela laisse donc supposer qu'enfanter est un moyen de faire perdurer ces valeurs, par le fait de reproduire certaines pratiques librement. Nous aborderons donc l'hypothèse selon laquelle la maternité, plus qu'un choix éclairé, est un devoir envers la communauté et plus largement la population originaire. Dans un contexte politique où l'indigénisme est omniprésent, un sentiment de responsabilité peut être engagé lorsqu'enfanter est synonyme d'intraculturalité.

1.2.a Renforcer une identité culturelle par la maternité

Dans la famille et la communauté, la femme tient un rôle essentiel dans l'expression de l'identité culturelle des groupes ethniques échantillons de ce mémoire. La maternité peut être perçue et vécue comme l'acquisition d'un pouvoir par les responsabilités et le respect intra-communautaire et familial qu'elle implique. Pour beaucoup de femmes interviewées, devenir mère est une fierté et un accomplissement personnel, mais également la possibilité de transmettre des principes menacés de s'effacer.

L'identité féminine liée à la terre et à la fertilité assigne aux femmes la fonction de reproduction physique et sociale au sein de la communauté. La reproduction sociale est définie par MEENTZEN en 2001 comme le fait de conserver la culture et les traditions, veiller au respect de la morale, des valeurs et des pratiques et de guider les changements. L'autrice théorise le lien entre la pression sociale et même la violence qui peuvent survenir lorsque les femmes s'éloignent de ce rôle de transmission culturelle. D'autre part, la reproduction biologique peut s'avérer réductrice. En effet, dans certains peuples indigènes, la femme qui n'a pas enfanté n'a pas atteint l'âge adulte. La maternité devient un élément central, comme un rite d'accomplissement personnel et social obligatoire à la vie d'une femme indigène. De ce fait, l'identité féminine est inhérente à l'identité maternelle et influence les sujets de communautés où la volonté de persistance culturelle est une préoccupation constante, d'autant plus dans un contexte politique indigéniste.

En ce sens, la maternité perçue personnellement comme un pouvoir au sein de la communauté cache une domination traditionnelle impliquant une responsabilité de transmission à laquelle il est difficile d'échapper. Dans un objectif de décolonisation, l'interculturalité idéalise des principes ancestraux supposément vecteurs de paix sociale et d'égalité, d'où l'intérêt de remettre en question sa capacité à mettre fin aux rapports de domination, pourtant ligne directrice des politiques publiques en découlant.

L'une des femmes écoutées dit être pleinement consciente de son rôle de transmission culturelle, pour que ses racines ne disparaissent pas. D'un point de vue moins positif que d'autres, elle dit qu'il existe toujours une discrimination et une certaine honte d'être indigène, c'est donc pour cela que certains se cachent.

1.2.b Le rôle de transmission culturelle : du devoir d'enfanter et d'assurer le futur de la communauté

La femme-épouse, dans l'exercice de sa complémentarité en formant une famille, est la garantie que la dualité, incarnée par le couple, perdure à travers le temps et les événements contemporains (MENDOZA POMA, 2010). Cela relève donc de deux hypothèses : celle selon laquelle la femme doit assurer la transmission culturelle en incarnant un symbole de résistance. Au fil des entretiens, ce rôle se révèle être inconscient par les mères et futures mères. Néanmoins, elles expriment toutes souhaiter transmettre leurs traditions à leurs enfants.

En aymara, *taykanakat yatiqaña* conceptualise le fait d'apprendre le savoir ancestral, les connaissances en médecine naturelle, les coutumes et les croyances intra-communautaires. Les filles sont en dialogue constant avec leur entourage social et culturel (SEGURA GONZALO, 2006). La femme, qu'elle soit mère ou future mère, assure la transmission de modes de vie et de valeurs aux générations futures. Par une pression morale exacerbée par la vague décoloniale de Morales, il est d'autant plus impensable de ne pas devenir mère. Si le bonheur que procure l'arrivée d'un enfant ne fait aucun doute pour les femmes interviewées, cette « bénédiction » relève d'une domination traditionnelle qui érige la maternité en devoir social.

Dans sa thèse portant sur la communauté Aymara de Villa Santiago au Pérou, Marleny SEGURA GONZALOE relate que le président de celle-ci affirme que « s'il n'y avait pas d'enfants, la culture Aymara disparaîtrait ». La famille représente un rôle fondamental dans la conservation de la « culture, des valeurs et attitudes cultivées par l'interaction quotidienne » avec les enfants, « qui apprennent le savoir depuis le ventre de leur mère ».

L'une des femmes ayant contribué à l'élaboration de ce mémoire décrit avec fierté son rôle de pérennisation d'un patrimoine fragile. La même notion d'identification et de ne pas perdre ses racines revient à chaque entretien effectué. Le sentiment de honte, lui aussi, mais certaines disent (ou aiment se dire) que grâce à Evo, ceci est du passé. Pour les plus jeunes, l'appropriation d'une identité indigène en péril suite à une émigration en ville est facilitée par l'encouragement de tout un gouvernement axé sur cette stratégie de récupération identitaire. Pour les hommes aussi dont l'un d'entre eux, la femme mais surtout la grand-mère a un rôle « d'unification de la famille, comme la base, le pilier, car elle prend toujours soin des enfants et elle cuisine ».

1.2.c Devenir mère par la contrainte physique et morale

Par l'importance de la dualité dans le monde andin, la reproduction sans douleur est essentielle et imprescriptible tant elle est sacralisée (IGNACIO, 2006).

Dans un contexte de fonctionnement communautaire, les facteurs culturels influencent grandement les pratiques autour de la maternité. Elle est en relation intrinsèque avec la continuité ethnique et le prestige féminin. L'autonomie de la femme s'arrête alors au fait de choisir le lieu et le mode d'accouchement. Néanmoins, dans les communautés Quechuas et Aymaras, l'accouchement est fréquemment décrit comme un moment de grande souffrance. Cela implique un risque mortel, car la douleur n'est pas perçue comme une menace nécessitant une prise en charge. La maladie est intégrée comme un lien inévitable avec l'accouchement. La perception culturelle des complications durant la grossesse et l'accouchement limite la conscientisation au sujet de la gravité des symptômes comme l'hémorragie post-partum car la souffrance fait partie de cet événement qui doit demeurer naturel (Banque Interaméricaine de Développement, 2010).

Dans l'étude d'Elvira LLANOS CERVANTES sur les femmes Aymaras immigrées dans les zones urbaines populaires de l'Ouest de La Paz, 82% des femmes déclarent communiquer à propos de leurs difficultés lors de la grossesse à leur mari. Cependant, elles mentionnent un sentiment de honte si elles sont malades et un peur du regard des autres qui pourrait aussi être un esprit malsain.

Une jeune femme Aymara ose avouer que la communauté prend en considération la femme à partir du moment où elle fonde une famille. Une femme en âge d'enfanter mais qui n'est pas mère est même éloignée des responsabilités de fonctionnement communautaire dont la prise de décisions. Elle définit le mariage et la maternité comme des normes à respecter au sein de la communauté : « elles ne sont pas écrites, ce ne sont pas des procédures à proprement parler, ce sont des responsabilités que nous avons ».

1.3 La maternité, une problématique fondamentalement de genre

La stratégie de la politique d'interculturalité concerne majoritairement la possibilité de jongler entre médecine académique et traditionnelle dans un objectif d'émancipation de la population indigène dans sa globalité. Néanmoins, il convient d'analyser en quoi la problématique de genre et pas seulement de décolonialisme est essentielle à l'émancipation des mères en particulier lorsque leurs principes ancestraux entravent leur liberté personnelle.

1.3.a Jugement autour de la non-maternité

Les membres de communautés andines valorisent certes l'enfant mais également celles qui perpétuent leur existence: les mères. Elles sont valorisées au point de dévaloriser celles qui ne rempliraient pas ce rôle. Tout jeune homme et femme qui n'ait pas d'enfant est défini comme un *sapajaque* – un homme seul avec le jugement que cela implique. La *Pachamama*, elle, "s'énerve car il n'y a pas de relation mutuelle" (SEGURA GONZALO, 2006). Si l'interculturalité permet de choisir comment devenir mère et de respecter des principes médicaux, elle omet de valoriser la liberté de ne pas le devenir.

Par exemple, on mentionne à plusieurs reprises en entretien un jugement interne à la communauté du fait de ne pas avoir d'enfant à un certain âge.

Quand une femme a un conjoint mais pas d'enfant, c'est mal vu, ils te font sentir mal, ils te laissent de côté, quand tu parles de valeurs à un enfant ils te coupent en te disant « de quoi tu parles si tu n'as pas d'enfant ? Tu ne t'y connais pas assez. » Il ne devrait pas y avoir cette discrimination.

La non-maternité est mal perçue et le divorce l'est tout autant. Selon une militante féministe Quechua, la faute est injustement mise sur la femme qui a dû se faire quitter car « elle ne prend pas soin de son mari ». Elle précise également que les femmes célibataires sont mal considérées car la culture aymara et quechua tend à être un peu machiste car traditionaliste. On acquiert de la valeur par la fondation d'une famille car elle incarne le progrès.

1.3.b Méconnaissance des droits des femmes : la maternité, facteur de discrimination

Par des entretiens réalisés avec des mères indigènes d'El Alto en 2017 et l'analyse de causes de décès, Franklin Garcia publie une étude menée pour l'Observatoire de Mortalité Maternelle et Néonatale de l'Universidad Mayor de San Andrés de La Paz la même année.

Bien souvent, les contextes de violences familiale ou conjugale mènent à la mort de mères ou futures mères. La violence accrue tout au long de la maternité place ces femmes en condition de victimes.

L'auteur établit une relation entre les facteurs générateurs de violences envers la femme et son lien avec la mortalité maternelle. Il constate que dans la majorité des cas, les femmes en question ont été victimes de violences de la part de leur mari, leur entourage familial ou les institutions de santé. Dans certains cas, cette violence se perpétue au-delà du décès de la mère en se répercutant sur l'enfant, comme coupable d'avoir déséquilibré l'ordre familial et cette harmonie par la dualité si significative dans le monde andin. Il reproche à l'Etat d'invisibiliser ces violences qui touchent la maternité notamment par le manque de conscientisation et de possibilités de prise en charge psychologique et physique de femmes en situation dont le risque de mortalité maternelle, même s'il n'est pas lié à des complications purement liées à la grossesse, est tout de même présent. Les violences conjugales ne sont pas une cause directe mais entravent grandement la santé sexuelle et reproductive des mères indigènes.

1.3.c Assignation genrée des rôles liée à la maternité

Un tiers des femmes ayant participé à l'étude d'Elvira LLANOS CERVANTES disent ne recevoir aucune aide de la part de leur mari au sein du foyer. Elle affirme alors que la charge mentale et physique des femmes s'accroissent après être devenues mères. En plus des devoirs relatifs à son enfant, la mère demeure responsable du foyer. Son époux se limite à lui apporter de l'eau, laver les vêtements et parfois de cuisiner mais seulement pendant le premier mois.

Un entretien avec un jeune homme Aymara confirme cette vision de l'épouse idéale. Lorsqu'il parle de sa femme rêvée, il aimerait qu'elle soit « casanière, qu'elle ne cède pas aux vices comme sortir en boîte de nuit ». Il en revient à cette même idée de transmission de connaissances en disant qu'il cherche une femme intelligente qui fasse passer son savoir.

Lorsque la question du sexe de l'enfant est posée, il affirme qu'il préférerait un garçon, pour résoudre cette même problématique de transmission cette fois-ci par la descendance. Pour une personne occidentale, on pourrait imaginer que la conservation du nom de famille lui tient à cœur. Néanmoins, il précise de lui-même que ce n'est pas son cas et qu'il souhaite avoir des fils pour leur transmettre toute la culture Aymara. Cela laisse supposer que les hommes transmettent des connaissances différentes aux femmes et qu'ils ne peuvent donc pas être totalement écartés de ce rôle. Il explique par exemple que l'homme doit cumuler deux métiers pour ramener assez de nourriture à la maison ou d'aider sa femme à accoucher.

Un autre entretien révèle qu'effectivement, dans les communautés Quechuas aussi, on célèbre plus la naissance d'un garçon et que la naissance d'une femme est un peu plus préoccupante, sans sembler vouloir préciser pourquoi. Plusieurs hypothèses sont possibles : le besoin d'hommes pour effectuer les travaux manuels d'agriculture et donc source de ressources économiques pour la communauté, la forte présence de femmes dans cette communauté-là, le risque accru de mortalité infantile...

