

Recours aux soins maternels en milieu rural indien

Le cas d'Anantapur en Andhra Pradesh

Virginie Chasles

LEDRA, Université de Rouen
chaslesvirginie@hotmail.com

Christophe Z Guilmoto

IRD/IFP
Guilmoto@ird.fr

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. 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. 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. 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 passerons en revue les données secondaires désormais disponibles sur la démographie et la santé reproductive en Andhra Pradesh et en Inde. La seconde partie se fonde au contraire sur des observations de terrain, issues de premiers séjours effectués en 2000 et 2001². Elle concerne avant tout la sous-région d'enquête, même si de nombreux parallèles existent avec d'autres régions de l'Inde rurale. Sans constituer une analyse finale, notre papier permet déjà de mettre en évidence les dimensions les plus importantes, du point de vue des sciences sociales, de la maternité en région rurale semi-aride.

Andhra Pradesh: profil sociodémographique

L'Andhra Pradesh a sans doute été longtemps une des régions les moins bien connues en Inde, en dépit de son importance à la fois démographique (l'Andhra Pradesh comptant quelques 75 millions habitants en 2001) et économique (l'état étant très en pointe dans le développement des nouvelles technologies). Son profil à bien des égards, semble celui d'un état médian, d'un point de vue aussi bien sociodémographique qu'économique. Pourtant, l'Andhra Pradesh, notamment par la personnalité de

¹ Selon les données du NFHS II, 437 décès pour 100 000 naissances vivantes (448 en zone rurale et 397 en zone urbaine).

² Les travaux de terrain ont été conduits par Virginie Chasles, dans le cadre d'un doctorat de géographie à l'université de Rouen (sous la direction d'Alain Vagué), avec l'appui d'une allocation Jeune Chercheur (MENR). Une aide complémentaire a été fournie par le South India Fertility Project, projet IRD-IFP, basé à Pondichéry. Nous remercions également les chercheurs de l'université Sri Venkateshwara à Tirupati de leur appui.



Figure 1: Andhra Pradesh et district d'Anantapur

son Premier Ministre, est aujourd'hui un des états tenus pour les plus dynamiques de l'Inde et dont le retournement démographique récent est spectaculaire.

A bien des points de vue, l'Andhra Pradesh n'attire guère l'attention tant ses caractéristiques peuvent la rapprocher étroitement de la "moyenne" indienne. Cette silhouette repose en partie sur un artifice qui dérive principalement de sa propre géographie régionale, elle-même hautement contrastée, au sein desquels s'opposent distinctement trois régions: l'Andhra côtier, région plus prospère d'un point de vue tant agricole qu'industriel longeant la Baie du Bengale, le Rayalaseema, région très aride s'appuyant sur les marches du Deccan, et le Telengana, région historiquement autonome et située également sur le Deccan, mais forte d'une histoire urbaine et économique plus riche. Les contrastes sont très forts entre ces pôles régionaux et il ne fait guère de doute qu'ils se trouvent masqués derrière les moyennes régionales habituellement utilisées. La petite zone du Rayalaseema que nous étudions, débordant partiellement pour les besoins de l'enquête sur l'état frontalier du Karnataka, est

caractérisée par des conditions climatiques extrêmement difficiles, des ressources naturelles fort limitées et un développement économique en panne.

Comme nous l'observerons, les changements récents observés en Andhra Pradesh sont tout à fait singuliers, en raison notamment de la rapidité avec laquelle la fécondité et d'autres indicateurs démographiques et sanitaires semblent désormais évoluer. Ce contexte nouveau, qui attire à présent l'attention des médias et des chercheurs sur cette région, éclaire d'un angle nouveau l'analyse des pratiques traditionnelles relatives à la santé de la reproduction dans une région de l'Andhra Pradesh singulièrement plus défavorisée que les autres.

Le tableau (Table 1) qui suit, composé à partir de sources diverses, compare l'Andhra Pradesh à l'ensemble de l'Inde au regard d'un certain nombre d'indicateurs courants. L'Andhra Pradesh, qui avec ses 75 millions d'habitants n'est que le cinquième état de l'Inde, reste très largement le plus peuplé du sud de l'Inde. La composition de la population, à 88 % hindoue, est assez proche du profil national, même si des concentrations musulmanes (par exemple, dans la capitale Hyderabad) ou tribales (zones collinaires et forestières du nord et du centre du pays) peuvent localement déformer cette image. L'immense majorité des habitants parle le telugu, langue dravidiennne, et inversement les telugophones résident avant tout en Andhra Pradesh, conférant à l'état une très forte identité sociolinguistique. Le niveau d'alphabétisation, en dépit d'un progrès spectaculaire entre 1991 et 2001, reste médiocre et ne dépasse pas la moyenne indienne. Le niveau de scolarisation des filles est également très décevant. C'est un des traits les plus marquants de l'Andhra Pradesh, qui pourrait par ailleurs se flatter d'indicateurs de développement social souvent supérieurs à ceux du reste du pays comme nous le verrons plus bas. On constate d'ailleurs que les femmes sont beaucoup plus exposées aux divers mass médias en Andhra Pradesh que dans l'ensemble du pays, cet état étant notamment caractérisé par la plus forte fréquentation des cinémas du pays, à un niveau largement plus élevé que celui du Tamil Nadu qui passe pour l'état cinéphile par excellence (chiffres du NFHS-2). Cette dimension de

l'accessibilité de l'information, qui échappe à la caractérisation étroite de l'alphabétisation, est souvent mise en avant pour expliquer les traits progressistes de l'état.

Table 1: Divers indicateurs socio-économiques, Andhra Pradesh et Inde, 1991-2001

	Inde	Andhra Pradesh	Unité	Année	Source
Population	1027	75.7	Millions	2001	Census
Densité	324	275	Par km ²	2001	Census
Urbanisation	27.8	27.1	%	2001	Census
Croissance décennale	21.3	13.9	%	1991-2001	Census
Espérance de vie à la naissance (total)	60.7	62	Ans	1992-96	SRS
Revenu par habitant	4485	5046	Roupiés	1994	NCAER
Salaire agricole moyen par jour	21	23	Roupiés	1994	NCAER
Pauvreté	39	21	%	1994	NCAER
Femmes ayant travaillé durant l'an passée	39.2	58.7	%	1999	NFHS-2
Alphabétisation féminine	54.1	51.2	%	2001	Census
Exposition aux médias parmi les femmes (journaux, TV, radio, cinéma, etc.)	59.7	76.3	%	1999	NFHS-2
Scolarisation féminine entre 7 et 17 ans	66.2	61.5	%	1999	NFHS-2
Part des dépenses par ménage pour la santé	5.3	6.9	%	1994	NCAER
Ménages disposant d'électricité	43	63	%	1994	NCAER
Ménages disposant d'eau courante	25	31	%	1994	NCAER

Sources: Note: 100 roupies valent 2,3 euros (taux 2001).

SRS: Registrar General, India. (1999)

NCAER: Shariff (1999); National Council of Applied Economic Research, 2001

NFHS-2: IIPS (1995, 2000a, 2000b)

Census: Banthia, J. K., 2001.

