

**L'environnement culturel de la santé maternelle et périnatale en milieu rural indien
Le cas d'Anantapur en Andhra Pradesh**

Virginie Chasles

chaslesvirginie@hotmail.com

LEDRA, Université de Rouen

Malgré de réels progrès, la mortalité maternelle en Inde reste parmi les plus élevées au monde¹. De plus, 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. Pour une large part, les morbidité et mortalité périnatales sont essentiellement le fait de la précarité de la santé de la mère, du manque de soins pendant la grossesse, mais également du manque d'hygiène pendant l'accouchement et les premières heures (critiques) qui suivent la naissance. Or, la grossesse est une relation binaire entre la mère et l'enfant. Lorsque la mère souffre, le fœtus ou le nouveau-né est vulnérable. On se propose ici de faire un bilan de l'état de la prise en charge de la grossesse, ainsi que de son suivi, en zone rurale. Le district d'Anantapur, situé dans l'état indien de l'Andhra Pradesh, est particulièrement intéressant en raison à la fois du profil sociodémographique 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.

Dans une première partie, nous mettrons en lumière les logiques du recours aux soins par les femmes enceintes des zones rurales, et nous verrons qu'un réel paradoxe apparaît dans ce domaine. Ceci amène l'idée qu'il faut certainement repenser la structuration de l'armature sanitaire dans les aires rurales afin de répondre aux besoins de santé des populations.

La seconde partie se fonde sur l'environnement culturel de la santé maternelle et périnatale. Nous verrons qu'au-delà des variables classiques qui concourent à la précarité du recours aux soins par les femmes, d'autres viennent s'ajouter qui, quant à elles relèvent des croyances locales.

Cette présentation se base sur des travaux de terrain effectués dans le cadre de mon doctorat de géographie à l'Université de Rouen sous la direction de Mr Alain Vaguet. Lors de mes séjours en Inde, j'ai notamment reçu l'appui du South India Fertility Project, projet de l'IRD et l'IFP basé à Pondichéry et conduit par Mr Christophe Guilmoto.

¹ Selon les données du NFHS II, 437 décès pour 100 000 naissances vivantes (448 en zone rurale et 397 en zone urbaine), contre 10 pour 100 000 en France à la même époque.

Options thérapeutiques en milieu rural.

Prééminence du secteur privé.

Depuis plusieurs années, on a pu assister à un développement considérable de la présence du secteur privé dans le domaine de la santé. Du fait de la recherche de soins de qualité, associée à une amélioration des conditions de vie, et des nombreux dysfonctionnements du secteur public, la proportion de praticiens privés s'est accrue, et ceci aussi bien en ville qu'à la campagne. Cette offre répond donc à une réelle demande de la part des populations. En effet, on a ainsi constaté que les gens faisaient davantage appel à un praticien privé qu'à un praticien public. Ainsi, même si une institution publique est disponible dans le village ou dans un village voisin, les malades choisissent le plus souvent de se rendre dans une institution privée. Ceci répond à une tendance générale qui tend à considérer que les praticiens privés sont supérieurs aux médecins du secteur public, même si les services de ces derniers sont en théorie gratuits. On peut d'ailleurs penser que cette gratuité des soins discrédite en partie le secteur public et alimente le scepticisme vis-à-vis de leur qualité. L'opinion générale semble être que les traitements donnés par un praticien privé sont plus efficaces que ceux délivrés par 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. En effet, il faut s'armer de beaucoup de patience, car bien souvent le médecin exerce dans le secteur public pendant la journée et ne se rend à son cabinet que le soir. Après parfois des heures d'attente, la consultation est le plus souvent très brève, voire succincte.

Ainsi, peu à peu, le secteur privé est devenu beaucoup plus populaire que le secteur public, et connaît une expansion considérable, et ce même dans les régions les plus reculées. Il faut souligner qu'à la campagne, les travaux agricoles constituent la plus grande part du quotidien et qu'ils 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 pendant la grossesse, 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.

Rejet sélectif du secteur public.

Comme nous venons de le voir, le rejet des structures publiques a permis la privatisation de l'offre de soins en zone rurale, dans laquelle se trouve une réelle clientèle. Cet abandon des structures publiques est essentiellement le résultat de la mauvaise qualité des soins et du manque de prévenance de la part du personnel médical, tout ceci lui ayant assigné une mauvaise image et l'ayant totalement discrédité.

Toutefois, il nous faut davantage préciser ce phénomène. En effet, les perceptions des populations vis-à-vis des grandes structures publiques (que l'on appelle *Community Health Center* et hôpital de District) sont quant à elles beaucoup plus positives, voire comparables aux images assignées au secteur privé. En comparaison des centres comme les PHC et les centres secondaires, davantage de crédit leur est accordé et les gens y ont généralement recours en toute confiance, même si évidemment, les conditions d'hygiène peuvent parfois choquer un observateur occidental (utilisation d'une même seringue pour plusieurs patients, plaies non désinfectées, locaux insalubres, instruments non stériles...).

