



HAL
open science

Genre et inégalités de santé, l'exemple des soins maternels en Inde.

Virginie Chasles

► **To cite this version:**

Virginie Chasles. Genre et inégalités de santé, l'exemple des soins maternels en Inde.. Journée Jeunes Chercheurs en Santé, May 2007, Paris, France. halshs-00329507

HAL Id: halshs-00329507

<https://shs.hal.science/halshs-00329507>

Submitted on 11 Oct 2008

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

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

**GENRE ET INEGALITES DE SANTE,
L'EXEMPLE DES SOINS MATERNELS EN INDE.**

Virginie CHASLES

Maître de conférences

EA 4129 Santé Individu Société

Université Jean Moulin Lyon 3

chaslesvirginie@yahoo.fr

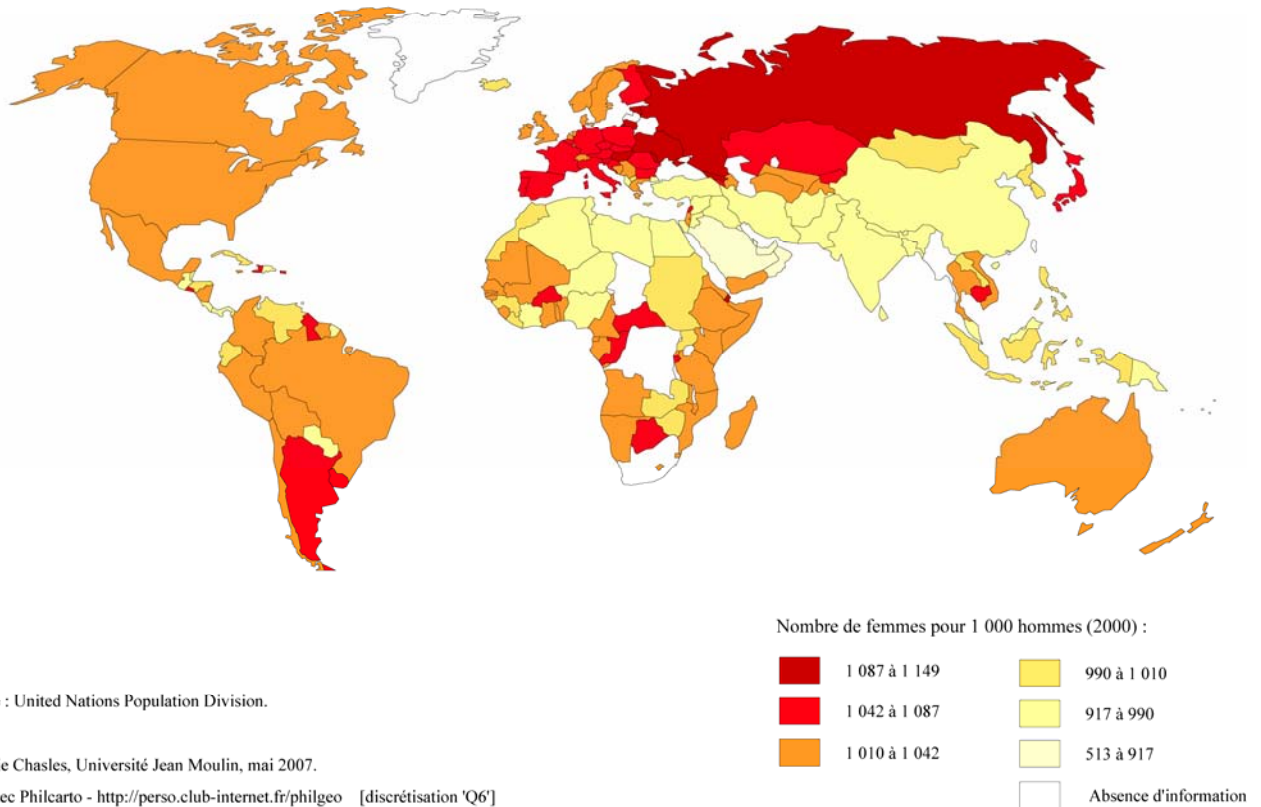
Le propos de cette communication va consister à appréhender les inégalités de santé en Inde, selon le genre, en prenant pour exemple les soins maternels.

