

«Santé maternelle et infantile et planification familiale »

« Le post-partum dans le Cambodge contemporain une superposition de savoirs et de pratiques»

Mots clés : Afrique, fécondité, planification familiale, santé maternelle et infantile, Cambodge, pratiques culturelles et religieuses.

Au cours de cette dernière séance du cycle santé du séminaire « Le développement à l'épreuve des cultures et des religions », deux interventions complémentaires ont eu lieu :

- Le Dr Catherine Bonnaud, médecin infectiologue et aujourd'hui responsable de l'agence de l'AFD au Bénin, a évoqué à partir de son expérience de terrain (notamment au Congo dans la lutte contre le VIH, ainsi que précédemment responsable de l'activité santé de l'AFD) les déterminants de la santé maternelle et infantile et de la diffusion de la planification familiale, à la lumière des prescriptions culturelles et religieuses, particulièrement en Afrique.
- Mme Clémence Schantz Inguenault, doctorante, sage-femme de formation, a illustré ce propos en décrivant le regard sur le corps de la jeune accouchée dans la culture khmère, et ses implications sociales et thérapeutiques.

I. Intervention du Dr Catherine Bonnaud

Trois dimensions au moins justifient que les professionnels du développement se mobilisent autour de la question de la procréation (souvent appelée « reproduction » dans le monde du développement) :

- a. **la question de santé publique** représentée en particulier par la mortalité et la morbidité maternelles et infantiles ;
- b. **la question de la démographie** et de son impact sur le niveau de vie d'une famille, d'une communauté ou d'un pays ;
- c. **la question sociale des droits des personnes**, plus récemment introduite dans les politiques de développement.

Avant d'évoquer la part que prennent les traditions, les religions organisées et les leaders religieux, il sera rappelé en quoi la santé maternelle et infantile est un enjeu majeur de santé publique, auquel la diffusion des instruments de maîtrise des naissances, par la femme ou le couple, est sans aucun doute la réponse la plus efficace aujourd'hui.

Ce constat s'inscrit dans une approche plus complexe et plus large : le processus qui conduit à la naissance et la maturité progressive d'un enfant se déroule en plusieurs « étapes » et dans un contexte culturel particulier :

- a. **Une relation sociale**, d'abord, **entre deux êtres humains**, dont l'union est structurante pour la société ; le mariage prendra des formes et relèvera de critères de décision variables selon les contextes ;*
- b. **La relation sexuelle**, pouvant conduire à une conception, est entourée de règles, de principe, d'usages qui, eux aussi, varient selon les environnements et les contextes culturels et/ou religieux.*
- c. **Le lien entre sexualité et conception**, ensuite, dépend le plus souvent de la volonté des deux personnes, ou d'une seule, qui peuvent se doter des moyens de disjoindre les deux (voire, plus tard, de mettre un terme à une grossesse non désirée).*
- d. **La grossesse, puis l'accouchement**, le cas échéant, sont des composantes essentielles de ce processus, et leur déroulement varie en fonction des cultures, des moyens disponibles et des priorités données à la vie de la mère et/ou de l'enfant, né ou à naître.*
- e. Résultant partiellement des étapes précédentes, **les suites de l'accouchement pour la mère, l'état général de l'enfant, la préparation de la suite pour l'une comme pour l'autre** sont notamment mesurés dans les statistiques de mortalité et de morbidité maternelles et infantiles ou infanto-juvéniles.*

C'est, en fait, l'ensemble de ce processus qu'a décrit le Dr Bonnaud dans sa confrontation aux cultures, et à certaines prescriptions et attitudes religieuses, exposé surtout orienté sur l'Afrique, et enrichi par Madame Schantz-Inguenault d'un éclairage particulier sur la dernière étape de ce processus dans la culture khmère.

