

En quête du bébé idéal. Rouages du travail procréatif féminin en Inde du Nord

Clémence Jullien et Lucia Gentile

Volume 1, numéro 1-1, automne 2023.

Maternités et figures maternelles en Asie du Sud

URL : <https://edition.uqam.ca/rias/article/view/2033/version/2298>

Résumé de l'article

En Inde, comme ailleurs, la volonté d'assurer la meilleure des naissances possibles se manifeste par une multitude de prescriptions qui visent à contrôler la corporalité féminine au cours de la grossesse. En vue d'analyser les diverses injonctions sociales propres à la maternité, l'article se centre sur les expériences des femmes à partir de deux recherches ethnographiques menées au Rajasthan et au Gujarat. À travers les concepts d'incorporation et de travail eugénique, l'article met en exergue la multitude de tâches accomplies par les futures mères en quête du bébé idéal, à savoir sain, masculin et clair de peau. L'importance accordée au pouvoir du regard et aux effets de l'alimentation, rend compte de la perméabilité des corps et incite les femmes enceintes à une étroite auto-surveillance. L'article montre également en quoi ces prescriptions prénatales sont plus contraignantes pour les femmes de milieux défavorisés, révélant ainsi les inégalités sociales intrinsèques au travail procréatif.

Éditeur(s)

Revue interdisciplinaire sur l'Asie du Sud

ISSN 2817-7770

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Jullien, C. et L. Gentile (2023). « En quête du bébé idéal. Rouages du travail procréatif féminin en Inde du Nord ». *Revue interdisciplinaire sur l'Asie du Sud*, 1(1-1), 53–71.

En quête du bébé idéal. Rouages du travail procréatif féminin en Inde du Nord⁹¹

Clémence Jullien⁹² et Lucia Gentile⁹³

Résumé

En Inde, comme ailleurs, la volonté d'assurer la meilleure des naissances possibles se manifeste par une multitude de prescriptions qui visent à contrôler la corporalité féminine au cours de la grossesse. En vue d'analyser les diverses injonctions sociales propres à la maternité, l'article se centre sur les expériences des femmes à partir de deux recherches ethnographiques menées au Rajasthan et au Gujarat. À travers les concepts d'incorporation et de travail eugénique, l'article met en exergue la multitude de tâches accomplies par les futures mères en quête du bébé idéal, à savoir sain, masculin et clair de peau. L'importance accordée au pouvoir du regard et aux effets de l'alimentation, rend compte de la perméabilité des corps et incite les femmes enceintes à une étroite auto-surveillance. L'article montre également en quoi ces prescriptions prénatales sont plus contraignantes pour les femmes de milieux défavorisés, révélant ainsi les inégalités sociales intrinsèques au travail procréatif.

Mots clés : grossesse; Inde; genre; corps; travail procréatif; eugénisme; auto-surveillance; normes procréatives

Abstract

In India, as elsewhere, the desire to ensure the best possible birth is manifested in a multitude of prescriptions that aim to control the female body during pregnancy. In order to analyse the various social injunctions specific to motherhood, the article focuses on women's experiences based on two ethnographic studies conducted in Rajasthan and Gujarat. Through the concepts of incorporation and eugenic labour, the article highlights the multitude of tasks performed by expectant mothers in search of the ideal baby, namely healthy, masculine and fair-skinned. The importance given to the impact of the gaze and the effects of food, reflect the permeability of bodies and encourage pregnant women to close auto-surveillance. The article also shows how these prenatal prescriptions are more constraining for women from disadvantaged backgrounds, thus revealing the social inequalities intrinsic to reproductive work.

Keywords : pregnancy; India; gender; body; reproductive work; eugenics; self-monitoring; reproductive norms

⁹¹ © Cet article est sous l'égide de la licence [CC BY-NC-ND](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

⁹² Chargée de recherche au CNRS, Centre d'Études Sud Asiatiques et Himalayennes (CESAH, EHESS/CNRS)

⁹³ Post-doctorante au Centre National de Ressources et de Résilience (CN2R) et Institut Convergences Migrations (ICM) - dpt Health

Introduction

Les textes médicaux ayurvédiques et certains passages d'*Upaniṣad* regorgent de recommandations relatives à la périnatalité, attestant combien la volonté d'assurer la meilleure des naissances possibles constitue un centre d'intérêt codifié et ancien en Inde (Kapani, 1990). Et pour cause, dans cette région, comme ailleurs, les pratiques autour du fœtus font l'objet d'une multitude de précautions en ce qu'elles garantissent la reproduction biologique de la société et participent pleinement à sa (re)production symbolique et sociale (Walentowitz, 2005 : 125). Il est courant d'entendre en Inde que les femmes d'aujourd'hui seraient moins endurantes face à la douleur et que les complications de l'accouchement seraient décuplées avec la sédentarisation du mode de vie et l'absence de travail physique. Cette rhétorique est probablement plus ancienne que ce qu'elle en paraît : pour preuve, des inquiétudes au sujet des corps moins performants des femmes qui accouchent étaient déjà notées il y a plusieurs décennies en Inde (Hancart Petitot, 2008 : 205; Jeffery et Jeffery, 1996 : 112). Néanmoins, selon un discours grandissant au sein de la société indienne, le pays connaîtrait actuellement un déclin sociétal global et une occidentalisation des modes de vie qui auraient des répercussions nocives sur le développement du fœtus et le déroulement des naissances. Le nombre de maladies se multiplierait en raison de la dégradation de la qualité des aliments et de l'air. Le recours croissant de plats occidentaux caloriques (comme les hamburgers ou les pizzas) affaiblirait davantage les corps. Enfin, les médicaments allopathiques et les méthodes contraceptives hormonales entraveraient la fertilité. Face à ces préoccupations, se pose in fine la question des mesures à adopter pour favoriser la bonne santé des enfants à naître.

L'anthropologie de la santé a depuis longtemps mis en exergue les injonctions grandissantes intrinsèques à la biomédicalisation de la santé reproductive (Davis-Floyd, 1992; Ginsburg et Rapp, 1991; Martin, 1992). En contexte indien (Donner, 2008; Van Hollen, 2003), cette question se pose avec une acuité particulière depuis les années 2000. En vue de réduire les taux de mortalité materno-infantile, le gouvernement indien a mis en place divers programmes de santé publique pour inciter les femmes à faire un suivi de grossesse et à accoucher en milieu hospitalier gratuitement. Ces politiques étatiques ont incontestablement influencé les représentations, mais aussi les comportements des femmes vis-à-vis de ce qui est considéré être une « bonne » mère. Les recommandations concernant la réalisation d'au moins trois visites médicales prénatales sont de plus en plus suivies. La nécessité d'accoucher à l'hôpital s'est répandue : 88,6% des femmes accouchaient en milieu institutionnalisées en 2019-21, alors qu'elles n'étaient que 40,8% en 2005-06 (NFHS-5)⁹⁴. Ce tournant est particulièrement saillant au Rajasthan, un État longtemps considéré à la traîne, mais dont l'évolution en matière d'amélioration de la santé materno-infantile a été spécialement spectaculaire (Jullien, 2019). L'institutionnalisation de la santé maternelle est également notoire dans le district de Kutch au Gujarat où les aides de reconstruction

⁹⁴ The National Family Health Survey 2019-20 (NFHS-5). http://rchiips.org/nfhs/NFHS-5_FCTS/India.pdf

suite au tremblement de terre de 2001 ont permis un essor de la médecine allopathique sans précédent (Gentile, 2021). Pourtant, en ce qui concerne le suivi de grossesse, les comportements des femmes semblent peu dictés par les prescriptions médicales et les recommandations des médecins. Au Rajasthan comme au Gujarat, le constat était le même : celui d'un hiatus entre la quasi absence de prescriptions du corps médical lors des consultations prénatales en milieu hospitalier d'un côté et la multitude de précautions prises par les femmes enceintes au quotidien de l'autre côté.

