
**UNE MÉDECINE MODERNE DISSOCIÉE DU PASSÉ
OU L'AVÈNEMENT DE L'ÉCHOGRAPHIE OBSTÉTRICALE
ET DU DIAGNOSTIC PRÉNATAL AU SULTANAT D'OMAN**

Claire BEAUDEVIN

« Quand, dans les années 1970, on demandait à un Omanais ce qu'il pensait du sultan Qabous bin Saïd, il répondait invariablement qu'avant 1970 il n'y avait rien et que tout était arrivé après l'avènement de Qabous.

La même question posée dans les années 80 aurait certainement reçu la même réponse. C'est également la version que le nouveau régime cultive obstinément depuis lors. »

PETERSON (2002: 77)

Il s'agit dans cette contribution de s'intéresser aux rapports entre la modernité médicale criante de la société omanaise et l'Histoire de cette dernière. Pour ce faire, nous examinerons l'introduction récente de l'immense innovation médicale qu'est l'échographie obstétricale. Cette technologie prend place dans un pays marginal dans le monde arabe et musulman, peu peuplé, encore récemment peu ouvert et qui plus est peu étudié par les sciences humaines.⁽¹⁾

LE SULTANAT D'OMAN ET SON SYSTÈME DE SANTÉ

Le Sultanat d'Oman est une monarchie absolue du Sud Est de la péninsule Arabique. Le chef de l'État est le sultan Qabûs bin Saïd Al-Saïd, monarque d'une population d'environ 2,4 millions de personnes⁽²⁾ qui augmente rapidement.

Depuis l'Antiquité, Oman entretient des relations étroites avec le sous-continent indien et l'Afrique orientale, lieux d'implantation de nombreux comptoirs qui ont longtemps fait du pays une importante puissance régionale. À la découverte de pétrole – dont la production ne débute qu'en 1967 –, le sultan Saïd bin Taymûr ne fait qu'amorcer l'utilisation de ces liquidités nouvelles⁽³⁾ pour la modernisation du pays. Une révolution de palais soutenue par les Britanniques le dépose en 1970 et son fils Qabûs prend en main la gestion du pays. Parvenu à écraser une rébellion menée dans le Sud par un front de libération d'inspiration communiste, le nouveau sultan lance un vaste programme de modernisation et crée une administration, avec d'importants investissements dans le domaine de la santé, de l'éducation, du commerce et des voies de communication. Ceci crée un afflux massif de main d'œuvre, spécialement en provenance du sous-continent indien. La réouverture du pays permet également le retour d'Omanais déclarés indésirables par le précédent souverain et exilés à Zanzibar et en Afrique.

Oman est aujourd'hui un pays paradoxal : théâtre depuis 1970 de bouleversements économiques et sociaux comme peu d'autres contrées en ont connus, le sultanat fait pourtant figure d'îlot de stabilité dans la région du Golfe. L'État demeure paternaliste, incarné par et centré sur son monarque malgré quelques timides signes de démocratisation. Pour mieux appréhender la réalité omanaise, il est important de mesurer à quel point Etat, nation et gouvernement sont représentés par le sultan, lequel « *en l'absence d'un premier ministre*

⁽¹⁾ Il est à noter que les sources sont d'autant plus rares qu'Oman n'a pas été à proprement dit colonisé, si l'on excepte la "tutelle" britannique. Il n'existe donc pas à son propos d'archives "coloniales".

⁽²⁾ Dont 0,5 millions d'expatriés, selon les chiffres du recensement de l'automne 2003.

⁽³⁾ À noter que l'historiographie officielle et beaucoup d'analystes ne lui reconnaissent pas même cette impulsion (PETERSON, 2002 : 78).

et d'un soutien de la part de sa famille ou d'un corps de fonctionnaires professionnalisés (...) a été personnellement à l'origine de presque toutes les décisions gouvernementales d'envergure ». ⁽¹⁾

*

Le système de santé omanais est en grande partie de construction récente, bâti dans la période d'intense effervescence politique, économique et sociale intervenue depuis 1970. Il fait donc partie intégrante du processus de modernisation impulsé par le sultan Qabûs depuis son accession au pouvoir.

Dès lors, la question de savoir « *quels vieux oripeaux subsistent sous cet habit de lumière* » ⁽²⁾ est centrale ; mais, si l'on peut aisément imaginer que l'histoire de la médecine en Oman est originale, au regard de la position géographique du pays et de ses relations commerciales séculaires, les informations à cet égard sont quasi inexistantes. Seuls les débuts de la biomédecine ⁽³⁾ dans le sultanat sont plus facilement accessibles, mais les rares récits qui les rapportent sont au mieux des chroniques d'aventures aux accents panégyriques ⁽⁴⁾. Ils dépeignent par exemple la première clinique (1904), suivie du premier hôpital, resté unique jusqu'en 1970 et ouvert en 1933 par des missionnaires américains. La création du ministère de la Santé et l'adhésion à l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) ont figuré parmi les premiers décrets sultaniens, dans un pays alors totalement dénué de structures de soins. Depuis lors, l'historiographie officielle souligne volontiers – au besoin dans les journaux – l'ouverture de l'université et de la faculté de médecine en 1986, l'acquisition de nouveaux matériels de pointe ou encore l'ouverture du premier centre de soins oncologiques l'an dernier.

Aujourd'hui, ce système de santé, majoritairement basé sur la biomédecine ⁽⁵⁾, est matérialisé par un maillage dense de centres de santé et d'hôpitaux, dont des centres de pointe à Muscat (la capitale). Le secteur privé est très minoritaire et draine surtout une clientèle d'expatriés désormais non pris en charge ⁽⁶⁾ par le système public de protection sociale. À ce propos, il est utile de souligner l'énorme dichotomie créée par ces statuts différents : « *Certes, tous les "nationaux" ne sont pas riches et "l'homme de la rue" de Bahreïn ou d'Oman connaît les angoisses de l'avenir, voire des fins de mois. Cependant, il jouit d'un statut privilégié et intouchable par rapport aux immigrés : sa nationalité est un talisman qui lui assure certains droits sociaux liés à la redistribution de la rente (...)* » ⁽⁷⁾, et notamment l'accès gratuit aux soins.

Ainsi, les trois dernières décennies ont vu la naissance d'un système de santé moderne, construit sur le modèle d'organisation rationnelle des soins prôné par l'OMS. Malgré la nette « *tendance à l'hyperbole* » ⁽⁸⁾ des récits de la fondation de "l'État-Qabous" ⁽⁹⁾, l'analyse de sa politique de santé est ardue, du fait du profond et « *incontestable changement* » ⁽¹⁰⁾ intervenu dans l'organisation sanitaire du pays, notamment en

⁽¹⁾ *Ibid.* : 80

⁽²⁾ *Ibid.* : 78

⁽³⁾ L'anthropologie de la santé désigne par le terme *biomédecine* la médecine dominée par la biologie et dotée des fondements épistémologiques propres à la méthode expérimentale. Devenue ubiquitaire – bien que dominée par quelques pays – cette médecine ne saurait être appelée "médecine occidentale" sans ethnocentrisme.

⁽⁴⁾ Voir par exemple BOSCH, 2000 ou AL-KHARUSI, 1995.