Chapitre 2. Une maternité encouragée en dépit d'une contraception culturellement inaccessible

Selon la définition donnée par l'Organisation Mondiale de la Santé, la santé reproductive concerne les « mécanismes de la procréation et au fonctionnement de l'appareil reproducteur à tous les stades de la vie ». Sa définition exacte telle qu'elle est donnée en ligne est la suivante : « la possibilité d'avoir une sexualité responsable, satisfaisante et sûre ainsi que la liberté pour les personnes de choisir d'avoir des enfants si elles le souhaitent et quand elles désirent. Cette définition s'apparente au concept de santé génésique qui « suppose que les femmes et les hommes puissent choisir des méthodes de régulation de la fécondité sûres, efficaces, abordables et acceptables, que les couples puissent avoir accès à des services de santé appropriés permettant aux femmes d'être suivies pendant leur grossesse et offrant ainsi aux couples la chance d'avoir un enfant en bonne santé²⁶. »

2.1 Une contraception tabou au sein de la communauté

Les politiques publiques menées par Evo Morales dans une optique d'interculturalité portent sur les conditions de maternité. Sa capacité à garantir l'émancipation des femmes indigènes réside certes dans la possibilité de choix du lieu et du mode d'accouchement, partiellement permis par ces politiques, mais elle devrait inclure la possibilité de ne pas devenir mère. Dans ce chapitre, l'accès à la contraception sera mis en lumière afin de déterminer dans quelle mesure l'Etat et la communauté entravent la santé reproductive des femmes indigènes dans une hypothèse de double domination.

²⁶ https://www.who.int/topics/reproductive_health/fr/

2.1.a Préjugés autour de la contraception

En moyenne, il existe un écart de 10 à 20% environ entre les femmes Aymaras et Quechuas et les femmes parlant espagnol en terme de connaissance d'une méthode de contraception moderne²⁷. La planification familiale éveille les préoccupations des femmes andines. Elles sont conscientes du fait qu'il faille se protéger, bien que les termes exacts de contraception, préservatif ou pilule ne soient jamais prononcés lors des entretiens. L'expression "*cuidarse*" – traduisible par « faire attention à soi » ou « prendre soin de soi » - est employée par toutes les femmes ayant participé aux entretiens. Cet euphémisme pour suggérer qu'elles sont conscientes du risque d'une grossesse non désirée laisse deviner que la contraception est privée et que le dialogue autour du sujet est peu fréquent.

En effet, ce thème divise. Certaines personnes membres de communautés indigènes perçoivent la contraception de manière négative comme « une autre invention du monde occidental » (CEIMM, 1995). Il existe divers préjugés autour de la contraception qui aurait des effets négatifs.

On raconte que le stérilet, méthode la plus utilisée en Bolivie, peut provoquer le cancer ou la chute de l'utérus, qu'il se déplace et se perd dans le corps, qu'il génère la peur chez les hommes, qu'il engendre des grossesses et qu'il porte préjudice au bébé à la naissance. On croit que la pilule, tout comme le stérilet, peut produire le cancer, qu'elle donne mal à la tête et fait prendre du poids ; que le préservatif diminue la sensation de plaisir. Les injections provoqueraient la stérilité de la femme, ou favoriserait, à son arrêt, la naissance de jumeaux. Les rumeurs n'atteignent cependant pas les méthodes naturelles. (Rozée, 2007)

L'intérêt n'est donc pas tant de savoir si elles ont accès à la contraception mais si leurs principes culturels les en empêchent. Il existe une peur de la contraception à cause d'un manque d'information, des croyances et des préjugés qui l'entourent.

²⁷ Selon l'Enquête de Santé du MINSALUD de 2016, les méthodes de contraception dites modernes prises en compte sont la stérilisation féminine, la stérilisation masculine, la pilule, le DIU, les injections, les implants, les préservatifs féminin et masculin, la méthode d'aménorrhée par allaitement, la pilule du lendemain. Disponible en ligne sur <https://snis.minsalud.gob.bo/images/web/EDSA-2016.pdf>. Consulté le 18/08/2020.

2.1.b Domination masculine sur la santé reproductive et sexuelle

En 2017, Franklin Garcia Pimentel alimente le lien entre la domination masculine et le contrôle de la sexualité des femmes indigènes avec une étude de terrain à El Alto. Il précise son impact sur la mortalité maternelle car dans de nombreux cas, l'homme est celui qui a le pouvoir de décision lorsque surviennent des complications médicales pendant la grossesse, l'accouchement ou le post-partum. C'est ainsi que parfois, la prise en charge médicale n'a pas lieu et conduit dans certains cas au décès.

Il utilise le terme d'irresponsabilité paternelle pour définir la domination masculine sur la reproductivité des femmes indigènes lorsqu'ils sont responsables de grossesses non désirées, d'avortements ou de décès de leurs compagnes, sœurs ou filles. Selon ce chercheur, l'homme détient un rôle clé dans la planification familiale. Par exemple, il n'est pas rare qu'il menace sa compagne lorsqu'elle utilise une méthode contraceptive car elle est symbole d'infidélité ou d'une trop grande liberté sexuelle. Lors d'entretiens, les femmes qui sont déjà mères confient ne plus vouloir d'enfants mais devoir « consulter leur mari, pour voir ce qu'il en pense » à propos de la contraception.

Cette diabolisation de la contraception peut s'expliquer par des croyances autour de la grossesse qui sert à la purification du corps et à éviter les maladies. Les menstruations, signe de fertilité, ne peuvent être supprimées par la prise d'une contraception.

Virginie Rozée, qui porte son étude sur les femmes de la même zone de la région de La Paz, affirme que pour la majorité des hommes ayant participé à ses entretiens « la mortalité maternelle n'est pas un problème ou une situation qui peut se modifier ». Ils disent que « si la femme ou le bébé (...) meurent, c'est parce qu'était venue son heure ». La maternité est perçue comme un phénomène essentiel au bien-être de la femme car « l'accouchement nettoie et purifie le corps ».

2.1.c Inégalités des caractéristiques de la natalité en milieu rural

Cette conception de la maternité comme un devoir expliquerait que le nombre d'enfants moyen des femmes Aymaras et Quechuas soit plus élevé. En effet, leur taux de fécondité est respectivement de 3,6 et 3,9 enfants par femme selon l'Enquête Nationale de Santé du MINSA (ENDSA) datant de 2016. Les femmes dont la langue natale est l'espagnol ont un taux de fécondité plus bas car il s'élève à 2,6 enfants par femme en moyenne.

Selon cette même ENDSA, en milieu rural, une femme a 1,5 fois plus de chance de devenir mère. L'âge moyen de mortalité maternelle est de moins de 30 ans. L'accès restreint à la contraception et la pression sociale à devenir mère sont des facteurs évidents. La majorité se situe entre 20 et 39 ans. A El Alto, ville au fort pourcentage indigène et lieu d'immigration depuis le milieu rural, la majorité se situe entre 25 et 34 ans (GARCIA PIMENTEL, 2017).

2.2 Des droits reproductifs bafoués par l'Etat Plurinational de Bolivie

2.2.a Condamnation pour stérilisation forcée par la Cour Internationale des Droits de l'Homme : le jugement du 30 novembre 2016

Le 23 avril 2015, la Commission Interaméricaine des Droits de l'Homme met l'Etat Plurinational de Bolivie en jugement pour responsabilité de stérilisation forcée. Dans le texte exact est mentionnée « une intervention chirurgicale de ligature des trompes sans consentement ». Ce cas appelé I.V. a eu lieu le 1er juillet 2000 dans un hôpital public. Bien qu'à cet date Evo Morales n'était pas encore président, la Commission demande réparation pour la victime et reproche à l'Etat de ne pas avoir apporté de réponse judiciaire face à une violation de son intégrité physique et psychologique.

La CIDH recommande notamment "d'adopter une législation, des politiques publiques, des programmes et des directives pour garantir le droit de toute personne à être informées et orientées en matière de santé, à ne pas être soumise à des interventions ou des traitements sans avoir donné son consentement éclairé".

De plus, elle met en évidence la problématique d'intersectionnalité car elle demande une attention particulière aux personnes en « situation de vulnérabilité de par leur sexe, race, situation économique ou condition de migrante²⁸ ».

Ce cas est à mettre en évidence lorsque l'on souhaite analyser la santé sexuelle et reproductive des femmes indigènes boliviennes car ce n'est que récemment que la contraception a fait objet d'initiatives gouvernementales, tout de même faibles face à la multitude de réformes concernant le droit à la maternité énoncées en première partie de ce mémoire.

2.2.b L'abstinence, un moyen de contraception inégalement mis en valeur

Les trois modes de contraception les plus utilisés par les femmes boliviennes sont les injections trimestrielles, la pilule et l'implant²⁹. Contrairement à une moyenne de 67% en Amérique latine et Caraïbe, seulement 32,4% des femmes boliviennes disposent d'une méthode contraceptive³⁰. En Bolivie, l'utilisation de moyens de contraception a augmenté de 24% en 2008 à 32,4% 2016, mais elle reste largement en dessous de la moyenne latino-américaine de 67%.

Des Centres de Santé Sexuelle et de Santé Reproductive (CIES) privés mais gratuits existent dans 7 villes de Bolivie dont La Paz afin d'aiguiller les femmes qui souhaitent prendre une contraception. Néanmoins, sur la page du site officiel des CIES dédiée aux contraceptifs, le seul moyen dont les informations sont proposées est l'abstinence.

²⁸ CORTE INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS CASO I.V.* VS. BOLIVIA SENTENCIA DE 30 DE NOVIEMBRE DE 2016 (Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas), Disponible en ligne sur https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_329_esp.pdf Consulté le 27/08/2020

²⁹ MINSALUD, Tres son los métodos anticonceptivos más utilizados por mujeres bolivianas, 18 juillet 2018, Disponible en ligne sur <https://www.minsalud.gob.bo/3360-tres-son-los-metodos-anticonceptivos-mas-utilizados-por-mujeres-bolivianas>. Consulté le 26/08/2020

³⁰ Organisation Panaméricaine de la Santé, Bolivia capacita a personal de salud y realiza campaña de métodos anticonceptivos modernos en el Hospital de la Mujer en La Paz , 10 juin 2019, Disponible en ligne sur https://www.paho.org/bol/index.php?option=com_content&view=article&id=2271:bolivia-capacita-a-personal-de-salud-y-realiza-campana-de-metodos-anticonceptivos-modernos-en-el-hospital-de-la-mujer-en-la-paz&Itemid=481. Consulté le 27/08/2020

Pour les autres modes de contraception, seule une liste est proposée. Elle est décrite comme un moyen de contraception avantageux car gratuit, sans effets secondaires et permettant de respecter ses valeurs personnelles, morales ou religieuses³¹. Une sous-partie nommée « avantages pour les adolescent.s » semble dissuader d’avoir des relations sexuelles, euphémisées sous le nom de « jeux sexuels » en rappelant qu’ils comportent des risques pour la santé.

Les femmes qui pratiquent l’abstinence jusqu’à 20 ans, et qui ont moins de partenaires sexuels durant leur vie, peuvent avoir plus d’avantages en termes de santé que celles qui ne la pratiquent pas. Elles ont moins de chance de contracter des maladies sexuellement transmissibles et de développer une infertilité ou un cancer du col utérin (CIES).

Ces propos explicites du site des CIES présente une opinion moralisatrice de la liberté sexuelle, et influence grandement les femmes qui souhaiteraient être sexuellement actives. Avec une multitude de politiques publiques dédiées à la maternité et une vision réductrice de la sexualité, il existe une différence de traitement entre la santé maternelle et la santé sexuelle. Si la protection de la maternité est une préoccupation évidente de l’ère Morales, la contraception est un droit difficilement accessible dans les mœurs et dans les faits.