À ce titre, cet article se centrera sur les diverses injonctions sociales⁹⁵ propres à la maternité pour mettre en lumière la façon dont la corporéité féminine est normalisée et contrôlée chez les femmes enceintes au nom de la meilleure des naissances. Le concept d'incorporation sera mobilisé en ce qu'il permet de révéler les processus d'acquisitions de dispositions des femmes. « L'incorporation de la maternité », explorée par plusieurs chercheuses féministes en Inde (Aneja et Vaidya, 2016; Thapan, 1997) comme ailleurs (Franklin, 1997; Ivry, 2010), renvoie à l'idée que la maternité n'est pas seulement perçue et expérimentée mais aussi « profondément inscrite dans [les] corps » (McNay, 1999 : 98). En prenant comme point de départ la matérialité de la grossesse, nous élaborons une analyse de ce que Ivry définit comme un « *embodied mode of responsibility* » (Ivry, 2010 : 119). Thapan (2001) note à juste titre que le concept d'incorporation est empreint de déterminisme dans la mesure où les normes dominantes - de genre notamment - s'imposeraient sur les trajectoires des identités des mères. Dans la lignée de cette mise en garde exprimée par Thapan, il nous semble important de rendre visible l'agentivité des femmes dans l'appropriation de leur maternité.

Pour ce faire, nous emprunterons le concept de « travail procréatif » défini par Mathieu et Ruault (2017). La notion de travail - qui a le mérite de traduire la pénibilité, les contraintes et les efforts propres à une activité productive - rend bien compte de l'ampleur des efforts déployés par les femmes rencontrées. Ce choix sémantique est d'autant plus important que les tâches procréatives en jeu sont principalement accomplies par les femmes et restent trop souvent invisibilisées. Plus généralement, l'atout de ce concept consiste à instituer les inégalités à l'œuvre dans les conditions de travail ou encore dans la capacité des gens à mobiliser leurs ressources pour parvenir à leurs fins. Autrement dit, ce concept permet de « révéler la multiplicité des tâches dédiées à l'engendrement des êtres humains tout en rendant compte des inégalités qui les fondent » (Mathieu & Ruault, 2017 : 11)⁹⁶.

Situé dans la lignée du « travail procréatif », le concept de « travail eugénique » que nous proposons permet de renvoyer à la multiplicité de tâches que les futures mères

⁹⁵ S'il convient de mettre en exergue combien les analogies entre les savoir-faire locaux et les prescriptions des textes médicaux anciens (ayurvédiques et yunani) sont nombreuses, notre intérêt en tant qu'anthropologues ne consiste pas à retracer l'origine des injonctions.

⁹⁶ Pour une réflexion plus détaillée sur le choix de l'adjectif « procréatif » (plutôt que reproductif) et sur les limites à considérer la procréation comme un travail, se reporter un numéro spécial coordonné par Mathieu et Ruault (2017).

accomplissent en vue de façonner la meilleure progéniture. Dans le cadre de nos ethnographies, cette expression fait référence à des pratiques d'eugénisme⁹⁷ positif, destinées à maximiser les caractéristiques souhaitables lors de la procréation. Tout en désignant les tâches qu'une « bonne » mère doit accomplir, le travail eugénique montre que la capacité à donner naissance au bébé idéal influe à son tour sur l'appréciation du travail maternel. Le recours à cette expression est d'autant plus pertinent qu'il est adossé à une époque d'eugénisme néolibéral (Pande, 2022; Rose, 2007) où le pouvoir décisionnel repose non plus sur un gouvernement autoritaire, mais sur les parents. Dans un contexte où l'autogestion des personnes responsabilisées est valorisée, cet article montre comment les choix propres à la santé prénatale accroissent le travail procréatif des femmes.

Ce travail eugénique sera abordé par les pratiques et les recommandations verbalisées par des femmes à partir de deux recherches ethnographiques menées dans les villes de Jaipur (Rajasthan) et de Bhuj (Gujarat)⁹⁸. Les recherches au Rajasthan ont été menées par Clémence Jullien en 2011-12 sur deux sites : d'une part dans un hôpital public obstétrical de la ville de Jaipur où se rendaient à la fois des femmes de milieux défavorisés (issues de quartiers pauvres ou de villages avoisinants) et des femmes plus instruites urbaines de la classe moyenne ; d'autre part dans des bidonvilles regroupant des familles démunies hindoues de basses castes comme musulmanes en périphérie de Jaipur. Au Gujarat, trois enquêtes ont été réalisées par Lucia Gentile entre 2015 et 2018 en milieu médical (dans un hôpital public et une clinique privée), au domicile des femmes et des *dāī*⁹⁹. Les interlocutrices ont été choisies pour tenter de représenter les différentes confessions (hindoues, musulmanes, jaïnes) et la variété des classes sociales, castes et communautés présentes dans la région. Au Rajasthan comme au Gujarat, les enquêtes ethnographiques (observation participante, imprégnation, recueil de récits de vie, entretiens semi-dirigés) ont été menées en hindi, parfois en anglais.

Contrôler sa vue, ménager ses émotions

Parmi les posters disposés sur les étals des marchés de villes d'Inde du Nord, il est courant d'y voir des bébés enjoués bien en chair. Très prisés des femmes enceintes, ces posters se retrouvent fréquemment affichés sur l'un des murs de la chambre à coucher pendant la durée de la grossesse. L'importance accordée à cette pratique s'apprécie tout particulièrement dans les logements vétustes des bidonvilles de Jaipur : si les taudis exigus hébergent des familles défavorisées issues en grande partie des *scheduled castes* aux revenus journaliers précaires, il n'est pourtant pas rare qu'un poster de bébé ait été acheté et affiché pendant la grossesse. Ces bébés rondouilleux,

⁹⁷ Le terme eugénisme désigne ici la volonté d'améliorer la progéniture et ne renvoie pas à l'idéologie scientifique à prétention universaliste fondée sur les théories de l'hérédité de la fin du 19^{ème} siècle.

⁹⁸ Les femmes dont il s'agit dans cet article sont exclusivement cisgenres et hétérosexuelles.

⁹⁹ Terme local désignant celles qui accompagnent les femmes pendant la grossesse, l'accouchement et les soins post-nataux. Nous faisons le choix de conserver le terme vernaculaire *dāī* car les termes français de « matrone » ou « sages-femmes traditionnelles » ne constituent pas des équivalents adéquats. Pour une réflexion sur les *dāī*, se reporter à Pinto (2008), Rozario et Samuel (2002), Jeffery et Jeffery (1993).

souriants, visiblement en bonne santé et avec un teint de peau clair incarnent un idéal. Selon les femmes rencontrées, le fait de contempler de tels bébés représentés en image augmenterait les possibilités de donner naissance à un enfant qui leur ressemble. C'est la raison pour laquelle une femme de Bhuj, dont le mari était souvent en déplacement, avait placé sa photo à côté du lit. En faisant en sorte que son époux soit la première personne vue au matin et la dernière avant le coucher, cette jeune femme était parvenue à ce que son fils ressemble à son père.