⁽⁵⁾ Des médecines traditionnelles locales existent – spécialement à travers les "rebouteux" – mais n'ont que peu de visibilité ; des médecines traditionnelles extérieures, comme l'ayurveda indien, sont présentes notamment dans des centres de santé privés. Cependant, Oman ne s'est pas lancé dans une entreprise de valorisation des médecines traditionnelles comme ont pu le faire les pays engagés dans la « Stratégie pour la médecine traditionnelle 2002-2005 » de l'OMS (voir OMS, 2002).

⁽⁶⁾ Suite à une réforme gouvernementale de la fin des années 90 visant à diminuer les dépenses de santé.

⁽⁷⁾ LAVERGNE, 2005: 9, c'est moi qui souligne.

⁽⁸⁾ Selon l'expression ici fort adéquate que Christopher DOLE (2004 : 260) applique à l'Etat kémaliste.

⁽⁹⁾ L'expression est de VALERI, 2005a

⁽¹⁰⁾ DOLE, 2004 : 260

termes d'offre et d'accès aux soins. L'un des fleurons de ce système est la prise en charge materno-infantile dont le suivi de la grossesse, et l'un de ses versants clés, l'échographie obstétricale.

L'ÉCHOGRAPHIE OBSTÉTRICALE COMME TECHNOLOGIE IMPORTÉE

L'échographie est issue des techniques militaires de détection radar⁽¹⁾. Sa première utilisation en gynécologie-obstétrique date des années cinquante, le premier échographe médical de 1960. En France, elle est devenue un recours fréquent en cas de grossesse à risque à la fin des années soixante-dix. Il s'agit d'une technique d'imagerie médicale dynamique consistant à explorer le corps de l'embryon puis du fœtus à l'intérieur de celui de sa mère, à l'aide d'ultrasons de fréquence variable se réfléchissant sur les structures qu'ils rencontrent et donnant ainsi des informations sur – entre autres – la densité et les dimensions de celles-ci. Les informations sont transcrites sur un écran sous forme d'une image informatiquement construite en niveaux de gris. L'échographie obstétricale permet de dater les grossesses, de déterminer le nombre de fœtus et de les mesurer, de détecter certaines anomalies, etc.

Cette technique, née en Occident et exploitée là-bas depuis environ 30 ans, est en Oman une "denrée importée" dans le système de santé, comme l'ont été nombre d'autres technologies, matériels et savoirs-faire. Le principal "moteur" décisionnel dans ce système est l'ensemble des politiques de santé publique, au sens de « *somme des efforts communautaires organisés pour la prévention de la maladie et la promotion de la santé.* »⁽²⁾. Dans les pays du Sud, la mise en place des politiques de santé publique passe fréquemment par l'importation d'un corpus de normes comportementales d'origine occidentale, promulguées par les organisations internationales. Il s'agit donc ici d'examiner la place conférée à l'échographie obstétricale par les politiques de santé publique omanaises et plus largement ce qu'elle nous apprend du rapport au temps et à l'innovation du pays.

Comme la politique de santé publique omanaise accorde une grande importance à la santé materno-infantile – et notamment à la réduction de la mortalité infantile –, on peut supposer que l'échographie a été introduite en Oman dans les années quatre-vingt dans le but d'obtenir des informations obstétricales plus complètes permettant de réduire ce taux de mortalité, enjeu réel autant que symbolique pour l'État.

La généralisation volontariste de cette technique depuis cette époque ne saurait être réduite à une simple application de consignes internationales résultant de l'adhésion du pays aux directives de l'OMS. En effet, l'échographie ne fait pas partie des priorités établies par le protocole "Safe Motherhood Initiative"⁽³⁾. Cependant l'expansion de l'échographie dans le système de santé omanais s'est faite d'autant plus aisément qu'il avait été "formaté" sur le modèle des systèmes de santé occidentaux⁽⁴⁾. Concernant les buts initiaux, les objectifs et même l'identité des premiers promoteurs de l'échographie obstétricale en Oman, peu d'informations précises sont disponibles. Seuls quelques indices ouvrent des pistes, parmi lesquelles l'importance des liens avec l'Inde : en matière de coopération médicale tout d'abord, puisque l'Inde constitue

⁽¹⁾ Pour plus de détails voir le site internet de Joseph Woo (1998-2003)- "A short history of the development of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology " : www.ob-ultrasound.net/history.html

⁽²⁾ Définition de FRENK citée par MASSÉ & SAINT-ARNAUD, 2003 : 233-241.

⁽³⁾ TAUTZ, JAHN, *et al.*, 2000 : 690 – Ce protocole résulte d'un partenariat d'agences internationales et nationales (UNICEF, OMS, UNFPA, Banque Mondiale, Fédération Internationale de Gynécologie-Obstétrique, etc.) qui ont commandité la première conférence à ce sujet (Nairobi, 1987), et ont travaillé ensemble depuis lors. [www.safemotherhood.org]

⁽⁴⁾ En effet, des administrateurs britanniques ont tenu les rênes du pays durant le règne du père du Sultan Qabûs (voir à ce sujet VALERI, 2005a : 107-109) puis, après le coup d'état, participé officiellement au gouvernement jusque dans les années quatre-vingt, étant de ce fait en charge de nombre de décisions concernant la santé. De plus, les directives émanant de l'OMS ont été largement suivies.

un pays de référence vers lequel sont orientés les patients pour des actes thérapeutiques spéciaux (greffes, interventions lourdes, etc.)⁽¹⁾, et que l'on peut donc imaginer le Sultanat suivant la voie de l'immense engouement indien pour la technologie échographique. Par ailleurs, du fait de la présence de très nombreux praticiens indiens dans le pays, y compris parmi les échographistes.

De façon très proche du courant d'«évaluation» tous azimuts à l'intérieur de l'Union européenne, le gouvernement omanais souhaite actuellement évaluer les procédures et le degré d'intégration de l'échographie dans le système de santé, mais à ce jour, il ne semble disposer d'aucun chiffre officiel sur l'extension de la pratique. Si l'un des critères pour apprécier les transferts de technologie est l'efficacité comme « *évaluation de la conformité d'un résultat avec un projet* »⁽²⁾ par le groupe receveur, il est difficile de porter un jugement sur le projet omanais d'amélioration de la santé maternelle et infantile autour de l'échographie et du diagnostic prénatal. Les premières réflexions sur les buts de la pratique échographique généralisée ne datent apparemment que de 1999, quand se manifeste pour la première fois une volonté officielle de s'attaquer au problème des pathologies congénitales. Bien que la pratique de l'échographie obstétricale recommandée dans le rapport conjoint de l'UNICEF et du ministère de la Santé omanais sur la mortalité périnatale (1999) soit aujourd'hui passée en routine, la pérennisation n'en est pas assurée, d'autant plus que la formation en médecine fœtale n'existe pas en Oman et l'omanisation⁽³⁾ de ce secteur d'activité n'est pas encore réalisée.

La diffusion de l'échographie se poursuit dans le Sultanat, alors même que certaines zones plus favorisées du point de vue des équipements de santé se l'approprient déjà pleinement : l'échographie s'enracine en Oman – dans la zone de la capitale au moins. Un des indices de ce processus est la dénomination de cette technique par le terme de «rayons» utilisé par de nombreuses patientes (qui nomment aussi l'échographiste «docteur des rayons»). L'échographie est ainsi reliée aux rayons X, déjà bien connus des usagers du tout récent système de soins (le radio-diagnostic a été introduit très tôt). D'autre part, son pouvoir prédictif rencontre sans doute la volonté de certaines femmes d'en savoir plus sur l'avenir de l'enfant en gestation. De plus, le terrain était déjà préparé, par l'institution d'un suivi de grossesse à vocation généralisée. En effet, le protocole de soins prénatals mis en place par le ministère de la Santé fait intervenir tous les niveaux de l'arborescence des sites de soins, depuis les centres de santé de proximité, afin d'atteindre le maximum de personnes. Qui plus est, les femmes enceintes ne présentant pas les documents officiels de suivi médical rencontrent de grandes difficultés de prise en charge.