a. démographie

En 40 ans, la population africaine est passée de 360 millions d'habitants (soit 10 % de la population mondiale) à 1 milliard (15 % de la population) et pourrait atteindre 2,7 milliards en 2050 (25 % de la planète) si le taux de fécondité se maintenait à son niveau actuel, ou 2,1 si ce taux s'alignait progressivement sur l'Asie du Sud. Cette croissance s'effectuera principalement à travers une forte urbanisation et les pays concernés devront relever de nombreux défis : développement des structures sociales (éducation, santé et formation professionnelle) et accès à un emploi – enfin décent - de ces millions de jeunes. L'âge médian en Afrique subsaharienne est compris aujourd'hui selon les pays entre 15 et 20 ans et le nombre d'enfants de moins de 15 ans pourrait passer de 410 millions en 2015 à 830 en 2050 !

L'enjeu démographique, notamment de la jeunesse, est donc évident pour ces pays, ce qui nécessite d'agir sur la natalité et donc sur la fécondité, puisque ces jeunes vont naître dans les 20 prochaines années.

Or, l'évolution de la fécondité en Afrique est très disparate : mutation déjà achevée dans certains pays, dont le nombre d'enfants par femme est déjà réduit à 2,5, voire à 2 (Maurice, Afrique du Sud, Botswana), en cours dans d'autres pays où la baisse a été entamée dans les années 90 (Ghana, Kenya, Côte d'Ivoire) ou restant très élevée, comme au Bénin, avec 4,9 et encore plus au Niger, avec 7,6 enfants par femme.

On constate que l'urbanisation a un impact direct, mais d'ampleur variable, sur cette baisse de la fécondité ; de même, l'accès des filles à l'éducation est directement corrélé à cette baisse.

b. Santé maternelle /mortalité maternelle

En 2015 encore, et malgré une baisse de 47 % du phénomène depuis 1990, 800 femmes meurent chaque jour dans le monde de complications liées à leur grossesse ou à leur accouchement, dont 62 % en Afrique subsaharienne et 24 % en Asie du sud. Une femme sur 16 risque de mourir de ces complications dans les pays en développement contre une sur 3800 dans les pays développés (8 décès pour 100 000 naissances en France et plus de 1000 au Niger...). Il s'agit donc d'un enjeu majeur de santé publique, comme l'illustre l'objectif qui avait été fixé en 2000 par les Nations Unies, d'une baisse de 75 % du phénomène en 15 ans.

Cette situation dramatique est directement liée au déficit de l'offre de soins, tant sur le plan qualitatif que quantitatif : deux tiers des femmes africaines n'ont pas accès aux services de santé en matière de suivi de grossesse, de médicalisation de l'accouchement et encore moins de suivi post-natal. De surcroît, pour une femme qui meurt de causes liées à la maternité, on estime que vingt souffriraient de morbidité maternelle : une des formes les plus sévères de cette morbidité est la fistule obstétricale, cause dramatique d'incontinence et donc, fréquemment, d'ostracisme de la communauté, qui frappe les femmes les plus pauvres.

Conséquence d'un accouchement difficile et prolongé, ce traumatisme pourrait être évité par une meilleure prise en charge de l'accouchement et de sa préparation.

Mais, indépendamment même de la performance du système de soins, des grossesses précoces, fréquentes ou rapprochées ont un impact certain sur la santé et le risque vital de la mère, ainsi que de l'enfant. C'est ainsi que la mortalité infantile continue, malgré des progrès, de toucher avant un an près d'un enfant sur 10 dans certains pays sahéliens, et près d'un sur 5 avant l'âge de 5 ans.

La mortalité infantile est un indicateur qui mesure non seulement la santé infantile mais aussi le bien-être d'une société en général : elle est symptomatique du niveau de soins prodigués à une population, notamment à titre préventif et de l'attention accordée à la femme et à l'enfant par la société. Par ailleurs, pour les mêmes raisons que pour la mortalité maternelle, plus le taux d'éducation des filles est élevé, plus le taux de mortalité infantile diminue. (Selon l'Unicef une année d'instruction maternelle réduit de 5 à 10 % le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans). D'ailleurs, si tous les leaders religieux et traditionnels se sont mobilisés contre la mortalité infantile, on constate que les difficultés culturelles subsistent : ainsi, au Nord-Bénin, une étude a montré que les diarrhées des petits enfants sont réputées avoir des vertus quasiment sanitaires (d'évacuation de mauvaises substances) voire de renforcement et d'affirmation de résistance (et de virilité chez les petits garçons). Pour comprendre l'intérêt d'un vaccin, et ne pas céder aux rumeurs de stérilisation associée, il est également souhaitable que l'éducation progresse, en particulier chez les filles...