Il s'agit d'une région à majorité agricole et rurale, dont le niveau économique n'est que très légèrement au-dessus de la moyenne nationale. Le niveau médian du salaire agricole moyen en est un bon indicateur, mais il combine très certainement les valeurs les plus fortes mesurées dans les régions irriguées de la côte orientale de l'état avec les valeurs les plus faibles, correspondant aux districts arides du Deccan sur le pourtour occidental, et dont fait partie Anantapur. On notera toutefois le plus faible niveau de pauvreté rurale, mesurée par l'enquête du NCAER, suggérant que le faible développement économique ne signifie pas forcément le plus fort degré d'inégalité sociale comme ailleurs en Inde. On notera en outre que les taux d'activité féminins sont parmi les plus élevés du pays, reflétant notamment le rôle très important de la main-d'oeuvre féminine dans l'emploi rural, et notamment en zones rizicoles.

Les mesures fournies sur les conditions de vie des ménages sont souvent à l'avantage de l'Andhra Pradesh, même si l'écart avec l'Inde reste beaucoup moins considérable qu'il n'en va pour les états "avancés" que sont par exemple le Kerala ou le Punjab. Mais on note toutefois la présence de meilleures infrastructures rurales

Ce panorama général est donc celui d'une région insolite, dont les caractéristiques du développement social et économique tendent souvent à se contredire. Elle peut apparaître plutôt avantagée, alors que d'autres indicateurs, et notamment quant à l'éducation féminine, peuvent correspondre à un niveau de développement particulièrement médiocre. De plus, comme nous l'avons souligné précédemment, ces estimations pour un état de 75 millions d'habitants, dissimule une forte hétérogénéité géographique, à la fois en villes et campagnes, mais également entre aires régionales. Le Rayalaseema, auquel appartient Anantapur, est sans doute une région très défavorisée, à la fois par une très faible armature

urbaine et un milieu semi-aride peu prospère. L'attraction de la ville de Bangalore, dans l'état voisin du Karnataka, est d'autant plus importante qu'aucun pôle urbain régional ne draine le développement économique de cette zone principalement agricole.

Le profil démographique régional se fondrait aisément à ce tableau mitigé, car les indicateurs de mortalité y sont par exemple très comparables au niveau moyen indien. Pourtant, on parle désormais beaucoup de l'Andhra Pradesh en raison de la baisse de la fécondité qui s'y déroule et les résultats du dernier recensement vont sans doute alimenter durablement cette curiosité. On a en effet observé que la croissance décennale avait brutalement fléchi de 24.2 % en 1981-91 à 13.9 % durant la dernière décennie. Cette réduction sans commune mesure ailleurs en Inde traduit avant tout le rythme accéléré de la baisse de la fécondité durant les années 1990.

Les chiffres annuels du SRS (*Sample Registration System*), portés sur la figure 1, viennent donner une image précise de ce développement: alors que la baisse de la fécondité a démarré d'un niveau plutôt modéré en Andhra Pradesh, elle semble avoir tardé à prendre de l'ampleur au point qu'à la fin des années 1970, elle correspondait presque à la moyenne nationale et sembla plafonner à un niveau fixe jusqu'en 1985 aux alentours de 4 enfants par femme. Pendant ce temps, l'état-phare du Kérala avait enregistré une baisse déjà très accentuée qui l'approchait du niveau de remplacement des générations atteint en 1987. Mais depuis cette période, la baisse de la fécondité en Andhra Pradesh a été exceptionnelle, à une cadence parallèle à celle du Kérala (mais avec, certes, plus de dix ans de décalage). L'écart avec l'Inde s'est creusé, alors que le niveau de la fécondité régionale s'approche très vite du niveau de remplacement. En fait, les résultats du SRS pourraient même correspondre à une surestimation de la fécondité de l'état, au regard des dernières estimations de la grande enquête du NFHS-2. Celle-ci place en effet la fécondité en 1995-99 à un niveau de 2.25, contre 2.6 quelque six années plus tôt, soit une baisse de 13 %.

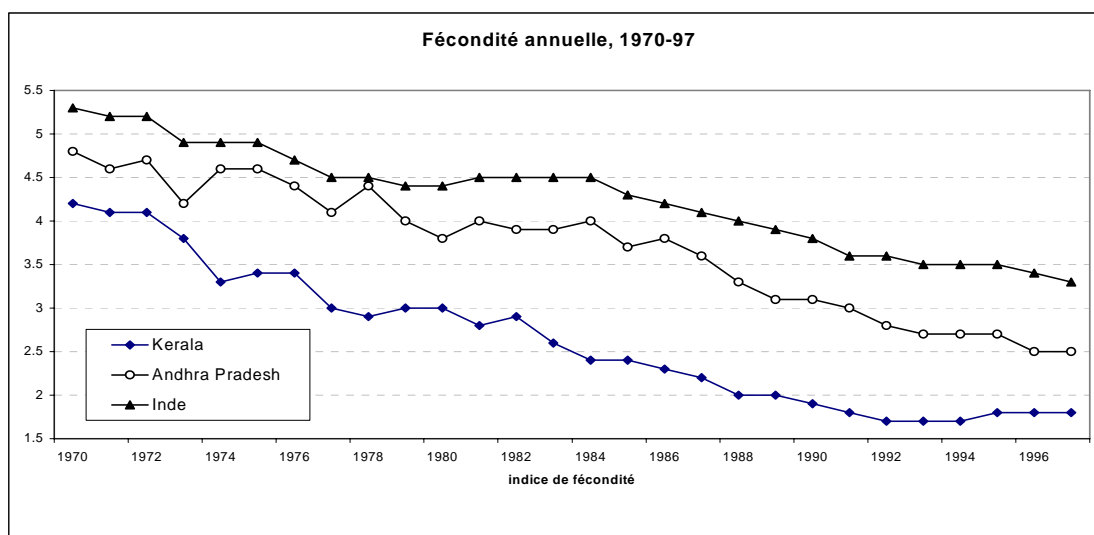


Figure 1 : Fécondité au Kérala, en Andhra Pradesh et en Inde, 1971-97

Cet état, dont nous avons vu que les indicateurs de développement demeurent très moyens, se démarque donc aujourd'hui du reste de l'Inde par le rythme accéléré de sa baisse de fécondité et a largement rattrapé les états plus industrialisés de l'ouest de l'Inde comme le Maharashtra ou le Gujarat. Après les baisses au Kérala et au Tamil Nadu, l'expérience de l'Andhra Pradesh devient le nouveau sujet d'intérêt pour la recherche sur la transition de la fécondité en Inde. Les campagnes de planning familial ont eu en effet un retentissement imprévu, dans un état jugé plutôt en retard à bien des égards.

Nous verrons ainsi que la nuptialité ne semble apparemment pas offrir de contexte favorable, ainsi d'ailleurs que le relatif retard en termes éducatifs.