En Inde, un statut de la femme dévalorisé.

Tout d'abord, il convient de rappeler que les femmes en Inde bénéficient d'une reconnaissance sociale moindre, comparativement aux hommes. De façon synthétique, ceci s'explique par le fait que les garçons représentent l'avenir économique et rituel de la famille, alors que les filles représentent une charge du fait notamment de la dot qu'engage leur mariage.

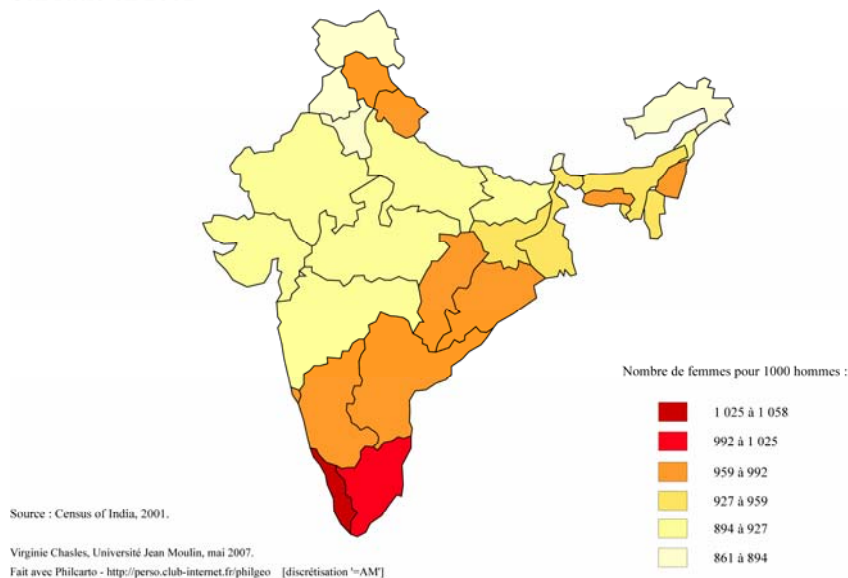
Cette dévalorisation de la femme s'exprime notamment à travers le **sex ratio**, qui en 2001 était de 933 femmes pour 1000 hommes. Comme le montre la carte ci-dessous, ceci n'est pas une originalité indienne, puisqu'on retrouve également ce déséquilibre en Afghanistan, au Bangladesh ou bien encore en Chine. Par contre, concernant les pays pétroliers (Arabie Saoudite, Koweït ou bien encore Emirats Arabes Unis), ils apparaissent ici comme déficitaires en femmes, mais il s'agit là, non pas de la manipulation du sex ratio comme elle se fait en Asie, mais de l'arrivée massive de main-d'œuvre masculine dans ces pays.

Sex ratio dans le monde



Ainsi, pour revenir sur le cas de l'Inde, le **déséquilibre numérique** entre les deux sexes représente une importante caractéristique de sa démographie. Ce déficit en femmes, davantage marqué dans le Nord que dans le Sud (cf carte ci-dessous), fait qu'il manquerait aujourd'hui entre 40 et 50 millions de femmes.

Sex ratio en 2001



Qui plus est, comme l'exprime le **sex ratio juvénile** (0-6 ans), cette situation s'accroît, puisqu'en 1991, il y avait 945 filles pour 1000 garçons, alors qu'en 2001, on ne comptait plus que 927 filles pour 1000 garçons. Avec là encore des différences régionales très marquées (917 au Maharashtra, 865 en Haryana, 793 au Pendjab).

De façon synthétique, trois raisons majeures expliquent ce déséquilibre.