Figures 1 et 2 : Posters de bébé issus du terrain

Cette pratique dite « d'imprégnation par le regard » renvoie à l'idée selon laquelle les impressions visuelles de la femme enceinte peuvent déterminer (positivement ou négativement) l'enfant qu'elle porte et contribuer à l'engendrement d'une meilleure progéniture. Notons que cette pratique de callipédie¹⁰⁰ se retrouve ailleurs, dans l'Antiquité (Dasen, 2015) comme chez le médecin du 17^{ème} siècle Claude Quillet qui recommande aux femmes enceintes de s'entourer d'objets qui « réjouissent la vue » pour assurer le bon développement de « l'ouvrage de la nature » (In Fischer, 1991 : 147). Nous retrouvons des prescriptions similaires dans les textes ayurvédiques - comme la *Carakasamhitā* -, qui soulignent l'importance d'entourer la femme enceinte de choses agréables : « elle se plaira à contempler les hommes et les femmes de bel aspect, à fréquenter ceux qui parlent un langage châtié et dont la conduite et les actions sont édifiantes » (Papin, 2006 : 1221). En Inde, le concept même de *darśana* (litt. vue) qui désigne l'obtention des bénédictions d'une divinité ou d'un saint par l'échange de regards avec un dévot, conforte davantage encore le pouvoir bénéfique accordé au contact visuel (Eck, 2007). Les bienfaits attendus par la contemplation de posters polychromes portent aussi bien sur l'apparence physiques et esthétiques du bébé à naître que sur leur bon développement spirituel et psychologique. Si les posters du dieu Krishna sont également prisés des femmes enceintes c'est précisément, et comme l'expliquait Tripti, une jeune accouchée de Jaipur, parce que « Jai Shree Krishna est le plus coquin et enjoué [des bébés] », un trait de caractère apprécié et recherché.

Ces exemples ethnographiques montrent que les bénéfices associés à ces posters interviennent à deux niveaux : par la vue et par les émotions. D'une part, il s'agit de

¹⁰⁰ La callipédie (du grec « beaux enfants ») désigne un ensemble de pratiques à respecter en vue de donner naissance à un bel enfant.

s'assurer que l'enfant à naître ressemblera au bébé (parfois aussi à la divinité ou au père) représenté sur un poster moyennant la vue de la femme. D'autre part, il s'agit de procurer du bien-être au fœtus dans la mesure où les émotions positives qu'une femme enceinte ressent en contemplant de tels posters se transmettraient *in utero*. Aussi, loin d'être anecdotiques, ces posters rendent compte de l'importante perméabilité des corps (Selby, 2008; Walentowitz, 2005), source du développement du travail eugénique.

Œuvrer au statut social du foyer : favoriser la blancheur de la peau

Les efforts déployés par les femmes pour assurer la naissance d'enfants à la peau claire sont particulièrement révélateurs du travail eugénique. Si le recours à des produits cosmétiques éclaircissants ou à des méthodes de dépigmentation est commun en Inde, l'idéal de blancheur de la peau est plus ancien (Kessous, 2018 : 328). En effet, des prescriptions pour infléchir la couleur de peau du bébé à naître se retrouvent dans les textes ayurvédiques, comme la *Carakasamhitā* (Papin, 2006), ainsi que dans des *Purāṇa* (Stutley, 2001 : 57). Cette quête n'est pas seulement liée à un canon esthétique renforcé par les marques cosmétiques et l'industrie cinématographique, elle repose aussi sur la théorie controversée de l'invasion aryenne selon laquelle une population d'origine caucasienne à la peau claire - dénommée Arya - est entrée dans le sous-continent indien au cours du deuxième millénaire avant J.-C. en repoussant vers le sud la population dravidienne existante à la peau foncée. En faisant de la blancheur la couleur de cet envahisseur primordial, l'Occident semble avoir fixé cette équation entre blancheur et victoire (Kessous, 2018 : 103). Cette relation est plus complexe tant le teint de la peau recèle d'autres types de connotations et de discriminations liés à la caste, à la classe, à la religion, à la région et au sexe (Dalmia, 2019; Mishra, 2015).

Cette dimension esthétique s'applique également aux nouveau-nés et se retrouvait au Rajasthan comme au Gujarat chez les populations musulmanes, jaïnes comme hindoues. Les femmes enceintes affichaient non seulement des posters de bébés clairs de peau, mais suivaient divers conseils prodigués par leur entourage. À titre d'exemple, à Bhuj, Karima Jat, une *dāī* musulmane, recommandait de réciter chaque jour la *sūrah* de Yusuf ou d'immerger ce verset retranscrit dans une bouteille d'eau et d'en boire une gorgée au matin. Selon la tradition coranique, Yusuf posséderait la moitié de la beauté que Dieu avait réservée à l'humanité (Tottoli, 2002 : 120). Grâce au pouvoir façonnant de la parole, la récitation de cette *sūrah* permettrait à l'enfant à naître d'hériter d'une partie de cette beauté.

En vue d'avoir un bébé clair de peau, les femmes rencontrées privilégiaient surtout l'ingestion d'aliments blancs, dans la lignée des recommandations des textes ayurvédiques. Une corrélation était souvent établie entre la couleur d'un aliment et l'effet escompté sur le teint de l'enfant à naître : plus le produit est clair, plus son pouvoir éclaircissant est majeur, et inversement. Les produits de nature liquide comme le lait de coco ou d'origine animale étaient jugés les plus efficaces. Les amandes, le

safran et le *khīr*¹⁰¹ étaient également plébiscités. Au Rajasthan, les femmes préconisaient de boire du lait de coco mélangé avec du safran. Pour infléchir la couleur de peau en revanche, la mère devait impérativement en boire en tout début de grossesse. Comme expliqué par Nilam Goswami, une gujarati brahmane, à ces prescriptions s'ajoutent également des aliments échauffants à éviter : l'impact d'aliments comme le café, le chocolat, les aubergines, le pain de millet et le thé (*cāy*) était particulièrement redouté.

La confiance de Rubina, une musulmane gujarati, est particulièrement révélatrice de l'importance de la nourriture dans le façonnage de la couleur de la peau. À la suite de plusieurs fausses couches, elle avait suivi un régime alimentaire prescrit par son médecin et avait pris des médicaments locaux (*deśī davāyīān*) préparés par sa *dāī*. Ces efforts avaient été récompensés par la naissance d'une petite fille qui avait non seulement survécu, mais présentait également un beau teint clair. Lors de sa grossesse suivante, Rubina avait fait très attention à son régime, mais n'avait plus pris ses médicaments. Par conséquent, sa deuxième fille avait un teint légèrement plus foncé. Enfin, lors de sa dernière grossesse, elle avait eu une forte envie de viande, un aliment considéré échauffant, si bien que son dernier enfant était né avec un teint particulièrement foncé. En se référant aux différentes couleurs de peau de ses trois enfants, Rubina prouvait par là-même l'efficacité des recommandations alimentaires.