Nuptialité et baisse de la fécondité

La thématique de la santé maternelle, qui fait l'objet d'approfondissements dans ce papier suite aux premiers résultats de travaux de terrain à Anantapur, peut également être abordée à partir d'un corpus d'informations secondaires qui s'est constitué lors des années 1990, grâce aux résultats de diverses enquêtes régionales.³ Nous utiliserons ici principalement les résultats des enquêtes nationales qui fournissent des chiffres comparatifs. Avant cette période, l'information sur la santé maternelle était pratiquement inexistante à l'échelle des états de l'Inde, n'étaient les quelques statistiques fournies par le suivi ou les enquêtes ponctuelles du SRS.

Un des traits les plus préoccupants du retard de l'Andhra Pradesh, notamment dans les zones rurales, est l'âge au mariage très précoce parmi les jeunes femmes, mesuré ici en termes de cohabitation post-maritale (la cérémonie du mariage pouvant avoir lieu très précocement). En termes d'âge moyen, il s'établit en effet en dessous de 18 ans (âge légal minimum), avec un décalage de près de deux ans par rapport au reste de l'Inde.⁴ Cette situation est propre à l'Andhra Pradesh, car dans les états du sud plus avancés, les âges moyens à la cohabitation sont au-dessus de 20.5 ans et par conséquent largement supérieurs à la moyenne nationale. Certaines régions du nord-ouest de l'Andhra Pradesh (Telengana) enregistrent d'ailleurs les chiffres les plus bas d'Inde, avec des âges moyens inférieurs à 16 ans.⁵

Cette précocité des mariages est naturellement à rapprocher du relativement faible niveau d'alphabétisation féminin. Une telle combinaison rappellerait volontiers le profil des régions du nord de l'Inde où le régime patriarcal traditionnel est le plus accentué et les jeunes femmes, rapidement retirées de l'école, sont vouées à une vie génésique précoce. Les données d'âges (médians) à la cohabitation et à la première naissance le confirme: plus de 50 % des mères ayant eu au moins un enfant l'ont eu avant 17.7 ans. Ce pourcentage est notamment le fait des groupes les plus défavorisés, que le détail de l'enquête NFHS-2 permet aisément d'identifier: ruraux, illettrés, Dalits (intouchables) ou tribaux, bas revenus. Mais la précocité de la nuptialité se fait sentir également dans les autres groupes sociaux en Andhra Pradesh, comme le décrit une enquête détaillée conduite dans le sud de l'état dans les années 1980 (Audinarayana, 1990).

En sorte que les institutions sociales favorisent chez ces femmes une entrée en vie génésique dangereusement précoce. De nombreuses enquêtes en Inde ont en effet démontré les risques reproductifs spécifiques aux adolescentes (Jejeebyoy 2000a). En une des rares enquêtes disponibles sur l'Andhra Pradesh rural, la maternité maternelle avant 20 ans est ainsi estimée à deux fois la mortalité des mères de plus de 20 ans.⁶ Mais les jeunes mères sont également plus vulnérables aux avortements spontanés et à de nombreux troubles du système reproductif, et la mortalité périnatale de leurs enfants est largement supérieure à la moyenne. Au-delà de cette fragilité physiologique, les femmes les plus jeunes sont également les moins autonomes au sein de leur belle-famille, et notamment en matière de décision de santé.

Le seul élément positif de ce tableau est sans doute l'augmentation progressive de l'âge moyen à la première naissance, qui passe de 17.8 ans chez les femmes de 30-34 ans à 19.2 chez celles de 20-24

³ Pour de très utiles synthèses des études locales, voir notamment les ouvrages de Das Gupta *et al.* (1995) et Ramasubban and Jejeebhoy (2000).

⁴ On notera la différence avec les statistiques d'âge médian (50% des femmes mariées), plus précoce.

⁵ Voir la carte 58 dans Raju *et al.* A Anantapur, l'âge moyen au mariage est toutefois supérieur à 17 ans.

⁶ Enquête d'Acsadi citée par Jejeebhoy (2000b, 150).

ans. Ce changement est donc assez sensible chez les femmes entrées en union durant les dix dernières années et marque un élément central du retournement démographique de l'Andhra Pradesh.

La trace la plus visible de cette révolution démographique en cours est naturellement le faible taux de fécondité durant les années 1990, qui semble démentir les fortes pressions sociales au mariage et à la première naissance que nous avons notés. Il demeure en effet frappant comme la fécondité peut débuter précocement en Andhra Pradesh, et en même temps s'interrompre très tôt. Ce faible niveau de fécondité est corroboré par l'intensité des pratiques contraceptives, fondées avant tout en Andhra Pradesh sur la stérilisation féminine. Mais peut-être plus que l'intensité de la contraception, c'est sa précocité qui étonne en Andhra Pradesh. Ainsi, parmi les couples stérilisés (homme ou femme), l'âge médian de l'épouse à la stérilisation est de 23.6 ans, le chiffre le plus bas de l'ensemble de l'Inde. On mesure combien la vie génésique des femmes peut être raccourcie en Andhra Pradesh, y compris parmi celles qui se marient très tôt mais on opte quelques années plus tard pour une contraception d'arrêt. Dans le groupe des 20-24 ans, 36.5 % des femmes ont ainsi déjà été stérilisées en Andhra Pradesh, alors que dans l'ensemble de l'Inde, ce taux n'est que 13.3 %. En matière de stérilisation par âge, les femmes telugu semblent agir cinq ans avant leurs consœurs indiennes. Cette stérilisation précoce les démarque également des femmes vivant dans les régions à baisse de fécondité plus ancienne (comme le Kérala, le Tamil Nadu ou encore le Punjab) qui se marient beaucoup plus tard et n'interrompent leur fécondité que nettement plus tardivement. Un examen plus minutieux des données de l'enquête NFHS-2 pourrait décrire le détail des trajectoires contraceptives des femmes (voire des couples), afin d'expliquer s'il existe effectivement un lien entre précocité des unions et précocité de la contraception.

Table 2: Fécondité, nuptialité et contraception, Andhra Pradesh et Inde, 1995-99

	Inde	Andhra Pradesh	Unité	Année	Source
Age moyen au mariage féminin (avec cohabitation)	19.5	17.8	Ans	1997 1998-99	SRS NFHS-2
Age médian au mariage féminin (avec cohabitation)	17.0	15.4			
Age (médian) à la première naissance	19.2	17.7			
Indice de fécondité	2.85	2.25	Enfants/ femme	1995-98	NFHS-2
Contraception (femmes mariées de 15 à 49 ans)	48.2	59.2	%	1999	NFHS-2
Dont stérilisation féminine	34.2	52.7	%	1999	NFHS-2
Pilule ou stérile	3.7	1.1	%	1999	NFHS-2
Intervalle intergénéral de moins de 2 ans	28.3	27.3	%	1999	NFHS-2
Rang de naissance >2	42.7	24.9	%	1997	SRS

Sources: voir la Table 1 pour les détails.