La première est relative au phénomène des **avortements sélectifs**. L'infanticide des petites filles fut largement pratiqué en Inde, et tout particulièrement au sein de certaines castes dans le Nord-Ouest de l'Inde. Aujourd'hui les pratiques évoluent et le foeticide est en train de supplanter l'infanticide. Ainsi, désormais, de nombreuses femmes avortent jusqu'à l'arrivée d'un héritier mâle grâce aux techniques médicales qui facilitent l'élimination des filles. **Cependant**, il ne faut pas se méprendre, tous les indiens n'ont pas recours aux avortements sélectifs mais, pour autant, il a été estimé que chaque année, en Inde, entre 500 000 et 1 million de foeticides féminins seraient pratiqués¹. Et, contrairement aux idées reçues, le rejet des filles ne peut pas être imputé à la pauvreté, à l'analphabétisme ou au sous-développement. Au contraire, en Inde et en Asie de manière générale², il se trouve que les groupes sociaux les plus hostiles à la naissance d'une fille seraient plutôt les classes moyennes et les populations de plus en plus éduquées. Dans le cas de l'Inde, c'est le prix de la dot de plus en plus exubérant au sein de cette classe moyenne qui explique en grande partie les sélections prénatales.

Ensuite, le déséquilibre marqué du sex ratio est également imputable à la **surmortalité féminine** lors des premières années de l'enfance, alors qu'en théorie les filles sont biologiquement plus résistantes que les garçons. Ainsi, en 2005, de façon globale la mortalité infantile³ était de 57 ‰ (contre 4 en France), et elle est une fois et demi plus importante pour les filles que pour les garçons et, dans certains états, comme au Punjab, elle est 4 fois supérieure. Celle-ci est imputable à ce qu'on appelle parfois l'infanticide « lent » ou « passif », autrement dit aux comportements différentiels face à l'enfant, parmi lesquels on

¹ JHA P. & al., *Low male-to-female ratio of children born in India : national survey of 1,1 million households*, The Lancet, vol. 367, issue 9506, janvier 2006.

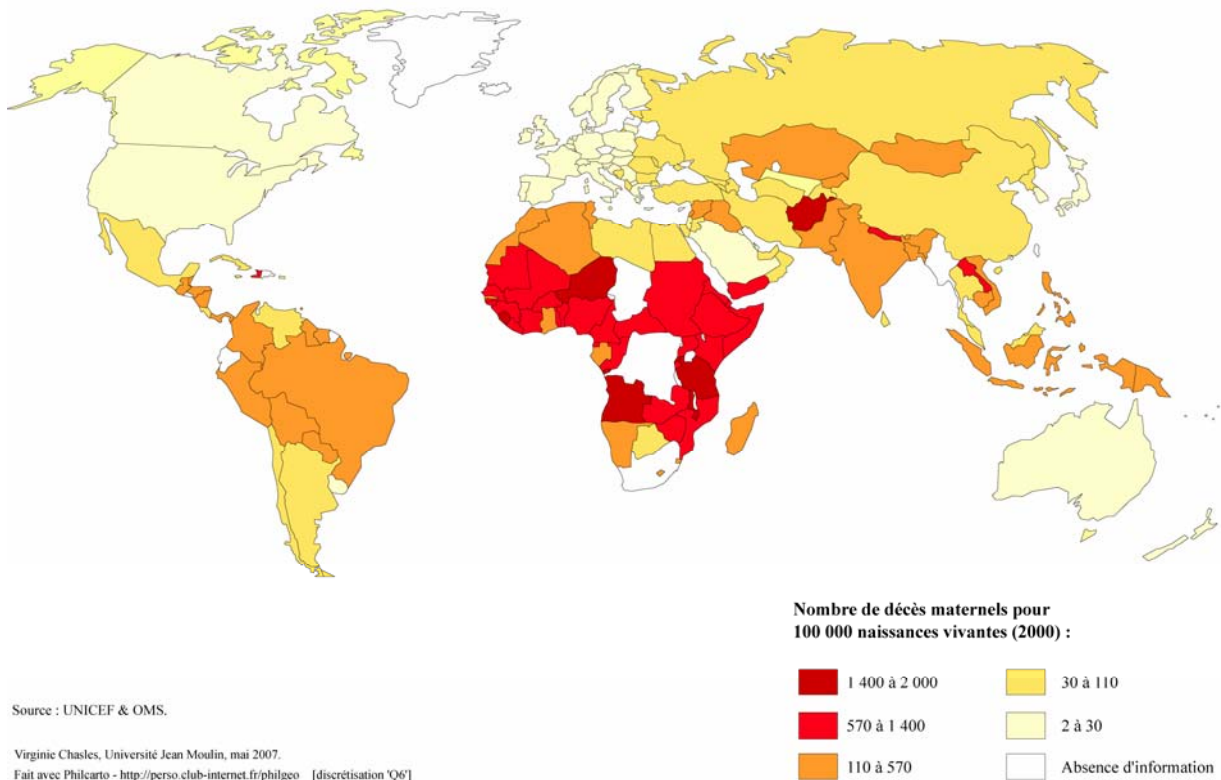
² Depuis 20 ans, l'élimination des filles s'amplifie dans des pays (Inde, Chine, Corée du Sud, Taiwan) qui connaissent un développement socio-économique sans précédent.