Malgré une volonté gouvernementale récente mais assez nette d'exploiter au mieux les possibilités offertes par cette technologie, l'étape actuelle relève du tâtonnement. Curieusement, par exemple, les prospectus d'éducation à la santé édités par le ministère de la Santé ne mentionnent que peu l'échographie – en dépit des efforts importants du gouvernement en termes d'achat et de diffusion de matériel. D'autre part,

⁽¹⁾ Par exemple, en 2004, 289 personnes ont été envoyées officiellement se soigner en Inde par le ministère de la Santé, sur un total de 395. Chiffres : ministère de la Santé, 2005.

⁽²⁾ GESLIN, 1999 : 18-19

⁽³⁾ Il s'agit d'une politique ouverte de préférence nationale à l'embauche visant à ouvrir dans quelques années assez de postes aux 50% de la population actuellement âgés de moins de 15 ans. Ce programme, directif et énergique a débuté il y a une dizaine d'années. Ses prémices peuvent être observées dans les premières nominations d'officiers omanais au début des années quatre-vingt. Des quotas-cibles sont fixés (jusqu'à 95% en 2020 dans le secteur public -VALERI, 2005c) dont la progression est suivie par secteur : actuellement l'omanisation atteindrait 80% dans le secteur public (qui représente 15% des 750 000 emplois) et environ 13% dans le privé. En ce qui concerne les fonctionnaires dépendant du ministère de la Santé, elle serait d'environ 24% des médecins et 49% des infirmières (chiffres MoH 2004). Pour plus de détails concernant l'omanisation, et les précautions à prendre concernant l'analyse des chiffres, voir notamment VALERI, 2005c et VALERI, 2005b.

les échographistes évaluent quotidiennement la croissance des fœtus à l'aide de « *gradients de normalité* »⁽¹⁾ matérialisés par des courbes de croissance théoriques. Ces courbes se réfèrent à des études réalisées dans les pays du Nord, ce qui entraîne une surestimation des problèmes de croissance des fœtus omanais. En effet, leur morphologie ainsi que celle de leurs mères diffèrent de celle des fœtus et femmes enceintes occidentaux et rend les normes "du Nord" peu applicables. L'établissement de courbes de croissances locales n'est pas effectué à ce jour.

UNIFORMISATION DU SUIVI DE GROSSESSE : LA POLITIQUE DE SANTÉ PUBLIQUE

Si l'on répartit les systèmes de santé le long d'un continuum représentant de manière croissante la délégation de décisions sanitaires aux individus, la surveillance de la grossesse en Oman classerait le pays dans une zone de faible délégation, où les grossesses sont le plus souvent considérées comme potentiellement à risque et étroitement "monitorées" en conséquence. Oman se détache largement d'états comme les Pays-Bas, où l'échographie est rare (zéro ou une par grossesse en moyenne, contre deux ou trois en France⁽²⁾) et le suivi beaucoup moins resserré tant qu'aucune anomalie n'apparaît. Le modèle adopté est donc la volonté de « *délégation de l'ensemble du parcours obstétrique à la médecine* »⁽³⁾

Par ailleurs, les politiques de santé publique omanaises à destination des mères et des enfants se situent plutôt "*dans le I de SMI*" (santé materno-infantile)⁽⁴⁾ : les politiques de prévention de la mortalité infantile sont déployées à grande échelle, leurs résultats publiés dans les journaux, mais il est fait peu de cas des complications obstétricales affectant la santé des mères.

À la situation omanaise s'applique exactement la description de Bernard HOURS⁽⁵⁾ : « *Dans les pays en voie de développement, les institutions de la santé publique mises en œuvre par l'Etat mesurent leurs résultats à la couverture préventive ou à la fréquentation. La satisfaction du malade, ou sa perception de la guérison, ne sont guère prises en compte dans la mesure où la fonction sociale prime sur les résultats intrinsèques.* » Les statistiques se substituent ainsi fréquemment à l'évaluation qualitative des résultats. Dans les rapports du ministère de la Santé de la dernière décennie, aucune étude qualitative dirigée vers le recueil de l'opinion des patients n'est mentionnée ; dans le programme de santé materno-infantile, pas un mot du vécu des mères. L'essentiel des efforts gouvernementaux se résume en chiffres – par ailleurs impressionnants comparés à des valeurs africaines – : 99,6% des femmes ayant accouché dans les trois ans précédant l'étude avaient bénéficié de soins prénatals⁽⁶⁾ ou encore plus de 90% des naissances sont enregistrées en milieu hospitalier⁽⁷⁾.

L'uniformisation des itinéraires thérapeutiques obstétricaux est aussi liée à la "carte verte", autrement appelée "carte de santé maternelle", matérialisant le suivi normalisé de la grossesse. Elle est fournie à chaque femme enceinte lors de la première consultation de grossesse, dont la date est très variable (beaucoup plus précoce dans les milieux aisés et la capitale). Cette carte est le support des comptes rendus tout au long de la grossesse, dans les diverses structures médicales fréquentées par sa détentrice.

(1) J'emprunte cette expression à Ch. CUSSINS (1995) – « Les cycles de conception : les techniques de normalisation dans un centre de traitement de la stérilité ». *Techniques et culture*, 25-26 : 309.

(2) AKRICH & PASVEER, 1996 : 66-67

(3) CHAMPENOIS-ROUSSEAU, 2003 : 19

(4) Selon l'expression de FASSIN, 2000 : 161

(5) HOURS, 1995 : 66-67

(6) Source : MINISTRY OF HEALTH, n.d. : 95

(7) HILL, MUYEED, *et al.*, 2000 : chap. 3.26

De manière générale, les politiques de santé publique impliquent la construction des corps par les stratégies de surveillance et de contrôle biomédical, « *la stratégie des institutions [étant] fondamentalement de recevoir des patients dont les pratiques seraient conformes aux modèles construits en santé publique.* »⁽¹⁾ La gratuité des soins pour les Omanaises suivies dans le service public est sans conteste un puissant moyen de persuasion du gouvernement.

À noter que la gestion gouvernementale de la santé materno-infantile perdure après l'accouchement, à travers la fourniture d'une carte non plus verte mais "rose" ou "bleue" destinée à suivre l'enfant, puis d'une « *carte d'espacement des naissances* »⁽²⁾. Le secteur privé n'est pas en reste, qui applique globalement le protocole gouvernemental, mais où le nombre d'échographies par grossesse peut dépasser la vingtaine, parfois vendues en "stock d'examen en prépayé" de cinq, dix ou vingt échographies.