Pour toutes ces raisons, il semble donc urgent de diffuser aux couples, et en particulier aux femmes, les moyens de choisir et de maîtriser le nombre et le moment de leurs naissances.

c. Moyens de maîtrise et de choix des naissances

Le premier sujet est évidemment le regard que porte la société sur la sexualité, liée nécessairement, ou non, au mariage ; la précocité des mariages conduit, de ce point de vue, à nombre de grossesses précoces à défaut de contraception. La conception de l'Église catholique, par exemple, est particulièrement claire sur le sujet : la sexualité ne se conçoit que dans un contexte d'union de destin, fidèle, entre deux personnes qui se choisissent librement. Ceci exclut donc théoriquement tout mariage précoce, ainsi que toute grossesse hors mariage. L'idée de fidélité implique aussi celle d'abstinence à certains moments particuliers (et de décision partagée, puisque l'abstinence de l'une implique celle de l'autre). Des conceptions traditionnelles, partiellement reprises par l'Islam, mettent beaucoup l'accent sur la virginité de la jeune mariée, ce qui peut conduire à des pratiques mutilantes ou génératrices de complications ; à un autre temps de la vie maritale, des pratiques plus ou moins traditionnelles ont vocation à restaurer une sexualité d' « avant-grossesse », avec parfois des risques réels, infectieux notamment. D'autres cultures enfin, matrilineaires, acceptent la sexualité hors mariage, et donc notamment pré-maritale, valorisant ainsi la fécondité, mais avec également semble-t-il des problèmes d'infertilité.

Ensuite, les moyens de prévenir une conception issue d'un acte sexuel se distinguent entre les méthodes « traditionnelles », qui ne font pas appel à des moyens techniques artificiels (« modernes »), et celles qui reposent sur l'absorption ou l'utilisation de produits ou d'instruments de conception moderne. La distinction est déterminante pour l'efficacité théorique des procédés mais aussi pour l'adhésion qu'ils suscitent dans la population ou le rejet dont ils font l'objet de la part d'autorités traditionnelles ou religieuses.

Ainsi, l'allaitement prolongé (recommandé, par ailleurs, par l'OMS pour la santé de l'enfant) conduit souvent à une abstinence sexuelle, bonne prévention de grossesses rapprochées. L'Islam en particulier condamne fermement une relation sexuelle pendant l'allaitement, au nom de la protection de la pureté de l'enfant allaité. Cette solution d'apparence idéale, pour l'espacement des grossesses comme pour la nutrition de l'enfant, pose pourtant un problème aux femmes, qui peuvent craindre l'infidélité de leur mari...

Les méthodes « naturelles » reposent essentiellement sur l'observation du corps de la femme, de ses rythmes personnels et supposent une excellente entente entre les deux personnes : culturellement, ceci suppose résolues de nombreuses difficultés, notamment d'autorité de l'un sur l'autre, d'immixtion de la famille (des sœurs aînées, des belles-sœurs ou des belles-mères...) dans le processus de décision...

C'est le point clé du processus : à qui appartient la décision d'empêcher ou non une conception d'avoir lieu, ou d'être interrompue rapidement ? Elle se pose dans le cas de pratiquement toutes les méthodes de contraception, si on excepte celles utilisées à l'insu du conjoint. Dans l'Islam, la préservation du bien-être physique de la femme est une valeur essentielle, de même que l'idée d'un bien-être affectif et matériel pour les « autres » enfants (précédents ou futurs) ; plus globalement, d'ailleurs, le Coran recommande de mettre en œuvre ce qui est possible pour assurer un bien-être matériel suffisant, de nature à éloigner tout besoin d'action illicite. A contrario, la position de l'Eglise catholique fait un lien direct entre sexualité et procréation : dans ce sens, la vie étant un don divin, il n'est pas acceptable de le refuser si toutes les conditions de la conception ont été réunies.