La contradiction entre régime matrimonial et fécondité est peut-être en partie artificielle, relevant du calendrier très accéléré du changement de régime démographique. Certaines mesures (rétrospectives) comme l'âge au mariage sont en effet fondées sur l'ensemble des femmes d'âge fécond et brassent des événements qui se sont déroulés durant les trente dernières années. En revanche, d'autres mesures comme la fécondité correspondent à une période beaucoup plus récente précédant les enquêtes utilisées. C'est ainsi le cas de la mesure (transversale) de la fécondité durant la période 1994-98. Selon les sous-régions, la date de ce "basculement" peut naturellement être très variable. On sait en effet que la baisse de la fécondité a affecté l'Andhra côtier avant tout autre zone, alors qu'un district comme celui d'Anantapur se situe en position médiane, proche de la tendance moyenne de l'ensemble de l'Andhra Pradesh.⁷ Il demeure que si la baisse de la fécondité s'accompagne logiquement d'une baisse

⁷ Evaluation fondée sur des estimations en cours des différences de fécondité interrégionales.

des naissances de rang élevé, comme l'indique les données du tableau 2, le calendrier de la fécondité reste prisonnier des normes de mariage précoce. En témoigne le faible intervalle entre naissance, puisque plus d'un quart des naissances se succède à moins de deux ans d'intervalle. Les choix contraceptifs, polarisés autour de la stérilisation féminine, ne donnent aucunement aux femmes les moyens de retarder leur première grossesse et d'espacer les suivantes. L'échec de l'effort des campagnes de planning familial en faveur de l'espacement est patent et se manifeste notamment par la faible diffusion des stérilets et des pilules contraceptives. Ce trait reste vrai dans l'ensemble de l'Inde, le Kerala ne s'écartant que modestement de cette norme, et les premières années de mariage sont pour les femmes une période tout entière consacrée à la reproduction accélérée.

Maternité et santé reproductive

En matière de mortalité, l'Andhra Pradesh n'a pas enregistré de progrès similaires à l'évolution de la fécondité (Table 3). La mortalité infantile et juvénile s'aligne sur le niveau national et l'examen des tendances indiquerait au contraire une baisse moins rapide. L'estimation de mortalité maternelle, due au SRS, attire en revanche l'attention puisqu'elle est trois fois plus basse que pour l'Inde. Il demeure que ces chiffres assemblés par le SRS pour la première fois en 1997 risquent fort d'être entachés de multiples erreurs de mesure liées notamment aux faibles effectifs concernés.⁸

Table 3: Mortalités maternelle et infantile, 1994-97

	Inde	Andhra Pradesh	Unité	Année	Source
Mortalité infantile (1994-98)	67.6	65.8	p. 1000	1994-98	NFHS-2
Mortalité maternelle	540	-	p. 100000	1994-98	NFHS-2
Idem	408	154	p. 100000	1997	SRS

Sources: voir la Table 1 pour les détails.

D'autres estimations placent l'Andhra Pradesh dans une situation moins favorable (Das Gupta *et al.* 1995). L'enquête conduite dans le district d'Anantapur estimait en 1985-86 la mortalité maternelle à 830 pour 100.000 naissances à la campagne et 545 en ville, notant la très forte sous-estimation de ces décès par les agents de santé qui sont responsables du suivi (Jejeebhoy, 2000b: 139). La cause immédiate du décès des mères est le plus souvent une hémorragie post-partum ou une infection puerpérale (liée à une mauvaise hygiène obstétricale).

Table 4: Soins prénataux, Andhra Pradesh et Inde, 1994-99

	Inde	Andhra Pradesh	Unité	Année	Source
Soins prénataux par un professionnel	65.4	92.7	%	1996-99	NFHS-2
Soins prénataux dans les 3 premiers mois	33.0	52.4	%	1996-99	NFHS-2
Injections antitétaniques (2 ou +)	66.8	81.5	%	1999	NFHS-2
Soins prénataux (tétanos/toxoïde, ou fer, ou prise de la tension)	57.5	79.0	%	1994	NCAER

Sources: voir la Table 1 pour les détails.

Les soins prénataux ont des effets tangibles à la fois sur la santé des mères et de leurs enfants à naître. Les résultats qui précèdent (table 4), principalement recueillis par le NFHS-2, mais confirmés par les autres sources disponibles, traduisent pourtant une situation particulièrement favorable en Andhra

⁸ Ainsi, la mortalité maternelle serait plus basse en Andhra Pradesh qu'au Kerala, résultat qui peut laisser sceptique.

Pradesh en matière de soins maternels à la fin du siècle dernier. Ainsi, en matière de soins prénataux, l'Andhra Pradesh se démarque nettement de la moyenne nationale par une couverture pratiquement complète des femmes enceintes. Les consultations prénatales sont, en milieu rural, organisées par l'infirmière sage-femme (ANM, *auxiliary nurse midwife*) de la localité et permettent notamment de détecter les grossesses à risque, ainsi que de proposer une vaccination antitétanique et la prise de fortifiants.

On observera que ce fort pourcentage de soins prénataux n'est que faiblement affecté par le niveau socioéconomique des femmes. Les plus désavantagées semblent toutefois les populations tribales de l'état, pour des raisons qui tiennent en grande partie à des questions d'accessibilité dans les régions forestières qu'elles occupent⁹. Les différences sociales se manifestent plutôt par le type et la fréquence des visites. Le recours aux docteurs, plutôt qu'à d'autres personnels de santé, est par exemple étroitement lié au statut économique des familles.

Plus de la moitié des femmes est même suivie dès les trois premiers mois, ce qui dans le contexte de l'Andhra Pradesh rural traditionnel peut sembler une fréquence relativement exceptionnelle. De même, près de deux tiers des femmes déclarent avoir eu au moins quatre consultations durant leur grossesse, ce qui est la norme internationale généralement acceptée. Les enquêtes fournissent des détails plus fins sur le contenu de ces visites prénatales, mais il semble évident que la qualité de ces résultats, qui sont basés sur les informations rétrospectives données par les femmes, sont souvent fonction du niveau d'éducation des personnes interrogées. De même, les raisons recueillies auprès des femmes pour l'absence de soins prénataux ou le non-respect des prescriptions sont très insatisfaisantes, car elles renvoient à des perceptions vagues ("pas besoin") ou stéréotypées ("trop cher"). Les notions d'accessibilité effective, combinant tous les effets d'offre, de "distance" et de "coût", ne peuvent être observés que par des enquêtes à dimension qualitative, comme elles ont été menées dans les villages de notre échantillon.

Table 5: Accouchements, Andhra Pradesh et Inde, 1993 et 1999

	Inde	Andhra Pradesh	Unité	Année	Source
Accouchement avec docteur	30.3	50.5	%	1999	NFHS-2
 Infirmière ou sage-femme	11.4	13.6			
 Accoucheuse trad. (dai)	35.0	26.5			
Accouchement à la maison	76.6	53.7		1993	NCAER

Sources: voir la Table 1 pour les détails.

L'Andhra Pradesh est également en avance en termes de conditions d'accouchement, puisque la part des accouchements à domicile est significativement plus basse qu'en Inde¹⁰. De même, la présence de personnel qualifié, notamment de docteur, lors des couches est beaucoup plus commune en Andhra Pradesh. Cette situation fait donc partie d'un profil sanitaire favorable qui semble démarquer l'Andhra Pradesh des états de même niveau économique. Ce meilleur fonctionnement de l'appareil sanitaire est un atout, dont la rapide montée de la pratique contraceptive durant les vingt dernières années est une autre manifestation. Toutefois, une part significative des accouchements a lieu sans surveillance médicale et les accoucheuses traditionnelles (*dais*) sont loin de suivre les normes usuelles d'obstétrique.

