

Médicalisation et sanitarisation des corps féminins



Une analyse socio-anthropologique croisée
des politiques de santé materno-infantile à
destination des femmes pauvres au Brésil et
au Mexique

3 février 2017
Colloque Périnatalité

Mounia El Kotni, SUNY Albany
Alfonsina Faya Robles, INSERM, U.1027

Politiques transnationales de santé

- ∞ Chiapas (Mexique)
- ∞ 76% de pauvreté
- ∞ MM 68,1 en 2014 (moy nationale 38,3)
- ∞ Prospera : aide monétaire aux mères de famille

- ∞ Brésil 13,20 % de pauvres à Recife; 40% à Pernambuco
- ∞ MM ↘ 120 en 1990, 58 en 2008
- ∞ Rede Cegonha: prise en charge du prenatal, accouchement et post-accouchement

PROSPERA
PROGRAMA
DE INCLUSIÓN SOCIAL



- Cette présentation est issue de deux recherches (Faya Robles, 2011; El Kotni, 2016) portant sur les politiques de santé reproductive au Brésil et au Mexique, respectivement. Ces deux recherches ethnographiques et approfondies effectuées dans deux espaces et contextes socio-culturels très différents présentent néanmoins certaines ressemblances, notamment, la forte « intégration » sanitaire qui se fait à partir de la sphère médicale de l'État, visant des femmes de milieux populaires, issues des minorités ethniques et souvent exclues en termes sociaux et économiques.
- La question de la migration s'est posée pour nous en termes de rural-urbain, puisque les femmes rencontrées dans les deux contextes sont issues de la migration rurale vers les périphéries urbaines latino-américaines. Ainsi, depuis plus de trois décennies, au Brésil, 40 millions de personnes ont quitté les zones rurales pour s'installer dans les villes, atteignant ainsi à la fin du millénaire un taux de 81,23% de la population. Aujourd'hui, 85,7% de la population brésilienne vit dans des villes. S'il existe plusieurs travaux sur les migrations internes, au Brésil comme pour le Sud du Mexique, très peu se sont intéressés aux changements dans les modèles reproductifs lors des migrations et à la place des institutions et services urbains dans ces changements.
- Auparavant inexistant dans le quotidien de ces femmes, plusieurs programmes sanitaires mis en place transforment leurs rapports au corps, à la santé et à leurs enfants en apportant non seulement des nouvelles ressources (comme on peut voir dans la diapositive : diminution de la mortalité maternelle au Brésil) mais aussi des nouvelles contraintes.
- L'analyse de l'impact de politiques internationales d'aide aux familles pauvres, telles que Prospera au Mexique (programme de transfert monétaire conditionné entre autres à la scolarisation des enfants et au contrôle prénatal médicalisé) ou Réseau Cigogne au Brésil (prise en charge du prénatal jusqu'au post-natal), montre que celles-ci sont pensées sans ancrage local (ni sociohistorique) et produisent des effets de surveillance et de régulation des (corps des) femmes. Nous insisterons sur le fait que les résistances des femmes à ces régulations ne révèlent pas non plus de « résistances au changement » ou de « survivances » des modèles traditionnels, etc., puisque dans la migration de la campagne à la ville, les femmes modifient leur « habitus reproductif » (Smith-Oka 2013). Ce qui nous intéresse particulièrement, ce sont les changements en termes d'effets de régulations nouvelles auxquelles ces femmes sont confrontées, celles relevant d'une médicalisation des processus et une autre, connexe mais différente, amenant à une sanitarisation.
- Notre présentation propose de dépasser la vision opposant le caractère localisé et microsociologique de l'ethnographie à la dimension internationale et macrosociologique de la comparaison pour questionner la transnationalité de certains processus à l'œuvre lorsque l'on s'intéresse aux politiques de santé reproductive. Cette comparaison nous amène à poser la question d'une biopolitique et d'une politique de genre de la reproduction qui se jouent au niveau mondial. Ici, nous vous présenterons les premiers résultats de cette collaboration.