Il semble, empiriquement, que toutes ces méthodes « traditionnelles » ne donnent pas, à une échelle globale, les moyens à une population de limiter et de maîtriser sa fécondité.

Les méthodes modernes, elles (pilule contraceptive, implants, stérilet, voire stérilisation), sont de plus en plus employées, même si les progrès sont très lents, notamment en Afrique : si, dans le monde, 57% des femmes ont accès à une contraception moderne, seules 24% des Africaines sont dans ce cas.

Ici encore, le choix d'une contraception dépend de l'accord voulu entre époux, mais aussi de l'opinion que l'on suscite dans son entourage (réputation d'une sexualité facile associée à la prise d'une contraception, surtout dans le cas de sociétés dissuadant la sexualité pré-maritale), ainsi que d'autres facteurs sociaux, économiques ou culturels : le niveau de revenu nécessaire (pour acheter les produits ou procédés, mais aussi pour accéder aux visites médicales) rend indispensable l'accord du mari ; le nombre insuffisant de services de santé spécialisés, le manque de lien avec les services cliniques, la faiblesse des circuits de distribution des produits médicamenteux, la faiblesse des programmes de sensibilisation et d'éducation à la santé, les difficultés d'observance de la prise de contraceptifs réguliers sont autant de freins qui conduisent à cette faible réponse à une demande apparemment forte de la part des femmes (53% des femmes en âge de procréer n'auraient pas accès à la contraception qu'elles souhaiteraient), et plus généralement des couples en Afrique.

Comme évoqué plus haut, l'Eglise catholique est opposée à toute contraception artificielle, y compris le préservatif masculin (même si elle en tolère l'usage dans le cadre de la protection contre des maladies, notamment le VIH). Au contraire, l'Islam est plus ouvert sur le principe parce qu'il considère souhaitable que les époux, femme impérativement comprise, choisissent leur contexte de vie au mieux de ce qu'ils pourront le rendre.

Reste la question de l'avortement, qui peut être un dernier recours pour des grossesses non désirées, éventuellement nuisibles à la santé ou au bien-être de la femme et de ses enfants. Le point de vue catholique est évidemment très clair sur le principe, puisque dès la conception, l'embryon est une vie à part entière ; pour l'Islam, plusieurs écoles existent quant au moment où l'embryon devient une vie (certains dès la conception ; d'autres quand le « souffle de vie » a été donné à l'embryon, au 120^{ème} jour ; d'autres enfin quand le cœur commence à battre, autour du 50^{ème} jour), à partir duquel il y a infanticide, même si cet infanticide peut être toléré s'il y a un danger avéré pour la mère. En tout état de cause, l'avortement est aujourd'hui illégal dans la plupart des pays d'Afrique, ce qui rend sa pratique - clandestine, donc - dangereuse et parfois létale ; il n'est d'ailleurs pas rare que, à défaut de pratiquer eux-mêmes des avortements, des établissements de soins catholiques, accueillent des femmes victimes de séquelles de ces interventions.

Enfin, au-delà des enseignements théoriques du catholicisme, des églises protestantes et de l'Islam le plus répandu, des concurrences entre religions conduisent à mettre en avant des radicaux dans tous les courants, particulièrement visibles ces dernières années chez les musulmans (wahhabites) et chez les évangéliques, particulièrement actifs en Afrique désormais.