La politique du gouvernement omanais se situe dans ce que Raymond MASSÉ⁽³⁾ nomme la *persuasion*, et pas (encore ?) dans la *législation*, puisque, officiellement, ce suivi n'est pas obligatoire. Cependant la portée – sinon l'efficacité – de cette entreprise normative à grande échelle peut être appréhendée à travers les propos de cette jeune patiente, selon qui on ne peut déroger à la prise en charge par le médecin :

« *Tout le monde a la même chose. Même à l'intérieur⁽⁴⁾, c'est pareil, les médecins n'accepteraient pas bien sûr que leurs patientes n'aient pas d'échographies. Le médecin doit avoir toutes les informations. Alors il donne un rendez-vous pour l'échographie. Si quelqu'un n'y va pas bien sûr il ne va pas accepter ça. Je suis sûre que personne ne peut passer une grossesse entière sans échographie.* »⁽⁵⁾

Il semble donc que l'Etat se soit immiscé jusque dans l'intimité des omanaises de manière efficace. On peut voir l'intégration volontariste de la biomédecine dans le nouveau modèle de société institué par le sultan Qabûs comme « *un moyen d'insérer la présence de l'Etat dans la vie quotidienne* »⁽⁶⁾. De plus, le "droit à la santé" est inscrit dans la récente Constitution, légitimant par là même les efforts gouvernementaux pour assurer le bien-être de chacun...

L'ÉCHOGRAPHIE OBSTÉTRICALE EN OMAN AU QUOTIDIEN

Il règne actuellement dans les pays du Nord un consensus social très étendu concernant les bienfaits de l'échographie et la légitimité de son utilisation. Cette situation, en partie fruit de la longue histoire de maîtrise accrue de la fécondité dans ces sociétés, n'a suscité que peu de recherches.

Pour l'anthropologue Eugenia GEORGES, « *on connaît peu de choses de la diffusion de cette technologie à l'extérieur des contextes nord américain et ouest européen, et encore moins sur les expériences culturellement infléchies des femmes et des obstétriciens lorsqu'ils interagissent avec elle.* »⁽⁷⁾ Il s'agit donc ici de s'intéresser à de telles « *expériences culturellement infléchies* » en Oman, d'examiner "ce que fait" cette modernité importée dans le contexte omanais, et "ce qu'elle dit"⁽⁸⁾ de ce contexte. Les quelques études

⁽¹⁾ HOURS, 1995 : 67

⁽²⁾ Cette carte constitue le principal support d'un programme national d'espacement des naissances (*Birth Spacing Initiative*) initié en 1994, qui prône la contraception (implants, pilules, stérilet, préservatifs...) et l'allaitement prolongé en cas de refus de contraception médicalisée.

⁽³⁾ MASSÉ & SAINT-ARNAUD, 2003

⁽⁴⁾ Dénomination commune des provinces extérieures à la capitale, souvent présentées comme "arriérées" par les muscatifs.

⁽⁵⁾ Entretien, Muscat, 1^{er} décembre 2003

⁽⁶⁾ Selon le schéma décrit par Christopher DOLE (2004 : 256) concernant le passage du contrôle ottoman au kéralisme.

⁽⁷⁾ GEORGES, 1997: 91

⁽⁸⁾ J'emprunte ces formulations à DUDEN, 1996 : 100.

approfondies consacrées à l'échographie obstétricale⁽¹⁾ portant sur des sociétés du Nord ayant une culture iconographique et médicale sinon commune du moins semblable, il paraît particulièrement intéressant d'appréhender le statut de cette technique dans un pays où le rapport à l'image et à la médecine a une histoire différente, malgré un matériel occidental et une formation technique des praticiens dans les facultés de médecine européennes ou nord-américaines.

L'échographie est pratiquée dans les principaux hôpitaux publics, dans les trois hôpitaux privés du pays (dont deux situés dans la capitale, Muscat), ainsi que dans quelques cabinets privés. Cette technique d'imagerie est un recours signalé dans la procédure gouvernementale standard de suivi de grossesse (carte verte, voir plus haut) et très fréquemment prescrit par les médecins du pays. Une telle situation, dans une société dont le système de santé ne s'est administrativement organisé que dans les années soixante-dix, est assez singulière.

Les patientes des hôpitaux publics sont très majoritairement omanaises, originaires de tout le pays (soins gratuits pour les nationaux), celles des structures privées pour la plupart expatriées. Les praticiens sont en fait toutes des praticiennes, pour partie des gynécologues formées à l'échographie et pour partie des femmes "sonographers" (techniciennes échographistes, non médecins). On n'observe donc pas en Oman la mainmise des « *niveaux les plus élevés de l'appareil de soins* » sur l'échographie, à l'inverse de ce que Jean-François WERNER⁽²⁾ signale pour l'Afrique de l'Ouest. Ainsi, la nouveauté de la technique n'en fait pas pour autant une "chasse gardée" du corps médical.

Dans les pays du Nord, les représentations de l'échographie entrée en routine, largement partagées par les professionnels et les patientes, concernent des aspects divers de l'examen :

- le "remplacement" de la certitude "corporelle" personnelle de la grossesse par la certitude visuelle médiatisée par le praticien.
- l'idée implicite que « *les fœtus présentant des anomalies seront avortés* »⁽³⁾ : l'échographie serait inscrite dans une chaîne de "contrôle de qualité" assimilant la grossesse à une "tentative"⁽⁴⁾, que les vérifications technologiques à disposition des parents potentiels – amniocentèse, dosages sanguins – peuvent amener à abandonner.
- l'affirmation réitérée⁽⁵⁾ des bénéfiques psychologiques de l'examen
- la reconnaissance généralisée de la nature « *hybride* »⁽⁶⁾ de l'examen, médical mais aussi « *ludique* » car fournissant l'occasion d'une "rencontre" entre futurs parents et fœtus.

Les aspects énumérés ci-dessus sont liés aux conceptions de la personne et de la parentalité, au crédit conféré à la médecine, bref, aux normes socioculturelles qu'on ne saurait simplement exporter d'une société vers une autre. D'ailleurs les professionnels de santé eux-mêmes n'entendent pas nécessairement les prendre tous en compte : VANGEENDERHUYSEN, ABDELLAHI *et al.* (2002) par exemple, à propos de la Mauritanie,

⁽¹⁾ À savoir principalement les travaux de Michèle FELLOUS (1991) et Bénédicte CHAMPENOIS-ROUSSEAU, (2003) pour la France, de Lisa M. MITCHELL (2001) pour le Canada, d'Eugenia GEORGES (1997) pour la Grèce, et de Janelle S. TAYLOR (1998) pour les Etats-Unis.

⁽²⁾ WERNER, 2004 : 71

⁽³⁾ TAYLOR, 1998 : 21

⁽⁴⁾ Voir notamment *Ibid.* : 16

⁽⁵⁾ Entre (de nombreux) autres : TOURRETTE & BOUHARD, 1986; JALENQUES, COUDERT, *et al.*, 1991; THORPE, HARKER, *et al.*, 1993; FILLY, 2000; ZECHMEISTER, 2001.

⁽⁶⁾ TAYLOR, 1995 : 35

considèrent surtout l'apport d'informations obstétricales strictement médicales. D'autre part, des auteurs soucieux de l'insertion et du sens social des technologies, comme l'économiste de la santé Ingrid ZECHMEISTER, soulignent que « *la signification [de l'examen échographique] est formée par les mythes sociaux concernant la création du lien et l'amour maternel.* »⁽¹⁾.

Les femmes subissant un examen échographique dès les premières semaines de grossesse étant très rares en Oman, l'échographie ne peut techniquement pas y revêtir le rôle de "révélateur" de l'état de femme enceinte. En général, les patientes perçoivent déjà les mouvements fœtaux lors du premier examen. D'autre part, on ne retrouve pas dans leurs propos l'idée de perfectibilité omniprésente dans les analyses portant sur les pays occidentaux, et surtout sur les États-Unis – cf. GINSBURG & RAPP (1995). Il s'agit de se rassurer, non pas sur la perfection du fœtus, mais sur son état de santé global.