Les données ethnographiques ici présentées mettent en évidence les nombreuses pratiques pour influencer sur le teint du futur enfant, tout en rendant compte des contraintes auxquelles les femmes enceintes sont exposées. Si ce travail eugénique féminin - fondé sur l'idée d'une interpénétration des corps de la mère et du fœtus - n'est bien-sûr pas caractéristique du monde indien, ses enjeux semblent toutefois exacerbés en Inde. Cela tient en premier lieu aux conceptions locales des modes de transmission entre la mère au fœtus. En effet, pour celles qui, comme nos interlocutrices, ne se réfèrent pas aux théories génétiques, le pouvoir de façonnage de l'aspect physique de l'enfant résulte alors exclusivement de leurs comportements. Le fait de transposer des qualités fœtales déterminées par le chromosome à des régimes externes que les femmes enceintes doivent suivre permet de rejeter la faute sur la seule mère lorsque l'enfant qu'elle met au monde est dépourvu des qualités culturellement souhaitables (Sarkar, 2020 : 106). En outre, la diligence avec laquelle les femmes rencontrées suivaient les recommandations décrites ci-dessus tient du fait que la couleur de peau ne résulte pas simplement de préférences esthétiques, mais aussi de plus vastes considérations socio-économiques. Pour rappel, le teint joue un rôle central dans les possibilités qu'un individu aura à se positionner dans le marché de l'emploi comme dans le marché matrimonial (Vaid, 2009), notamment pour les femmes (Dalmia, 2019 : 224). En influant sur le montant de la dot en jeu ou la désirabilité de l'enfant à marier, la couleur de la peau intervient plus globalement dans la capacité des familles à re-négocier leur statut social.

¹⁰¹ Riz au lait sucré et aromatisé.

Recherche du bon équilibre

Dans le sous-continent indien où la portée symbolique des aliments est, depuis l'époque védique, révélatrice d'un système de valeurs sur le plan social comme religieux, les prescriptions alimentaires jouent un rôle central. Une alimentation équilibrée dans ses apports nutritionnels comme dans l'ingestion de substances aux propriétés échauffantes (*garam*) et rafraîchissantes (*thaṇḍā*)¹⁰² est particulièrement décisive pendant la période de la grossesse en ce qu'elle peut prévenir le développement de malformations et de fausses couches (Eichinger Ferro-Luzzi, 1973; Jeffery et Jeffery, 1996). Après la conception, la physiologie de la grossesse modifie le corps en le rendant plus chaud que d'habitude. Il est donc déconseillé d'ingérer des aliments dit échauffants comme les aliments épicés, la pastèque et la papaye. La propriété abortive de ce dernier étant célèbre en Inde et plus largement en Asie (Laderman, 1981; Nag, 1994), les femmes rencontrées s'abstiennent d'en consommer pendant la grossesse pour éviter que l'enfant ne « tombe » (*girnā*), qu'il « sorte » (*nikalnā*) ou qu'il ne « se dissolve » (*gal janā*). Quelques médecins de l'hôpital public de Jaipur conseillaient aux patientes d'éviter la papaye expliquant que ce fruit contient des hormones oestrogènes nocives au développement fœtal¹⁰³. Quant aux femmes Mirasi musulmanes de Jaipur, elles réduisaient leur consommation de viande et d'œufs, notamment en début de grossesse. Dans la pratique, les femmes faisaient parfois face à des injonctions contraires. À Bhuj par exemple, bien que la datte soit aussi considérée échauffante, elle était parfois consommée par des femmes avec un projet d'enfant car son utilisation permet de rompre le jeûne du ramadan.

Tout comme certains aliments, les médicaments allopathiques sont aussi dotés de propriétés échauffantes jugées nocives pendant la grossesse. À Bhuj, les femmes enceintes rencontrées ne prenaient pas régulièrement les suppléments de calcium, de fer et d'acide folique qui étaient distribués gratuitement. Cette méfiance se retrouvait également à Jaipur, y compris chez les agents de santé communautaire des bidonvilles censées inciter les femmes à faire suivre leur grossesse à l'hôpital. Certaines d'entre elles dissuadaient les femmes de prendre des médicaments (au même titre que les aubergines ou le *jaggery*¹⁰⁴) en raison des propriétés échauffantes.

Compte tenu de ces représentations, dans les années 1980, certaines familles d'Uttar Pradesh, tendaient à retarder, voire à éviter de recourir à une intervention médicale au cours de la grossesse (Jeffery, Jeffery et Lyon, 1989 : 93). Depuis, avec l'accélération fulgurante de l'institutionnalisation de la maternité, le savoir obstétrical autour de la grossesse a gagné en influence et légitimité, modifiant ce que Jordan (1997)

¹⁰² En Inde, les aliments mais aussi les maladies et les substances sont catégorisés autour d'un axe chaud/froid. Appliqués à la nourriture, les termes d'échauffant et de rafraîchissant se rapportent à des qualités intrinsèques accordées à des aliments et à leurs effets sur le corps. Pour une catégorisation détaillée, se reporter aux tableaux de Nag (1994 : 2430-2431) ou de Vallianatos (2006 : 119).

¹⁰³ L'impact nocif de la papaye cru serait lié au taux d'ocytocine contenu qui engendrerait des contractions utérines (Adebiyi, Adaikan et Prasad, 2002).

¹⁰⁴ Sucre non raffiné.

nomme le « *authoritative knowledge* ». De ce fait, de nos jours, les femmes rencontrées semblent surtout devoir composer avec un double équilibre : une future mère se doit de prendre soin des propriétés des substances, mais aussi de concilier les discours de certains proches sur les risques intrinsèques aux médicaments allopathiques et l'idée, désormais répandue, selon laquelle une femme dite moderne et responsable fait nécessairement suivre sa grossesse en milieu hospitalier. Autrement dit, si l'importance accordée aux propriétés échauffantes n'est pas nouvelle, l'évolution du *authoritative knowledge* propre au travail procréatif tend à multiplier les choix des futures mères.

Gérer ses envies de grossesse, veiller au bien-être du fœtus

Les femmes rajasthanies et gujaraties rencontrées considéraient les envies comme une manifestation des désirs de l'enfant (*icchā, bacce ka man*). Ces derniers, qui se manifestent par l'envie ou un sentiment de rejet de certains aliments, doivent être satisfaits au plus vite compte tenu des répercussions en jeu. À Jaipur par exemple, il était courant d'entendre qu'une mère qui ne mange pas à sa faim ou qui n'assouvit pas ses envies prend le risque d'avoir un enfant qui bave à longueur de journée. Ces observations ethnographiques se situent dans la lignée des recherches précédentes soulignant que les désirs non assouvis engendreraient des anomalies, des malformations, voire la mort du fœtus (Singh, 2006 : 159). Cette mise en garde apparaît déjà dans la *Carakasamhitā* : « Si la femme enceinte éprouve une irrépressible envie pour un produit malsain, il faudra la satisfaire malgré tout, mais en y ajoutant une substance saine. En effet, si un désir est réprimé, l'élément air [...] peut causer la destruction du fœtus ou provoquer des malformations » (Papin, 2006 : 1161).

Sur nos deux terrains respectifs, il était répété que le respect des envies devait primer avant tout, quitte à aller à l'encontre des habitudes alimentaires. À ce titre, les exemples donnés par Soni, une *dāī* hindoue de Jaipur étaient révélateurs : une femme pourrait refuser de manger le plat qu'elle a elle-même préparé, tandis qu'une autre se mettrait soudainement à réclamer de la viande pour satisfaire les désirs du bébé. L'importance accordée à ces envies alimentaires peut aussi engendrer des dépenses inhabituelles. À Bhuj, Nilam mangeait une glace à presque chaque repas au cours de sa grossesse car elle en avait une envie démesurée. Pourtant, et contrairement au *kulfi* qui est plus répandu et accessible économique, la consommation de glace n'est habituellement accordée que ponctuellement.

