

Entre sacralité et impureté, l'ambivalence de la maternité en Inde

Virginie Chasles

Citer ce document / Cite this document :

Chasles Virginie. Entre sacralité et impureté, l'ambivalence de la maternité en Inde. In: Espace, populations, sociétés, 2002-3. Questions de genre. pp. 387-396;

doi : <https://doi.org/10.3406/espos.2002.2047>

https://www.persee.fr/doc/espos_0755-7809_2002_num_20_3_2047

Fichier pdf généré le 06/05/2018

Abstract

Between Sacredity and Pollution, the Ambivalence of Maternity in India.

One of the realities of India is its sex ratio widely in discredit for women. The reasons of this situation are numerous but all concern a central topic, the weak status of woman in this sub-continent. The materiality of this poor position occurs largely during the reproductive life of women and particularly at the time of maternity. The latter does not constitute a simple function, essentially female, but rather a major component of the identity of any woman and we can easily speak of "having" which rests on her. By fertility, woman ensures at the same time the perpetuation of her community and her safety. However, glory is for males, woman is seen only as a receptacle, man only holds the procreative power. Nothing astonishing consequently to note that pregnant woman belongs to the pollution sphere, and particularly at the time of childbirth and postpartum period. From this situation, supplied with many paradoxes, oscillating between secular and sacred, results a differential recourse to care by women, according to they have a personal need of health or, on the contrary, which includes the community, as it's the case with pregnancy. This study, led at the same time to a global and local scale, aims to clarify and explain the ambivalence which strikes maternity in Indian context.

Résumé

L'une des réalités de L'Inde est son sexe ratio largement en défaveur des femmes. Les raisons à cette situation sont plurielles mais toutes gravitent autour d'un thème central, la faible statut de la femme dans ce sous-continent. La matérialité de cette position précaire intervient largement pendant la vie reproductive des femmes et tout particulièrement lors de la maternité. Cette dernière ne constitue pas une simple fonction, par essence féminine, mais plutôt une composante majeure de l'identité de toute femme et il n'est que réel de parler de « devoir » qui lui incombe. Par la fécondité, la femme assure à la fois la pérennisation de sa communauté et son salut. Cependant, la gloire en revient à la gente masculine, la femme n'est vue que comme un réceptacle et c'est l'homme qui détient la puissance procréatrice. Rien d'étonnant dès lors de constater que la femme enceinte appartient au domaine de l'impur, et tout particulièrement au moment de l'accouchement et de la période post-partum. De cette situation, alimentée par un faisceau de paradoxes, oscillant entre le profane et le sacré, résulte un recours aux soins différentiel par les femmes selon si elles se trouvent face à un besoin de santé qui n'engage qu'elles ou, au contraire, qui inclut la communauté, comme c'est le cas avec la grossesse. Cette étude, menée à la fois à une échelle globale et locale, a pour objectif d'éclairer et d'explicitier l'ambivalence qui frappe la maternité en contexte indien.

Virginie CHASLES

Université de Rouen
LEDRA - UMR IDEES 6063
Rue Lavoisier
76821 Mont-Saint-Aignan cedex
Chasles.virginie@onebox.com

Entre sacralité et impureté, l'ambivalence de la maternité en Inde

creative commons
BY: NC ND

LA FEMME DANS L'IMAGINAIRE COLLECTIF ¹

Dans le monde, le nombre de femmes est environ égal à celui des hommes, parfois très légèrement supérieur. À l'inverse de cette situation globale, la population indienne, avec un *sex ratio* en 2001 de 933 femmes pour 1000 hommes, enregistre un déficit de femmes² qui, loin de se résorber, continue de s'accroître³. Les raisons avancées à cette situation sont diverses. L'un des facteurs les plus importants est la surmortalité féminine qui survient lors des premières années de l'enfance. Celle-ci résulte tout d'abord des comportements différentiels face à l'enfant⁴ (recours médical moins fréquent pour les

petites filles, apport nutritionnel moindre ...) qui répond à la préférence, bien souvent clairement affichée, pour les garçons. Par ailleurs, depuis quelques années, on peut assister au phénomène des avortements sélectifs⁵, et le foeticide des embryons de sexe féminin⁶ contribue sans aucun doute à expliquer le recul récent de la population féminine, comme en témoigne notamment le *sex ratio* juvénile⁷. Puis, parmi les facteurs qui rendent compte des variations de la mortalité selon le sexe, on compte ceux relatifs aux risques encourus par la femme durant sa vie reproductive. En effet, malgré de réels

¹ Précisons que la position adoptée pour cet article est volontairement hypothético-déductive. En réponse aux multiples travaux effectués sur cette thématique du *genre*, il me semblait important d'en faire une synthèse puis de la confronter aux réalités de l'Inde rurale. En outre, mes différents terrains de recherche avaient notamment pour vocation de répondre aux hypothèses de départ construites à partir de ces connaissances existantes.

² Visaria L. and P. (octobre 1995), India's population in transition, *Population Bulletin*, n°3, p. 34.

³ En 1991, on comptait 32 millions d'hommes de plus que de femmes. En 2001, d'après les chiffres du dernier recensement, cet écart est passé à près de 36 millions.

⁴ Burquière A. (1986), *Histoire de la famille*, Armand Colin, p. 297.

⁵ Chakrabarty L. S. (20 octobre 2001), Human Development in South Asia 2000: the gender question, *Economic and Political Weekly*, p. 6.

⁶ Rao M. and Jain D. (21 avril 2001), National Population Policy 2001, *Economic and Political Weekly*, p. 8.