2.2.c « Ta vie, ton droit, ta décision » : une initiative gouvernementale récente pour l’accès à la contraception

Suite à la condamnation de la CIDH en 2016, l’Etat Plurinational de Bolivie obéit et propose un fichier d’information à propos de la contraception en 2018, sous le nom complet de « Consentement informé et méthodes contraceptives, Ta vie, ton droit, ta décision » - *Cartilla de Salud Sexual y Salud Reproductiva, Consentimiento informado y métodos anticonceptivos, ¡Tu vida...tu derecho tu decisión!*

³¹ CIES, Anticonceptivos, Disponible en ligne sur <https://www.cies.org.bo/aprende/anticonceptivos>. Consulté le 27/08/2020

Dans un objectif de respect des demandes de la CIDH, le MINSA propose divers modes de contraception. Le premier mentionné est contre toute attente celui de l'allaitement, qui, pratiqué jusqu'à 6 mois post-partum et en l'absence de règles, empêche toute fécondation. Le deuxième recommandé est « la méthode basée sur le calendrier » en s'abstenant les jours du mois correspondant aux périodes de fertilité. Néanmoins, cette méthode n'est efficace qu'à 75% et implique tout de même une abstinence peut-être non souhaitée. De plus, dans la suite de la fiche explicative, s'en suivent plusieurs méthodes de contraception consistant en une abstinence périodique par connaissance des jours de fertilité comme la méthode Billings³².

La domination masculine est présente même dans ces recommandations médicales du gouvernement. En effet, l'un des avantages de ces méthodes contraceptives basées sur l'abstinence périodique est, selon les documents publiés par le MINSA, de « pouvoir inclure l'homme dans la responsabilité de planification familiale ». Ce n'est qu'à partir de la moitié du document informatif que des méthodes plus connues sont recommandées comme le préservatif, le dispositif intra-utérin (DIU ou stérilet) ou la pilule sont expliquées.

En lien direct avec l'accusation de la CIDH, les femmes qui désirent avoir recours à une ligature définitive des trompes doivent remplir et signer un document de « consentement informé », dont le consentement d'une tierce personne comme le mari n'est pas obligatoire. De la même manière, l'homme a droit à une vasectomie. Néanmoins, il est difficile de saluer cette amélioration en sachant que le discours gouvernemental au sujet de la contraception reste fortement biaisé, réducteur et que cette initiative n'est que tardive comparée aux politiques publiques de santé maternelle encourageant la maternité depuis le début de la présidence de Morales. Il convient également de se questionner sur l'existence d'une motivation réelle du MINSA à informer les femmes au sujet de leur liberté sexuelle qui semble être une simple exécution par obligation des recommandations après le procès de la CIDH.

³² Méthode contraceptive basée sur la reconnaissance et l'interprétation des sécrétions du col de l'utérus, également appelées glaires cervicales, grâce au fait que durant la période fertile, les sécrétions sont plus abondantes, épaisses, visqueuses et lubrifiantes. Source : <https://www.defensoria.gob.bo/uploads/files/cartilla-de-salud-sexual-y-salud-reproductiva.pdf>

2.3 Un avortement illégal

2.3.a Législation et abus de langage

Selon l'article 266 du Code Pénal bolivien, l'avortement est illégal sauf en cas de viol, de mariage par enlèvement, d'inceste ou lorsqu'il présente un risque pour la vie de la mère. L'Observatoire de Mortalité Maternelle et Infantile (OMMNCIDES) dénonce l'absence de ce droit à l'avortement conditionnel. Soit par clause de conscience des médecins, soit par interdiction tacite morale ou religieuse, les femmes qui souhaitent un avortement qui selon la loi devrait être légal n'ont pas accès à la procédure dans les faits. Par conséquent, de nombreuses femmes pratiquent des avortements clandestins qui mettent leur vie en péril.

Lors de l'Enquête Nationale de Santé menée en 1994, l'avortement clandestin était responsable de 30% des décès. L'OMMNCIDES précise que le terme "hémorragie" est utilisé à tort et à travers dans les comptes rendus médicaux suite aux décès des femmes d'El Alto prises comme échantillon pour leur étude. Toute interruption de grossesse est soit disant due à une hémorragie ce qui ne permet pas d'identifier le contexte de l'avortement et s'il était souhaité ou non.

2.3.b Un avortement condamné par l'Etat et l'Eglise

Je ne suis pas expert en problématiques de l'avortement, nous devons en débattre. Bien-sûr, n'importe quel avortement est un délit, je le comprends, mais officiellement je souhaite dire que nous analyserons au sein du cabinet les débats qui animent l'opinion publique pour que (...) le Gouvernement prenne position³³.

Le Tribunal Constitutionnel Plurinational (TCP) de Bolivie a refusé la dépénalisation de l'avortement, une décision justifiée par "le respect de la vie depuis la conception" comme le prononce le 13 février Gualberto Cusi, le magistrat du TCP. Selon le président du TCP Ruddy Flores, ce choix se base sur « l'intérêt de la société concernant les principes, les valeurs et la protection des droits inclus dans la Constitution ».

³³ ABC International, Evo Morales asegura que el aborto «es un delito», 23 juillet 2013. Disponible en ligne sur : < <https://www.abc.es/internacional/20130722/abci-morales-afirma-aborto-delito-201307211748.html> >

Cela renforce l'hypothèse selon laquelle dans l'idéologie politique du gouvernement de Morales, le droit à la vie est plus important que le droit à la liberté sexuelle. D'un point de vue occidental, l'avortement est un droit acquis dans les mœurs et juger son illégalité dans d'autres pays au contexte décolonial peut être malvenu. L'intérêt ici, n'est pas de se prononcer sur la faculté émancipatrice des politiques publiques d'Evo Morales selon le droit à la contraception – quelle qu'elle soit – mais de mettre en lumière le fait d'encourager, de protéger et de miser sur la maternité ce qui réduit la santé sexuelle et reproductive à la santé maternelle.

2.3.c Un avortement culturellement condamné

Le gouvernement indigéniste de Morales reflète les principes de la population indigène, qui se retrouve à son tour influencée par le discours étatique anticolonial. Il est donc essentiel d'étudier quels principes culturels ayant attrait à la maternité sont mis en avant par l'Etat Plurinational de Bolivie. Les politiques publiques sont majoritairement axées sur les "binômes mère-enfant et sexualité-reproduction" (ROZEE, 2008). Ce mémoire va dans le sens du travail d'étude fait par la sociologue Virginie Rozée dans la même zone de La Paz en 2008, lui ayant permis de mettre en évidence une vision marginalisante de la sexualité des femmes qui les réduit à la reproduction, et où l'homme joue un rôle décisif.

Dans un autre travail de recherche, elle relève que les médecins conseillent « une grossesse immédiate chez les femmes qui ont avorté pour les libérer de leur culpabilité et purifier leur sang » (ROZEE, 2007).

Chapitre 3. Mortalité maternelle, violences obstétricales et gynécologiques : une santé maternelle limitée par des politiques publiques dérisoires

Dans ce chapitre, nous analyserons les violences obstétricales comme un frein à l'émancipation des mères malgré l'amélioration d'accès à deux médecines, académique et traditionnelle. L'Observatoire de Mortalité Maternelle et Infantile identifie trois facteurs déterminants – outre les facteurs sociaux, politiques, culturels et économiques – dans la situation de mortalité maternelle : les soins médicaux, la nutrition, l'accès et l'éducation. Nous nous focaliserons sur les conditions de prise en charge des mères dans le système de santé bolivien afin de déterminer quelle est sa part de responsabilité dans la mortalité maternelle.

3.1 Les violences obstétricales, un problème d'origine socio-culturelle

3.1.a Cadre conceptuel

Selon la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé, la santé maternelle « prend en compte tous les aspects de la santé de la femme de sa grossesse, à l'accouchement jusqu'au postpartum³⁴ ». L'Institut de Recherche et d'Actions pour la Santé des Femmes (ISRAF) définit les violences obstétricales comme l'absence d'au moins un des éléments suivants³⁵ dans les domaines physiques, verbaux ou légaux:

- De consentement libre et éclairé
- De choix et de diversité dans l'offre de soin
- De consentement des actes à des fins d'apprentissage
- D'anesthésie efficace
- D'utilité médicale avérée
- D'exercice des gestes obstétricaux dans un cadre légal
- D'humanité et de dignité
- Du respect des droits de la patiente

³⁴ https://www.who.int/topics/maternal_health/fr/

³⁵ <https://www.irasf.org/definition-violences-obstetricales-gynecologiques/>

- De pratiques conformes aux données scientifiques

Afin d'étudier plus particulièrement le cas bolivien, les recherches se centrent sur les causes de morbidité que sont les hémorragies et l'avortement pratiqué dans de mauvaises conditions. Les femmes indigènes sont statistiquement plus touchées par les violences obstétricales. Selon l'Observatoire de Santé Maternelle et Infantile bolivien, les formes les plus communes de violences obstétricales sont l'abus verbal et émotionnel, la faute de prise en charge intentionnelle et le manque d'efficacité en cas d'urgence. Elles peuvent aussi être la pratique d'une césarienne sans qu'elle soit nécessaire, sans consentement et sans qu'elle soit un choix éclairé de la patiente.

3.1.b Un fonctionnement des politiques publiques de santé inadéquat

Les femmes présentes pour les entretiens manifestent leur reconnaissance envers le gouvernement Morales mais certaines, si elles ne sont pas militantes ni rétribuées par celui-ci, nuancent leur avis sur les résultats de politiques publiques comme le Bono Juana de Azurduy. Parmi elles, une mère de quatre enfants d'origine Aymara confirme bien que le Seguro Universal Materno Infantil lui a couvert tous ses accouchements ainsi que le BJA pour son alimentation. Néanmoins, elle précise que la majorité des femmes dépensent les paniers alimentaires comme elles le veulent, parfois pour les revendre.

Concernant les visites médicales obligatoires du BJA, elle explique qu'un contrôle est bel et bien effectué dans les centres de santé pour voir « comment est le bébé à l'intérieur ». Cependant, on comprend elles sont assez succinctes et durent en général que 30 minutes et que le médecin préfère dire que tout va bien. Son souhait est qu'on lui laisse plus le choix, qu'on lui pose plus de question car « tout est écrit sur le papier des normes de la sécurité sociale mais en réalité ce n'est pas comme ça, ce n'est pas respecté ».

3.1.c Une profonde méfiance envers l'hôpital public

Toujours dans la même enquête de l'OMMNCIDES, on peut remarquer que l'accouchement à domicile est un choix qui est fait, même s'il comporte un risque, car la peur de l'hôpital public est encore plus grande.

Dans l'étude des conditions de décès à domicile, il revient l'idée que la famille de la future mère préfère attendre la dernière minute avec un médecin traditionnel plutôt que d'appeler une ambulance car « à la clinique, on ne les valorise pas assez » ou de manière « inadéquate ». C'est souvent seulement lorsque la femme est sur le point de mourir que l'on appelle un médecin non-traditionnel.

Une autre cas révèle un manque de considération des antécédents obstétricaux de la part des établissements de santé. La prise en charge s'est faite tardivement à cause de la séparation en différents niveaux des établissements de santé (voir chapitre 2. 1. C. page 27). Elle n'a pas été transférée à un établissement de santé de deuxième niveau à temps et est décédée chez elle. L'auteur du texte Franklin Garcia Pimentel explique cette dysfonctionnalité du Réseau de Santé – *Red de Salud* par l'incapacité des contrôles prénataux à déceler un risque de mortalité et la saturation des hôpitaux de second et troisième niveau réservés aux urgences. De ce fait, si le médecin communautaire de premier niveau n'effectue pas un contrôle intégral, il est impossible de détecter un risque nécessitant un transfert dans un hôpital dont les moyens de prise en charge sont plus conséquents. Dans le respect du droit à la liberté de choix de la médecine traditionnelle, si la famille ou le conjoint considère qu'un médecin communautaire ou une *partera* sera plus adéquat, la future mère peut se retrouver condamnée à accoucher chez elle bien que cela puisse causer son décès.

La « distance culturelle » (ROZEE, 2007) est l'un des facteurs pouvant expliquer la réticence au fait d'accoucher en hôpital et non à domicile. Les docteurs sont majoritairement blancs et hispanophones, ce qui freine la communication et donc la confiance entre les femmes et les personnes leur prodiguant des soins. Bien que si certains connaissent ces langues, il ne les emploient pas. Néanmoins, il faut aujourd'hui émettre une réserve à ce sujet car cette étude date de 2004 et la politique d'interculturalité n'en était donc qu'à ses débuts.