D'autres femmes, enfin, désiraient des aliments considérés nuisibles à l'enfant tels que des aliments épicés ou des plats de la *street food* dont l'origine des produits et l'hygiène étaient considérées douteuses. L'ingestion d'argile et d'autres types de terre (géophagie) - un phénomène répandu (Jeffery, Jeffery et Lyon, 1989) - se retrouvait également. À Bhuj, près de la moitié des femmes interrogées avaient consommé de l'argile lors d'une grossesse, tout en reconnaissant que cette matière nuit gravement à la santé de l'enfant. Les agents de santé communautaire des bidonvilles de Jaipur déploraient fréquemment le fait que les femmes enceintes mangent de l'argile ou du charbon et qu'elles fument des cigarettes locales (*bīdī*). Tout en les mettant en garde

contre ces risques et en les réprimandant, elles restaient sensibles à ne pas brider les envies des femmes expliquant qu'il était toujours possible d'être satisfaite en humant l'odeur du charbon (plutôt qu'en l'ingérant).

L'attention portée aux envies alimentaires¹⁰⁵ pourrait laisser présager que les femmes enceintes bénéficient de soins tout particuliers. Pourtant, si la future mère reçoit des attentions spécifiques, c'est « principalement parce que son corps et son esprit sont considérés comme indissociables de ceux du fœtus. Cela montre que cette attention particulière est temporaire, car elle est déclenchée par la condition de vaisseau de la femme, et non par la femme elle-même » (Sarkar, 2020 : 107)¹⁰⁶. En outre, et comme montré dans la prochaine partie, l'importance accordée à la bonne alimentation de la femme enceinte est ambivalente en ce qu'elle peut s'avérer contraignante au quotidien et accroître les tâches propres au travail procréatif.

L'alimentation durant la grossesse : un double conditionnement

En vue d'améliorer la santé materno-infantile, bon nombre de moyens déployés par le ministère indien de la Santé et du Bien-être familial sensibilisent les familles à l'importance d'une alimentation saine et équilibrée. À Bhuj, une salle contiguë à l'unité gynécologique, était consacrée spécifiquement aux consultations d'une diététicienne. Quant à l'hôpital de Jaipur, une série d'affiches étaient placardées pour inciter les femmes à manger équilibré et les mettre en garde contre la « malbouffe » (*junk food*).



Figures 3 et 4 : affiches de sensibilisation à Jaipur

Les conversations recueillies au cours de la recherche montrent, à quelques exceptions près, une continuité entre les indications institutionnelles et le discours des

¹⁰⁵ Avec la préférence des garçons et l'interdiction de la détection du sexe du fœtus, les envies alimentaires des femmes enceintes sont généralement scrutées : des envies de sucré ou de piquant indiqueraient plutôt la naissance d'un garçon, tandis qu'une attirance pour l'amertume ou l'acidité présagerait celle d'une fille.

¹⁰⁶ Notre traduction de l'anglais.

femmes. Selon ces dernières, il est important d'avoir une alimentation nutritive, composée de fruits, de légumes verts et de fruits secs. Dans la pratique en revanche, compte tenu du prix de ces aliments, seules les familles les plus favorisées socio-économiquement étaient en mesure de s'offrir ces repas au quotidien. Pouvoir consommer ces produits pendant toute la durée de la gestation était une fierté et une marque de prestige. À titre d'exemple, malgré le coût élevé des fruits secs et son dégoût pour les amandes, Nilam était obligée par sa mère d'en manger quotidiennement.

Les familles rencontrées vantaient aussi les bienfaits du *ghī* (beurre clarifié) pendant la grossesse comme la phase post-natale. Pour reprendre les termes d'une jeune accouchée de Jaipur, ce produit indispensable est consommé pour avoir un corps sain et équivaldrait « aux fruits, salades et légumes » prisés en occident. Toutefois son coût prohibitif était fréquemment déploré. Pour souligner combien la prime (1000-1400 Rs)¹⁰⁷ que les jeunes mères recevaient à la sortie de l'hôpital dans le cadre de *Jananī Surakṣā Yojnā* (JSY)¹⁰⁸ était insuffisante, les familles de milieux défavorisés prenaient régulièrement l'exemple du prix de ce produit, déplorant n'avoir « même pas 2 Kg de *ghī* de bonne qualité » avec 1000 Rs. Pour les femmes enceintes de caste et de classe inférieures, le manque de moyens économiques rend non seulement ce travail procréatif plus contraignant, mais contribue également à une dévalorisation de soi intériorisée similaire à celle reportée par Scheper-Hughes (1985) au Brésil. À Bhuj en effet, certaines craignaient d'être de moins « bonnes » mères en ce qu'elles enfanteraient de moins « bons » enfants, à savoir plus vulnérables et plus foncés de peau.

En plus d'être tributaire de pressions socio-économiques, le régime de la femme enceinte est également soumis au statut social que la jeune mère occupe vis-à-vis de sa belle-famille (Mira et Bajpai, 1996). En vue de bénéficier d'aliments sains, les femmes ont souvent l'interdiction de manger à l'extérieur de la maison. Ce faisant, les membres de la famille sont en mesure de contrôler l'alimentation de la femme enceinte et de lui rappeler son statut au sein du foyer. À Bhuj, la position des femmes à cet égard était ambivalente : bon nombre considéraient ces restrictions favorablement en ce qu'elles contribuent à avoir un beau bébé et minimisent les risques de complications obstétricales, mais celles qui vivaient en famille élargie regrettaient parfois leur absence de choix. Le type, la qualité et la quantité des aliments étaient choisis quotidiennement par la belle-mère qui, forte de ses connaissances et de son expérience, organisait le régime alimentaire de la future mère. Ce constat était également opéré en Uttar Pradesh : certains aliments prisés étaient souhaités des femmes enceintes mais elles se devaient « d'attendre passivement qu'on leur offre du lait ou qu'on leur apporte un fruit » (Jeffery, Jeffery et Lyon 1989 : 81). En somme, la future mère est dans son quotidien, comme dans le régime alimentaire, simultanément choyée et contrainte en vue d'optimiser ses performances procréatives. Si ce traitement ambivalent de soins sous surveillance est régulièrement décrit au sujet des mères porteuses indiennes

¹⁰⁷ En décembre 2022, 1 Rs (roupie indienne) équivaut à 0,011 euros.

¹⁰⁸ Ce programme gouvernemental, instauré en 2005 en vue de réduire les taux de mortalité materno-infantiles, prévoit une petite somme d'argent aux femmes qui accouchent en milieu hospitalier.

(Pande, 2010), il n'est pas cantonné à la gestation pour autrui : l'attention apportée au corps féminin vise à garantir une meilleure (re)production.