³ Selon le National Family Health Survey III (2005-2006), la mortalité infantile était de 57 ‰ (42 ‰ en zone urbaine et 62 ‰ en zone rurale).

note un recours médical moindre pour les petites filles, un taux de vaccination plus faible, une durée d'allaitement plus brève ou bien encore un apport nutritionnel plus limité⁴.

Enfin, la **mortalité maternelle**⁵ contribue également au déficit en femmes. Comme le montre la carte ci-dessous, en 2000, la mortalité maternelle était estimée à 540 décès⁶ pour 100 000 naissances vivantes⁷, ce chiffre dépassant même 619 dans certaines zones rurales et tout particulièrement dans les états du nord (Rajasthan, Orissa, Bihar). Ainsi, malgré de réels progrès, la mortalité maternelle en Inde reste très élevée même si elle l'est beaucoup moins comparativement à certains pays africains notamment.

Mortalité maternelle dans le monde



⁴ PANDE RP., *Selective gender differences in childhood nutrition and immunization in rural India : the role of siblings*, pp. 395-418, in *Demography*, vol. 40, n°3, août 2003, p. 405.

⁵ Les causes principales de mortalité maternelle sont les hémorragies, la toxémie due surtout à l'hypertension, l'anémie, obstructed labour, les infections puerpérales et les avortements « malsains ».

⁶ A titre indicatif, à la même époque en France, la mortalité maternelle était de l'ordre de 13 décès pour 100 000 naissances vivantes.

⁷ Le NFHS I (1992-1993) révélait quant à lui un taux de 424 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes, ce qui semble indiquer une forte progression de cette mortalité, à laquelle on doit cependant imputer un certain pourcentage d'erreur statistique. Selon les données du NFHS II (1998-99), on comptait en Inde 540 décès pour 100 000 naissances vivantes (619 en zone rurale et 267 en zone urbaine).

Cette situation est le résultat d'une **combinaison de facteurs**, telles que les carences nutritionnelles qui remontent à l'enfance, les restrictions alimentaires durant le dernier trimestre de la grossesse afin de s'assurer un petit poids de l'enfant pour éviter un accouchement difficile⁸, la précocité des mariages⁹ et de l'entrée en vie féconde, des grossesses nombreuses et rapprochées et un recours aux soins limité tout au long de leur vie.

Autrement dit, les forts taux de mortalité maternelle et de morbidités reproductives se font l'écho de **dysfonctionnements structurels classiques mais aussi de la dévalorisation de la femme**. Mais alors que le premier aspect alimente largement les discours, la contribution de la discrimination sexuelle dans ce bilan sanitaire reste quant à elle davantage méconnue puisque, pendant longtemps, d'une part, en Inde, on s'est d'abord penché sur l'**utilisation du planning familial** et, d'autre part, hors de l'Inde, elle restait en partie occultée par le problème général de la **pauvreté** et du « **sous-développement** ». Et ce dernier point s'avère tout à fait intéressant, puisqu'il nous permet de mieux saisir les choix politiques, qui concourent à la mise en place de l'offre de soins maternelle.