⁷ À titre d'exemple, en Andhra Pradesh, selon le recensement de 2001, on enregistrait 964 fillettes pour 1000 garçons, contre 975 en 1991.

progrès, la mortalité maternelle en Inde reste parmi les plus élevées au monde⁸. En outre, beaucoup de femmes continuent à souffrir de morbidités dans les périodes *antepartum*, *intrapartum* et *postpartum* du fait de facteurs directement ou indirectement attribuables à la maternité. Les maladies gynécologiques sont donc les maladies que rencontrent le plus fréquemment les femmes. Cette situation est exacerbée par le fait que ces maladies sont encore largement tues, sinon ignorées. Il faut préciser que la timidité et la pudeur, qui constituent les vertus les plus exaltées chez les femmes indiennes, leur interdisent précisément d'aborder ce type de problèmes et tout particulièrement quand elles sont face à un médecin homme. La population masculine étant surreprésentée dans les centres de soins, et notamment en zone rurale, on pouvait alors légitimement compter sur l'infirmière sage-femme pour pallier les pesanteurs sociales. Cette dernière est la seule femme qualifiée, qui soit à la fois proche et accessible pour les villageoises. Or, il n'en est rien, et ce pour différentes raisons⁹. Tout d'abord, on ne lui accorde pas une valeur médicale de grande importance, elle reste une infirmière et non pas un médecin. Sa formation ne lui permet d'ailleurs pas de pratiquer un large choix de

gestes thérapeutiques, pour lesquels elle n'est souvent ni formée ni équipée. Quand elle fait ses consultations, il s'agit le plus souvent de séances de groupe et non pas de séances individuelles. Il est donc évident que ce n'est pas une atmosphère propice pour que les femmes évoquent leurs problèmes gynécologiques. En outre, elle fait partie à part entière de la communauté villageoise et la retenue des femmes ne les prédispose pas à ces discussions intimes.

En définitive, les raisons avancées à ce *sex ratio* original gravitent toutes autour d'un même thème : le faible statut de la femme indienne. Plus largement, l'Inde, comme d'autres sociétés, a adopté des comportements androcentriques qui se manifestent par des rapports entre les sexes fortement hiérarchisés¹⁰. Si cela ne se manifeste pas à l'identique en tout lieu, on y retrouve cependant les mêmes fondements, à savoir la suprématie de la gent masculine et l'idée que la qualité première de la femme est celle d'être mère. Tout en se gardant de tomber dans un raisonnement féministe, on ne peut nier que certains, mal intentionnés, se sont appliqués à cultiver la différence entre homme et femme et le concept de la supériorité de l'homme par rapport à la femme n'a pas manqué d'être démontré.

CORPS DE FEMME, CORPS SOCIAL

Malgré tout, il est une évidence indéniable que l'homme et la femme sont différents de par une fonction essentielle, celle de donner la vie. Françoise Héritier¹¹ dit à ce sujet que "ce n'est pas le sexe, mais la fécondité, qui fait la différence réelle entre le masculin et le féminin". Mais était-il nécessaire d'asser- vir la femme par la médiation de la materni-

té ? C'était en tout cas la loi en vigueur dans nos sociétés féodales, où l'on recommandait d'abord aux femmes de se prêter à la fécondation¹². La seule fonction licite du corps féminin était celle d'engendrer¹³. De même, si l'on s'en tient aux lois de l'Ancien Testament, on n'accorde à la femme israélite¹⁴ qu'un rôle de génitrice. Pareillement, le

⁸ Selon les données du NFHS II, on comptait en Inde 437 décès pour 100 000 naissances vivantes (448 en zone rurale et 397 en zone urbaine).

⁹ Pour une analyse détaillée du rôle des infirmières sages-femmes, voir par exemple Iyer and Jesani (1999).

¹⁰ Aristote (1995), *Politique*, Livre I-5, Librairie philosophique J. Vrin, Paris, p. 40.

¹¹ Héritier F. (1996), *Masculin/Féminin, la pensée de la différence*, Odile Jacob, p. 230.

¹² Revue La Pensée (mars-avril 1984), *Femmes et mouvements des sociétés*, n° 238, pp. 5-25.

¹³ Tervatra S. K. and Roy P. (1999), *Mother Child Health, the impact of women's work*, Uppal Publishing House, p. 75.

¹⁴ Salomon P. (1991), *La femme solaire – la fin de la guerre des sexes*, Éditions Albin Michel, p. 49.

code d'Hammourabi¹⁵ institue la procréation obligatoire. Que la femme soit épouse, courtisane ou concubine, ou même esclave, elle doit avoir des enfants : procréer est l'obligation première faite à la femme. Si l'épouse n'a pas d'enfant, elle est répudiée. La pérennisation de cette idéologie reste une réalité forte de nombreuses sociétés dont la société indienne.