« Domestication » des futures mères

Selon les femmes rencontrées, le comportement de la mère - vu dans sa tripartition pensée, parole et action - contribue également à façonner le fœtus, constamment soumis à des influences extérieures ou intérieures. Nous retrouvons une même importance accordée aux émotions et pensées de la femme enceinte et de l'embryon dans la théorie ayurvédique de l'embryogenèse où, à partir du quatrième mois, le cœur de la mère se connecte à celui de l'enfant, permettant une imbrication des corps (Stork, 1986 : 97). Pour cette raison, les femmes enceintes sont amenées à développer une auto-surveillance et une maîtrise intime d'elle-même, visant à gérer les qualités physiques, émotionnelles, intellectuelles et spirituelles à modeler pour le nouveau membre de la société. Premièrement, elles devaient se débarrasser de tous les sentiments négatifs et éviter d'être en contact avec la mort ou la violence. Par exemple, il était fortement déconseillé de rentrer dans les cimetières ou de regarder des programmes télévisés violents.

Au contraire, les femmes devaient se concentrer sur les aspects qu'elles aimeraient voir se développer chez leurs enfants : intelligence, amour, dévouement et sérénité pour ne donner que quelques exemples. En vue de transmettre de la sérénité, une qualité très appréciée, la lenteur des mouvements était prônée. Pour façonner un bébé pieux, la femme enceinte devait consacrer du temps aux rituels et à la prière. Au Gujarat, la lecture de textes religieux, comme le Coran et le *Bhāgavata Purāna*, était un moyen prisé non seulement pour insérer l'enfant dans le tissu religieux dès le stade prénatal, mais aussi car cette pratique renforce le rôle de la femme comme référence religieuse de la famille. Les données rassemblées mettent en évidence comment l'auto-surveillance des émotions et des pensées permet l'incorporation des normes de genre, le contrôle et le sacrifice étant les premières qualités d'une mère (Aneja et Vaidya, 2016).

Concernant le corps, les femmes étaient encouragées à marcher lentement et à renoncer à danser pour minimiser les risques de fausses couches. Elles devaient faire attention en montant les escaliers, s'asseoir et se lever doucement, et ne pas soulever de poids. À Bhuj, il était aussi déconseillé de garder les jambes écartées ou accroupies - ces positions rappelant l'accouchement - mais plutôt de dormir les jambes croisées. En même temps, les futures mères ne devaient pas être oisives, mais rester actives afin de préparer leur corps à l'accouchement. Au Rajasthan comme au Gujarat, les travaux ménagers étaient considérés être la meilleure activité physique pour une femme enceinte. Passer la serpillère, balayer, nettoyer le linge étaient fréquemment donnés en exemple comme des activités qui maintiennent en forme, offrent au bébé une bonne mobilité et favorisent un accouchement par voie basse. À l'inverse, celles qui dorment toute la journée seraient condamnées à subir une césarienne. À Jaipur, le repos, parfois préconisé des médecins, était critiqué des femmes de milieux défavorisés : il serait non

seulement l'apanage des « *ladies* », mais une des raisons pour laquelle les générations actuelles rencontrent davantage de difficultés à accoucher.

Faire le ménage reste la meilleure activité à faire, aussi parce qu'il est fait à la maison. Selon Karima Jat, une *dāī* musulmane, il est bon qu'une femme enceinte se promène par moments, mais sans quitter la maison, ni se surmener. Si, au contraire, elle travaille trop en dehors du foyer, le bébé risque de naître prématurément. En effet, s'il est toléré qu'une fille ou une femme mariée travaille, il n'est pas socialement accepté qu'une mère passe beaucoup de temps en dehors du foyer (Donner, 2008). Ce n'est que lorsque les enfants sont grands ou en cas de veuvage qu'une femme peut se permettre de travailler pour compléter le salaire de son mari ou pour subvenir à ses besoins.

Ces paragraphes mettent en évidence les changements que les femmes sont amenées à faire pendant la grossesse afin d'assurer le développement psychophysique sain de l'enfant. L'auto-surveillance demandée était souvent obtenue par un contrôle social et familial. À Bhuj, de nombreuses femmes se plaignaient des restrictions qu'elles subissaient : leur surveillance les isolait dans l'espace domestique, sans la possibilité d'être exemptées des tâches quotidiennes. Par exemple, en raison de la forte présence de ralentisseurs, les *dāī* déconseillaient aux femmes enceintes de prendre la route car les secousses favoriseraient les fausses couches. L'espace féminin se rétrécit, particulièrement à cette période, se limitant à une distance praticable à pied. La « domestication » des femmes est en effet intensifiée pendant la grossesse, puis pleinement assumée à la naissance des enfants : l'espace de la mère s'articule à proximité du foyer (Chasles, 2009).

Infléchir le sexe pour garantir la naissance d'un fils

Compte tenu de l'importance accordée à la naissance d'un garçon, les efforts fournis par les femmes en vue d'infléchir le sexe du fœtus étaient nombreux. À Bhuj, mais plus particulièrement à Jaipur, il était en effet courant d'entendre qu'au cours du premier trimestre certains talismans et rituels permettaient de favoriser la naissance d'un garçon. À Jaipur, des expériences partagées sous le ton de la confiance par des femmes hindoues¹⁰⁹ montrent que les remèdes peuvent aussi être plus coûteux et contraignants. Peu après avoir accouché d'un petit garçon, Radha, une rajasthanie de milieu rural déjà mère d'une fille de trois ans, reconnut s'être procurée discrètement des médicaments locaux (*deśī davāyiān*) à 1500 Rs en vue d'avoir un garçon. Si Radha était visiblement mal à l'aise lorsqu'elle évoquait ces remèdes, accoucher d'un fils était central pour elle. Après la naissance de sa fille, elle avait fait deux fausses couches et la pression exercée par sa belle-mère pour qu'elle ait un fils devenait pesante. Komal, quant à elle, a reçu des piqûres chaque semaine pendant sa grossesse dans l'espoir d'avoir un fils. Son mari, pharmacien, les lui administrait et chaque injection coûtait 200 Rs. Malgré cet investissement, Komal a donné naissance à une petite fille. En la

¹⁰⁹ Des pratiques similaires sont suivies par certaines femmes musulmanes, bien qu'à un moindre degré.

regardant, Komal avait conclu en souriant : « Que dire ? On n'a que ce qui relève du destin ».

Il serait cependant fallacieux de considérer que les femmes suivent systématiquement avec diligence les recommandations entendues en vue d'avoir un garçon. Sneha en est la preuve. Cette Rajpoute de vingt-cinq ans détentrice d'un master, évoqua avec sarcasme les médicaments qu'une voisine, mère de quatre filles, prenait dans l'espoir d'avoir enfin un fils. Lorsque sa belle-mère lui avait demandé d'en faire de même, Sneha avait acquiescé mais faisait semblant de prendre les comprimés. Elle raconta, amusée, comment sa belle-mère se montrait rassurante sur l'effet de ces médicaments alors qu'au même moment, la voisine avait de nouveau accouché d'une fille.