La discrimination ethnique en termes de mortalité maternelle reste toute de même présente en 2011 lors de l'étude de l'OMMNCIDES. En effet, 64% de la mortalité maternelle du pays concerne les femmes Quechuas et Aymaras contre 16% des femmes ne s'identifiant à aucun peuple indigène. Ces chiffres peuvent être expliqués par le fait qu'elles habitent en milieu rural et donc loin d'hôpitaux de second ou troisième niveau, leurs principes culturels favorisant la prise en charge par un médecin traditionnelle ou une *partera*, ou l'influence familiale ou du conjoint empêchant son transfert en hôpital.

Cuadro No. 5
Mortalidad Materna según pertenencia étnica, según total Bolivia,
departamento de La Paz y municipio del El Alto, 2011 en (%)

	BOLIVIA	LA PAZ	EL ALTO
Quechua	36,0	7,2	20,7
Aymara	28,0	69,0	58,6
No se identifica con ningún pueblo indígena	16,0	13,0	6,9
Pueblos indígenas de tierras bajas	4,0	0,3	
NS/NR	16,0	10,5	13,8

Fuente: Elaboración propia, datos Estudio MM 2011, Bolivia

Mortalité maternelle selon l'appartenance ethnique, selon le total de Bolivie, de la région de La Paz et de la ville d'El Alto, 2011 en (%). Source : OMNNCIDES

3.2 Quand l'attachement à la médecine traditionnelle est un facteur de risques

Dans la médecine traditionnelle et les valeurs culturelles andines, l'accouchement est un moment hautement significatif. Les femmes qui, par conviction, préfèrent donner vie à la maison et notamment dans la cuisine « un endroit chaud et agréable » (ROZEE, 2007) mettent parfois leur vie en danger. Nous analyserons donc dans quelle mesure avoir recours à la médecine traditionnelle peut laisser place à d'autres formes de domination et de risques médicaux.

3.2.a L'accouchement à domicile avec une partera, un choix à risques

Dans la région de La Paz, 57% de la mortalité maternelle a lieu au domicile. Dans la ville d'El Alto, ce pourcentage s'élève à 64%. Dans ces cas, les femmes ont été prises en charge lors de l'accouchement par leur entourage familial ou des sages-femmes

empiriques³⁶. Ces chiffres ternissent la politique d'intraculturalité notamment en matière de santé étudiée en première partie. En effet, accoucher à domicile augmente le risque de mortalité maternelle. Les *parteras*, sage-femmes traditionnelles, sont présentes dans de nombreux pays d'Amérique latine à l'héritage pré-colonial vivant.

L'une des femmes interviewées dit qu'elle accouchera dans un centre de santé (relatif au premier niveau de soins) car ils peuvent lui dire quelles maladies elle a et car il n'y a plus de sage-femmes traditionnelles dans sa communauté : « avant, elles chassaient et faisaient bouillir la vipère avec d'autres herbes puis nous le faisaient boire pour que l'on ne souffre pas lors de l'accouchement ». Etant une femme Aymara de 23 ans, il est compréhensible que par son jeune âge elle s'éloigne de la médecine purement ancestrale pour aller dans un centre de santé. Dans certains cas, la transmission culturelle s'arrête là où la femme prend conscience que cela peut-être dangereux pour sa santé, si elle vient à en avoir conscience.

3.2.b La médecine traditionnelle comme facteur de risques lors de l'accouchement

Dans le cas où l'homme remplace le médecin, un rôle facile à endosser lors d'un accouchement à domicile, il est en position de force. Dans l'un des entretiens réalisés par l'OMMNCIDES, l'une des femmes reçoit la visite de médecins du centre de santé. Son mari refuse de la transférer dans un hôpital, ce qui est légal dans le cadre de la santé interculturelle, et il affirme qu'elle se rétablira à son domicile, grâce à des soins traditionnels. Par la suite, son état de santé s'empire et elle décède alors à l'hôpital après que son mari ait accepté son transfert au vu de la gravité de la situation. Ce cas démontre bien une double domination masculine et traditionnelle.

D'autres études de cas de décès maternels effectués durant ce même terrain de recherche relatent le pouvoir du mari sur sa conjointe ainsi que sa famille, qui refuse que d'autres personnes entrent dans la pièce où a lieu l'accouchement, minimisent les douleurs qui auraient été alarmantes pour un médecin en hôpital, utilisent une médecine traditionnelle inadaptée ou inefficace, ou attendent trop longtemps avant de prendre la décision d'emmener la personne dans un hôpital. Il est dit que ce type de comportement est parfois motivé par

³⁶ En espagnol « partera empírica », c'est une sage-femme autodidacte donc de l'ordre de la médecine traditionnelle, dont le savoir s'est acquis par ses propres accouchements, un apprentissage indépendant de l'Université, et tiré de son expérience.

des raisons religieuses. Il n'est cependant pas précisé de quelle religion il s'agit, bien qu'il soit fort probable que par syncrétisme, le catholicisme se mélange aux croyances pré-coloniales comme il est souvent le cas en Amérique latine.

3.2.c Une prise en charge médicale en hôpital culturellement distante

Dans la médecine académique, le risque mortel est une obsession. Dans la cosmovision andine, on est pleinement conscient de "l'inévitable proximité entre la vie et la mort", ce qui crée l'idée que la femme doit lutter, au risque de mourir, pour pouvoir mettre au monde son enfant (PLATT, 2001).

Il y a encore des femmes qui meurent aujourd'hui car elles sont tombées enceintes. L'hôpital choque avec notre culture, c'est tout blanc, qui va salir tout cela ? La femme préfère toujours accoucher dans sa maison.

Ces propos recueillis d'une femme Quechua transcrivent bien l'idée concrète du malaise qui existe à donner vie dans un lieu impersonnel et qui selon elle encore aujourd'hui ne sont pas tous adaptés à un mode d'accouchement traditionnel malgré la politique de santé interculturelle.

3.3 Absence de consentement

Si la médecine traditionnelle et les valeurs qui lui appartiennent peuvent être un risque pour la vie des mères et futures mères, elles devraient donc pouvoir se tourner vers une prise en charge de type académique qui leur prodigue des soins efficaces. Cependant, cette médecine qui peut sembler plus sûre est également source d'oppression pour elles.

3.3.a Abus du personnel de santé et non-respect de l'intégrité physique

La théorie de « choc culturel » de Denise Arnold et Juan de Dios Yapita utilisée par Virginie Rozée définit la distance qui se crée entre les « modèles cognitifs du médecin et de la femme andine ». Ils sont essentiellement des hommes, ce qui provoque la méfiance et le retrait de femmes notamment Aymara dont la culture implique une certaine pudicité qui ne tolère pas de dévoiler son corps devant un homme sauf devant son mari.

Il est difficile de trouver des récits précis de violences obstétricales en ligne mais lors d'un entretien, une mère Aymara de 31 ans raconte avoir eu une mauvaise expérience il y a sept ans lors de la naissance de son deuxième enfant à l'Hôpital Materno-Infantile de La Paz.

Les résidents³⁷ mettent la main, ils viennent tout le temps. Je n'ai pas permis qu'ils me touchent. Ils touchent sans demander la permission. Cela m'est arrivé deux fois. Je n'autorisais pas qu'ils m'embêtent. Je crois que c'est parce que le *Seguro* (SUMI) est universel, tout a été payé par l'Etat alors il y a trop de gens. Mais il y a aussi une discrimination du fait d'être indigène.

La saturation des hôpitaux est un problème majeur dans la gestion des patientes dans le respect de leur intégrité et de leur liberté. Cette hypothèse n'écarte pas la possibilité d'être couplée à une discrimination ethnique du personnel de santé, décrit par certaines femmes comme trop « blanc ».

3.3.b Discrimination anti-indigène

A l'Hôpital Materno-Infantile, ils te traitent mal, ils m'ont grondée parce qu'on était serrées comme des poissons. Là-bas, les jeunes filles doivent endurer. Ce qui m'a permis d'arriver jusqu'ici est que je dis ce que je pense. Moi je n'avais pas de fortes douleurs. J'ai eu peur parce qu'ils ne voulaient pas s'occuper de la *cholita*³⁸. Son bébé a failli tomber par terre.

Il est difficile de déterminer si ce récit est dû à une discrimination purement ethnique basée sur l'apparence de cette femme ou à la saturation de l'hôpital mais dans les deux cas, cela confirme que le traitement dans le système bolivien coïncide avec le fort taux de mortalité infantile et maternelle au sein d'hôpitaux publics.

Des quatre enfants que j'ai eu, je n'ai jamais eu de prise en charge dans une autre langue (qu'en espagnol). Ils ne voulaient pas me soigner car je suis jeune. Pour les Aymaras, être mère n'est pas quelque chose de mal quand tu es jeune mais à la ville si, ils te jugent. Nous, nous n'avons pas de problème avec cela.

³⁷ Les résidents sont les futurs médecins qui viennent d'obtenir leur tout dernier diplôme et sortent donc de leurs études. Cela ne correspond donc pas aux internes du système français.

³⁸ Dans le langage courant, la *cholita* désigne une femme issue d'un métissage entre descendants d'espagnols et indigène, vêtue de manière traditionnelle andine et est donc facilement reconnaissable comme étant d'origine paysanne bien qu'elle vive probablement en ville.

On remarque par ces propos que malgré son positionnement évidemment très optimiste, le vice-ministère de la Médecine Traditionnelle dont la mission est de garantir la prise en charge médicale interculturelle a encore du chemin à parcourir avant que la plurinationalité soit effective dans tous les domaines.

3.3.c Une liberté de choix limitée par une intégrité physique non garantie

L'intégrité physique définit le droit au respect de son corps. Les positions naturellement utilisées par les femmes d'origine andine sont sur les genoux ou accroupie. L'époux ou une autre personne de la famille aide la femme à pousser en se mettant derrière elle. Néanmoins, on comprend parfaitement à travers ce récit que cette liberté n'est pas garantie dans les faits.

J'aimerais qu'ils me demandent si tu veux t'asseoir, car accoucher en position allongée est difficile. Pour mes deux derniers accouchements, j'ai demandé à ce qu'on me relève le dossier mais ils ne voulaient pas. J'aimerais choisir la position, ce serait plus facile assise.

La relation aux hommes est culturellement impossible et la prise en charge médicale lorsqu'elle est majoritairement faite par ceux-ci pose problème, que ce soit au moment de l'accouchement à l'hôpital pour qu'il se passe bien et pour encourager d'autres femmes à se tourner vers un centre de santé si elles en ont besoin. Si tous les récits sont comme celui qui suit, l'accouchement traditionnel restera réservé à la maison entouré de la famille ou de *parteras* qui se font rares et l'hôpital inspirera toujours autant de méfiance.

Il y avait plus d'hommes médecins, enfin aussi des femmes mais la première fois seulement des hommes. Ils se sont bien occupés de moi. Je me plains des résidents, pas des médecins.

Pour ce qui touche au respect du corps, le placenta est hautement significatif. En tant qu'ex-membre de différents gouvernements du MAS et partisane de celui-ci, l'une des femmes présente une vision assez positive des initiatives de santé publique tout en expliquant l'importance de cette partie.

Le post-partum est tout un processus. Tu dois te préparer à l'avance. Le moment de l'accouchement est comme une cérémonie. Nous, nous souhaitons récupérer le placenta parce qu'il fait partie du corps, tu peux demander à l'hôpital qu'ils te le rendent grâce à la santé interculturelle. Mon grand-père brûlait puis enterrait le placenta avec tout un rite, avec des objets pour que le bébé réalise ses objectifs et soit une grande personne, réalise ce que nous lui souhaitons. Souvent, le père récupère le placenta et réalise ce rite.

Lorsque l'on écoute un discours d'une femme non impliquée en politique, elle ne mentionne pas avoir profité de cette possibilité.

Le placenta a une signification mais je n'ai pas eu l'opportunité de demander à le garder car il y avait quatre ou cinq accouchements en même temps. Ils ne m'ont pas demandé. Dans notre culture, il a un lien avec la terre, un rituel contre le mauvais œil. Pour ma fille, ils m'avaient demandé si je voulais le garder mais en fait, ils l'avaient déjà jeté. J'étais trop fatiguée pour le demander.

Il existe donc de nombreuses différences entre ce qui est planifié par le MINSa et ce qui est réellement en place dans les différents centres de santé, dans une Bolivie où la valorisation des indigènes est certes d'actualité mais des siècles de colonisation et de post-colonisation ont tout de même forgé des inégalités de genre, d'origine et de classe dans le pays.