En outre, si dans presque toutes les sociétés, l'identité de la femme se définit par sa relation aux autres, c'est davantage marqué encore pour les Indiennes¹⁶. Les réalités psychosociales dominantes de sa vie peuvent être résumées ainsi : elle est d'abord la fille de ses parents, ensuite elle est l'épouse de son mari, et de ce fait appartient à sa belle-famille et enfin, elle est la mère de ses fils (et filles)¹⁷. Dans cette vie mise sous tutelle, la femme indienne sait que la maternité lui confère un but et une identité que rien d'autre ne saurait lui apporter dans sa culture. Chaque enfant mis au monde représente à la fois une reconnaissance et une

rédemption. D'ailleurs, la croyance selon laquelle la grossesse est ce qui peut arriver de mieux à une femme est largement répandue dans les mythes et contes favoris de la tradition hindoue notamment : "Dans ce foyer, je ne vauds rien. Si on s'occupe bien de moi maintenant, c'est en fait à cause de l'enfant que j'attends¹⁸". Subjectivement, dans la sphère psychologique féminine, la grossesse délivre de l'insécurité, du doute et de la honte qui s'attachent à l'infertilité¹⁹, "Mieux vaut être boue que femme stérile", dit un proverbe. Ceci explique par ailleurs que la première menstruation soit saluée par un soupir de soulagement. Il faut dire que l'événement des premières règles est attendu avec une certaine anxiété. L'inquiétude des parents n'a qu'une raison majeure : que les beaux-parents à qui la fille est déjà promise ou destinée puissent douter de sa capacité à engendrer. Les premières règles signalent l'accès de la fillette à la fonction essentielle de son état de femme : la fécondité²⁰.

LA GOUVERNANCE DU MASCULIN

Ainsi, pour une Indienne, l'imminence de la maternité n'est pas seulement la réalisation d'un désir de longue date et l'aboutissement biologique d'une promesse de toute une vie mais un événement par lequel la culture lui confirme son statut de rénovatrice de la communauté et étend à sa personne le respect et la considération qui ne lui avaient pas été accordés en tant que simple épouse. Ainsi, en devenant mère, la femme indienne fait plus que procréer. Elle compense le mal-

heur d'être née fille. En répondant à la pression sociale, elle améliore sa place à la maison et dans la société et gagne quelques degrés de liberté, surtout si elle a eu des garçons²¹. Cependant, une limite est assignée à ce pouvoir puisque la femme est uniquement considérée comme le récipient qui reçoit la semence, la terre qui fait germer et ainsi l'enfant qui naît est considéré comme appartenant au père²². Cette appropriation par le père de la puissance procréatrice est à la

¹⁵ Hammourabi (1792-1750 avant J. C.) était le 6^{ème} roi de la lignée de Sargon 1^{er}, la première dynastie de Babylone.

¹⁶ Sudhir Kakar (1985), *Moksha le monde intérieur, enfance et société en Inde*, Éditions les Belles Lettres, p. 96.

¹⁷ Kirpalani M. C. and Goburdhun-Jani M. (1993), *Indiennes en mouvement*, Édition des Femmes, p. 15.

¹⁸ Nasreen T. (1993), *Scènes de mariage*, Éditions Stock, p. 108.

¹⁹ Sonpar S. and Kapur R. (6 janvier 2001), Gender disparities under structural reforms, *Economic and Political Weekly*, p. 14.

²⁰ Poitevin G. and Rairkar H. (1995), *Inde, village au féminin*, L'Harmattan, p. 53.

²¹ Mitter S. S. (1991), *Dharma's daughters, contemporary Indian women and Hindu culture*, Penguin Books, p. 90.

²² Jenkins L. (1985), *Mâ , l'Inde au féminin*, Publication du CCRSS, p. 200.

base des sociétés de type patriarcal qui vont donner une autorité absolue à l'homme au détriment de la femme. En d'autres termes, comme l'explique Pierre Bourdieu²³ au sujet des femmes kabyles, l'œuvre proprement féminine de gestation et d'enfantement se trouve comme annulée au profit du travail proprement masculin de fécondation. De même, Aristote affirme que le mâle seul joue un rôle actif dans la génération parce qu'il délivre la semence, le principe générateur, tandis que la femelle ne fournit que la matière du futur embryon. Il ajoute que la femme (et la femelle en général) est privée de la chaleur qui lui donnerait la capacité d'engendrer : elle n'est pas capable de produire une semence et, par une sorte de cuisson, de lui faire "prendre forme". Seul le mâle peut être considéré comme fécond, parce qu'il produit la semence qui transmettra à l'embryon l'essence de l'espèce. En Inde, les lois de Manou, qu'on a datées des environs de 1200 avant J. C., aboutissent aux mêmes conclusions : "la femme est considérée par la loi comme le champ et l'homme comme la semence". Cette même comparaison entre la femme et le champ labouré est également reprise par le Coran. Ceci explique certainement que bien souvent la maternité est d'abord considérée comme un état alors que la paternité est toujours un titre²⁴. Ainsi, de toutes ces cultures émerge l'idée que la femme est occultée par la mère. Et, qui plus est, malgré le contexte de mondialisation actuel et les évolutions des techniques en matière de santé de la reproduction notamment, force est de constater que la fécondité demeure le processus identitaire de la femme et ceci aussi bien en Inde qu'ailleurs.

Le coût de la procréation, en termes de santé, a toujours constitué une réalité. On peut dès lors penser que c'est dans une optique de dédommagement de la femme que la société offre à la maternité un certain prestige social. Mais l'ambivalence indienne frappe encore à ce sujet, puisqu'au moment de l'accouchement la femme tombe irrémédiablement dans le domaine de l'impureté. L'une des manifestations de cet état de fait est notamment la mise en quarantaine de la parturiente. Aujourd'hui encore, il est pratique courante de construire une hutte à la périphérie des villages, dans laquelle la jeune accouchée et son enfant, jugés impurs, doivent rester plusieurs semaines²⁵. Période pendant laquelle tout contact avec le reste de la communauté est totalement interdit, sous risque de polluer leur entourage²⁶. "La vie commence dans la matrice et elle est faite de sperme et de sang, mêlée d'excréments et d'eau et souillée par les impuretés du sang. Ainsi, l'homme né de la femme est un être impur". Le père qui est pur, lui, évite naturellement d'assister à l'accouchement²⁷. Rien d'étonnant, dès lors, d'observer des discriminations de genre dans les pratiques sanitaires des femmes. Ceci se matérialisant à la fois par un accès limité aux services de santé et par un accès à des soins de moindre qualité, comparativement aux hommes. Maintenant, si on part du principe que la grossesse engage la famille entière et non pas la femme seule, une nouvelle question se pose : la grossesse représentant un processus communautaire et non pas individuel, l'accès aux soins des femmes enceintes s'en trouve-t-il amélioré ?