⁹ Il est à observer que les visites prénatales sont nettement moins fréquentes parmi les femmes à forte parité, dont la part dans la population va toutefois en décroissant.

¹⁰ Il est toutefois traditionnel pour de nombreuses femmes de retourner dans leur famille natale à l'occasion de leur accouchement.

De fortes inégalités sociales et régionales demeurent. Ainsi, d'après l'enquête du NCAER, les accouchements à domicile sont beaucoup plus fréquents dans les groupes à bas revenu, chez les paysans sans terre et naturellement dans les villages les moins bien équipés en termes d'infrastructures. La dimension qui ressort le plus fortement reste l'éducation féminine; une analyse multivariée des comportements permettrait sans doute d'établir son rôle prépondérant sur les comportements de santé maternelle par rapport aux autres caractéristiques socioéconomiques, car les accouchements en hôpital, ou médicalement assistés, sont naturellement beaucoup plus coûteux.

On rappellera également que les estimations disponibles en matière de mortalité infantile, notamment la mortalité néonatale, ne placent pas l'Andhra Pradesh dans une situation particulièrement favorable. Les niveaux enregistrés sont encore très élevés et comparables à ceux de l'ensemble du pays, ce qui pose une réelle question sur la consistance du lien entre soins maternels et mortalité des enfants. On remarque en outre, pour s'en tenir aux trajectoires des mères,¹¹ les examens médicaux postnataux sont également beaucoup plus fréquents qu'en Inde, traduisant une prolongation du suivi des femmes et de leurs nouveaux-nés. En sorte qu'il semble que l'effet de ce suivi sur la survie des enfants reste éminemment modeste.

Table 6: Morbidité et malnutrition, Andhra Pradesh et Inde, 1999

	Inde	Andhra Pradesh	Unité	Année	Source
Femmes souffrant d'anémie	51.8	49.8	%	1999	NFHS-2
Dont anémie sévère et modérée	16.7	17.3			
Problèmes reproductifs (au moins 1)	39.2	48.5	%	1999	NFHS-2
Malnutrition infantine sévère (rapport poids/taille)	15.5	9.1	%	1999	NFHS-2

Sources: voir la Table 1 pour les détails.

Parmi les principaux troubles des femmes enceintes, tels qu'elles les rapportent tout au moins, l'anémie et l'état général d'épuisement sont les plus communs. La plupart des femmes gardent en effet leurs activités, en particulier dans les régions rurales, jusqu'aux dernières semaines précédant l'accouchement et cette fragilité mesurée est logique. Les chiffres de prévalence d'anémie, élargies à l'ensemble des femmes, sont d'ailleurs très importants, d'autant que l'on connaît ses liens avec les risques de mortalité maternelle. Le tableau 6 rassemble divers indicateurs de morbidité et de santé, qui désignent les directions dans lesquelles vont s'engager les travaux de santé reproductive. On notera en effet que si la situation des enfants peut paraître meilleure, la santé des mères reste médiocre et notamment que les problèmes reproductifs sont extrêmement fréquents en Andhra Pradesh. Pour une part, cette fréquence reflète d'ailleurs la prise de conscience des femmes dans cette région, alors qu'il est évident que dans les régions plus arriérées, les femmes accordent une moindre importance aux questions de santé reproductive. Il en va de même en Inde pour de nombreuses mesures de morbidité, souvent déformées par la propension variable des individus à identifier leurs propres ennuis de santé.

Le détail des résultats de l'enquête en Andhra Pradesh permet d'identifier les symptômes les plus fréquents, comme les pertes vaginales, les douleurs abdominales et les infections urinaires. Parmi les femmes venant d'accoucher, les saignements massifs sont fréquents ainsi que les fièvres. Ces résultats sont toutefois limités par la validité analytique des symptômes rapportées par les femmes, d'autant qu'ils participent d'une nosologie locale fondée sur une terminologie spécifique. Pour saisir les formes de morbidité gynécologique, au-delà du décodage des étiologies locales, les études doivent inclure des analyses de laboratoires autrement plus coûteuses, ce qui explique le faible développement des

¹¹ Nous n'aborderons pas ici en détail, faute d'espace, la question des soins aux nourrissons. De manière générale, les enfants de moins d'un an semblent bénéficier en Andhra Pradesh d'une couverture sanitaire bien meilleure que dans l'ensemble de l'Inde.

connaissances dans ce domaine ¹². Les résultats disponibles, à partir d'enquêtes ponctuelles, attestent de la forte prévalence des infections du vagin ou du col de l'utérus ou des salpingites. Dans le même temps, les conséquences des maladies des voies reproductives pour les femmes sont également largement ignorées.

On observe enfin que d'après le NFHS-2, deux tiers des femmes évoquant des troubles du système reproductif ne consultent aucune institution médicale, considérant sans doute qu'il leur revient de souffrir en silence de ces maux inhérents à leur genre. Nous débordons ici largement des questions de santé publique vers des problèmes concernant la structure sociale patriarcale du pays. Pour une large part, les femmes doivent assumer par elles-mêmes leurs troubles reproductifs et ne peuvent attendre qu'un très faible soutien, affectif, financier ou autre, de la part du reste de leur famille. Leur très faible degré d'autonomie, mesurée par divers indicateurs, est attesté par les enquêtes précises du NFHS. Ainsi, seuls 15 % peuvent rendre des visites amicales ou familiales sans demander la permission à leur mari ou à leur belle-mère. De même, plus de 40 % d'entre elles ne participent pas aux décisions concernant leur propre problème de santé.¹³

Sur ce point, la situation en Andhra Pradesh n'est guère différente de celle qui prévaut en Inde. Il existe donc un décalage réel entre la qualité apparemment meilleure des soins autour de la grossesse en Andhra Pradesh et la situation en matière de santé maternelle. Le système de santé articulé autour des grossesses (et de leur prévention) ne laisse guère d'espace pour les autres périodes de la vie génésique des femmes. On rajoutera que les enquêtes proprement dites (comme celle du NFHS-2) s'intéressent, pour leur part, moins aux aspects à la fécondité non réalisée comme la stérilité des couples¹⁴, les avortements spontanés ou encore les mort-nés. Ce qui laisse une large fenêtre aveugle sur un grand nombre de questions centrales de la santé reproductive.

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, 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.¹⁵ Un tel contexte naturel fait que cette région se caractérise par un faible niveau de développement et, par conséquent, une faiblesse certaine de son armature sanitaire. Ainsi, 48 % des villages disposent d'une structure de soins, et, plus précisément, 0.5 % disposent d'un centre de soins communautaire (*Community Health Center*), 7.5 % d'un Centre de Soins Primaire (*Primary Health Centre*, ou PHC) et 40 % d'un Centre Secondaire (*Subcentre*). Cependant, comme nous allons le voir ultérieurement, pour 40 % d'entre eux, il s'agit le plus souvent de centres fictifs ou bien de centres dans lesquels les services proposés sont extrêmement sommaires.