Une offre de soins maternelle longtemps marginalisée.

Celle-ci, **avant la présence coloniale**, appartenait de façon quasi-exclusive au domaine privé. Et c'est **pendant le Gouvernement Britannique**, qu'elle a atteint l'espace public, autrement dit que des structures délivrant des soins maternels furent construites. La raison majeure à cela, ne relève pas uniquement d'un élan de philanthropie de la part des colonisateurs, mais davantage de motivations politiques, puisqu'en réalité, il s'agissait d'abord d'une instrumentalisation des taux de mortalité maternelle et infantile, qui étaient alors extrêmement élevés, pour **dénoncer le « retard » de la culture hindoue** et aussi pour permettre la **diffusion de la médecine allopathique** en Inde.

Plus tard, après l'Indépendance, la santé maternelle fut intégrée dès le premier plan quinquennal (1951-1956) dans les politiques de santé. Mais, jusque dans les années 1990, elle fut largement supplantée par la **lutte contre les maladies transmissibles** et surtout **contre la**

⁸ NICHTER M. & M., *Anthropology and international health, asian case studies*, Gordon & Breach publishers, 1996.

⁹ En 2005, le gouvernement a reconnu que près de la moitié des Indiennes étaient toujours mariées avant 15 ans, alors que, depuis 1978, l'âge minimal du mariage est de 18 ans pour les filles et de 21 ans pour les garçons (*Child brides of India*, in Frontline, juillet 2005).

croissance de la population. Alors globalement, derrière les programmes portant l'étiquette de santé maternelle, il fallait en réalité entendre vulgarisation des méthodes contraceptives et campagnes de vaccination.

Alors aujourd'hui, malgré de réels progrès, l'offre de soins maternelle ne peut satisfaire pleinement les besoins des femmes tant elle a été tournée vers une **idéologie malthusienne** et non pas vers l'intimité des femmes. Ceci ne signifie en aucun cas que l'Inde souffre d'un quelconque retard dans ce domaine, puisqu'en réalité, les **techniques médicales** relatives à la santé de la reproduction y sont extrêmement sophistiquées, mais celles-ci sont d'abord concentrées dans les villes, or plus de 70 % de la population est rurale, et surtout, l'existence de ces techniques ne garantit pas leur utilisation optimale ni même une amélioration de la prise en charge des femmes.

Alors, du fait de cette offre de soins allopathique insuffisante, on pourrait s'attendre à un recours de masse vers les sages-femmes traditionnelles, et ce d'autant plus que près de 60 % des femmes continuent d'accoucher chez elles. **Or,** si ces **sages-femmes** ont longtemps représenté la première source de conseils et de soins pour les femmes, du fait notamment de leur **proximité**, aujourd'hui on est contraint de les démythifier quelque peu, puisque à la fois leur activité et leur statut ont largement régressé. Deux raisons majeures à cela.

Tout d'abord, il faut se rappeler qu'en Occident pendant longtemps et surtout entre les 14 et 17^{ème} siècles, les sages-femmes étaient fortement dévalorisées et condamnées par l'Eglise. Or, c'est empreints de ces représentations que les Britanniques arrivèrent en Inde et commencèrent à dénoncer les pratiques barbares de ces sages-femmes, auxquelles on attribuait une grande partie des forts taux de mortalité infantile et maternelle.