²³ Bourdieu P. (1998), *La domination masculine*, Éditions du Seuil, p. 52.

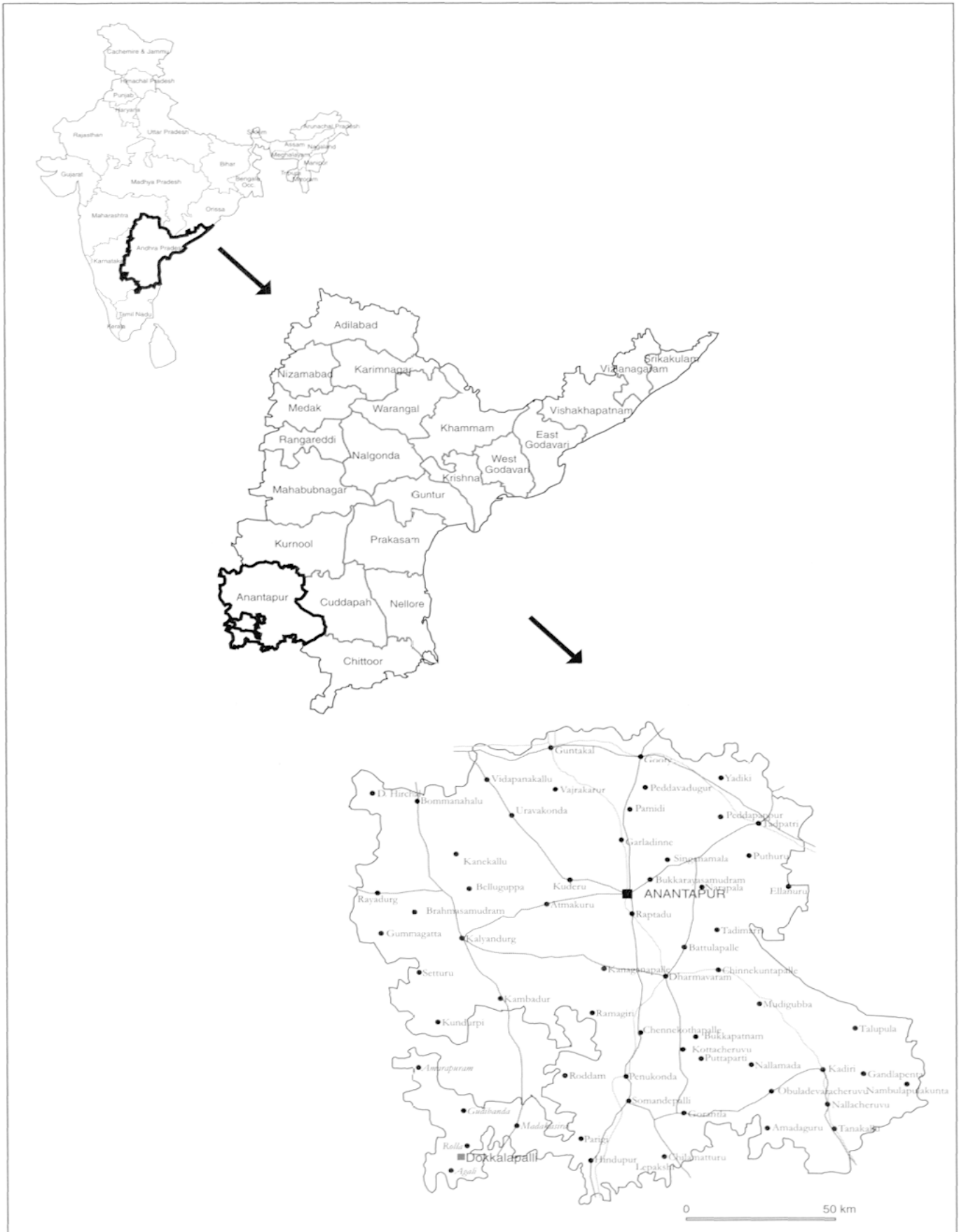
²⁴ Agacinski S. (1998), *Politique des sexes*, Éditions du Seuil, p. 21.

²⁵ Thamizoli P. (mars 1997), Gender inequality, tribal and caste women, past and present: a case study of the Nilghiris, Tamil Nadu, *Man in India*, volume 77, n°1, pp. 51-62.

²⁶ Unnithan-Kumar M. (6 mars 1999), Households, kinship and access to reproductive health care among rural Muslim women in Jaipur, *Economic and Political Weekly*, n° 10-11.

²⁷ Jenkins L. (1985), *Mâ, l'Inde au féminin*, publication du CCRSS, p. 212.