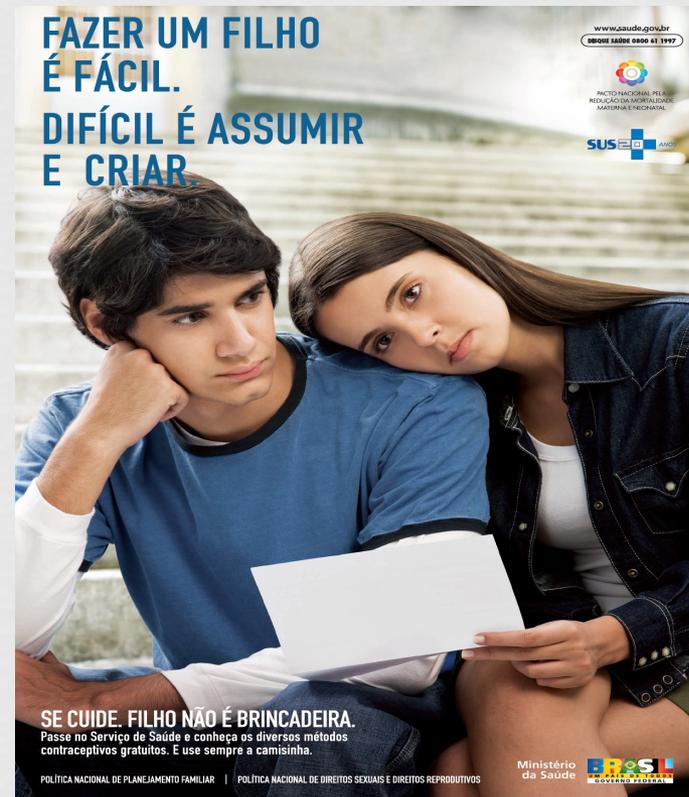
Médicalisation de la santé



- ⌘ Prise en charge des processus reproductifs (régulation des naissances)
- ⌘ De l'accouchement à domicile à l'accouchement à l'hôpital
- ⌘ Taux de césariennes : 84,6% (Br), de 40 à 70% au Mexique



Régulation des naissances



Campagne de planification familiale

Mis en place il y a vingt ans au Mexique, le programme Prospera apporte un soutien financier aux femmes pauvres, sous condition que celles-ci se « co-responsabilisent ». Dans le domaine de la santé maternelle, cette co-responsabilité signifie que les femmes doivent participer à des réunions mensuelles dans leur centre de santé. Ces réunions abordent souvent l'un des aspects de la santé sexuelle et reproductive (comment bien s'alimenter pendant la grossesse) et en particulier la planification familiale (comment espacer le nombre d'enfants), une thématiques prioritaire des politiques de santé dans les deux pays (voir diapositive 3).

La « co-responsabilité » sur laquelle est basée ce programme inclut également des visites médicales obligatoires pendant la grossesse, et une pression à donner naissance dans des structures hospitalières (qui ne sont pas accessibles en milieu rural). La médicalisation de la grossesse est un des éléments de la médicalisation de la naissance, qui se traduit dans les chiffres par l'augmentation des taux de césarienne, les deux pays étant leaders sur le continent Latino-Américain dans ce domaine. Pour les migrantes rurales, l'arrivée en ville peut représenter une étape supplémentaire dans la médicalisation de la naissance, puisqu'elles se rapprochent physiquement des structures hospitalières, peu accessibles en milieu rural (dans certains villages du Chiapas, l'Etat le plus pauvre du Mexique, 70% des femmes accouchent à domicile).

Les programmes comme Prospera viennent donc bouleverser l'habitus reproductif des femmes, Le passage de l'accouchement à domicile à celui dans les structures de santé urbaines peut se traduire par un choc des cultures de la naissance, puisqu'en plus de la médicalisation de l'accouchement, les femmes y sont confrontées à des attitudes racistes et sexistes, et sont victimes de violences obstétricales (Zacher Dixon 2015).

Au-delà des effets en termes de médicalisation (que l'on définit dans un sens large comme un processus historique, scientifique et socio-culturel amenant à une prise en charge par la biomédecine de tout ce qui touche à la santé d'une population) nous avons pu observer des effets de régulation qui ne rentrent pas forcément dans le cadre de la médicalisation. Ils révélaient une autre nature : cet investissement de l'Etat plus fort sur les processus reproductifs s'accompagne d'un changement des formes de régulation de la naissance et de l'accouchement, qui ne se situe pas seulement dans la médicalisation mais aussi dans des processus qu'on appellera de "sanitarisation". Selon Hislop et Arber (2003), la médicalisation fait référence aux formes de compréhension des phénomènes à partir du registre de la maladie et de la technologie, alors que la sanitarisaiton mobilise les registres du bien-être psychique et physique pour expliquer des situations et des phénomènes physiologiques.

Sanitarisation des corps



File d'attente lors du changement Oportunidades vers Prospera, Mai 2015

Effets de la régulation :

- ⌘ Assignation à la maternité
- ⌘ Individualisation des expériences
- ⌘ Redressement moral
- ⌘ Inclusion sanitaire des femmes → des bonnes (mères)citoyennes

L'assignation à la maternité :

Nous appelons l'assignation à la maternité (Faya Robles, 2011, 2013), la vitesse avec laquelle le dispositif de santé « apprend » les grossesses, et les inscrit dans les circuits formels de la santé publique, notamment dans le cadre des consultations prénatales et du Réseau Cigogne.