L'image ne semble pas personnifier le fœtus. En effet, la dénomination du fœtus comme "enfant" dans le discours est très peu fréquente, et je n'ai entendu aucune femme parler de « son fils » ou de « sa fille » à propos de son fœtus. On ne relève pas non plus de considérations sur son caractère éventuel ou sa ressemblance avec un membre de la famille – comme cela a été rapporté aux États-Unis entre autres. Il est majoritairement désigné textuellement comme fœtus (*janîn*).

Cette distance face à la situation d'examen est une caractéristique observée chez les femmes. Les pères sont en effet absents dans la grande majorité des cas ; à nouveau, les cultures de genres inculquées en Oman dès l'enfance exercent leur influence. Ainsi, si la construction sociale de l'opposition des genres se matérialise dans la tendance « *à exclure de l'univers du pensable et du faisable tout ce qui marque l'appartenance à l'autre genre* »⁽²⁾, une activité aussi intimement proche des femmes que l'échographie obstétricale ne saurait être pratiquée par un homme. De plus, « *il est inconvenant de parler en public des liens affectifs entre un homme et une femme, même s'ils sont mari et femme, bien que de tels liens existent souvent entre les époux.* »⁽³⁾. Assister ensemble à l'examen de son enfant à naître pourrait être considéré comme une actualisation publique de ces liens ; une telle situation est donc très rare.

Pour l'Occident, la portée symbolique de l'échographie obstétricale proviendrait de la jonction opérée par cette technologie entre « *le visuel et le scientifique – deux composants hautement significatifs de la culture occidentale moderne* »⁽⁴⁾. Il existe probablement diverses "cultures de l'imagerie médicale" dont la légitimité serait construite de manière différente et à divers degrés.

Pour Oman la question est ouverte, de la signification de l'échographie dans une société qui a durant plusieurs siècles laissé peu de place à l'image, et où la perception de l'image anatomique est nécessairement très différente. Malgré l'introduction relativement récente – une centaine d'années – du portrait et de la photographie dans les pays arabes, les outils pour évaluer une image à décoder semblent manquer. Hormis les portraits du sultan présents dans tous les lieux publics – et dans certaines résidences privées –, Oman n'est pas un pays où l'image est omniprésente, comme dans certains pays musulmans affichant portraits de martyrs ou de dignitaires religieux.

La majorité des patientes omanaises observées semble demeurée très indifférente à l'écran, donnant presque à penser qu'il n'y a "rien à voir" tant que le praticien ne parle pas. Dans un contexte où les images

⁽¹⁾ ZECHMEISTER, 2001 : 389

⁽²⁾ BOURDIEU, 1998 : 29

⁽³⁾ EICKELMAN, 1984 : 128 ; noté également par Lila ABU LUGHOD dans son ouvrage *Veiled Sentiments*, au sujet des Bédouins d'Égypte.

⁽⁴⁾ *Ibid.*

échographiques sont peu médiatisées et sont donc difficilement reconnaissables au premier coup d'œil par un profane, elles ne paraissent pas investies d'une valeur affective. Une fois de plus, le discours prime : les patientes ne disent pas « *j'ai vu le bébé* », mais « *on m'a dit / je sais que tout va bien* ». Par ailleurs, l'un des indices d'une culture iconographique en voie de constitution est la métaphore utilisée pour nommer une technique d'imagerie. L'assimilation de l'échographie et de ses images à la télévision, relevée en Grèce par MITCHELL & GEORGES (1997), ne semble pas s'appliquer en Oman. L'échographie est plutôt associée, on l'a vu plus haut, aux "rayons" des autres techniques d'imagerie. La dénomination conserve la spécificité médicale et non pas le côté "grand public" de la télévision. Les femmes semblent rester extérieures à un savoir médical qui doit leur être expliqué, qui n'a pas l'aspect immédiat du petit écran.

Il en est finalement du système de santé et plus précisément des soins anténatals comme du « *cadre de vie* », qui n'est « *pas façonné, ni même encore apprivoisé, par ses usagers, qui s'efforcent seulement d'en maîtriser les codes et les exigences, avec d'ailleurs une faculté d'adaptation qui peut surprendre.* »⁽¹⁾ Il est d'ailleurs à signaler qu'en l'absence de légalisation des associations de patients et des ONG – et donc d'une certaine "veille citoyenne" – cet "apprivoisement" est encore plus malaisé...

L'ÉCHOGRAPHIE OBSTÉTRICALE : MAILLON D'UNE CHAÎNE ?

L'échographie obstétricale trouve sa place dans les pays du Nord dans une séquence où les techniques de diagnostic prénatal se succèdent et se complètent à l'intérieur d'un arbre décisionnel complexe mais relativement standardisé⁽²⁾.

Le ministère de la Santé omanais publie quelques chiffres et recommandations⁽³⁾ montrant un intérêt croissant pour une gestion plus attentive des pathologies congénitales et génétiques se rapprochant des protocoles occidentaux. En effet, le taux d'anomalies congénitales élevé (supérieur à 9 pour 1000) serait responsable de 30% des décès périnataux⁽⁴⁾ et de 41% des handicaps.

Interruption Médicale de Grossesse (IMG) : le flou

La potentialité d'un recours à une interruption médicale de grossesse est intrinsèquement liée à l'échographie obstétricale dans les pays du Nord : la connaissance approfondie de l'état des fœtus ouvre la question de leur "tri", phase "active" du diagnostic prénatal, autorisée dans de nombreux pays occidentaux. L'IMG commence d'ailleurs à être débattue en Oman, bien que les implications concrètes d'une telle possibilité ne soient jamais évoquées par les échographistes observés. L'existence même de tels actes médicaux en Oman est affirmée ou infirmée selon les professionnels interrogés. Quelle qu'en soit la cause, l'arrêt d'une grossesse est officiellement autorisé en Oman uniquement si la vie de la mère est en danger. Pourtant plusieurs professionnels admettent l'existence de cette pratique ou du moins sa prescription, s'accordant sur la rareté de ce recours, prescrit en cas d'anencéphalie surtout. Le contournement de l'interdit serait possible par le déclenchement prématuré de l'accouchement, aboutissant au décès de l'enfant, ou par l'envoi des familles dans des pays pratiquant les IMG. Mais il semble que depuis peu de

⁽¹⁾ LAVERGNE, 2005 : 6

⁽²⁾ En France par exemple, très rares sont les patientes subissant une échographie sans avoir été au préalable examinées par un gynécologue, de même que certains examens comme les IRM fœtales ne sont demandés et réalisés qu'après impossibilité avérée de visualiser certaines structures anatomiques par échographie.

⁽³⁾ MINISTRY OF HEALTH & UNICEF, 1999

⁽⁴⁾ *Ibid.* : 25

temps (1999 environ), le ministère de la Santé considère la possibilité de légaliser l'IMG⁽¹⁾ pour pathologie fœtale.