Figure 1. L'Union Indienne



LE RECOURS AUX SOINS MATERNELS EN INDE RURALE

Par le biais d'une analyse locale²⁸ basée sur l'état de la prise en charge de la grossesse, nous allons maintenant appréhender de façon plus précise les logiques du recours aux soins pendant la maternité et mettre en lumière les multiples facettes des discriminations de genre en matière de santé maternelle.

Cette étude de cas prend place dans le district d'Anantapur, situé dans l'État indien de l'Andhra Pradesh. Ce district attire l'intérêt en raison à la fois du profil socio-démographique particulier de la région dans son ensemble et des conditions particulières de la zone d'étude choisie, représentative des régions rurales les plus arides de l'Inde centrale. (**figure 1**)

L'Andhra Pradesh, État de l'Inde du Sud de 75 millions d'habitants, se démarque désormais du reste de l'Inde et ceci grâce à la structure de son nouveau profil socio-démographique. La gloire en revient à la baisse fulgurante de la fécondité enregistrée ces dernières années²⁹. Le recensement de 1991 mettait en avant un taux de croissance de la population de 24,2% pour la période de

1981-1991. Une décennie plus tard, il n'est plus que de 13,9%, ce qui confère à cet État une nouvelle originalité. Situé à l'extrémité sud de cet État, le district d'Anantapur appartient à la région du Rayalaseema, traditionnellement appelée "terre de famines" et le district d'Anantapur ne déroge pas à cet état de fait puisque, d'une part, il est le district le plus sec de cette région et, d'autre part, il fait partie des six districts de l'Inde qui enregistrent des moyennes pluviométriques les plus faibles (544 mm en moyenne³⁰), des sécheresses fréquentes et sévères ainsi qu'un faible pourcentage de terres irriguées³¹. Un tel contexte naturel contribue indéniablement au faible niveau de développement de cette région, qui se matérialise notamment par la faiblesse de ses armatures urbaine et sanitaire. Cette sous-médicalisation, qui s'exprime davantage en termes de qualité que de quantité, n'a pourtant pas lieu d'être si l'on en croit les intentions du Gouvernement central, qui s'applique à prôner l'égalité, sanitaire notamment, entre les États de l'Union Indienne.

OFFRE ET RECOURS, PLURALITÉS ET PARADOXES

Les options thérapeutiques en Inde, comme ailleurs, sont multiples. Cependant, cette armature sanitaire plurielle est désormais largement axée vers les soins privés³². En effet, depuis les années 1970, on peut assister à la privatisation progressive du secteur de la santé. Du fait de la recherche de soins de qualité, associée à une amélioration des conditions de vie et aux nombreux dysfonc-

tionnements du secteur public (mauvaise qualité des soins, manque de prévenance de la part du personnel médical ...), la proportion de praticiens privés s'est accrue, et ceci, aussi bien en ville qu'à la campagne. L'expansion du secteur privé est donc le fait d'une réelle demande, qu'il ne cesse lui-même d'alimenter. Ceci répond à une tendance générale qui considère que les prati-

²⁸ Résultats issus de travaux de recherche effectués dans le cadre d'un doctorat de géographie à l'Université de Rouen sur la santé maternelle et périnatale en Inde rurale, sous la direction de M. Alain Vaguet (Maître de Conférences, Rouen) et avec l'appui du *South India Fertility Project*, projet IRD-IFP, basé à Pondichéry sous la direction de M. C. Z. Guilmo (Démographe, IRD).

²⁹ Guilmo C. Z., Chasles V. (octobre 2001), Communication sur "le recours aux soins maternels",

présentée à l'Atelier "Santé de la reproduction", IRD, Paris.

³⁰ À titre indicatif, la pluviométrie annuelle en France est de l'ordre de 900 mm.

³¹ Prasad P. (1998), *Famines and droughts, survival strategies*, Rawat Publications, New Delhi.

³² Voir à ce sujet l'ouvrage de Baru R. (1998), *Private health care in India – Social characteristics and trends*, Sage publications, Delhi.