Pour finir avec ces généralités sur l'offre de soins, précisons que dans la littérature, l'idée qu'il y a sous-utilisation des équipements existants est récurrente. Ce n'est pas forcément le sentiment qui émerge de l'observation de notre zone d'étude, car si cela se révèle en partie vrai

des petites structures publiques c'est loin d'être le cas pour le secteur privé et les grandes structures publiques.

Après une brève présentation de ma zone d'étude, nous verrons la situation de l'offre de soins dans cette région.

Armature sanitaire du district d'Anantapur.

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, des sécheresses fréquentes et sévères ainsi qu'un faible pourcentage de terres irriguées.²

Un tel contexte naturel contribue indéniablement au faible niveau de développement de cette région, qui se matérialise notamment par la faiblesse de son armature sanitaire. Ainsi, 48 % des villages disposent d'une structure de soins publics.

A première vue, cette situation sanitaire peut paraître favorable, mais lorsque l'on affine les observations, on s'aperçoit qu'en réalité, pour 40 % de ces villages, il s'agit le plus souvent de centres fictifs ou bien de centres dans lesquels les services proposés sont extrêmement sommaires et la faiblesse de leur taux de fréquentation peut d'ailleurs nous amener à nous demander l'intérêt de leur présence. Ceci soulève l'idée qu'une centralisation des soins est certainement plus profitable à la santé des populations plutôt qu'une offre de soins dispersée qui implique une prédominance de petites structures, car celles-ci se caractérisent généralement par le manque de moyens, l'absence de contrôle de leur activité et la présence de personnel à la fois peu qualifié et peu motivé. Et ceci d'autant plus que comme nous allons le voir par la suite, la distance ne semble pas constituer un frein au recours aux soins.

Etat des lieux du recours aux soins.

Résultat basé sur une série d'enquêtes menée principalement dans le mandal d'Agali et le village de Dokkalapalle (les deux appartenant au district d'Anantapur).

Le village de Dokkalapalle, situé dans le mandal d'Agali, abrite une population d'environ 1600 habitants en totalité hindoue. On y dénombre 3 castes principales : celle des Kapu est la caste dominante (160 familles), puis viennent celles des Yadava (64) et des Vadde (60) et enfin les SC (71). L'agriculture du village, très précaire du fait essentiellement du déficit pluviométrique, est régie par trois activités principales : la culture d'arachide, l'élevage de vers à soie et la confection de colliers de fleurs destinés aux temples des bourgs avoisinants. Au total, l'école primaire est la seule infrastructure présente dans le village et l'offre de soins se résume à la visite de l'ANM une à deux fois par mois. Pour ce dernier cas, il faut préciser que l'accès au village n'est pas des plus aisés puisque le bus n'y passe pas. Plusieurs kilomètres à pied (entre 3 et 5) doivent être parcourus pour l'atteindre. Par ailleurs, du fait de sa situation frontalière avec le Karnataka, on y entend aussi bien parler telugu que kannada.

² Pour une étude sur les conditions de vie dans le district, voir l'ouvrage récent intitulé "Famines et sécheresses" (Prasad, 1998)

Recours aux soins par les populations rurales.

De manière générale, parmi les villageois, le recours aux soins se fait soit vers le secteur public, pour les problèmes jugés bénins, soit vers le privé, pour ceux jugés sérieux. Par ailleurs, si l'on se place dans la situation d'un recours au secteur privé, le niveau de la ville dans laquelle on se rend, est lui aussi proportionnel au problème. On est donc face à un double niveau de sélection : d'une part, sélection entre public ou privé et, d'autre part, sélection entre petite ou grande ville. De cette situation ressort 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'assurance 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 le plus utilisées. Comme on l'a suggéré plus haut, on peut penser à ce sujet que le fait qu'elles soient rurales, tout comme le fait qu'elles soient gratuites, les discrédite. En outre, et cela est crucial dans les questions de santé reproductive, la pudeur et la discrétion, qui sont de mise parmi les villageois, les incitent à consulter à l'extérieur, hors de leur espace quotidien, afin de se garantir une plus grande discrétion.

Il apparaît donc que ces observations préliminaires mettent en avant un paradoxe réel. En effet, on pensait 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. Ceci montre qu'une fois de plus, il ne faut pas omettre de prendre en compte les perceptions locales (des populations) dans la mise en place de l'armature sanitaire.

Proportion de grossesses médicalisées.