CONCLUSION

En Bolivie, l'interculturalité en matière de santé correspond à une idéologie politique indigéniste visant à garantir la liberté de choix entre la médecine traditionnelle et académique et la revalorisation des cultures et pratiques précoloniales.

Dans l'élaboration de politiques publiques destinées aux mères issues de milieu rural, l'objectif d'interculturalité vise majoritairement à réduire la mortalité maternelle et infantile à travers un accès supposément égal aux médecines ancestrale et académique. Cet accès facilité peut-être géographique par la création de centres de santé de proximité, par l'inclusion des femmes dans des instances de décision ou encore par la reconnaissance de médecins traditionnels communautaires comme les sage-femmes – *parteras*. Cette rénovation du rôle de l'Etat s'inscrit dans une stratégie de Bien Vivre et permettrait donc, de garantir une santé génésique aux femmes indigènes andines.

Cependant, l'implémentation de ces changements laisse à désirer même après 13 ans ou trois mandats. En effet, il existe toujours une forte inégalité de prise en charge médicale entre le milieu citadin et rural. De plus, la vision de l'Etat est extrêmement basée sur le binôme mère-enfant. Elle permet l'accès à une bonne alimentation ou à des contrôles médicaux dans le cadre d'une grossesse conditionnée par l'Etat dans un laps de temps déterminé. Elle vise à réduire le taux de natalité et donc de mortalité infantile en encourageant à attendre une intervalle génésique de deux ans. Le paradoxe qui marque les limites de la santé génésique est l'accès à la contraception et un avortement quasi inexistant.

L'Etat endosse donc un rôle fort de protection de la maternité. Dans des systèmes de valeurs où la communauté régit le mode de vie, le second objectif d'intraculturalité est en opposition avec les principes de santé génésique. Certaines valeurs culturelles autour de la maternité concernant la maternité sont en inadéquation avec la santé génésique. L'essentialisation du rôle de mère qui découle d'un système de valeurs où la maternité est sacralisée implique de nombreuses responsabilités et une pression sociale d'enfanter. Pour les femmes concernées, elles peuvent tout de même être un moyen d'être respectées et d'exister au sein de leur communauté et ne signifient pas forcément une situation négative bien que de domination traditionnelle.

Les violences obstétricales et la discrimination ethnique contrastent avec les objectifs libérateurs de l'interculturalité. Les cas de stérilisation forcée sont l'une des preuves que la santé génésique n'est pas garantie par l'Etat Plurinational de Bolivie et que la différence de traitement selon l'origine ethnique persiste. De plus, les réformes de santé publique ne remédient pas à une méfiance enracinée envers la médecine académique dont les soins sont prodigués par des médecins volontairement ou involontairement distants.

Derrière ce qui paraît être une solution pour inclure les femmes d'origine paysanne indigène se cache donc une problématique d'égalité culturelle non résolue, une libération des femmes entravée par la domination masculine et traditionnelle qui perdure de manière paradoxale à cause d'une santé publique à vocation interculturelle.

BIBLIOGRAPHIE

ARNOLD, Denise et DE DIOS YAPITA, Juan. Juan de Dios Las wawas del Inka: hacia la salud materna intercultural en algunas comunidades andinas. La Paz : ILCA, 2002.

MAMANI YUJRA, Martin. Jaqichasina, el matrimonio Aymara. In *Pacha, Jaqichasina Masachakuy*. La Paz : Editorial Verbo Divino, Instituto Latinoamericano de Misionología, 2008.

MENDOZA POMA, Félix. Lógica del pensamiento ancestral. Ministerio de Salud y Deportes del Estado Plurinacional de Bolivia, 2010.

PEREZ QUISPE, Julio. El sentido profundo del matrimonio: Jaqi y reciprocidad. In *Pacha, Jaqichasina Masachakuy*. La Paz : Editorial Verbo Divino, Instituto Latinoamericano de Misionología, 2008.

KNIBIEHLER, Yvonne. Maternité, affaire privée, affaire publique. Paris : Bayard, 2001.

Thèses, mémoires ou conférences

DEZA CALLATA, Lili Ana. Factores socioculturales y maternidad de la mujer andina en la comunidad de *Chijnaya*. Puno : Universidad Nacional del Altiplano, 2003. 65 p.

SEGURA GONZALO, Marleny. *Valores culturales de las wawas Aymaras*. Thèse en sciences sociales. Lima : Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2006. 210 p.

TERAN ROMERO, Hilda Joanna. Los Aymaras de Huacullani: Nociones de comunidad, identidad comunitaria y visiones de desarrollo en el distrito Aymara de Huacullani, Puno. Lima : Pontificia Universidad Católica del Perú, 2018. 86 p.

IGNACIO, Iván. La sagrada dualidad y complementariedad de la pareja en la estructura social indígena y la toma de decisiones en los Andes. Ottawa : Seminario sobre Gobernabilidad Indígena y Democracia en las Américas, 2006.

Articles de revue

CHOQUE QUISPE, María Eugenia et MENDIZABAL RODRIGUEZ, Mónica. Descolonizando el género a través de la profundización de la condición sullka y mayt'ata T'inkazos. La Paz : *Revista Boliviana de Ciencias Sociales*. 2010. Num. 28, pp. 81-97.

DIAZ CARRASCO, Marianela. Desarrollo y chacha-warmi: lógicas de género en el mundo Aymara, *Revista Casa de las Américas*; 2010. Num. 258 enero-marzo, pp. 10-24.

LUGONES, María. *Colonialidad y Género*. Bogotá : *Tabula Rasa*. 2008. Num. 9, pp. 73-101.

MAYORGA, Fernando. El gobierno de Evo Morales: entre nacionalismo e indigenismo. *Nueva Sociedad*. 2006. Num. 206, pp. 4-13

MERLIN, Matthieu. Foucault, le pouvoir et le problème du corps social. *Idées économiques et sociales*. 2009. pp. 51-59.

MUHLE, Maria. Biopolitique et pouvoir souverain. *Lignes*. 2002. Vol. 9, num. 3, pp. 178-193.

ROZEE, Virginie. La problématique de l'avortement en Bolivie. *Recherches féministes*. 2009, pp. 77-95.

ROUSSEAU, Stéphanie. Genre et ethnicité racialisée en Bolivie : pour une étude intersectionnelle des mouvements sociaux. *Sociologie et sociétés*, 2009, pp ; 135-160

Articles de revue en ligne

BRADBY, Barbara. Like a Video: The Sexualisation of Childbirth in Bolivia. In: *Reproductive Health Matters*, 1998, pp. 50-56. [Consulté le 13 avril 2020]. Disponible en ligne sur : < www.jstor.org/stable/3774938 >

GARCIA PIMENTEL, Franklin. Violencia contra la mujer y mortalidad materna : Ciudad de El Alto. La Paz : Observatorio de Mortalidad Materna y Neonatal, CIDES/UMSA, 2017. . [Consulté le 08 février 2020]. Disponible en ligne sur : < <http://ommcides.edu.bo/ommcn/wp-content/uploads/2018/09/Violencia-contra-la-mujer.pdf> >

GENEL, Katia. Le biopouvoir chez Foucault et Agamben. In : *Methodos* [En ligne]. 2004. [Consulté le 19 avril 2019]. Disponible en ligne sur : < <http://journals.openedition.org/methodos/131> ; DOI : 10.4000/methodos.131 >

LLANOS CERVANTES, Elvira. El embarazo en mujeres aymaras migrantes. Un estudio en zonas urbanopopulares al oeste de La Paz. In: *Mujeres de los Andes: Condiciones de vida y salud*. Lima : Institut français d'études andines, 1992 [Consulté le 9 mars 2020]. Disponible sur : < <http://books.openedition.org/ifea/2046> >

LUGONES, Maria. Colonialidad y Género. In : *Tabula Rasa*. Bogotá - Colombia, Num.9, 2008, pp. 73-101 [Consulté le 11 mars 2020]. Disponible en ligne sur : < <http://www.revistatabularasa.org/numero-9/05lugones.pdf> >

PLATT, Tristan. El feto agresivo. Parto, formación de la persona y mito-historia en los Andes. In : *Estudios Atacameños*, pp. 127-155. 2002. [Consulté le 18 août 2020]. Disponible sur : < <http://www.jstor.org/stable/25671176> >

ROZEE, Virginie. Las cuestiones reproductivas y sexuales en Bolivia (La Paz y El Alto). In: *Estudios sobre sexualidades en América latina*, Ed. ARAUJO, Kathya et PRIETO, Mercedes, Quito : FLACSO Sede Ecuador, 2008, pp. 233-249. [Consulté le 8 juin 2020]. Disponible sur : <http://repositorio.unal.edu.co/bitstream/handle/unal/57045/9789978671603>

ROZEE, Virginie. Les patrons culturels du comportement reproductif et sexuel dans les Andes Boliviennes. In : *Nuevo Mundo Mundos Nuevos*. [En ligne]. 2007. [Consulté le 10

février 2020]. Disponible en ligne sur : < <http://journals.openedition.org/nuevomundo/3168> >.

SÁNCHEZ PARGA, José. Cuerpo y enfermedad en las representaciones indígenas de los Andes. In : *Mujeres de los Andes : Condiciones de vida y salud* [en ligne]. Lima : Institut français d'études andines, 1992 [Consulté le 10 avril 2020]. Disponible en ligne sur : <<http://books.openedition.org/ifea/2042>>

DE SUREMAIN, Charles-Édouard et MONTIBERT, Nicolas. Au fil de la faja. Enrouler et dérouler la vie en Bolivie. In : Doris Bonnet et al., *Du soin au rite dans l'enfance « Petite enfance et parentalité »*. Paris : ERES, 2007. [Consulté le 08 février 2020]. Disponible en ligne sur : < <https://www.cairn.info/du-soin-au-rite-dans-l-enfance---page-85.htm> >

VACA BUCHELI, Rocío. La cultura, el género y la fecundidad. Un acercamiento a la reproducción del campesinado andino en el Ecuador. In: DEFOSSEZ, Anne-Claire (ed.) ; FASSIN, Didier (ed.) ; and VIVEROS, Mara (ed.). *Mujeres de los Andes: Condiciones de vida y salud*. Lima : Institut français d'études andines, 1992. [Consulté le 9 mars 2020]. Disponible sur : < <http://books.openedition.org/ifea/2027> >

Article de périodique en ligne

GALINDO, María. Un análisis feminista sobre el proceso a la Asamblea Constituyente en Bolivia: Evo Morales y la descolonización fálica del Estado Boliviano. *Mujeres en Red* [en ligne]. 2006. [Consulté le 15 juillet 2020]. Disponible en ligne sur : < <http://www.mujeresenred.net/spip.php?article612> >

SITOGRAFIE

Asamblea de Apoyo a Bolivia, Discurso de Evo Morales [En ligne]. Disponible sur : < <http://www.apoyobolivia.net/discurso-evo-morales> >

Defensoría del Pueblo, DEFENSORÍA DEL PUEBLO SEÑALA QUE MÁS DEL 63% DE LAS MUJERES GESTANTES SUFREN VIOLENCIA GINECOBSTÉTRICA Y PROPONE UNA POLÍTICA PÚBLICA PARA REVERTIRLA [En ligne]. Disponible sur : < <https://www.defensoria.gob.bo/noticias/defensoria-del-pueblo-senala-que-mas-del-63-de-las-mujeres-gestantes-sufren-violencia-ginecobotetrica-y-propone-una-politica-publica-para-revertirla/> >

Democracias Sur, Discurso de posesión del Presidente Constitucional de la República, Evo Morales Aima [En ligne]. Disponible sur : < <http://democraciasur.com/2006/01/29/discurso-de-evo-morales-al-asumir-la-presidencia-de-bolivia/> >

Ministerio de Salud, Bono Juana de Azurduy [En ligne]. Disponible sur : < <https://www.bja.gob.bo/index.php> >

Ministerio de Salud, Ministerio de Salud ejecutó el 83,19% de su presupuesto en 2017 [En ligne]. Disponible sur : < <https://www.minsalud.gob.bo/3076-ministerio-de-salud-ejecuto-el-83-19-de-su-presupuesto-en-2017> >

Ministerio de Salud, Tres son los métodos anticonceptivos más utilizados por mujeres bolivianas [En ligne]. Disponible sur : < <https://www.minsalud.gob.bo/3360-tres-son-los-metodos-anticonceptivos-mas-utilizados-por-mujeres-bolivianas> >