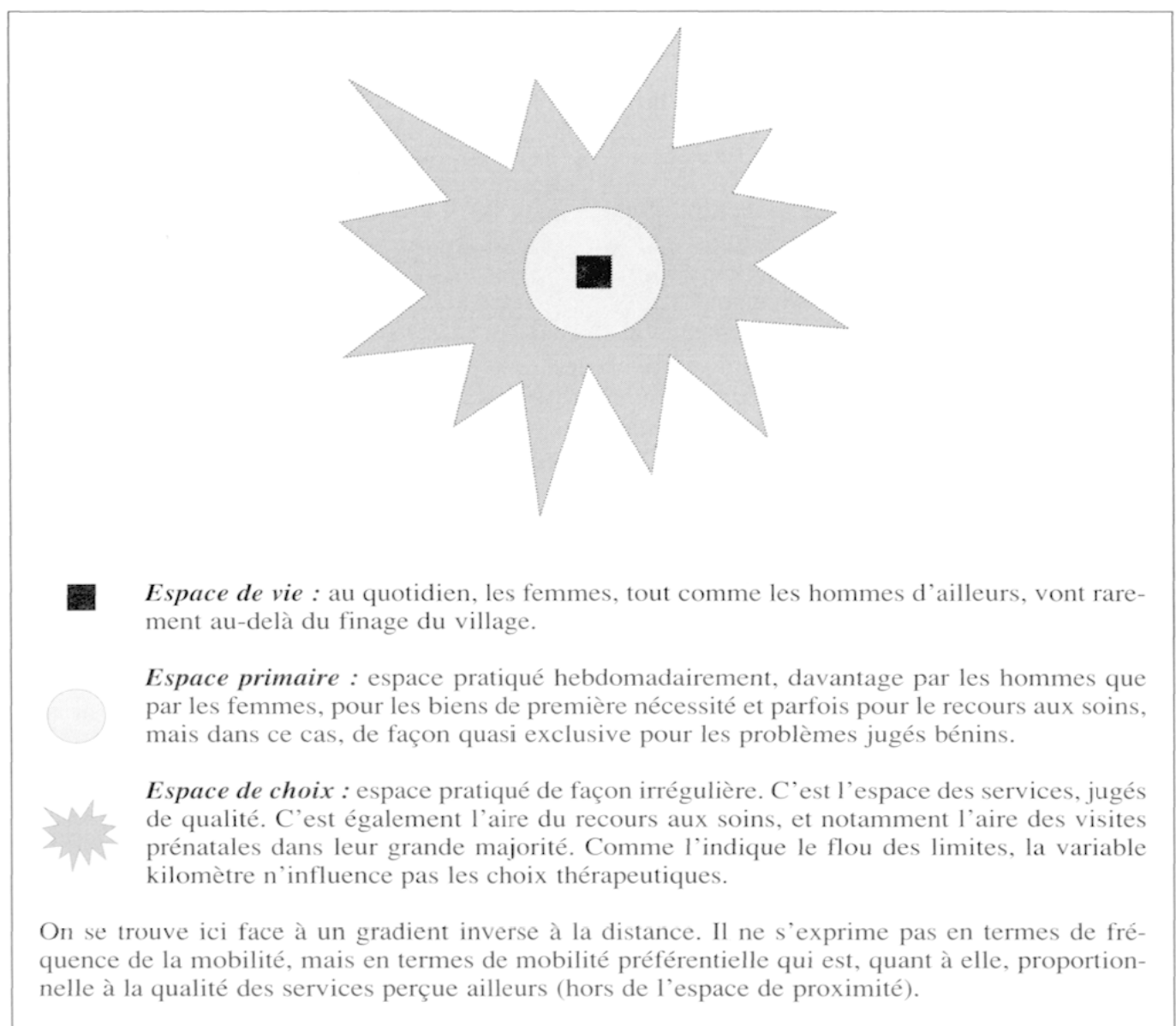
ciens privés sont supérieurs aux médecins du secteur public. L'opinion générale semble être que les traitements donnés dans le secteur privé sont plus efficaces que ceux délivrés dans le secteur public et surtout qu'ils ne nécessitent pas de visites répétées pour le patient. Pourtant, le recours au secteur privé n'est pas nécessairement de qualité optimale. Après parfois des heures d'attente, la consultation est le plus souvent très brève, voire succincte. Malgré tout, on assiste à un rejet de plus en plus marqué de l'offre publique, et ce, semble-t-il, par toutes les catégories de la population.

Cette situation de l'offre de soins permet d'éclaircir les logiques du recours aux soins par les populations rurales. De manière

générale, parmi les villageois, on a pu remarquer que le recours aux soins se fait vers le secteur public, pour les problèmes jugés bénins, et vers le privé, pour ceux jugés sérieux.

En outre, si l'on se place dans la situation d'un recours au secteur privé, le niveau hiérarchique de la ville dans laquelle on se rend, est lui aussi proportionnel au problème. Ce choix découle de l'idée que la qualité des services est proportionnelle à la taille de la ville. Si l'on parle en termes géographiques, il apparaît que le recours suit davantage une logique de réputation que de proximité. En effet, on a pu noter à maintes reprises que les patients n'hésitent pas à parcourir plusieurs kilomètres afin d'avoir l'as-

Figure 2. Hiérarchie qualitative des espaces



surance de recouvrer une bonne santé dans les plus brefs délais. Ainsi, les structures de proximité, qui sont majoritairement publiques, ne sont pas celles qui sont les plus utilisées. On peut penser à ce sujet que le fait qu'elles soient rurales, tout comme le fait qu'elles soient gratuites, les discrédite. Il apparaît donc que ces observations mettent en avant un paradoxe réel. En effet, on pouvait imaginer que les itinéraires (pratiques) thérapeutiques étaient avant tout conditionnés par l'offre de soins et le coût impliqué par le recours (distance, consultation...). Or ces deux variables, prix et distance, semblent presque jouer en sens inverse, puisque, d'une part, les soins gratuits sont déconsidérés et, d'autre part, les lieux plus éloignés préférés aux autres (**figure 2**). En outre, fait plutôt inattendu, il semblerait que la variable socio-économique, tout comme celle relative

au niveau d'éducation, n'influence pas le choix des familles en matière d'institution médicale, mais uniquement la fréquence du recours. Ainsi, contre toute attente, les familles aisées et éduquées, tout comme celles défavorisées et illettrées, recourent au secteur privé. Il faut souligner qu'à la campagne, les travaux agricoles constituent la plus grande part du quotidien, et donc déterminent la prospérité, voire la survie de la famille. La bonne santé apparaît alors comme un capital crucial et on ne peut se permettre de ne pas être opérationnel pendant plusieurs jours. Pour ce qui est des femmes enceintes, il importe qu'elles puissent mener leur grossesse dans les meilleures conditions possibles et beaucoup pensent que seul le secteur privé peut garantir un bon déroulement de la grossesse.