Si l'expérience de Sneha permet de rendre compte du scepticisme, voire des résistances de certaines femmes face aux injonctions qui ont trait à l'infléchissement du sexe du fœtus, reste que les futures mères étaient fréquemment incitées par l'entourage à porter des talismans, à faire des offrandes et à suivre des traitements médicamenteux (Jullien, 2021). Ces derniers, désignés sous le nom de « *sex-detection drugs* », sont illégaux, en ce qu'ils enfreignent le *Pre-Conception and Pre-Natal Diagnostic Techniques Act* (PC-PNDT Act)¹¹⁰. Ces médicaments restent malgré tout largement répandus en Inde du nord, disponibles auprès de bon nombre de pharmacies, épiceries et guérisseurs qui profitent d'une zone grise législative pour en tirer parti économiquement. Il est en effet difficile de mettre fin à ce marché dans la mesure où des composants de ces médicaments (illégaux) se retrouvent dans d'autres remèdes ayurvédiques en toute légalité (Bandyopadhyay et Singh, 2007 : 34). Au problème du coût, s'ajoutent surtout des problèmes de santé. Des études, relayées par la presse cette dernière décennie¹¹¹, ont montré que certains de ces remèdes, composés de phyto-œstrogènes, de testostérones et de métaux lourds, peuvent causer des malformations fœtales et, dans les cas les plus tragiques, la mort *in utero*. Selon une étude scientifique menée en Haryana (Neogi *et al.*, 2016), un cinquième des morts *in utero* peuvent être attribués à de tels médicaments.

Si des femmes enceintes se soumettaient à des remèdes astreignants, parfois aussi pénibles et onéreux pour augmenter leurs chances d'avoir un garçon, c'est parce qu'elles avaient conscience qu'elles seraient tenues pour seules responsables si elles donnaient naissance à une fille. Bon nombre de femmes qui se pliaient à ces préconisations pour avoir un fils et satisfaire les souhaits de la belle-famille espéraient, ce faisant, réduire le nombre de grossesses à venir. En effet, comme le montre Säävälä (1999), si la valeur symbolique de la capacité reproductive d'une mère est comprise en

¹¹⁰ Établi en 1994 (PNDT), puis amendé en 2002 (PC-PNDT), cette loi vise à lutter contre l'avortement sélectif féminin.

¹¹¹ Quelques exemples sur le sujet (The Guardian 27/20/2016; The Wire 26/07/2018; Hindustan Times 02/08/2015)

termes de relations de pouvoir familiales, achever le travail procréatif permet à une femme d'avancer dans une étape successive de sa vie et de gagner en prestige.

Conclusion

Les notions de travail procréatif et eugénique ont permis, tout au long de l'article, de mettre en exergue la multitude de tâches que les futures mères accomplissent pour favoriser la bonne santé des enfants à naître. L'un des atouts de ces concepts est de dresser une image holistique de la maternité qui prenne en considération la stratification des charges féminines physiques, mentales, organisationnelles et émotionnelles habituellement invisibilisées. Appliqués au contexte indien, ces concepts ont le mérite de remédier à une double invisibilisation de genre et de caste. En Inde, la question des recommandations liées à la grossesse reste principalement abordée par le biais des seules prescriptions alimentaires ou des rites brahmaniques (les *samskāras*) exclusivement réservés aux « deux-fois nés ». Se centrer sur le vécu des femmes enceintes de milieux défavorisés en faisant attention à l'alimentation, aux habitus corporels et à l'environnement permet de donner une image globale des multiples contraintes auxquelles elles sont soumises pendant la grossesse.

Ces réflexions autour des normes du travail procréatif sont d'autant plus importantes que les attentes de performances du corps reproducteur ne cessent de s'accroître en Inde. Chez les mères porteuses, rémunérées, avec des conditions de travail fixées dans un contrat, soumises aux injonctions du corps médical, parfois contraintes de vivre dans des dortoirs, la question du travail procréatif atteint son paroxysme (Pande, 2014; Rozée, 2020). À ce phénomène s'ajoute le retentissement inédit, moins médiatisé mais tout aussi controversé, des préconisations du *Garbh Sanskar*. Ce dernier propose de « garantir la bonne mise au monde de bébés supérieurs » (Sarkar, 2020) par une relecture contemporaine des prescriptions ayurvédiques. Porté par des branches de la droite nationaliste hindoue, ce projet eugéniste d'une progéniture parfaite se matérialise dans la création de centres médicaux ou de vastes workshops de sensibilisation (comme à l'université JNU¹¹² à Delhi en mars 2023). En vue de garantir la naissance de « *customised babies*¹¹³ », le *Garbh Sanskar* comprend une série de rituels religieux, de recommandations alimentaires et de règles comportementales que les futurs parents (principalement la femme) doivent respecter pendant la conception, la grossesse, l'accouchement et la phase post-natale.

Indubitablement, les préceptes du *Garbh Sanskar* avec ses visées de callipédie, se situent dans la lignée de nos ethnographies. Cependant la portée eugéniste de ce projet et le double dessein de la droite nationaliste hindoue de créer de meilleurs enfants et de meilleurs patriotes posent de nouvelles questions théoriques. Avec la montée au pouvoir de l'*Hindutva* et l'emprise croissante du politico-religieux sur le corps

¹¹² Jawaharlal Nehru University.

¹¹³ Hindustan Times (07/05/2017). <https://indianexpress.com/article/india/rss-wing-has-prescription-for-fair-tall-customised-babies-4644280/>

reproducteur féminin, l'apparence a priori fédératrice et consensuelle autour de la callipédie ne pourrait-elle pas diviser les communautés tant la définition d'une progéniture parfaite est éminemment politique ? De même, si le développement de cliniques privées et de workshops payant renvoie davantage à un eugénisme néolibéral, la doctrine du *Garbh Sanskar* - préconisant exclusivement des pratiques hindoues - ne serait-elle pas empreinte d'une idéologie d'eugénisme autoritaire ? À partir de ces éléments de tensions, nos futures recherches réexamineront la notion de travail procréatif eugénique en repensant l'articulation entre responsabilisation des femmes, autogestion des familles et incorporation d'idéaux nationalistes hindous.

Bibliographie

- Adebiyi, A., P. G. Adaikan, et R. N. V. Prasad (2002). "Papaya (*Carica papaya*) consumption is unsafe in pregnancy: Fact or fable? Scientific evaluation of a common belief in some parts of Asia using a rat model". *British Journal of Nutrition*, 88(02), 199-203.
- Aneja, A., et S. Vaidya (2016). *Embodying motherhood: Perspectives from contemporary India*. SAGE.
- Bandyopadhyay, S., et A. Singh (2007). "Sex selection through traditional drugs in rural north India". *Indian Journal of community medicine*, 32(1), 32-34.
- Chasles, V. (2009). « Inégalités de genre et restrictions spatiales. L'exemple du recours aux soins des femmes en Inde rurale : Commentaire », *Sciences sociales et santé*, 27(2), 37- 45.
- Dalmia, K. (2019). *Inhabiting one's skin. An Ethnography of Body and Color in a North Indian City*. [Thèse, New School for Social Research à New York].
- Dasen, V. (2015). *Le sourire d'Omphale. Maternité et petite enfance dans l'Antiquité*. Presses Universitaires de Rennes.
- Davis-Floyd, R. E. (1992). *Birth as an American Rite of Passage: Robbie E. Davis-Floyd*. University of California Press.
- Donner, H. (2008). *Domestic goddesses: Maternity, globalization and middle-class identity in contemporary India*. Ashgate.
- Eck, D. L. (2007). *Darsan. Seeing the Image in India*. Motilal.
- Eichinger Ferro-Luzzi, G. (1973). "Food avoidances of pregnant women in Tamilnad". *Ecology of Food and Nutrition* 2(4), 259-266.
- Fischer, J.-L. (1991). « La callipédie, ou l'art d'avoir de beaux enfants ». *Dix-huitième Siècle*, 23(1), 141-158.
- Franklin, S. (1997). *Embodied progress: A cultural account of assisted conception*. Routledge.
- Gentile, L. (2021). « 'Pourquoi vous être mariée si vous ne voulez pas d'enfants ?' Le travail contraceptif au Gujarat, Inde ». *Enfances Familles Générations [En ligne]*, 38. <http://journals.openedition.org/efg/12039>
- Ginsburg, F., et R. Rapp (1991). "The Politics of Reproduction". *Annual Review of Anthropology*, 20, 311-343.
- Hancart Petitot, P. (2008). « Transformations contemporaines des pouvoirs, des savoirs et des pratiques de Satchadie, matrone à Pondichéry ». Dans Cohen, P., *Figures contemporaines de la santé en Inde*. L'Harmattan, 195-214.
- Ivry, T. (2010). *Embodying culture: Pregnancy in Japan and Israel*. Rutgers University Press.
- Jeffery, P., et R. Jeffery (1996). "Delayed periods and falling babies. The ethnophysiology and politics of pregnancy loss in rural North India". Dans Cecil, R., *The Anthropology of Pregnancy Loss. Comparative*. Berg Publishers, 17-37.
- Jeffery, R., et A. Lyon (1989). *Labour pains and labour power: Women and childbearing in India*. Zed Books.