Ministerio de Salud, 2009 a 2017: Bono Juana Azurduy benefició a casi dos millones de madres y niños menores de dos años [En ligne]. Disponible sur : < <https://www.minsalud.gob.bo/2978-2009-a-2017-bono-juana-azurduy-beneficio-a-casi-dos-millones-de-madres-y-ninos-menores-de-dos-anos> >

Movimiento al Socialismo, Historia [En ligne]. Disponible sur : < <http://www.masipsp.bo/index.php/historia> >

Nations Unies, Observatorio de Igualdad de Género de América Latina y el Caribe, Mortalidad materna [En ligne]. Disponible sur : < <https://oig.cepal.org/es/indicadores/mortalidad-materna> >

DE LA GALVEZ MURILLO, Alberto. Hoja informativa : El Alto. La Paz : Observatorio de Mortalidad Materna y Neonatal, CIDES/UMSA, 2016. [Consulté le 08 février 2020]. Disponible en ligne sur : < <http://ommncides.edu.bo/ommn/wp-content/uploads/2018/07/Hoja-Informativa-ElAlto.pdf> >

MEENTZEN, Angela. Estrategias de desarrollo culturalmente adecuadas para mujeres indígenas, Banco Interamericano de Desarrollo, 2001. [Consulté le 10 février 2020]. Disponible en ligne sur : < <http://americlatinagenera.org/newsite/images/cdr-documents/publicaciones/ind-ameentzenediagnosticomujeresindigenas.pdf> >

Organisation Mondiale de la Santé, Thèmes de santé : santé reproductive [En ligne]. Disponible sur : < https://www.who.int/topics/reproductive_health/fr/ >

Red Nacional de Servicios de Salud, Anticonceptivos [En ligne]. Disponible sur : < <https://www.cies.org.bo/aprende/anticonceptivos> >

Documentation officielle

Banco Interamericano de Desarrollo, Salud de la mujer indígena, Intervenciones para reducir la muerte materna, 2010 [Consulté le 15 mai 2020]

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Assemblée Législative Plurinationale, Ley Integral para Garantizar a las Mujeres una Vida Libre de Violencia, Ley 348, 2013 [Consulté le 10 juillet 2020]. Disponible en ligne sur : < https://oig.cepal.org/sites/default/files/2013_bol_ley348.pdf >

Cour Interaméricaine des Droits de l'Homme, CORTE INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS CASO I.V.* VS. BOLIVIA SENTENCIA DE 30 DE

NOVIEMBRE DE 2016 (Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas), 2016. [Consulté le 28 août 2020]. Disponible en ligne sur : < https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_329_esp.pdf >

Defensoría del Pueblo, Cartilla de Salud Sexual y Salud Reproductiva, Consentimiento informado y métodos anticonceptivos SALUD ¡Tu vida...tu derecho tu decisión!, 2018. [Consulté le 20 août 2020]. Disponible en ligne sur : < <https://www.defensoria.gob.bo/uploads/files/cartilla-de-salud-sexual-y-salud-reproductiva.pdf> >

Estado Plurinacional de Bolivia, Ministerio de Salud, Viceministerio de Medicina Tradicional e Interculturalidad, Ley de 19 de diciembre de 2013, Ley de Medicina Tradicional Ancestral Bolivia, Ley N° 459, 2013 2013 [Consulté le 15 août 2020]. Disponible en ligne sur : < https://www.paho.org/bol/index.php?option=com_docman&view=download&alias=79-ley-de-medicina-tradicional-y-su-reglamento&category_slug=publications&Itemid=1094 >

Gaceta Oficial de Bolivia, PLAN NACIONAL DE DESARROLLO “BOLIVIA DIGNA, SOBERANA, PRODUCTIVA Y DEMOCRÁTICA PARA VIVIR BIEN” LINEAMIENTOS ESTRATÉGICOS 2006 – 2011, 2007 [Consulté le 18 juillet 2020]. Disponible en ligne sur : < <http://www.ademaf.gob.bo/normas/ds29272.pdf> >

Instituto Nacional de Estadística, Encuesta de Demografía y de Salud EDSA 2016, 2016 2007 [Consulté le 7 juillet 2020]. Disponible en ligne sur : < <https://snis.minsalud.gob.bo/images/web/EDSA-2016.pdf> >

Inter-American Commission on Human Rights. Las mujeres indígenas y sus derechos humanos en las Américas / Comisión Interamericana de Derechos Humanos, 2017 [Consulté le 10 mai 2020] Banco Interamericano de Desarrollo, Salud de la mujer indígena, Intervenciones para reducir la muerte materna, 2010 [Consulté le 15 mai 2020]

Ministerio de Justicia y Transparencia Institucional, Instituto Nacional de Estadística, Encuesta de Prevalencia y características de la violencia contra las mujeres 2016, 2017 [Consulté le 3 avril 2020]

Ministerio de Planificación del Desarrollo, Plan Nacional de Desarrollo, 2006 [Consulté le 10 avril 2020]. Disponible en ligne sur : < <https://extranet.who.int/nutrition/gina/sites/default/files/BOL%202006%20-%20Plan%20Nacional%20de%20Desarrollo.pdf> >

Ministerio de Salud, Plan Estratégico para Mejorar la Salud Materna Perinatal y Neonatal en Bolivia 2009-2015, 2010 [Consulté le 15 avril 2020]. Disponible en ligne sur : < https://data.miraquetemiro.org/sites/default/files/documentos/plan_salud_materna.pdf >

Ministerio de Salud, La política SAFCI, su estrategia de promoción de la salud y practicas alimentarias saludables, 2013 [Consulté le 21 avril 2020]. Disponible en ligne sur : < http://www.sipi.siteal.iipe.unesco.org/sites/default/files/sipi_intervencion/safci.pdf >

Ministerio de Salud, Red Municipal de Salud Familiar Comunitaria Intercultural, Red Municipal SAFCI y Red de Servicios, 2008 [Consulté le 21 avril 2020]. Disponible en ligne sur : < <http://saludpublica.bvsp.org.bo/cc/BOX.79/documentos/nnormaSAFCI01027.pdf> >

Organisation Internationale du Travail, Estado Plurinacional de Bolivia, Ministerio de Salud, Ley del Seguro Universal Materno Infantil, Ley 2426, 2002. [Consulté le 8 juillet 2020]. Disponible en ligne sur : < <https://www.ilo.org/dyn/travail/docs/1462/LEY%202426%20DEL%20SEGURO%20UNIVERSAL%20MATERNO%20INFANTIL.pdf> >

Organisation des Nations Unies, Rapport de la Conférence internationale sur la population et le développement Le Caire, 1994 [Consulté le 15 juin 2020]. Disponible en ligne sur : https://www.unfpa.org/sites/default/files/event-pdf/icpd_fre.pdf

Organisation Mondiale de la Santé, Cinquante-septième assemblée mondiale de la santé, Rapport du Secrétariat, Santé génésique, 2004 [Consulté le 17 août 2020]

Organisation Mondiale de la Santé, Forum CIPD, Interpréter la santé génésique, 1999 [Consulté le 15 août 2020]

Organización de Estados Americanos, Constitución Política del Estado, 2009 [Consulté le 8 mai 2020]. Disponible en ligne sur : < https://www.oas.org/dil/esp/constitucion_bolivia.pdf >

TABLE DES ANNEXES

ANNEXE 1 : CONTENU DU PAQUET ALIMENTAIRE DU SUBSIDIO UNIVERSAL PRENATAL DANS LA REGION DE LA PAZ.....	83
AIRE RURALE.....	84
ANNEXE 2 : ORGANIGRAMME DU MINISTERE DE LA SANTE.....	85
ANNEXE 3 : SERVICES DE SANTE COMPRIS DANS LE SECOND NIVEAU DE SOINS	86
ANNEXE 4 : CARTE POLITIQUE DE BOLIVIE	87
.....	87
.....	87
ANNEXE 5 : CO-RESPONSABILITES DU BJA	88
.....	88
ANNEXE 6 : IDENTIFICATION DES PERSONNES INTERVIEWEES : HOMMES ET FEMMES INDIGENES	89
ANNEXE 7 : IDENTIFICATION DES PERSONNES INTERVIEWEES EN TANT QU'ACTEURS POLITIQUES ET SOCIAUX	90
ANNEXE 8 : GRILLE D'ENTRETIEN DES FEMMES ET HOMMES INDIGENES.....	91
ANNEXE 9 : GRILLE D'ENTRETIEN DES ACTEURS POLITIQUES ET SOCIAUX.....	92

Annexe 1 : Contenu du paquet alimentaire du Subsidio Universal Prenatal dans la région de La Paz

LA PAZ – ORURO – POTOSI

ÁREA URBANA

PRODUCTO	UNIDAD	CANTIDAD (PAQUETE)
ACEITE VEGETAL	1 lt.	1
BARRA ENERGETICA DE CEREALES (6 UNID x 30 g)	180 gr.	1
CHOCOLATE CON FRUTOS SECOS	60 gr.	1
EXTRUIDO DE CEREAL	230 gr.	1
LECHE EN POLVO ENTERA INSTANTÁNEA (BOLSA)	1 kg.	1
LECHE FLUIDA UHT	946 ml.	3
MATE EN SOBRE	2 gr.	6
NÉCTAR DE FRUTAS	4 lt.	1
YOGURT FRUTADO	1 lt.	1
CARNE BLANDA DE RES	HORIZONTAL	1
HUEVO	HORIZONTAL	1
POLLO/PESCADO	HORIZONTAL	2

Aire urbaine

Traduction des produits :

HUILE VEGETALE

BARRE ENERGETIQUE DE CEREALES (6 unités x 30 grammes)

CHOCOLAT AVEC DES FRUITS SECS

CEREALES

LAIT EN POUDRE ENTIER INSTANTANE (PAQUET)

LAIT LIQUIDE UHT

MATE (infusion de coca)

NECTAR DE FRUITS

YAOURT AUX FRUITS

VIANDE DE BŒUF

ŒUF

POULET/POISSON

BISCUITS

Aire rurale

ÁREA RURAL

PRODUCTO	UNIDAD	CANTIDAD (PAQUETE)
QUINUA REAL ORGÁNICA BLANCA	1 kg.	1
ARROZ	1 kg.	1
HARINA DE TRIGO FORTIFICADO	1 kg.	1
FIDEO FORTIFICADO	1 kg.	1
BARRA ENERGETICA DE CEREALES (6 UNID x 30 g)	180 gr.	1
EXTRUIDO DE CEREAL	230 gr.	1
SURTIDO DE GALLETA	400 gr.	1
SURTIDO DE GALLETA	1 kg.	1
NÉCTAR DE FRUTAS	4 lt.	1
PIÑA EN CONSERVA	1 kg.	1
LECHE EN POLVO ENTERA INSTANTÁNEA (BOLSA)	1 kg.	1
POLLO/PESCADO	HORIZONTAL	2
AZÚCAR	1 kg.	2
CHOCOLATE CON FRUTOS SECOS	60 gr.	1

Aire rurale

Traduction des produits :

QUINOA BLANC BIO

RIZ

FARINE DE BLE FORTIFIEE

PATES

BARRE ENERGETIQUE AUX CEREALES (6 unités x 30 grammes)

CEREALES

BISCUITS

BISCUITS

NECTAR DE FRUITS

ANANAS EN CONSERVE

LAIT EN POUDRE ENTIER INSTANTANE (PAQUET)