UNE MÉDICALISATION DE LA GROSSESSE DIFFÉRENTIELLE

Si l'on se place maintenant dans le seul cadre de la maternité, l'État indien s'applique à vulgariser la médicalisation de la grossesse. Ainsi, afin de garantir une bonne santé à la mère et l'enfant, le "*Reproductive and Child Health Programme*" (1997), mis en place par le Ministère de la santé indien, s'est donné pour but de fournir aux femmes enceintes au moins trois examens prénataux, deux doses de vaccin antitétanique et un apport en fer et acide folique durant trois mois minimum. Par ailleurs, ce programme encourage les accouchements institutionnalisés, ou bien à domicile mais avec l'assistance d'une personne qualifiée, ainsi que trois visites postnatales. Comme nous allons le voir, ces objectifs sont encore loin d'être remplis et ce pour diverses raisons.

Parmi les femmes de notre zone d'étude³³, près de 80 % ont reçu au moins une visite prénatale durant leur vie reproductive, ce qui correspond presque aux estimations régionales optimistes du *National Family Health Survey II*³⁴, puisque cette source de données a révélé que plus de 90 % des femmes en Andhra Pradesh ont reçu des soins prénataux. Cependant, même si la majorité des femmes sont vaccinées contre le tétanos et reçoivent un apport en fer et acide folique, cela ne signifie pas que le système de soins fonctionne correctement ni même que la médicalisation de la grossesse soit devenue une pratique courante. En effet, l'objectif des trois visites prénatales pendant la grossesse se résume généralement à une seule, les traitements antianémiques ne sont

³³ Près d'une centaine d'enquêtes ont été menées dans le village de Dokkalapalle, situé dans la région bordière Andhra Pradesh-Karnataka. Il se caractérise par son éloignement à la ville ainsi que par une faible accessibilité (plusieurs kilomètres à pied doivent être parcourus pour y parvenir). La distance à la ville pouvant introduire un biais dans les résultats, les mêmes enquêtes ont eu lieu dans le village de Bukkarayasamudram qui, quant à lui, est contigu au chef-lieu de district, Anantapur.

³⁴ Le *National Family Health Survey* est une enquête nationale menée auprès des femmes mariées, âgées de 13 à 49 ans. La première enquête eut lieu en 1992-93 et la seconde en 1998-99, chacune auprès d'environ 90 000 ménages, répartis sur l'ensemble du territoire indien (25 000 ménages urbains et 65 000 ménages ruraux). Cette base fournit des données démographiques et sanitaires, telles la fécondité, la nuptialité, l'alimentation de l'enfant, la mortalité infantile, la santé maternelle...

pas suivis correctement et la fréquence de ces visites décroît nettement avec la parité. Pour ce qui est du choix de recours de ces femmes, 60 % ont eu recours au secteur public et 40 % au secteur privé et, au total, plus de 80 % d'entre elles sont allées consulter dans une institution où les soins prodigués sont de qualité, ou tout au moins sont perçus comme tels. Parmi ces femmes, 30 % se sont rendues dans les bourgs avoisinants de Rolla et Agali³⁵, situés à environ 8 kilomètres de Dokkalapalle. Ont eu également recours à des centres ruraux les femmes qui reviennent chez leurs parents durant la grossesse. À ce sujet, précisons juste que la majorité des femmes de Dokkalapalle sont originaires de l'État voisin du Karnataka, ces femmes *kannada* étant jugées plus courageuses que leurs consœurs *telugu*. C'est dans la ville de Sira que les autres femmes se rendent. Sira appartient à l'État du Karnataka, et malgré les deux heures de bus nécessaires pour l'atteindre, elle reste la ville, la plus proche de Dokkalapalle. Ajoutons que, dans cette région frontalière, les habitants parlent à la fois *telugu* et *kannada*, le recours aux soins n'est donc pas soumis à la barrière linguistique. Cet itinéraire, qui concerne la majorité des femmes, manifeste une réelle volonté de la part des femmes et de leur belle-famille, d'accéder aux soins les meilleurs, même si dans la pratique, le progrès en cours est encore largement inachevé par rapport aux besoins réels de suivi maternel. En outre, le fait que le suivi prénatal s'arrête quasi systématiquement après la première grossesse, montre bien à quel point l'intérêt est porté de façon quasi exclusive sur l'entrée en vie féconde de l'épouse et que la sacralité accordée à la maternité est toute relative.

Si l'on se rapporte aux données du *National Family Health Survey II*, 34 % seulement des accouchements en Andhra Pradesh ont lieu dans une infrastructure de soins (dont la moitié environ dans un centre privé), plus de 50 % ont lieu au domicile de la femme et environ 10 % au domicile parental. Mais là encore, de manière générale, lorsqu'il y a médicalisation de l'accouchement, cela concerne uniquement la première grossesse

et cette proportion d'accouchements en milieu hospitalier décline avec la parité. L'une des raisons principales au premier accouchement médicalisé, est la valeur accordée à la naissance du premier enfant (dans l'idéal, un garçon), qui est perçue comme la raison d'être du mariage et donc pour laquelle la famille ne veut pas prendre de risques inutiles. Ceci explique notamment que la majorité de ces femmes aient eu recours à une institution de qualité, ou estimée comme telle. Cependant, l'accouchement à domicile reste la pratique la plus courante (70 % des cas dans le village de Dokkalapalle) et, dans la majorité des cas, avec l'assistance de personnes non qualifiées. Le plus souvent, cela se fait avec l'aide des femmes de la famille ou du voisinage. Leurs connaissances empiriques sont reconnues ou du moins jugées suffisantes et de toute façon, il n'est pas question d'aller à l'encontre des Anciens. Il est intéressant de remarquer que les femmes qui ont bénéficié de plusieurs visites prénatales et donc qui ont été encouragées par le personnel médical à accoucher dans une institution, continuent d'accoucher chez elles. Il faut préciser que ce choix ne dépend pas de la femme elle-même, surtout quand elle est jeune, mais de son entourage qui, le plus souvent, s'approprie les décisions relatives à son propre corps.