Dans la mesure où plusieurs professionnels affirment la possibilité – certes rare – de décisions d'interruption médicale de grossesse et de conseil génétique, il est intéressant d'en savoir plus au sujet des structures de contrôle et de décision qui pourraient exister. Mais si chacun a entendu parler de structures de référence nationales, personne n'est catégorique ou précis quant à leur organisation ou même à leur existence. Ainsi, par exemple, un comité de type Comité Pluridisciplinaire de Diagnostic Prénatal (CPDPN)⁽²⁾, aux activités floues, existerait au ministère de la Santé et impliquerait des experts du ministère des Affaires religieuses. Des réunions régulières de professionnels ayant pour but la discussion des cas auraient également lieu dans deux hôpitaux publics de Muscat. Quelles que soient ces institutions, leur existence semble donc quasi-clandestine ; leur activité n'est pas commentée officiellement.

On constate donc de manière générale le peu de cohésion de la "chaîne de travail", du réseau constitué par l'ensemble des professionnels impliqués dans le suivi des grossesses. Malgré le tracé matérialisé par la carte verte, les informations ne circulent pas, parfois même au sein du même hôpital. Il semble qu'aucun acteur du suivi de grossesse n'ait une vision très nette du rôle des intervenants en amont ou en aval de sa propre intervention.

Tests et conseils génétiques, autres moyens de Diagnostic Prénatal (DPN)

Les précisions sont rares concernant l'introduction de nouvelles techniques de DPN, bien que l'intérêt pour la génétique en Oman aille croissant : les techniques de DPN complémentaires de l'échographie – dosages de marqueurs sériques, amniocentèse – sont en cours d'installation. L'amniocentèse semble un recours exceptionnel, ne faisant l'objet d'aucune prescription systématique en lien avec le risque de malformation accru par l'âge de la femme. Les rares prélèvements effectués seraient analysés en Europe, aux dires des praticiens. Il n'existe pas en Oman de dépistage systématique de la trisomie 21, ni par échographie ni par voie sanguine.

Dans ce pays où la consanguinité des époux est très fréquente – 35% des couples cousins germains – et la prévalence des pathologies sanguines héréditaires très élevée⁽³⁾, la prise de conscience de l'utilité d'un conseil génétique se dessine seulement. Les moyens de publicité restent assez modestes et se limitent pour l'instant à des plaquettes du ministère de la Santé⁽⁴⁾, proposant une vulgarisation des connaissances sur la transmission génique des maladies et conseillant de réunir la famille élargie avant tout mariage afin d'évaluer les liens de parenté, et d'interroger les anciens sur les pathologies familiales connues.

⁽¹⁾ *Ibid.* : 35-36

⁽²⁾ Ce dernier se matérialise en France par une réunion hebdomadaire dans les hôpitaux universitaires (et dans certains régionaux) lors de laquelle chaque échographiste présente les cas rencontrés et discute avec d'autres professionnels (obstétriciens, pédiatres, échographistes, généticiens, chirurgiens pédiatriques, psychiatres, sages-femmes etc.) de la prise en charge périnatale à prévoir. Le but est de donner une information aussi complète que possible aux parents et aux professionnels en charge d'une patiente chez qui une anomalie fœtale ou obstétricale a été dépistée.

⁽³⁾ Consanguinité : chiffre ministère de la Santé / 2 nouveaux-nés sur 1000 atteints d'hémoglobinopathies, 6% de la population porteurs d'une anomalie. En comparaison, les chiffres saoudiens (comme ceux de la plupart des pays arabes) sont proches : 5% et 10%. Au Soudan et au Tchad par exemple, le nombre de nouveaux nés touchés par les hémoglobinopathies est supérieur à 19%
Sources : OMS, Bureau de Méditerranée Orientale (www.emro.who.int/publications) et OMS (www.who.int/genomics).

⁽⁴⁾ Telle : MINISTRY OF HEALTH, n.d. - « Faire connaissance avec la santé héréditaire. Ma mère et moi souhaitons connaître certains secrets génétiques. » [a't'araf °ala a'saha al-warāthiya]

DPN en Oman : une réflexion éthique en gestation ?

Sous des dehors de pure technologie – émanation de la modernisation, détachée de tout contexte socioculturel d'origine –, l'échographie obstétricale véhicule nombre de débats et d'enjeux politiques, confrontant science et morale. Or, la résolution des dilemmes bioéthiques ne saurait « *être séparé[e] des contextes institutionnel, politique, économique, social et culturel dans lesquels ils sont enchâssés.* » ⁽¹⁾ On peut donc s'interroger sur la manière dont la société omanaise formule les notions de moral / immoral, correct / incorrect et normal / anormal. Les interrogations bioéthiques commencent à trouver un écho dans les réflexions du gouvernement et des praticiens, notamment au sujet de l'interruption de grossesse pour motif thérapeutique, qui n'a pas pour autant de dénomination officielle⁽²⁾. Ce type d'intervention est en effet rendu possible par le diagnostic précoce de grossesse fourni par l'échographie, permettant une prise de décision quant à une éventuelle interruption. L'appropriation de l'échographie suscite des interrogations sur ses usages sociaux acceptables pour la société omanaise. L'arrivée de nouvelles techniques (transplantations, procréation médicalement assistée...) a d'ailleurs posé des problèmes de choix de santé publique dans certaines des sociétés arabes, bien que ne concernant d'abord qu'une faible part de la population.

L'éthique médicale en Oman est enseignée en faculté de médecine dans sa version islamique, notamment sous la forme d'une semaine annuelle de débats entre professeurs, professionnels de santé en exercice et étudiants en médecine (dès le premier cycle). L'enseignement est fondé sur des ouvrages importés du Koweït ou d'Arabie Saoudite. Ce corpus est surtout constitué des fatwas égyptiennes, qui bénéficient d'une écoute attentive dans le monde arabe. En l'absence « *d'une instance unique supranationale* »⁽³⁾ représentant les musulmans, et malgré l'existence de "tendances" communes, aucune ligne de conduite partagée n'est définie absolument en matière d'innovations juridiques vis-à-vis de la médecine.

Dans le contexte du développement rapide des techniques de DPN, on peut se demander si l'enseignement de l'éthique aux médecins locaux peut servir de frein au développement anarchique de celles-ci. Malgré quelques "initiatives isolées", il n'existait en 2004 en Oman aucune institution, équipe ou organisation travaillant réellement à la constitution d'un référent bioéthique national en matière de pratique médicale. Pour ce qui est de la recherche, un Comité d'Éthique a été constitué au début des années 2000 et évalue tous les projets de recherche portant sur la santé et envisagés sur le sol omanais.

CONCLUSION

Au terme de cette évocation de l'échographie obstétricale en Oman, une insistante question émerge : le sort du "savoir sur le fœtus" acquis par l'examen échographique. Ce savoir a-t-il nécessairement des conséquences pratiques ? Si oui, vont-elles aller jusqu'à l'interruption d'une grossesse ? À l'heure qu'il est, l'utilisation en semble surtout purement obstétricale – détermination de l'orientation et de la taille du fœtus en vue de l'accouchement, etc. – et il est important de souligner que l'on n'observe pas en Oman – au vu du

⁽¹⁾ OLIVIER DE SARDAN, 1999 : 453

⁽²⁾ En France, on l'appelle Interruption Médicale de Grossesse, IMG, après avoir abandonné les dénominations IVGT, Interruption Volontaire de Grossesse à visée Thérapeutique et ITG, Interruption Thérapeutique de Grossesse.