Le Dr Bonnaud a conclu son intervention en soulignant que religion et culture font partie d'un ensemble de facteurs influant la courbe des naissances, et donc la mortalité maternelle et infantile, et sont au cœur des programmes de santé publique. Il doit être pris en compte que, pour différentes raisons (respect des valeurs traditionnelles, crainte d'être critiqué par les opposants religieux, influence réelle et directe de leaders religieux dans l'entourage des dirigeants), les dirigeants politiques peuvent manquer d'engagement ; or, il se révèle que c'est précisément l'intensité de l'engagement des dirigeants qui rend efficace une politique de planification familiale. Au-delà, la planification familiale ne doit plus uniquement être considérée comme un moyen d'espacer les naissances ; elle doit aussi permettre d'améliorer l'égalité entre les sexes, la santé maternelle et le taux de survie infantile.

Les programmes de planification familiale devraient promouvoir une approche participative, avec le soutien des communautés, des conjoints, des leaders religieux et traditionnels. Une attention toute particulière devrait également porter sur les programmes ciblant les adolescentes, dont l'éducation est indispensable. Les récentes améliorations de la santé des femmes et des nouveaux nés dans les pays en développement, entretiennent l'espoir de voir accéder les familles les plus démunies aux programmes mis en œuvre, pour qu'elles deviennent un jour elles-mêmes acteurs du développement de leur pays et sortent de la pauvreté.

II. Intervention de Mme Clémence Schantz Inguenault

Dans le cadre de la préparation de sa thèse, Mme Clémence Schantz Inguenault, sage-femme, doctorante en socio-démographie a fait part de son expérience au Cambodge pour développer le thème de ses recherches : « Le post-partum dans le Cambodge contemporain : une superposition de savoirs et de pratiques ». En tentant de répondre à la question de savoir si la culture peut être considérée comme un frein au développement dans un contexte particulier du postpartum au Cambodge, la méthode développée dans cette étude s'inscrit dans une démarche interdisciplinaire, avec une approche à la fois épidémiologique, socio-anthropologique et démographique. Cette complémentarité nécessite en outre, une immersion dans le milieu, une observation participante et un apprentissage de la langue.

1. Evolution de la santé maternelle.

Selon les chiffres de l'OMS la mortalité maternelle au Cambodge a diminué de façon constante : de 693 décès pour 100000 naissances en 1993, elle est passée de 510 décès en 2000, puis 170 décès en 2013. Le Cambodge devrait atteindre l'objectif 5 des « Objectifs du Millénaire pour le Développement » fixés par les Nations Unies, dont l'objectif 5A qui est de diminuer de trois quart le taux de mortalité maternelle entre 1990 et 2015. Cette chute du taux de mortalité s'explique beaucoup par un engagement très fort du gouvernement cambodgien et relève de plusieurs facteurs principaux :

- Le développement de la formation de sages-femmes dont le nombre est passé de 3441 en 2009 à 5066 en 2013.
- les incitations financières à accoucher avec ces professionnels de santé.
- la mise en place d'un fond de solidarité pour une gratuité des soins pour les personnes les plus démunies.
- l'amélioration et la modernisation des centres de santé.

Il en résulte une diminution des accouchements à domicile (89 % en 1990, 45 % en 2010) et une augmentation du nombre de consultations pré et post natales (+ 50 %). Corrélativement on assiste à un déclin de la fécondité de 5,3 à 3 enfants par femme en 10 ans, notamment grâce au doublement de la pratique d'une contraception moderne au cours de cette même période.

2. La représentation symbolique du corps au Cambodge.

La conception du corps et de la maladie a trois origines principales :

- une conception autochtone issue de la cosmogonie khmère et des esprits (selon laquelle les maladies sont causées tant par les esprits que par les humains) ;
- une influence indienne : médecine ayurvédique et système des flux et des humeurs corporels ;
- une conception microbienne venue de France pendant le Protectorat.

Cette représentation symbolique du corps s'insère dans une religion populaire khmère où le bouddhisme se superpose à un animisme. Un enfant est par exemple la réincarnation d'une vie antérieure : sa mère « antérieure » va donc essayer d'en reprendre la tutelle au risque de l'empêcher de vivre une nouvelle vie. C'est pour éloigner cette mère antérieure qu'un objet tranchant est placé au-dessus de la tête du nouveau-né.