Le village de Dokkalapalle, situé dans le mandal d'Agali, abrite une population d'environ 1600 habitants à totalité hindoue. L'agriculture locale, 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

¹² Voir Ooman (2000) pour une recension récente des résultats d'études cliniques. Voir aussi Mamdani (1999) et Tervatra and Roy (1999)

¹³ Le "système de contrainte" est réel, car il ressort de la même enquête que 55 % des femmes d'Andhra Pradesh considèrent comme légitime d'être battues par leur mari si elle sortent sans l'en informer.

¹⁴ L'infécondité des couples, que n'abordent pas les enquêtes, reste en Inde un des problèmes démographiques les plus douloureux pour les familles.

¹⁵ Pour une étude sur les conditions de vie dans le district, voir l'ouvrage récent intitulé "Famines et sécheresses" (Prasad, 1998)

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 rejoindre les arrêts de bus les plus proches. Par ailleurs, du fait de sa situation frontalière, vous y entendez aussi bien parler telugu que kannada (parlé dans le Karnataka voisin). Par contre, si les hommes pratiquent couramment ces deux langages, les femmes quant à elles ne connaissent que le kannada. Ceci s'explique tout simplement par le fait que les mariages entre hommes du village et femmes du Karnataka sont nombreux car les femmes kannada sont réputées plus courageuses et instruites que celles telugu.

En ce qui concerne l'offre publique, dans les campagnes, les deux structures de soins qu'on trouve de façon quasi-exclusive sont les Centres de Soins Primaires et les Centres Secondaires. Un troisième type de structure qui se trouve théoriquement en zone rurale est le Community Health Center, mais malgré sa vocation rurale, c'est dans les petites villes qu'on le trouve le plus souvent.

Les Centres de Soins Primaires desservent une population comprise entre 20 000 et 30 000 personnes comprises dans un rayon d'environ 25 km. Ils délivrent principalement des services préventifs et de promotion, tels les vaccinations, les examens prénataux et les services de planning familial. Par contre, on y note des carences certaines dans le domaine curatif. En effet, malgré la présence d'un médecin, ce ne sont que des pathologies communes qui y sont traitées. Aucune opération ne peut y être pratiquée et les accouchements ne s'y déroulent que très rarement. A chacun de ces centres sont rattachés entre 4 et 6 Centres Secondaires.

Ces Centres Secondaires, occupés théoriquement par deux infirmiers ou infirmières, couvrent une population d'environ 5000 personnes. En pratique, ces centres n'ouvrent généralement qu'une à deux fois par semaine lorsque la sage-femme (*Auxiliary Nurse Midwife*), personne paramédicale qualifiée en soins de santé maternels et infantiles, peut, ou plutôt décide de s'y rendre.

Enfin, pour ce qui est du Community Health Center, il s'agit là d'une structure d'importance de type hôpital. Il couvre une population d'un lakh. De manière générale, ils sont beaucoup plus populaires que les Centres de Soins Primaires et les Centres Secondaires, du fait notamment des services offerts et de la qualité des soins délivrés. Les opérations chirurgicales ainsi que les accouchements y sont pratiqués.

Pour ce qui est du secteur privé en zone rurale, la grande majorité des praticiens sont qualifiés comme *Registered Medical Practitioner* (RMP) alors qu'en zone urbaine, il s'agit pour l'essentiel de médecins plus qualifiés, titulaires d'un MBBS. Le terme *Registered Medical Practitioner* regroupe une large part des praticiens officiellement enregistrés par le Gouvernement sur la base de qualifications académiques formelles ou informelles. Une qualification formelle est créditée par un diplôme d'une école de médecine. Une qualification informelle fait référence à un apprentissage empirique, voire un encadrement traditionnel. Au total, nombreux sont les praticiens ruraux qui ont un niveau de qualification limité. S'ils ont les compétences pour soigner des problèmes courants, ils n'ont généralement pas été formés à traiter des problèmes gynécologiques ni même à intervenir lors d'un accouchement difficile ou de complications périnatales.

Etat des lieux du recours aux soins.

Afin de garantir une bonne santé à la mère et l'enfant, le Reproductive and Child Health Programme (1997) 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. Nous allons voir par la suite que 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, le recours aux soins pendant la période de la grossesse ne concerne quasiment que les visites anténatales. L'accouchement à domicile reste en outre le mot d'ordre et les soins postnataux sont quasi-inexistants. Ce dernier point s'explique surtout par le fait que les femmes ne voient pas l'intérêt de perdre plus de temps que nécessaire: La grossesse étant à leurs yeux terminée et l'enfant né, leur suivi médical peut s'interrompre immédiatement. Pour une bonne part, le suivi anténatal était déterminé par la présence d'un enfant à naître plutôt que par les risques encourus par les femmes.

Cet abandon des soins post-partum constitue un facteur de risque notable de morbidité maternelle et périnatale. Par ailleurs, comme les statistiques régionales l'indiquent, la fréquence des recours est beaucoup plus forte pour le premier enfant et tend à décroître rapidement avec la parité, alors que les risques de complications augmentent. En outre, ces taux de risques sont exacerbés par les traditions qui entourent la femme et l'enfant après l'accouchement. Notons ainsi que sont très courantes dans la région étudiée des coutumes telle que 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. De même, 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. Dans le même ordre d'idée, 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.

Avant de présenter la proportion de grossesses médicalisées évoquée ci-dessus, il nous semble nécessaire de faire le point sur la place respective du secteur public et du secteur privé dans les itinéraires thérapeutiques.

Les 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. 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. D'une part, cette offre répond à une réelle demande de la part des populations et, d'autre part, en génère également. 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.

On a ainsi constaté que les gens faisaient davantage appel à un praticien privé qu'à un praticien public. 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 (Rohde and Vishwanathan, 1995). 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 penser d'ailleurs 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. Ceci explique notamment que lorsque les villageois se rendent en ville, ils ont directement recours au secteur privé, même si une structure publique existe, car ne veulent pas prendre de risques. 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. Le patient décrit ses symptômes et dans la grande majorité des cas, le médecin se contente de lui prescrire des médicaments sans même procéder à une auscultation ou examen quelconque.

Il semblerait que le recours au secteur privé ne soit pas influencé par le niveau d'éducation. Cette observation préliminaire reste à vérifier, ainsi que le rôle précis du niveau socioéconomique des ménages dans leur choix en matière d'institution médicale. 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. Ceci est valable pour les femmes enceintes, comme pour le reste de la famille. 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 avons pu le voir précédemment, 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.

Toutefois, il nous faut davantage préciser ce phénomène. En effet, les perceptions des populations vis-à-vis des grandes structures publiques (*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 aiguille pour plusieurs patients, plaies non désinfectées, locaux insalubres, instruments non stériles...). D'ailleurs, si dans un même endroit, en l'occurrence en ville, sont à la fois présentes une institution privée et une grande institution publique, les urbains auront majoritairement recours à la structure publique. A la campagne, la question ne se pose pas puisqu'il y a uniquement des petites structures publiques, le recours se fait de façon quasi-systématique vers le privé. 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.