⁽³⁾ MOULIN, 1993 : 13

sex ratio – de dérive « *fœticide sexosélective* »⁽¹⁾ comme ce qui a été relevé en Inde, Indonésie ou encore en Chine.⁽²⁾

D'autre part, la santé publique omanaise n'échappe malheureusement pas à la constatation fréquente des experts, que les politiques de santé publiques aggravent de manière générale les inégalités sociales préexistantes – ou au mieux les conservent. En effet, l'accès des femmes aux techniques avancées de dépistage génétique (diagnostic prénatal par exemple) ou même à l'interruption médicale de grossesse, est subordonné à leur capacité financière à se rendre à l'étranger, ainsi qu'à leur "autonomie" par rapport à leur famille. Dans ce contexte, il est très malaisé d'évaluer les conséquences de l'introduction de l'échographie sur la mortalité maternelle et néonatale. Si la volonté gouvernementale de tirer le meilleur parti possible de l'échographie paraît réelle, l'observation de terrain insinue des doutes quant à son réel impact, ceci étant largement dû à l'absence d'une chaîne décisionnelle en DPN.

Enfin, cette contribution évoque une médecine coupée du passé, du fait de l'absence de continuum réel entre la médecine d'avant 1970 et celle d'après. Cette coupure a à mon sens une double origine. Tout d'abord, le "saut sanitaire", qualitatif et quantitatif, a été si grand qu'il semble que les Omanais ne puissent penser cet "avant" et cet "après" avec les mêmes outils. Ainsi, les tradipraticiens dont l'activité a perduré après la scission des années soixante-dix ne sont que très peu visibles socialement. Mais d'autre part, cette invisibilité étant également institutionnelle, on pourrait également l'expliquer par une crainte gouvernementale de voir resurgir à travers ces acteurs de santé un passé récent mais pourtant déjà réinventé – j'emprunte ici à Christopher DOLE (2004) son analyse concernant la Turquie kémaliste. Par un effet de symétrie, de résonance, on peut sans doute également comprendre en partie l'engouement pour l'échographie obstétricale⁽³⁾ – même sans réelle intégration dans un parcours de soins – comme un moyen de détourner les yeux de ce même passé...

Si – au premier abord et comme l'historiographie officielle le conte –, l'on peut penser que la titanique création du système de santé omanais s'est faite "de zéro", on s'aperçoit rapidement que ce "zéro" fictif est peut-être plus palpable dans l'Oman de 1970 que nulle part ailleurs. Il est certes fiction, mais fiction bâtie, puisqu'il a fallu "construire le zéro" avant de l'utiliser comme point de départ... Le construire ne supposait pas évidemment détruire des structures de soins existantes, mais imposer rapidement à la population des soins nouveaux. Au vu de mes recherches jusqu'à présent, il semble que le régime n'a pas choisi de s'appuyer sur une tradition préexistante pour effectuer une transition. Il n'y a pas eu de patrimonialisation des tradipraticiens et des médecines traditionnelles comme il y a eu patrimonialisation de Sindbad le marin ou des forts du pays, secteurs traditionnels dans la construction de la légitimité sultanienne⁽⁴⁾. En fait, le passé médical du pays n'est ni étudié ni mis en valeur⁽⁵⁾, à la différence des efforts gouvernementaux développés ailleurs – par exemple en Afrique du Sud – pour intégrer la médecine traditionnelle dans le système de santé. On en vient donc à s'interroger sur le statut exact de l'histoire médicale du pays – moins ostensiblement occultée que le passé politique – : est-elle absente car

(1) VELLA, 2003

(2) *Ibid.* & BOUKHARI, OTECHET, *et al.*, 1999

(3) Et nombre d'autres techniques médicales qui ne sont pas encore totalement maîtrisées ou légalement intégrées dans le pays.

(4) Il en est ainsi par exemple de la patrimonialisation gouvernementale, exercée aussi bien sur des monuments, des danses ou des savoirs-faire : sortis de leur contexte historique, ces éléments ne servent plus que de faire-valoir au régime qui les sauvegarde.

(5) L'absence de passé universitaire du pays participe aussi de cet état de faits.

potentiellement déstabilisante ? Et n'est-elle pas d'autant plus absente qu'elle est méconnue ? En effet, la situation sanitaire omanaise est présentée sur place comme la résultante de bientôt trente-cinq années de "modernisation sultanienne" et non pas revendiquée comme la continuité d'une tradition arabo-persane ancienne et d'un âge d'or des sciences arabes. L'Histoire est presque "vidée" et, en ce qui concerne la médecine, pas même réécrite comme cela peut être le cas ailleurs. Les propos d'Anne-Marie MOULIN⁽¹⁾ consacrés à d'autres sociétés arabes s'appliquent également à Oman : dans un état où les forces démocratiques sont faibles, l'Histoire est presque uniquement présentée comme « *processus de modernisation* », et celle de la médecine n'échappe pas à ce phénomène. Mais le continuum de la modernisation n'est pas ici pensé à la même échelle que dans d'autres sociétés arabo-musulmanes. Le "réveil" de la nation ferait suite à la longue "nuit"⁽²⁾ dont son sultan l'a tirée. Dans ce contexte, la santé *au présent* est un domaine clé : les réalisations gouvernementales en matière de santé publique, vitrine valorisante et valorisée, consolident la légitimité du pouvoir.

Finalement, les innovations sont conçues comme offertes par le sultan – et la rente pétrolière – et cette origine prime : l'importation de technologies comme l'échographie n'est pas vue comme "l'échec" des techniciens et savants du pays, mais comme une réalisation importante du régime, qui fournit à ses citoyens – et à eux seulement, porteurs du "*talisman*" évoqué plus haut – le meilleur sans contrepartie financière. Les innovations, notamment médicales, s'inscrivent dans la suite de la *nahda* omanaise et scandent le temps sultanien. L'abondance de modernité scientifique, au sens large du terme, semble légitimer l'absence d'historicité au regard des sciences. Il y a ici à mon sens une conception omanaise du temps qui reste à examiner plus avant...

Aussi lointaine et "osée" que puisse paraître l'analogie, je reprends à mon compte en clôture les mots de Christopher DOLE⁽³⁾ au sujet de la Turquie kémaliste : « (...) *le développement d'un système de santé basé sur la biomédecine prolonge des conceptions de la subjectivité intimement liées à des formulations idéologiques de la modernité (rationalité, raison, choix individuel), du nationalisme (citoyenneté, santé individuelle/publique) et de la sécularité (pouvoir religieux versus autorité politique séculière). Là où la médecine parlait le langage de la civilisation, et vice versa, elle servait de médiateur dans l'articulation d'une relation particulière entre des individus (citoyens) et une société (nation) (...)* ». Et quelle articulation plus intime et porteuse d'avenir que celle qui se noue autour de la naissance des futures générations ?

Références citées

- AKRICH, M. & PASVEER, B. (1996) - *Comment la naissance vient aux femmes. Les techniques de l'accouchement en France et aux Pays-Bas*. Le Plessis-Robinson, Synthélabo, "Les Empêcheurs de penser en rond", 194 p.
- AL-KHARUSI, L. A. (1995) - *The Early History of modern medicine in Oman*. The Dean's Prize essay in the History of Medicine. Muscat, College of Medicine: Sultan Qaboos University, 10 p.
- BOSCH, D. E. (2000) - *The Doctor + the teacher, Oman 1955-1970, Memoirs of Dr Donald and Mrs Eloise Bosch*. Muscat, Apex Publishing, 63 p.
- BOUKHARI, S., OTECHET, A., et al. (1999) - "Bioéthique : la tentation de l'enfant parfait." *Courrier de l'Unesco* 9: 17-36.
- BOURDIEU, P. (1998) - *La domination masculine*. Paris, Seuil, "Liber", 142 p.