La grossesse est un état chaud et l'accouchement provoque une déperdition de chaleur entraînant différentes pratiques pour protéger le corps de l'accouchée, telles que la « mise sur le feu » (dépôt de braises sous le lit de l'accouchée), les fumigations, le port de vêtements longs et chauds et les injections. Il existe par ailleurs des interdits alimentaires et sexuels à respecter, alors que l'accouchée ne doit pas utiliser d'eau froide, bouger, ou travailler.

3. *Le postpartum et les injections*

Les injections de vitamines B et C pratiquées par des bio-médecins (sages-femmes et infirmiers) remplacent certaines pratiques ancestrales de réchauffement mais participent aux mêmes objectifs de protéger le corps de la femme accouchée, de le réchauffer et de faire circuler le sang et les humeurs corporelles. Il existe donc une profonde cohérence entre la pratique médicale et les représentations qui ont cours dans ce pays, sa culture et ses rites.

On ne peut en conclusion opposer les pratiques traditionnelles aux pratiques biomédicales. Il existe des passerelles d'une conception à l'autre, l'une et l'autre s'insèrent dans la représentation symbolique du corps et de la maladie. La dimension culturelle, notamment la représentation du corps dans le postpartum, ne constitue pas en soi un obstacle au « développement » au Cambodge.

III. Echanges sur le thème de la santé maternelle et infantile et du post-partum.

. Intervention des leaders religieux dans les projets de développement.

Différents projets de développement, par l'AFD notamment, sont mis en place sans que les leaders traditionnels et religieux ne soient nécessairement mobilisés, ce qui est sans doute dommage, mais peut s'expliquer par les difficultés rencontrées à identifier les leaders pertinents, ainsi que par un tropisme « laïque » de la coopération française. En matière de santé publique, toutefois Médecins du monde travaillent étroitement avec les leaders religieux et les impliquent fortement dans leurs projets, comme ils avaient pu venir l'expliquer lors d'un colloque AFD-Bernardins en décembre 2012.

. Interconnexion des leaders politiques et des religieux.

Les imams « progressistes », qui parviennent à concilier les enseignements du Coran avec la réalité quotidienne environnante, pourraient être des vecteurs de changement en faveur de la maîtrise des naissances. Leur attitude discrète leur enlève toutefois beaucoup d'influence politique au profit de ceux, plus conservateurs et au discours plus simple, qui occupent souvent une position privilégiée auprès des dirigeants.

. Contraception/planification.

Sans même aborder le rôle des leaders religieux, le sujet reste délicat à appréhender en Afrique notamment dans ses régions les plus reculées. Il en résulte des disparités de chiffres frappantes : 24% des femmes africaines en âge de procréer utilisent une contraception moderne, à comparer avec 62% en Asie. L'expérience montre que c'est l'intensité de l'engagement politique des dirigeants qui est déterminant pour faire évoluer la société et diffuser l'usage de contraception moderne.

. Impact des dimensions spirituelles et religieuses

Les acteurs du développement - partenaires institutionnels ou sociétés civiles - interviennent souvent dans des sociétés dont on connaît mal les enjeux culturels. Il se pose alors la question de la cohérence de ces interventions et de la nécessité absolue d'inclure des dimensions spirituelles et religieuses aux projets proposés. A long terme, seule la connaissance approfondie d'un pays et la mise en place de projets adaptés à la réalité locale permettront des actions efficaces. Elles ne pourront en outre intervenir que par la volonté politique des gouvernants de les mettre en œuvre.

A titre de réflexion parallèle à ces réflexions sur le processus conduisant du couple à la conception, le Dr Paquet a fait remarquer que le genre humain est celui dans lequel le « petit » met le plus longtemps à atteindre une certaine autonomie, ce qui pourrait expliquer le besoin d'un entourage pour l'accompagner, donnant naissance à l'idée de couple stable, et donc nécessairement à une sexualité dans la durée, non connectée à la procréation.