Enfin, l'absence quasi systématique de soins *postpartum* semble témoigner que la santé reproductive est fortement assujettie à l'environnement idéologique de la femme. Une fois l'enfant né, la vie reprend son cours normal, du moins pour le père et sa famille, qui ne considèrent pas la période *postpartum* comme cruciale, et ce malgré les risques qui pèsent encore sur la femme pendant plusieurs semaines, pour ne pas dire toute sa vie. La jeune accouchée, quant à elle, doit désormais se soumettre à divers processus de purification (isolement, restrictions alimentaires ...), qui sont loin d'avoir des vertus thérapeutiques. Le sentiment communautaire qui régnait jusqu'alors disparaît et la femme se retrouve irrémédiablement seule face à son statut.

³⁵ Une demi-heure de marche suivie d'une demi-heure de bus sont nécessaires pour parvenir à ces deux bourgs.

CONCLUSION

Le nouveau contexte démographique que connaît l'Andhra Pradesh depuis quelques années, a apporté un nouvel intérêt à l'étude de la santé maternelle dans cet État. En effet, une nouvelle interrogation se pose désormais : la diminution de la parité par femme s'est-elle accompagnée d'une amélioration des grossesses ? Si l'on se base sur les données du NFHS II concernant l'Andhra Pradesh, il semble que ce soit effectivement le cas puisque la médicalisation de la grossesse (soins prénataux notamment) concerne maintenant une part plus importante de la population féminine. Cependant, on ne peut pas totalement accrédi-ter cette vision globale si on ne lui joint pas une analyse locale. En effet, si les observations qualitatives menées notamment dans le village de Dokkalapalle confirment cette tendance,

elles l'infirmement également ou du moins l'atténuent de par les précisions qu'elles permettent d'apporter, tel que nous avons pu par exemple le voir à travers les limites que connaît le recours aux soins prénataux. Ainsi, même si les femmes enceintes bénéficient de soins de bien meilleure qualité, comparativement aux soins qu'elles peuvent recevoir lors d'épisodes de pathologies communes ou de morbidités reproductives, il n'en demeure pas moins que le recours reste irrémédiablement insuffisant et ce malgré les encouragements de l'État. En outre, cela a montré à quel point il peut y avoir pré-éminence des variables sociales sur les contraintes les plus objectives (géographiques, économiques ...) et notamment la discrimination sexuelle en matière de santé.

BIBLIOGRAPHIE

- AGACINSKI S. (1998), *Politique des sexes*, Éditions du Seuil.
- ARISTOTE (1995), *Politique*, Livre I-5, Librairie philosophique J. Vrin, Paris.
- BARU R. (1998), *Private health care in India – Social characteristics and trends*, Sage publications, Delhi.
- BOURDIEU P. (1998), *La domination masculine*, Éditions du Seuil.
- BURQUIÈRE A. (1986), *Histoire de la famille*, Armand Colin.
- CHAKRABARTY L. S. (20 octobre 2001), Human Development in South Asia 2000: the gender question, *Economic and Political Weekly*.
- GUILMOTO C. Z., CHASLES V. (octobre 2001), Communication sur "le recours aux soins maternels", présentée à l'Atelier "Santé de la reproduction", IRD, Paris.
- HÉRITIER F. (1996), *Masculin/Féminin, la pensée de la différence*, Odile Jacob.
- JENKINS L. (1985), *Mâ, l'Inde au féminin*, Publication du CCRSS.
- KIRPALANI M. C. and GOBURDHUN-JANI M. (1993), *Indiennes en mouvement*, Édition des Femmes.
- MITTER S. S. (1991), *Dharma's daughters, contemporary Indian women and Hindu culture*, Penguin Books.
- NASREEN T. (1993), *Scènes de mariage*, Éditions Stock.
- POITEVIN G. and RAIRKAR H. (1995), *Inde, village au féminin*, L'Harmattan.
- PRASAD P. (1998), *Famines and droughts, survival strategies*, Rawat Publications, New Delhi.
- RAO M. and JAIN D. (21 avril 2001), National Population Policy 2001, *Economic and Political Weekly*.
- Revue La Pensée (mars-avril 1984), "Femmes et mouvements des sociétés", n° 238.
- SALOMON P. (1991), *La femme solaire – la fin de la guerre des sexes*, Éditions Albin Michel.
- SONPAR S. and KAPUR R. (6 janvier 2001), Gender disparities under structural reforms, *Economic and Political Weekly*.
- SUDHIR KAKAR (1985), *Moksha, le monde intérieur, enfance et société en Inde*, Éditions les Belles Lettres.
- TERVATRA S. K. and ROY P. (1999), *Mother Child Health, the impact of women's work*, Uppal Publishing House.
- THAMIZOLI P. (mars 1997), Gender inequality, tribal and caste women, past and present: a case study of the Nilghiris, Tamil Nadu, *Man in India*, volume 77, n°1, pp. 51-62.
- UNNITHAN-KUMAR M. (6 mars 1999), Households, kinship and access to reproductive health care among rural Muslim women in Jaipur, *Economic and Political Weekly*, n° 10-11.
- VISARIA L. and P. (octobre 1995), India's population in transition, *Population Bulletin*, n°3.