Afin de garantir une bonne santé à la mère et l'enfant, le Reproductive and Child Health Programme (1997), programme 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 anti-tétanique 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 post-natales. Comme nous allons le voir, ces objectifs sont encore loin d'être remplis et ce pour diverses raisons.

En effet, à l'instar de ce que nous avons observé à partir des résultats régionaux de l'enquête NFHS-2, nous avons pu observer, par le biais de nos enquêtes, que le recours aux soins pendant la période de la grossesse ne concerne quasiment que les visites anténatales. L'accouchement à domicile, généralement sans l'assistance de personne qualifiée, reste le mot d'ordre et les soins postnataux sont quasi-inexistants.

- ***Proportion de visites prénatales.***

Parmi les femmes de Dokkalapalle, près de 80 % ont reçu au moins une visite prénatale durant leur vie reproductive, ce qui correspond presque aux estimations régionales optimistes du NFHS-2. 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 est devenue une pratique courante. En effet, l'objectif des trois visites prénatales pendant la grossesse se

résume généralement à une seule, les traitements anti-anémiques ne sont pas suivis correctement, et comme nous l'avons observé, la fréquence de ces visites décroît avec la parité.

Pour ce qui est du choix de recours des femmes de Dokkalapalle, 60 % ont eu recours au secteur public et 40 % au secteur privé et, au total, plus de 80 % d'entre elles sont allés consulter dans une institution où les soins prodigués sont de qualité, ou tout au moins sont perçus comme tels, contre 15 % seulement qui ont reçu leur consultation du PHC ou de l'ANM. Ces chiffres manifestent une réelle volonté de la part des femmes 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.

- ***Le règne de l'accouchement à domicile.***

Si on se rapporte aux données du National Family Health Survey II, 34 % seulement des accouchements 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.

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 vue comme la raison d'être du mariage et donc, pour laquelle la famille ne veut pas prendre de risques inutiles.

L'accouchement à domicile reste donc 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. De plus, il n'est pas question d'aller à l'encontre des mères et belles-mères. Le respect accordé à ces personnes est tel, que même quand la femme préfère aller accoucher dans une structure médicale, elle ne le fait pas. Là encore les choix individuels, surtout quand il s'agit de ceux des femmes les plus jeunes, ne sont pas bienvenus, et ne sont d'ailleurs que rarement pris en compte. Par ailleurs, on observe que même lorsqu'une femme bénéficie des visites prénatales, elle accouche le plus souvent à domicile et ce malgré les conseils qu'elle a pu recevoir par le personnel médical.

Pour les femmes de Dokkalapalle qui ont un accouchement médicalisé, la majorité d'entre elles ont accouché dans un hôpital de District et quelques-unes dans une clinique privée. Il est intéressant de noter que bien souvent, quand une femme connaît une grossesse à complications qui nécessite une césarienne par exemple, elle consulte un praticien privé pour les examens prénataux, mais accouche à l'hôpital de District ou au *Community Health Center*. Il faut dire que les tarifs assignés par le secteur privé aux accouchements et à la césarienne sont extrêmement prohibitifs. En effet, de manière générale, un accouchement coûte environ 200 roupies dans le secteur public contre 1500 dans le privé. En cas de césarienne, cela revient à environ 2000 roupies dans le public contre plus de 12 000 roupies dans le privé. Notons juste que ce type d'information nous est généralement donné par les maris et non par les femmes elles-mêmes, ce qui là encore confirme leur manque d'autonomie.

L'environnement culturel du recours aux soins

Nous avons examiné certaines dimensions de l'offre, en prenant en compte avant tout les structures de santé d'un point de vue de l'offre et de la demande. Dans les sections qui suivent, nous allons examiner quelques mécanismes de blocage plus institutionnels, tenant à la fois aux pesanteurs sociales et au rôle limité joué par les infirmières sages-femmes (ANM) qui sont rattachées aux centres secondaires.

- ***Ignorance et tabous.***

Parmi les maladies que rencontrent le plus fréquemment les femmes, les maladies gynécologiques³ sont les plus importantes. Ainsi, du fait de l'absence d'eau adéquate pour la toilette intime, le port de charges lourdes, les grossesses répétées (pour les plus âgées), les accouchements dans un environnement non-hygiénique et l'absence de soins post-natals, les femmes sont prédisposées à diverses pathologies gynécologiques.

Cette situation est exacerbée par le fait que ces maladies sont encore largement tues, sinon ignorées. Comme leurs consœurs indiennes, les femmes de Dokkalapalle n'ont pas toujours une conscience précise de leur état de santé et de son importance. Elles passent la plus grande partie de leur temps dans les travaux agricoles et les tâches ménagères et sont donc loin de ce type de préoccupations.