- Jeffery, R., et Jeffery, P. (1993). "Traditional birth attendants in rural North India". Dans Lindenbaum, S. et M. M. Lock, *Knowledge, power, and practice : The anthropology of medicine and everyday life*, 7-31.
- Jordan, B. (1997). "Authoritative knowledge and its construction". Dans Davis-Floyd, R., et C. F. Sargent, *Childbirth and authoritative knowledge : Cross-cultural perspectives*. University of California Press, 55-79.
- Jullien, C. (2019). *Du bidonville à l'hôpital. Nouveaux enjeux de la maternité au Rajasthan*. Éditions de la Maison des sciences de l'homme.
- . (2021). "Son preference in India : Stigmatisation and surveillance in maternity wards in Jaipur, Rajasthan". Dans Jullien, C. et R. Jeffery, *Childbirth in South Asia : Old Paradoxes and New Challenges*. Oxford University Press, 243-263.
- Kapani, L. (1990). "Note on the Garbha-Upaniṣad". Dans Feher, M., *Fragments for a history of the human body. Pt. 1*. Zone, 180-196.
- Kessous, H. (2018). *La blancheur de la peau en Inde. Des pratiques cosmétiques à la redéfinition des identités*. [Thèse, Université de recherche Paris Sciences et Lettres].
- Laderman, C. (1981). "Symbolic and Empirical Reality: A New Approach to the Analysis of Food Avoidances". *American Ethnologist*, 8(3), 468-493.
- Martin, E. (1992). *The woman in the body: A cultural analysis of reproduction*. Beacon Press.
- Mathieu, M., et L. Ruault (2017). « Présentation. Une incursion collective sur un terrain éclaté pour une approche matérialiste des activités liées à la production des êtres humains ». *Recherches sociologiques et anthropologiques*, 48(2), 1-27.
- McNay, L. (1999). "Gender, habitus and the field: Pierre Bourdieu and the limits of reflexivity". *Theory, culture & society*, 16(1), 95-117.
- Mira, S., et S. Bajpai (1996). *Her Healing Heritage: Local Beliefs and Practices Concerning the Health of Women and Children: A Multi-State Study in India*. Chetna Publication.
- Mishra, N. (2015). "India and colorism: The finer nuances". *Washington University Global Studies Law Review*, 14(4), 725-750.
- Nag, M. (1994). "Beliefs and Practices about Food during Pregnancy: Implications for Maternal Nutrition". *Economic and Political Weekly*, 29(37), 2427-2438.
- Neogi, S. B., P. Negandhi, S. Chopra, A.M. Das, S. Zodpey, R.K. Gupta, et R. Gupta. (2016). "Risk Factors for Stillbirth: Findings from a Population-Based Case-Control Study, Haryana, India". *Paediatric and perinatal epidemiology*, 30(1), 56-66.
- Pande, A. (2010). "Commercial Surrogacy in India: Manufacturing a Perfect Mother-Worker". *Signs: journal of women in culture and society*, 35, 969-92.
- . (2014). *Wombs in labor: Transnational commercial surrogacy in India*. Columbia University Press.
- . (2022). *Birth controlled: Selective reproduction and neoliberal eugenics in South Africa and India*. Manchester University Press.
- Papin, J. (2006). *Caraka samhitâ : Traité fondamental de la médecine ayurvédique, Tome 1, les principes*. Almora.

- Pinto, S. (2008). *Where there is no midwife: Birth and loss in rural India*. Berghahn.
- Rose, N. (2007). *The politics of life itself: Biomedicine, power, and subjectivity in the twenty-first century*. Princeton University Press.
- Rozario, S., et G. Samuel. (2002). *The daughters of Hārītī: Childbirth and female healers in South and Southeast Asia*. Routledge.
- Rozée, V. (2020). « Quand la performance du corps reproducteur devient un travail. La gestation pour autrui en Inde ». *Travail, Genre et Sociétés*, 1(43), 103-123.
- Sarkar, S. (2020). “Pregnancy, Birthing, Breastfeeding and Mothering: Hindu Perspectives from Scriptures and Practices”. *Open Theology*, 6, 104-16.
- Säävälä, M. (1999). “Understanding the prevalence of female sterilization in rural South India”. *Studies in Family Planning*, 30(4), 288-301.
- Scheper-Hughes, N. (1985). “Culture, scarcity, and maternal thinking : Maternal detachment and infant survival in a Brazilian shantytown”. *Ethos*, 13(4), 291-317.
- Selby, M. A. (2008). “Between medicine and religion: Discursive shifts in early ayurvedic narratives of conception and gestation”. Dans Županov, I. G., et C. Guenzi, *Divins remèdes : Médecine et religion en Asie du sud*. École des hautes études en sciences sociales, 41-63.
- Singh, A. (2006). “‘Her one foot is in this world and one in the other’: Ayurveda, dais and maternity”. Dans Chawla, J., *Birth and birthgivers : The power behind the shame*. Shakti Books, 136-171.
- Stork, H. (1986). *Enfances indiennes : Étude de psychologie transculturelle et comparée du jeune enfant*. Centurion.
- Stutley, M. (2001). *Ancient Indian magic and folklore: An introduction*. Munshiram Manoharlal Publishers Pvt.
- Thapan, M. (1997). *Embodiment: Essays on gender and identity*. Oxford University Press.
- . (2001). “Adolescence, embodiment and gender identity in contemporary India : Elite women in a changing society”. *Women’s Studies International Forum*, 24(3/4), 359-371.
- Tottoli, R. (2002). *Biblical Prophets in the Qur’an and Muslim Literature*. Curzon.
- Vaid, J. (2009). “Fair enough? Color and the commodification of self in Indian matrimonials”. Dans Nakano Glenn (dir.) (2009). *Shades of Difference: Why skin color matters*. Stanford: Stanford University Press.
- Vallianatos, H. (2006). *Poor and pregnant in New Delhi, India*. Qual Institute Press.
- Van Hollen, C. C. (2003). *Birth on the threshold: Childbirth and modernity in South India*. University of California Press.
- Walentowitz, S. (2005). « La vie sociale du fœtus. Regards anthropologiques ». *Spirale*, 36(4), 125-141.