POULET/POISSON

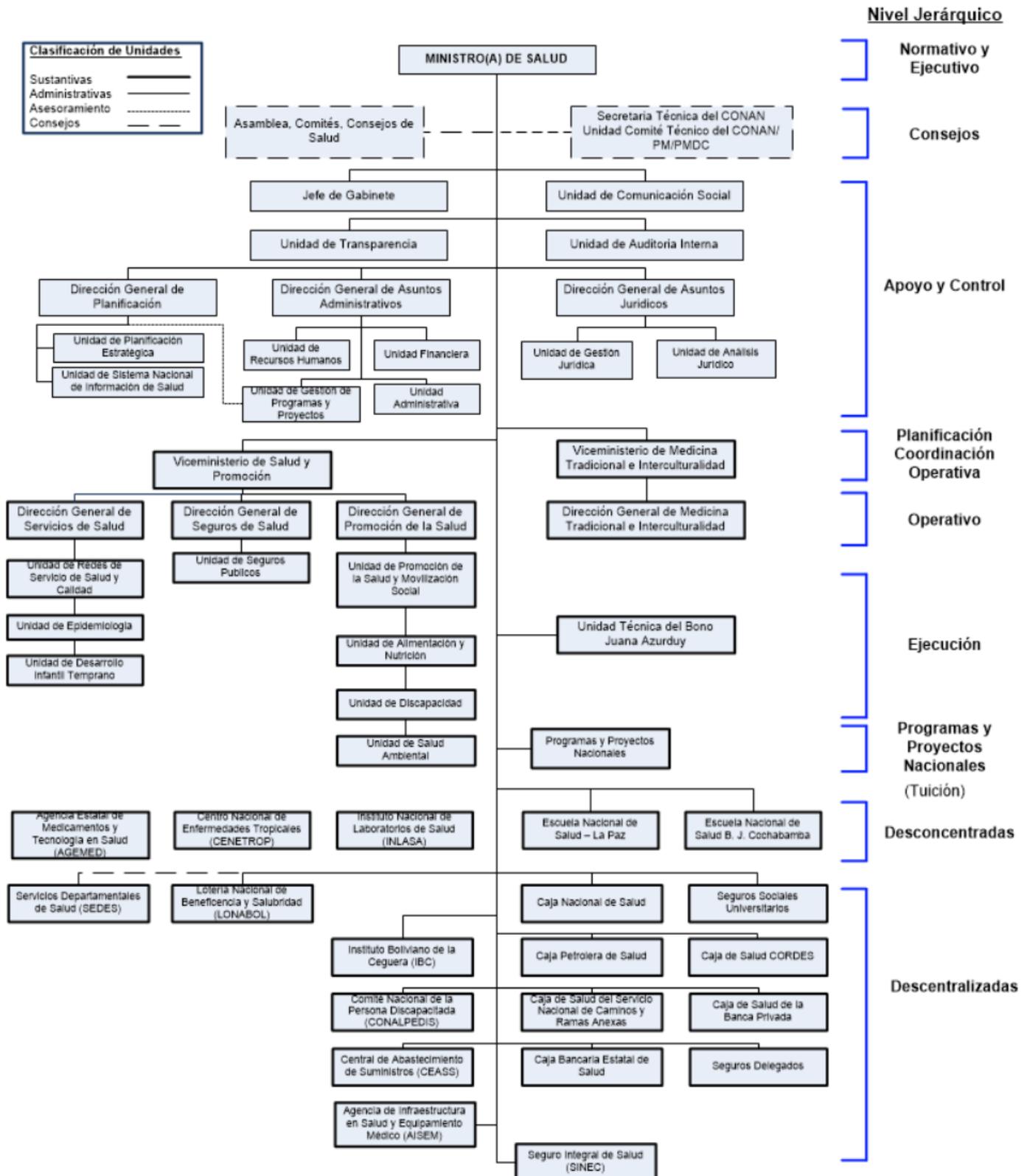
SUCRE

CHOCOLAT AUX FRUITS SECS

SEL

MATE EN SACHETS (infusion de coca)

Annexe 2 : Organigramme du Ministère de la Santé



Annexe 3 : Services de santé compris dans le second niveau de soins



PRODUCTOS DE SALUD PARA EL SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

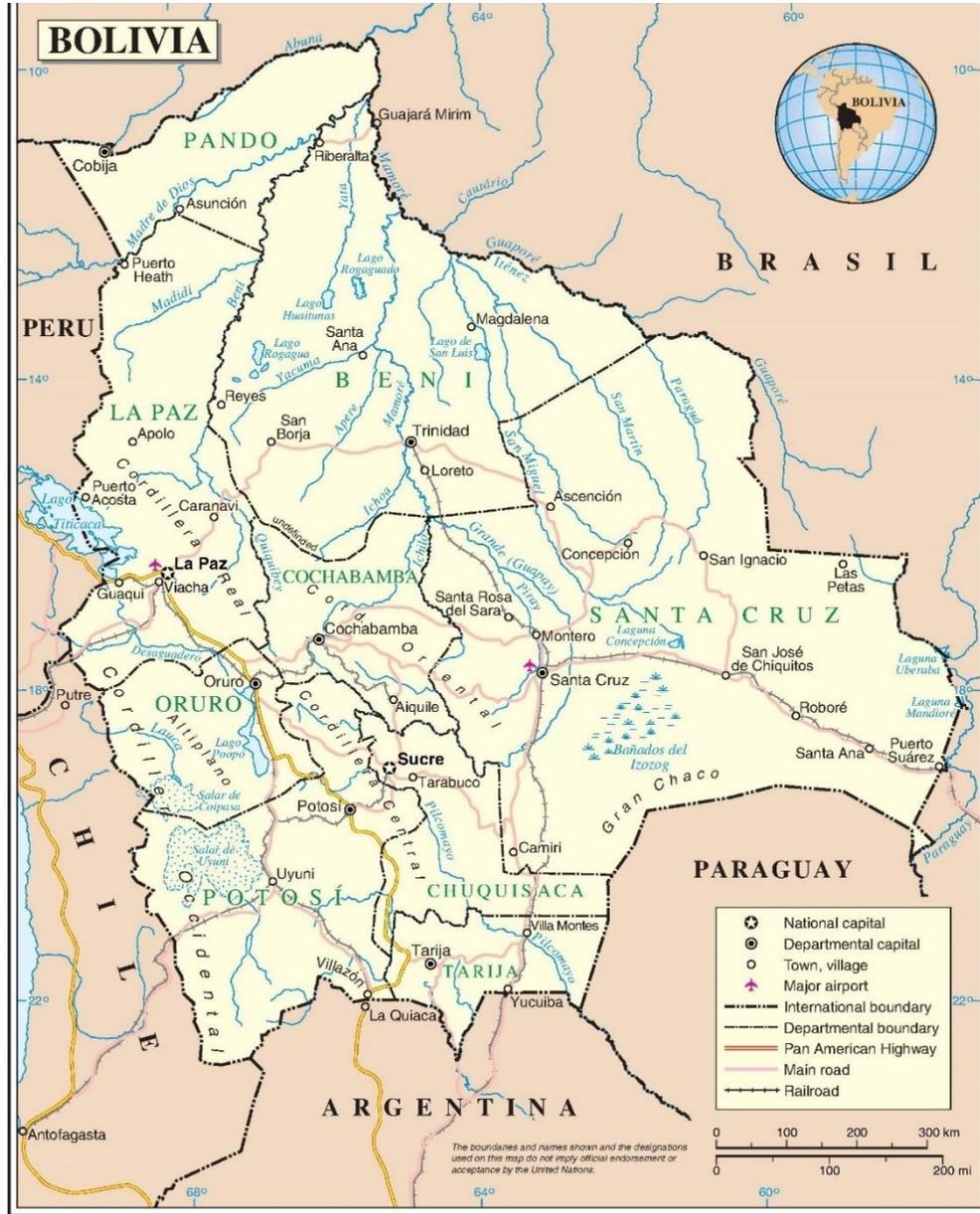
GRUPOS DE ENFERMEDADES	PRODUCTOS DE SALUD	CÓDIGO CIE-10	DIAGNÓSTICOS
GENITOURINARIO	SÍNDROME NEFRÓTICO	N308	INFECCIÓN URINARIA RECURRENTE
	TORSIÓN TESTICULAR	N04	SÍNDROME NEFRÓTICO
	HIPERPLASIA BENIGNA DE PRÓSTATA	N44	TORSIÓN TESTICULAR
	FIMOSIS Y PARAFIMOSIS (TRATAMIENTO QUIRÚRGICO)	N40	HIPERPLASIA BENIGNA DE PRÓSTATA
	ENFERMEDAD FIBROQUÍSTICA (DISPLASIA MAMARIA BENIGNA)	N47	FIMOSIS Y PARAFIMOSIS
	ENFERMEDAD INFLAMATORIA PÉLVICA NO ESPECÍFICA (EPI)	N60	ENFERMEDAD FIBROQUÍSTICA (DISPLASIA MAMARIA BENIGNA)
ATENCIÓN DEL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO	MASTITIS Y ABSCESO MAMARIO	N739	ENFERMEDAD INFLAMATORIA PÉLVICA NO ESPECÍFICA (EPI)
	INFECCIÓN GENITAL Y PELVIANA SECUNDARIA A ABORTO	O91	MASTITIS Y ABSCESO MAMARIO
	ATENCIÓN DE HEMORRAGIAS DE LA PRIMERA MITAD DEL EMBARAZO (LUI Y AMEU)	O030	ABORTO INFECTADO O SÉPTICO
		O080	ANEXITIS, PARAMETRITIS, PELVIPERITONITIS Y CHOQUE SÉPTICO
	ATENCIÓN DE HEMORRAGIAS DE LA PRIMERA MITAD DEL EMBARAZO (MISOPROSTOL Y MIFEPRISTONA)	O031	ABORTO INCOMPLETO
		PC375	INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO
	ISOINMUNIZACIÓN RH	O031	ABORTO INCOMPLETO
	COMPLICACIONES DEL EMBARAZO	PC375	INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO
		O360	ISOINMUNIZACIÓN RH
	PREECLAMPSIA MODERADA (NO SEVERA)	O60	AMENAZA DE PARTO PREMATURO
		O44	PLACENTA PREVIA
	HIPEREMESIS	O42	RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS (MENOR A 36 SEMANAS)
	ATENCIÓN DEL PARTO EUTÓCICO	O140	PREECLAMPSIA MODERADA (NO SEVERA)
	EMBARAZO POSTÉRMINO	O211	HIPEREMESIS DEL EMBARAZO
		O80	ATENCIÓN DEL PARTO EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD (PERIODOS DE DILATACIÓN, EXPULSIÓN Y ALUMBRAMIENTO)
	ATENCIÓN DEL PARTO DISTÓCICO	O48	EMBARAZO POSTÉRMINO
		O80	ATENCIÓN DEL PARTO EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD
		O721	ATONIA UTERINA POSTPARTO
		O713	DESGARRO OBSTÉTRICO DE CUELLO UTERINO
		O703	DESGARRO PERINEAL DE CUARTO GRADO DURANTE EL PARTO
		O702	DESGARRO PERINEAL DE TERCER GRADO DURANTE EL PARTO
		O720	RETENCIÓN PLACENTARIA CON HEMORRAGIA
		O730	RETENCIÓN PLACENTARIA SIN HEMORRAGIA
O42		RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS (MENOR A 36 SEMANAS)	
EMBARAZO ECTÓPICO, MOLAR Y HUEVO MUERTO RETENIDO (TRATAMIENTO NO QUIRÚRGICO)		O00	EMBARAZO ECTÓPICO
	O01	EMBARAZO MOLAR (MOLA HIDATIFORME)	
	O021	HUEVO MUERTO RETENIDO	

Traduction

Appareil génito-urinaire (concernant les femmes) : infection urinaire récurrente, syndrome néphrotique, dysplasie mammaire bénigne, maladie inflammatoire pelvienne

Prise en charge de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum : mammite, infection génitale et pelvienne et dûe à l'avortement, soin des hémorragies durant la première moitié de la grossesse, iso-immunisation, prééclampsie modérée, hyperemesis gravidarum, accouchement eutocique, postmaturité, accouchement dystocique, grossesse ectopique, grossesse molaire, fausse couche

Annexe 4 : Carte politique de Bolivie



Map No. 3875 Rev. 3 UNITED NATIONS
August 2004

Department of Peacekeeping Operations
Cartographic Section

Source: Organisation des Nations Unies

Annexe 5 : Co-responsabilités du BJA

Beneficiaria (o)	Corresponsabilidad	Monto (En Bs)	Montos Máximos Total (En Bs)
MUJER GESTANTE	1er control prenatal	50	320
	2do control prenatal	50	
	3er control prenatal	50	
	4to control prenatal	50	
	Parto atendido por personal de salud(institucional) mas control post parto	120	
NIÑO/A MENOR DE DOS AÑOS	Control bimensual de atención integral al niño(a) (durante 2 años)	C/2 Meses Bs 125	1.500
	TOTAL CORRESPONSABILIDADES		1.820

Source : Ministère de la Santé

Annexe 6 : Identification des personnes interviewées : Hommes et femmes indigènes