Par ailleurs, la timidité et la pudeur, qui constituent les vertus les plus exaltées parmi les femmes rurales, leur interdisent précisément d'aborder ce type de problèmes et tout particulièrement quand elles sont face à un médecin homme. Cela souligne combien l'absence relative de médecins femme dans les villages, mais également dans les centres de soins, a d'implications sur la santé reproductive de ces femmes. En effet, il est certain que la présence d'un médecin femme encouragerait le recours de ces femmes.

- ***Statut de la femme indienne.***

Les femmes indiennes ont un champ d'action très limité dans le domaine de la santé reproductive, et n'ont que rarement l'occasion de prendre les décisions qui s'imposent⁴. Par ailleurs, du fait du manque d'éducation, de leur absence du secteur économique formel et de leur confinement dans le rôle reproductif, elles demeurent bien souvent exclues du secteur public et confinées dans la sphère privée, en dépit de leur engagement dans l'économie familiale, tout ceci ayant évidemment des implications sur leur niveau de santé. Pour les femmes rurales, Il faut parfois attendre qu'elles soient incapables d'accomplir leurs tâches journalières pour qu'elles puissent consulter.

- ***Le rôle de l' Auxiliary Nurse Midwife.***

L' *Auxiliary Nurse Midwife* est la seule femme qualifiée, qui soit à la fois proche et accessible pour les villageoises. Cependant le manque de régularité dans ses visites et les limites de sa pratique médicale font qu'elle est souvent cantonnée à s'occuper des problèmes mineurs. Son activité dans les villages se résume essentiellement aux vaccinations des enfants et aux pathologies communes comme les toux ou les blessures bénignes.

³ Selon le NFHS II, elles concernent 48.5% des femmes en Andhra Pradesh.

⁴ Voir notamment *Reproductive Health Matters*, volume 8, n°16, November 2000.

Si l'on se place dans le cadre de la santé reproductive, il apparaît légitime de penser que les femmes viennent aisément la consulter pour des problèmes d'ordre gynécologique. Or, il n'en est rien, et ce pour différentes raisons.⁵

Tout d'abord, on n'accorde pas à l'ANM 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 lesquelles 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, l'ANM fait partie à part entière de la communauté villageoise et la retenue des femmes, ajoutées à la timidité, ne les prédispose à ce type de discussions devant rester confidentielles.

- *Le rôle des croyances locales.*

Dans la région étudiée, des croyances diverses et variées entourent la mère et son enfant et il ne fait aucun doute qu'elles ont des implications sur leur santé.

Parmi les coutumes les plus répandues, on note celle de la mise en quarantaine, pendant plusieurs semaines, de la mère et l'enfant, dans une hutte dénuée de tout confort et coupée de tout contact avec le reste de la famille. Ceci s'inscrit dans la dialectique pureté/pollution qui constitue l'un des principes récurrents de l'hindouisme.

Dans un ordre d'importance encore plus notable, les tabous alimentaires sont nombreux dans la période post-partum. A titre d'exemple, durant les trois jours qui suivent l'accouchement, on donne au nouveau-né uniquement de l'eau sucrée car, d'une part, il faut « purifier » l'estomac de l'enfant avant d'introduire l'allaitement et, d'autre part, le colostrum est jugé comme comportant une multitude d'infections.

Toujours dans le domaine des interdits alimentaires, pendant plusieurs semaines suivant l'accouchement, les femmes ne sont pas autorisées à consommer certains aliments, tels les légumes, car ils pourraient occasionner des pathologies infantiles par le biais de l'allaitement.

Il ne faut pas aller trop loin et dénoncer ces croyances comme cause de mortalité, par contre elles jouent certainement un rôle dans les morbidités maternelle et périnatale en accentuant notamment l'état de faiblesse à la fois de la mère et son enfant.

Conclusion

Finalement, le nouveau contexte démographique que connaît l'Andhra Pradesh depuis quelques années, du fait de la baisse de la fécondité, a apporté un nouvel intérêt à l'étude de la santé maternelle dans cet Etat. 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

⁵ Pour analyse détaillée du rôle des ANM, voir par exemple Iyer and Jesani (1999).

féminine. Cependant, on ne peut pas totalement accréditer cette vision globale si on ne lui joint pas une analyse locale. En effet, si les observations qualitatives menées 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. De même, l'étude menée à l'échelle d'un village, malgré le besoin de poursuivre le traitement des enquêtes pour obtenir des résultats plus fins, a permis de mieux comprendre les logiques de recours aux soins et de mettre en lumière des faits plutôt inattendus. En outre, cela a montré à quel point il peut y avoir prééminence des variables sociales sur les contraintes les plus objectives (géographiques, économiques ...) et notamment la discrimination sexuelle en matière de santé et la fragilité de la position des femmes en Inde.