Par ailleurs, on l'a déjà évoqué, c'était là un moyen d'encourager les accouchements médicalisés et de diffuser la médecine allopathique. Par la suite, celle-ci gagnant du terrain, l'absence de technicité de ces sages-femmes continua à les discréditer. **Et aujourd'hui,** leur rôle est d'abord de prendre en charge les actes polluants qui entourent l'accouchement, tel que l'expulsion du placenta ou le lavage des linges souillés. Et c'est la belle-mère de la femme qui, le plus souvent, conduit l'accouchement. De même, ces sages-femmes ne délivrent que rarement des soins prénataux et postnataux, pour lesquels elles ne sont d'ailleurs pas formées.

De toute façon, les femmes elles-mêmes leur accordent peu de crédit et croient davantage à la technicité de la médecine allopathique.

Alors, l'offre de soins maternelle n'étant pas pleinement optimale, qu'en est-il du recours aux soins et notamment du recours aux soins maternels ?

Le recours aux soins maternels, état des lieux et logiques¹⁰

Pour commencer, de façon globale, il faut rappeler qu'en ville comme à la campagne, les **structures de soins privées** sont les plus convoitées, puisqu'elles symbolisent un **recours de qualité**. Alors, lorsqu'une pathologie est ressentie comme sérieuse, le patient se dirigera de préférence vers ce type de structure ou bien vers les grands centres publics urbains.

Par contre, les pathologies ressenties comme anodines, donneront lieu à un recours de proximité, dans des centres globalement de moins bonne qualité et surtout qui implique un coût moindre pour le malade.

Maintenant si on se concentre sur les femmes, leurs parcours thérapeutiques diffèrent de ce schéma général, puisque globalement elles consultent beaucoup moins que les hommes et surtout, elles restent les premières utilisatrices des structures de moins bonne qualité.

Par contre, lorsqu'on entre dans le **domaine de la maternité, les parcours thérapeutiques qu'engage sa médicalisation** répondent à d'autres modalités, puisqu'il s'agit là d'un processus communautaire et non pas intime, autrement dit c'est de la perpétuation de la caste dont il est question ici.

Soins maternels en Inde			
NFHS 2005-2006 (en %)			
	Urbain	Rural	Total
Soins prénataux	91	72	77
Accouchements institutionnalisés	69	31	41
Soins postnataux	61	28	36

¹⁰ CHASLES V., *Entre genre et société, les espaces de la maternité en Inde rurale*, Thèse de Géographie, Université de Rouen, 2004.

Ainsi, à l'échelle de l'Inde, même si le progrès en cours est encore largement inachevé par rapport aux besoins réels de suivi maternel, on peut observer un nombre toujours plus important de femmes qui bénéficient d'un **suivi anténatal**, et ce à la fois d'un point de vue quantitatif et qualitatif. De même, les rares accouchements en structure médicale donnent lieu le plus souvent à un recours de qualité.

Mais globalement, tous ces efforts sont concentrés sur la **première naissance** et déclinent rapidement avec la parité. Ceci est particulièrement manifeste pour l'accouchement. Ainsi, en 2005, 41 % seulement des accouchements ont eu lieu dans une institution médicale. Mais, quand on précise selon la parité : 53 % des premières grossesses sont institutionnalisées, alors que cette proportion n'est plus que de 34 % pour les 2^{ème} et 3^{ème} grossesses et qu'au-delà cette proportion est inférieure à 15 %, alors que les risques augmentent avec la parité.

Il faut dire, que le premier accouchement est sans conteste celui qui a la plus forte charge symbolique et sociale. Dès lors, une fois que la conception est assurée, les grossesses qui suivent sont, socialement, nettement moins fondamentales et donc moins suivies.

Pour conclure, on comprend mieux pourquoi le **suivi postnatal** est quasiment inexistant. De même, cela permet de comprendre pourquoi la stérilité donne lieu à des prises en charge considérables, en tout cas supérieures à celles prises lors de la grossesse. D'ailleurs, dans les institutions médicales consacrées à la santé maternelle, globalement, seules la grossesse et la stérilité sont abordées et traitées. Autrement dit, seules ces questions sociales semblent y être légitimes. A l'inverse, les désordres gynécologiques d'un autre ordre restent très peu abordés, même devant un médecin qui est une femme.