Initiales	Age	Enfants	Ville et région de naissance	Identification ethnoculturelle	Lieu de l'entretien	Date de l'entretien
Mme E. Q.	34	4	Alto Calacoto, La Paz	Aymara	Visioconférence	01/08/2020
Mme F. Q.	23	0	Larecaja, Combaya, La Paz	Aymara	Université Publique d'El Alto	10/02/2020
Mme F. E.	50	1	Avicaya, Oruro	Quechua	Sopocachi, La Paz	12/02/2020
Mr G. H.	23	0	El Alto, La Paz	Aymara	Université Publique d'El Alto	18/02/2020
Mr J.C.	24	0	La Paz, La Paz	Aymara (père) et Quechua (mère)	Sopocachi, La Paz	11/03/2020

Annexe 7 : Identification des personnes interviewées en tant qu'acteurs politiques et sociaux

Initiales	Age	Enfants	Lieu de naissance	Identification ethnoculturelle	Métier	Lieu de l'entretien	Date de l'entretien
Mme L. P.	51	3	Communauté Niño Quriqa, Province Bautista Saavedra	Quechua	Députée des Commissions de Politique Sociale, du Logement et des Services de Base	Chambre des Députés, La Paz	13/03/2020
Mme A. A.	28	0	La Paz, La Paz	Aucune	Responsable du genre au Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Planification Sociale	Université Publique d'El Alto	12/03/2020

Annexe 8 : Grille d'entretien des femmes et hommes indigènes

Thèmes	Questions
Maternité	<p>Souhaites-tu être mère/père ? Pourquoi? / Pourquoi souhaitais-tu avoir un enfant ?</p> <p>Que souhaites-tu transmettre à tes enfants ? Quelle est ta plus grande préoccupation pour leur éducation ?</p> <p>De quoi s'occupe le mari lors de la grossesse et de l'accouchement ?</p>
Traitement médical	<p>Peux-tu me raconter ton accouchement (lieu, accompagnant.es, durée) ?</p> <p>Qu'aurais-tu préféré comme prise en charge médicale ?</p> <p>As-tu pu choisir la position ? Quelle langue parlait-on ?</p> <p>Quelles améliorations du système de santé souhaiterais-tu ?</p> <p>As-tu vu un docteur durant la grossesse ?</p>
Interculturalité	<p>Que penses-tu d'Evo Morales?</p> <p>Quels changements as-tu perçus ces dernières années ?</p> <p>Est-ce que tu t'es déjà senti.e discriminé.e ? Par qui ?</p>
Communauté et relations de genre	<p>Qu'attends-tu de ton partenaire ?</p> <p>Comment te sens-tu du fait d'être célibataire ? Que pense ta famille ?</p> <p>Que représente la terre pour la communauté ?</p> <p>Que signifie le mot communauté ?</p>

Annexe 9 : Grille d'entretien des acteurs politiques et sociaux

Thèmes	Questions
Discrimination	T'es-tu déjà sentie discriminé.e ? Pourquoi ? A-t-il été difficile de t'intégrer au travail en tant que femme ?
Traitement médical	Quelles sont les différences entre la ville et la campagne ? A-t-on accès à la contraception ? Comment fonctionne le système public de santé ?
Interculturalité	Quelles ont été les améliorations permises par le gouvernement de Morales ? Comment définir l'interculturalité ? Comment vois-tu évoluer le pays après son départ ? Quels sont vos objectifs dans votre métiers (passés et à atteindre) ? Quelle est votre stratégie en matière d'interculturalité ? Quelles sont ses limites ?

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	7
PARTIE I : LA POLITIQUE D'INTERCULTURALITE DE L'ETAT PLURINACIONAL DE BOLIVIE, L'EMANCIPATION PAR LA DECOLONISATION	12
CHAPITRE 1. L'IDEOLOGIE POLITIQUE D'EVO MORALES AU SERVICE D'UNE EMANCIPATION DES MINORITES ORIGINAIRES	12
1.1 <i>L'interculturalité, l'incarnation d'une volonté politique de libération</i>	12
1.1.a Le Movimiento al Socialismo, une gauche anti-impérialiste	12
1.1.b Evo Morales, un président indigène et indigéniste	13
1.1.c Une inclusion des femmes dans un nouveau projet : vers un gouvernement plus égalitaire ?	14
1.2 <i>Un nouvel Etat Plurinational inclusif : un cadre légal protégeant la santé maternelle</i>	18
1.2.a Une nouvelle Constitution pour une protection des droits de la population indigène	18
1.2.b Une protection de la santé sexuelle afin de réduire les inégalités	19
1.2.c Le Plan National de Développement « Bolivie digne, souveraine, productive et démocratique pour le Bien Vivre » de 2006 à 2011	20
1.3 <i>Un renouveau ministériel au service la politique d'interculturalité</i>	21
1.3.a Le vice-ministère de la médecine traditionnelle et de l'interculturalité	21
1.3.b Le Registre Unique de Médecine Traditionnelle Ancestrale Bolivienne	23
1.3.c Le Service National de la Femme et de la Dépatricarisation Ana María Romero	23
CHAPITRE 2. LA SANTE FAMILIALE COMMUNAUTAIRE INTERCULTURELLE	25
2.1 <i>Le Système Unique de Santé, un accès à la santé publique et gratuite pour tous et toutes</i>	25
2.1.a Les objectifs du Ministère de la Santé dans la poursuite de la décolonisation	25
2.1.b Le fonctionnement du Système Unique de Santé (SUS)	26
2.1.c Une prise en charge médicale divisée en trois niveaux, source d'inégalités	28
2.2 <i>Les principes fondamentaux de la santé interculturelle</i>	29
2.2.a L'interculturalité comme garantie de respect de valeurs ancestrales	29
2.2.b Les quatre principes fondateurs de la santé interculturelle	30
2.2.c Le Bien Vivre appliqué à la santé	30
2.3 <i>Des soins médicaux accessibles aux communautés rurales</i>	31
2.3.a Une complémentarité entre médecines traditionnelle et académique	31
2.3.b Mi Salud, une initiative pour pallier les inégalités touchant le milieu rural	32
CHAPITRE 3. CONTROLER OU PROTEGER LA MATERNITE, UN ROLE D'ÉTAT	34
3.1 <i>Le Seguro Universal Materno Infantil (SUMI)</i>	34
3.1.a La loi 2426 : la première version du SUMI	34
3.1.b L'unité de nutrition de la SAFCI	35
3.2 <i>Le Bono Juana de Azurduy (BJA), une aide sous conditions strictes</i>	37
3.2.a Les objectifs du Bono Juana de Azurduy	37
3.2.b Le BJA ou comment conditionner la maternité par l'intervalle génésique	38
3.2.c Le programme mère-enfant pour réduire les inégalités d'accès à la santé et contrôler la prise en charge médicale	38
3.3 <i>Le Subsidio Universal Por la Vida, une alimentation fournie par l'Etat</i>	39
3.3.a Objectifs du décret N°2480	39
3.3.b Contenu du Subsidio Universal por la Vida	41
3.3.c Conditionner la santé alimentaire	41
PARTIE II : UNE SANTE GENESIQUE ENTRAVEE PAR UNE IDEOLOGIE INDIGENISTE	43
CHAPITRE 1. INDIGENISER LES FEMMES AUTOUR DE PRINCIPES CULTURELS NORMATIFS	43
1.1 <i>Conception culturelle de la maternité au sein de la communauté : essentialisation du rôle de mère</i> ...	44
1.1.a Analogie entre la femme et la Pachamama au devoir de reproduction	45
1.1.b La famille, noyau central de la communauté	46
1.1.c L'awayo, un devoir exclusivement féminin de protection de l'enfant	47
1.2 <i>Rôle de transmission culturelle : quand enfanter est un devoir politique et communautaire</i>	49
1.2.a Renforcer une identité culturelle par la maternité	50

1.2.b Le rôle de transmission culturelle : du devoir d'enfanter et d'assurer le futur de la communauté.....	51
1.2.c Devenir mère par la contrainte physique et morale.....	52
1.3 <i>La maternité, une problématique fondamentalement de genre.....</i>	53
1.3.a Jugement autour de la non-maternité.....	53
1.3.b Méconnaissance des droits des femmes : la maternité, facteur de discrimination	54
1.3.c Assignation genrée des rôles liée à la maternité.....	55
CHAPITRE 2. UNE MATERNITE ENCOURAGEE EN DEPIT D'UNE CONTRACEPTION CULTURELLEMENT	
INACCESSIBLE	56
2.1 <i>Une contraception tabou au sein de la communauté.....</i>	56
2.1.a Préjugés autour de la contraception	57
2.1.b Domination masculine sur la santé reproductive et sexuelle.....	58
2.1.c Inégalités des caractéristiques de la natalité en milieu rural	59
2.2 <i>Des droits reproductifs bafoués par l'Etat Plurinational de Bolivie.....</i>	59
2.2.a Condamnation pour stérilisation forcée par la Cour Internationale des Droits de l'Homme : le jugement du 30 novembre 2016.....	59
2.2.b L'abstinence, un moyen de contraception inégalement mis en valeur	60
2.2.c « Ta vie, ton droit, ta décision » : une initiative gouvernementale récente pour l'accès à la contraception	61
2.3 <i>Un avortement illégal.....</i>	63
2.3.a Législation et abus de langage	63
2.3.b Un avortement condamné par l'Etat et l'Eglise	63
2.3.c Un avortement culturellement condamné	64
CHAPITRE 3. MORTALITE MATERNELLE, VIOLENCES OBSTETRIQUES ET GYNECOLOGIQUES : UNE SANTE	
MATERNELLE LIMITEE PAR DES POLITIQUES PUBLIQUES DERISOIRES.....	65
3.1 <i>Les violences obstétricales, un problème d'origine socio-culturelle.....</i>	65
3.1.a Cadre conceptuel.....	65
3.1.b Un fonctionnement des politiques publiques de santé inadéquat.....	66
3.1.c Une profonde méfiance envers l'hôpital public	67
3.2 <i>Quand l'attachement à la médecine traditionnelle est un facteur de risques.....</i>	68
3.2.a L'accouchement à domicile avec une partera, un choix à risques.....	68
3.2.b La médecine traditionnelle comme facteur de risques lors de l'accouchement	69
3.2.c Une prise en charge médicale en hôpital culturellement distante.....	70
3.3 <i>Absence de consentement.....</i>	70
3.3.a Abus du personnel de santé et non-respect de l'intégrité physique.....	70
3.3.b Discrimination anti-indigène	71
3.3.c Une liberté de choix limitée par une intégrité physique non garantie	72
CONCLUSION	74
BIBLIOGRAPHIE.....	76
TABLE DES ANNEXES	82
TABLE DES MATIERES	93

MOTS-CLÉS : indigènes, interculturalité, décolonisation, domination, maternité

RÉSUMÉ

La politique de santé interculturelle menée par le gouvernement d'Evo Morales s'inscrit dans une volonté de décolonisation depuis l'Etat. Elle comporte deux aspects étant l'interculturalité appliquée au domaine de la santé par la liberté de jongler entre médecine traditionnelle et académique et l'intraculturalité correspondant à la revalorisation de valeurs et pratiques ancestrales. Les politiques publiques visant la maternité en milieu rural s'inscrivent dans un objectif de réduction de la mortalité maternelle et infantile. Néanmoins, la santé génésique n'est pas garantie pour autant. En effet, cette rénovation du système publique se heurte paradoxalement à une problématique découlant de la volonté de récupération identitaire indigène. Cette conception précoloniale de la maternité implique une essentialisation du rôle de mère en délaissant d'autres aspects fondamentaux de la santé génésique comme la contraception. De plus, les violences obstétricales et la discrimination ethnique entravent l'accès à une santé génésique complète.

KEYWORDS : indigenous, interculturality, decolonialism, domination, motherhood

ABSTRACT

The policy of intercultural health pursued by Evo Morales' government stems from a purpose of decolonialization through the State. It includes two aspects being interculturality – applied in the field of public health through the freedom of switching between traditional and academic medicines and intraculturality which refers to the appreciation of precolonial values and practices. Public policies targeting motherhood in rural areas falls within the aim of reducing the maternal and infant mortality rate. Nevertheless, their reproductive health is not guaranteed. The renovation of the public health system is indeed confronted to a paradox due to the will of an identity recuperation. This precolonial conceptualization of motherhood involves the essentialization of the mothers' role thus leaves out other fundamental aspects of reproductive health such as contraception. On top of that, obstetrical violence and ethnic discrimination hinder the access to a proper reproductive health.