(1) Communication, 18^{ème} congrès de l'Association Française pour l'Etude du Monde Arabe et Musulman, Lyon, juillet 2004.

(2) Ces deux termes sont ceux consacrés par l'historiographie officielle. Ils sont présents dans les manuels scolaires.

(3) DOLE, 2004 : 273

- CHAMPENOIS-ROUSSEAU, B. (2003) - *Ethique et moralité ordinaire dans la pratique du diagnostic prénatal*. Thèse de Doctorat (dir. : Madeleine Akrich). Paris, Socio-économie de l'innovation: Ecole Nationale Supérieure des Mines, 389 p.
- DOLE, C. (2004) - "In the shadows of medicine and modernity: Medical integration and secular histories of religious healing in Turkey." *Culture, medicine and psychiatry* 28(3): 255.
- DUDEN, B. (1996) [Hamburg, 1991] - *L'Invention du fœtus. Le corps féminin comme lieu public*. Paris, Descartes & Cie, 169 p.
- EICKELMAN, C. (1984) - *Women and community in Oman*. New York et London, New York University Press, 251 p.
- FASSIN, D. (2000) - "La Production de la santé reproductive" in *Les Enjeux politiques de la santé. Etudes sénégalaises, équatoriennes et françaises*. FASSIN, D. Paris, Karthala, 161-174.
- FELLOUS, M. (1991) - *La Première image. Enquête sur l'échographie obstétricale*. Paris, Nathan, 153 p.
- FILLY, R. A. (2000) - "Obstetrical sonography : the best way to terrify a pregnant woman." *Journal of Ultrasound in Medicine* 19(1): 1-5.
- GEORGES, E. (1997) - "Fetal ultrasound imaging and the production of authoritative knowledge in Greece" in *Childbirth and authoritative knowledge : cross-cultural perspectives*. DAVIS-FLOYD, R. & SARGENT, C. F. Berkeley, University of California Press, pp. 91-112.
- GESLIN, P. (1999) - *L'apprentissage des mondes : une anthropologie appliquée aux transferts de technologie*. Toulouse, Paris, Octares-Ed. de la maison des sciences de l'homme, "Archéologie expérimentale et ethnographie des techniques", 1 CD-Rom + 254 p.
- GINSBURG, F. D. & RAPP, R. (dir.) (1995) - *Conceiving the New World Order: The Global Politics of Reproduction*. Berkeley, University of California Press, 450 p.
- HILL, A. G., MUYEED, A. Z., et al. (2000) - "The Mortality and Health transitions in Oman : patterns and processes." Muscat, WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean & Unicef, n. p.
- HOURS, B. (1995) - "L'Anthropologie de la santé publique et des systèmes de soins." *Journal des Anthropologues* 60: 63-69.
- JALENQUES, I., COUDERT, A. J., et al. (1991) - "Aspects psychologiques de l'échographie obstétricale." *Annales Médico-Psychologiques* 149(3): 227-229.
- LAVERGNE, M. (2005) - "Sur les ailes du désir, de Koweït à Mascate." *Villes et territoires du Moyen-Orient* 1.
- MASSÉ, R. & SAINT-ARNAUD, J. (2003) - *Ethique et santé publique. Enjeux, valeurs et normativité*. Québec, Presses de l'Université Laval, "Sociétés, cultures et santé", 413 p.
- MINISTRY OF HEALTH (n.d.) - "National Health Survey, 2000 - Vol. 2 : Reproductive Health Study." Muscat, Directorate of Research and Studies & Directorate General of Planning, 165 p.
- MINISTRY OF HEALTH & UNICEF (1999) - "Report on Perinatal / Neonatal infant mortality - Sultanate of Oman." Muscat, 56 p.
- MITCHELL, L. M. (2001) - *Baby's first picture. Ultrasound and the politics of fetal subjects*. Toronto, University of Toronto Press, 258 p.
- MITCHELL, L. M. & GEORGES, E. (1997) - "Cross-cultural cyborgs: Greek and Canadian women's discourses on fetal ultrasound." *Feminist Studies* 23(2).
- MOULIN, A.-M. (1993) - "Bio-éthique en terres d'Islam." *Sociologie Santé* 9: 11-28.
- OLIVIER DE SARDAN, J.-P. (1999) - "L'Enquête de terrain socio-anthropologique" in *Corpus, sources, archives*. IRMC. Tunis, Institut de Recherche sur le Maghreb Contemporain, 63-81.
- OMS (2002) - "WHO Traditional Medicine Strategy 2002-2005." Genève, Organisation Mondiale de la Santé, 61 p.
- PETERSON, J. E. (2002) - "L'edification de l'Etat en Oman depuis 1970" in *L'Oman contemporain. Etat, territoire, identité*. LAVERGNE, M. & DUMORTIER, B. Paris Karthala, 77-84.
- TAUTZ, S., JAHN, A., et al. (2000) - "Between fear and relief : how rural pregnant women experience foetal ultrasound in a Botswana district hospital." *Social Science and Medicine* 50: 689-701.

- TAYLOR, J. S. (1995) - "L'Echographie obstétricale aux Etats-Unis : des images contradictoires ?" *Techniques et culture* 25-26: 35-54.
 - (1998) - "Image of contradiction : obstetrical ultrasound in American culture" in *Reproducing reproduction : kinship, power, and technological innovation*. FRANKLIN, S. & RAGONÉ, H. Philadelphia, University of Pennsylvania Press, 15-45.
- THORPE, K., HARKER, L., *et al.* (1993) - "Women's view of ultrasonography. A comparison of women's experiences of antenatal ultrasound screening with cerebral ultrasound of their newborn infant." *Social Science and Medicine* 36(3): 311-315.
- TOURRETTE, C. & BOUHARD, V. (1986) - "L'influence de l'échographie sur le vécu psychologique de la grossesse." *Revue Française de Gynécologie-Obstétrique* 81(3): 149-156.
- VALERI, M. (2005a) - *L'Etat Qabous - Identité nationale et légitimité politique au Sultanat d'Oman (1970-2005)*. Thèse de doctorat. Paris, Science Politique: Institut d'Etudes Politiques, 499 p.
 - (2005b) - "Le Sultanat d'Oman en quête d'un second souffle. Un régime aux prises avec la nécessaire diversification de son économie et l'émergence de revendications identitaires." *Les Etudes du CERI* 122: 35 p.
 - (2005c) - "The Omanisation policy of employment. An Omani economic dilemma", communication présentée lors de: *Colloquium "The Gulf Monarchies in transition"*, CERI, IEP Paris, 10-11 janvier 2005.
- VANGEENDERHUYSEN, C., ABDELLAHI, M. B., *et al.* (2002) - "La formation des sages-femmes en échographie obstétricale dans les pays en développement : pourquoi et comment ?" *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction* 31: 100-106.
- VELLA, S. (2003) - "Ethique et pratiques reproductives : les techniques de sélection sexuelle en Inde." *Autrepart* 28: 147-163.
- WERNER, J.-F. (2004) - "D'une image à l'autre ou pourquoi et comment étudier les usages et pratiques de l'imagerie médicale à Dakar." *Autrepart* 29: 65-80.
- ZECHMEISTER, I. (2001) - "Foetal images : the power of visual technology in antenatal care and the implications for women's reproductive freedom." *Health Care Analysis* 9: 387-400.