Parmi les villageois, le recours aux soins se fera 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 préféreraient parcourir plusieurs kilomètres afin d'avoir l'assurance de recouvrer une bonne santé dans les plus brefs délais. A titre d'exemple, pour un habitant du village de Dokkalapalle, la démarche d'aller se faire soigner à Sira peut aisément prendre une journée et, de plus, se fait dans un contexte des plus éprouvants: attente interminable de la venue d'un bus ou d'un tempo, ensuite trajet extrêmement inconfortable suivi de l'attente du médecin pendant des heures. Accessoirement, la ville de Sira est d'ailleurs située dans l'état voisin du Karnataka, de langue différente. Mais l'idée que les soins y sont efficaces et qu'ils n'auront pas besoin de plusieurs consultations motive cette démarche thérapeutique.

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 villageoises, les incitent à consulter à l'extérieur, hors de leur espace quotidien, afin de se garantir une plus grande discrétion. Comme nous le verrons, une tension peut exister entre les besoins individuels des femmes en matière de santé reproductive et la prise en charge communautaire des grossesses.

Au total, la distance ne semble pas concourir à la sous-utilisation de certains centres de soins, mais plutôt la mauvaise qualité des soins qui y sont prodigués et les perceptions des patients quant à ces soins. De plus, la recherche de soins de qualité, qui se manifeste donc par le recours au secteur privé ou aux grandes institutions publiques, ne se limite pas à la classe moyenne, comme il a généralement été dit. En effet, ce phénomène concerne également les classes les plus défavorisées, même si les motivations ne sont pas les mêmes. Parmi les plus prospères, cela s'intègre dans la recherche d'une certaine qualité de vie et de soins, alors que parmi les plus pauvres, on est davantage dans une logique de survie et de préservation de force corporelle.

Il demeure que ces observations préliminaires mettent en avant un paradoxe réel. On pense en effet que les pratiques thérapeutiques sont avant tout conditionnées par l'offre en soins (les infrastructures) et les coûts relatifs que sont censés mesurer le prix des consultations et les distances à franchir pour s'y rendre. Or, contre toute attente, ces variables "prix" et "distance" semblent presque jouer en sens inverse: les soins gratuits sont déconsidérés et les lieux plus éloignés préférés aux autres. En réalité, il faut très largement élargir les notions d'offre, de demande, d'accessibilité et de coût, afin de prendre en compte les perceptions locales. Ainsi, le temps et les efforts dépensés pour se rendre dans un centre de soins plus éloignés sont jugés de moindre importance que les effets de réputation, qu'il s'agisse de la réputation des centres de soins eux-mêmes ou encore de la réputation des femmes qui pourraient pâtir de toute indiscretion quant aux raisons de leur consultation. La qualité des services également doit être appréciée également en termes plus fins, afin de contraster l'offre émanant des différentes institutions.

Proportion de grossesses médicalisées.

Proportion de visites prénatales.

Une étude menée au Tamil Nadu a révélé qu'environ 98 % des femmes avaient reçu au moins 1 visite prénatale: 44 % au PHC, 11 % au CHC, 24 % par la sage-femme (ANM) et près de 20 % par un praticien privé (Srinivasa and Narayan, 1997: 9). Par contre, une recherche similaire suivie dans les campagnes du Karnataka montre que les objectifs de l'Etat sont loin d'être satisfaits puisque 30 % seulement des femmes enceintes avaient suivi ce type d'examen (Rajeswari and Kulkarni, 1993: 229). 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 une supplémentation 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. Parmi les 60 % qui ont eu recours au secteur public, 25 % se sont rendus dans un centre de qualité (CHC ou Hôpital de district). 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 2, 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 (voir aussi Table 5). Selon une étude menée en zone rurale au Tamil Nadu (1989), un choix conscient du lieu de l'accouchement se fait, selon le risque perçu de la naissance et selon la valeur accordée à la femme par la famille. 44 % des premiers accouchements y avaient lieu à l'hôpital et cette proportion d'accouchements en milieu hospitalier déclinait avec la parité, et ceci malgré les forts taux de risques obstétricaux associés à de fortes parités. De manière générale, 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 (Das Gupta *et al.*, 1995: 202).

Alors que l'absence d'hôpitaux et de cliniques est due à des causes économiques, la préférence qui consiste à accoucher chez soi et d'aller à l'hôpital uniquement en dernier recours, répond à des habitudes culturelles (Chandrasekhar, 1972: 206). Ainsi, l'argument selon lequel la naissance est un événement naturel et doit donc avoir lieu au foyer relève avant tout des conventions sociales locales, qui imposent notamment une surveillance étroite sur le corps des femmes et leur procréation par l'ensemble de la famille. Ce qui ne garantit pas pour autant les meilleures conditions sanitaires pour le déroulement de l'accouchement. L'accouchement à domicile reste logiquement 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.

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.

Les freins au recours.

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 gynécologiques sont les plus importantes. Nous avons noté plus haut leur forte prévalence en Andhra Pradesh, en utilisant les données du NFHS-2. mais également lors de mes entretiens avec des médecins et gynécologues-obstétriciens du district d'Anantapur. Les pathologies les plus couramment rencontrées sont leucorrhée, ménorragie, blennorragie, fibromes et inflammations diverses du pelvis. Ainsi, du fait de l'absence d'eau adéquate pour la toilette intime, le port de charges lourdes, les grossesses répétées (pour les plus anciennes), 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 nous l'avons observé précédemment. 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. Interrogées sur leurs problèmes de santé, elles répondent le plus souvent par la négative, qu'il s'agisse de questions d'ordre général ou sur leur santé gynécologique.

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. A titre d'exemple, le médecin (homme) du Centre de Soins Primaires du mandal d'Agali nous a rapporté que beaucoup de femmes n'ont pas recours aux soins en cas de leucorrhée¹⁶ du seul fait de leur embarras. 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 des femmes

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'imposent¹⁷. 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 (Singh, 1996: 162). Nous avons précédemment mis en relief les statistiques du NFHS-2 concernant l'autonomie limitée des femmes, et notamment en matière de santé reproductive. Dans ce domaine, on pense d'abord à la mobilité thérapeutique. Cependant, d'autres mobilités, de manière indirecte, peuvent influencer leur état de santé, telles les opportunités économiques et intellectuelles, qui sans aucun doute constituent des éléments influents dans le recours aux soins et les connaissances en matière de santé.

Le manque d'autonomie, de pouvoir de décision et de contrôle des ressources sont essentiels dans le niveau de santé des femmes. Ce point a d'ailleurs été conceptualisé par Chatterjee¹⁸, qui a distingué cinq dimensions déterminant le recours aux soins:

¹⁶ La leucorrhée constitue un des symptômes les plus courants des vaginites.

¹⁷ Voir notamment *Reproductive Health Matters*, volume 8, n°16, November 2000.

¹⁸ Voir Batliwala *et al.* (1998)

- le besoin, qui représente l'existence d'un problème de santé ou de la nécessité d'un service.
- la perception du besoin est quant à lui le résultat du processus de socialisation et du système de croyances.
- la capacité rappelle que les facteurs économiques déterminent les opportunités de recours aux soins à l'extérieur du foyer.
- la disponibilité de services, incluant la distance, les horaires d'ouverture, le personnel médical .
- l'autorisation familiale constitue un facteur socioculturel déterminant dans le recours.

Pour les femmes rurales, au moins trois de ces barrières sont directement ou indirectement contrôlées par l'institution familiale: la perception du besoin, l'approbation familiale et la capacité. Elles contribuent à retarder, ou à empêcher, les recours sanitaires. Il faut parfois attendre que la femme soit incapable d'accomplir ses tâches journalières pour qu'elle puisse 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.

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.¹⁹ 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 pas nécessairement 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. Elle doit souvent couvrir une population villageoise importante, et éparpillée, et n'a guère la possibilité de procéder à des consultations individuelles. Il est 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. Notons enfin que l'ANM a souvent un rôle important dans la promotion du planning familial au sein des villages, incitant les femmes à la limitation et à l'espacement des naissances. Des objectifs précis à atteindre ("*targets*") en matière de contraception lui ont été longtemps assignés par la bureaucratie et ce rôle peut naturellement rentrer en conflit avec les besoins des femmes enceintes.

Conclusion provisoire

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 ? Cette question rappelle irrésistiblement l'hypothèse du glissement de la quantité vers la qualité dans la théorie économique standard de la baisse de la fécondité, car à déploiement de ressources constantes, la réduction de l'activité génésique des femmes pourrait correspondre à un progrès en termes de conditions de grossesse.

¹⁹ Pour analyse détaillée du rôle des ANM, voir par exemple Iyer and Jesani (1999).

Si l'on se base sur les données agrégées du NFHS 2 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. Il faudrait certes une analyse plus systématique de ces données pour savoir si la qualité des soins aux mères est effectivement fonction de la réduction de la fécondité.

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 dans le village de Dokkalapalle confirment cette tendance, elles l'infirmen-t également ou du moins l'atténuent grâce aux 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.

C'est l'occasion de rappeler l'avantage des enquêtes à dimension qualitative, pour saisir et comprendre des comportements que les grandes enquêtes statistiques résumen-t à gros traits. En outre, le travail de terrain a montré à quel point il peut y avoir prééminence des variables sociales sur les contraintes les plus objectives (géographiques, économiques ...). La discrimination sexuelle en matière de santé et la fragilité de la position des mères qui en découle ne pourraient se comprendre sans l'examen des institutions locales qui encadren-t le système des normes et les comportements.

Références:

- Audinarayana, N. , 1990. *Socio-Cultural Dimensions of Marriage in Rural India (a Study of Andhra Pradesh)*, Mittal Publications, New Delhi.
- Banthia, J. K., 2001. *Provisional Population Totals*, paper 1 of 2001, Census of India 2001, the Controller of Publications, Delhi.
- Batliwala S., Anitha B K., Gurumurthy A. & Wali C S, *Status Of Rural Women In Karnataka*, National Institute Of Advanced Studies, Bangalore, 1998.
- Chandrasekhar S., *Infant Mortality, Population Growth and Family Planning In India*, The University Of North
- Das Gupta M., Chen C. & Krishnan TN., *Women's Health In India, Risk And Vulnerability*, Oxford University Press, 1995.
- Dr Srinivasa K A. & Narayan K A., *Prevalence Of Maternal Mortality In A South Indian Community*, Ford Foundation Study, 1997.
- International Institute for Population Sciences (IIPS) and ORC Macro, 2000. *National Family Health Survey (NFHS-2), India, 1998-99: Andhra Pradesh*. IIPS, Mumbai.
- International Institute of Population Sciences (IIPS) 1995. *National Family Health Survey 1992-93*, IIPS, Mumbai.
- International Institute of Population Sciences (IIPS) and ORC Macro, 2000. *National Family Health Survey (NFHS-2) 1998-99*, IIPS, Mumbai.
- Iyer, A. and Jesani, A., 1999. "Barriers to the Quality of Care; The Experience of Auxiliary Nurse-Midwives in Rural Maharashtra", in Koenig, M.A., and M. E. Khan, eds., *Improving Quality of Care in India's Family Welfare Programme. The Challenge Ahead*, Population Council, New York, 210-236.
- Jejeebhoy, S. J., 2000a. "Adolescent Sexual and Reproductive Behaviour: A review of the Evidence from India", in Ramasubban, R. and S. J. Jejeebhoy, eds., *Women's Reproductive Health in India*, Rawat, Jaipur and New Delhi, 40-102.
- Jejeebhoy, S. J., 2000b. "Safe Motherhood in India. Priorities for Social Science Research", in Ramasubban, R. and S. J. Jejeebhoy, eds., *Women's Reproductive Health in India*, Rawat, Jaipur and New Delhi, 134-184.
- Mamdani, M., 1999. "Management of Reproductive Tract Infections in Women: Lessons from the Field", in Pachauri, S., *Implementing a Reproductive Health Agenda in India: the Beginning*, Population Council, New Delhi.
- National Council of Applied Economic Research, 2001. *South India. Human Development Report*, Oxford University Press, Delhi.

- Nv. & Kulkarni As., *Utilization Of Maternal And Child Health Services In Rural Karnataka*, Institute Of Economic Research, 1993.
- Ooman, N., 2000. "A decade of Research on Reproductive Tract Infections and Other Gynaecological Morbidity in India: What we know and what we don't know", in Ramasubban, R. and S. J. Jejeebhoy, eds., *Women's Reproductive Health in India*, Rawat, Jaipur and New Delhi, 236-278.
- Pachauri, S., 1999. *Implementing a Reproductive Health Agenda in India: the Beginning*, Population Council, New Delhi.
- Prasad, R. 1998. *Famines and Droughts,. Survival Strategies*, Rawat, Jaipur and New Delhi.
- Raju, S., Atkins, P.J., Kumar, N., and Townsend, J. G, 1999. *Atlas of Women and Men in India*, Kali for Women, Delhi.
- Ramasubban, R. and S. J. Jejeebhoy, eds., 2000. *Women's Reproductive Health in India*, Rawat, Jaipur and New Delhi.
- Registrar General, India. 1999. *Compendium of India's Fertility and Mortality Indicators 1971-97 based on the Sample Registration System*, New Delhi.
- Reproductive Health Matters*, Volume 8, N°16, November 2000.
- Rishyasringa, B., 2000. "Social Policy and reproductive Health", in Ramasubban, R. and S. J. Jejeebhoy, eds., *Women's Reproductive Health in India*, Rawat, Jaipur and New Delhi, 418-444.
- Rohde Je. And Viswanathan, H., *The Rural Private Practitioner*, Oxford University Press, Delhi, 1995.
- Shariff, A., 1999. *India. Human Development Report. A Profile of Indian States in the 1990s*, National Council of Applied Economic Research and Oxford University Press, Delhi.
- Singh J P, *The Indian Woman, Myth And Reality*, Gyan Publishing House, 1996.
- Tervatra Sk. & Roy P., *Mother And Child Health, The Impact Of Women's Work*, Uppal Publishing House, Delhi, 1999.