Le programme « Cigogne », qui normalement prend en charge depuis le pré au post-accouchement, se concentre surtout sur un contrôle plus serré des femmes enceintes par une extension des soins prénataux. L'une des prérogatives de ces actions est une surveillance méticuleuse - menée par des infirmières et des Agents Communautaires de Santé – pour l'inscription rapide aux consultations prénatales des femmes enceintes du territoire. Une infirmière dit: *« Des fois elles arrivent précocement, c'est-à-dire, elles ont eu un retard de deux mois dans leurs règles et elles viennent ; d'autres laissent passer deux ou trois mois avant de dire à l'ACS qu'elle n'a plus ses règles. Vera, une (femme) que nous accompagnons en puériculture, est arrivée maintenant. Cela fait deux mois qu'elle n'a pas eu ses règles. Alors là, j'ai sollicité un (examen) bêta pour voir si on commence le prénatal. Elles ne sont pas désireuses de découvrir très tôt (qu'elles sont enceintes) pour en parler aussitôt, tu comprends ? Mais nous essayons de chercher le plus précocement possible avec les ACS »*

Cette assignation relève aussi de l'appellation elle-même et la re-identification de la femme, comme « maman » ou « petite-maman » (*mãe, maezinha*) par les professionnel.le.s de santé. Cette assignation fonctionne comme une « précaution » envers de potentiels avortements.

L'individualisation des expériences :

La surveillance des femmes lors des soins prénataux, se fait par toute une série de registres dans les unités de base du Programme de Santé de la Famille et du système de surveillance nationale des soins prénatals (Réseau Cigogne). Les femmes se voient attribué une « carte d'identité de la femme enceinte » (et dans le SIS-prénatal) Ainsi, lors d'une réunion avec des femmes enceintes, la première question de l'infirmière est de savoir si les femmes en ont une, et elle rajoute : *« c'est votre passeport [...] Donc pas besoin de marcher avec tous vos documents partout [...] il y a les informations sur les vaccins, les contrôles, les tests [...] »* . La carte d' « identité de femme enceinte » travaille également dans cette logique d'assignation mais en tant que « technologie individualisante » (Rose, 2011, p. 143), puisqu' qu'elle produit des différences avec d'autres personnes. La fonction est de séparer à l'aide de nombreux paramètres d'identification (âge, photo, adresse, etc.) pour certifier ces différences mais surtout elle fonctionne comme un instrument de contrôle (nombre de visites, tests réalisés, etc.) qui met dans une relation asymétrique la femme et l'autorité de celui qui effectue la surveillance (Médecin, professionnels de santé, etc.).

Le redressement moral :

Le programme « Mère Hibou » (Mãe Coruja, version du Mae Cegonha de la ville de Recife cherche à « donner aux femmes enceintes usagères du système de santé publique l'intégralité des soins, ainsi qu'à leurs enfants et leurs familles, en promouvant et en renforçant les liens affectifs ainsi que par la création d'un réseau de soutien dans le but de réduire la mortalité infantile et maternelle » (Propos tirés du site internet du programme : <http://maecorujape.blogspot.com/>)

Dans le cadre de ce programme et dans le Réseau Cegogne la distribution des « albums du bébé » fait partie des nombreuses actions, visant la consolidation « des liens affectifs » dans les familles », notamment entre la mère et l'enfant. L'idée sous-jacente est celle de femmes de milieu populaire qui doivent être corrigées et éduquées dans leurs « affections ».

L'inclusion sanitaire des femmes :

Autrement dit, une certaine « citoyenneté sanitaire », dans le contexte d'États qui sont dans l'incapacité d'assurer complètement leurs prérogatives sociales et en santé, une citoyenneté où on stimule la participation des femmes de milieu populaire à être concernées et s'en occuper de la sphère reproductive, selon de nouvelles modalités, exerçant ainsi de nouvelles formes de subjectivités politiques (être une bonne mère, selon les normes sanitaires) et produisant des nouvelles différenciations des genres introduites par ces politiques.

Conclusion: Apports de la socio-anthropologie



Atelier communautaire sur la SSR, Chiapas



Réunion de femmes- unité de santé Pantanal, Recife

Conclusion:

Nos travaux respectifs ont été réalisés sur de longues périodes (plus d'un an), immergées dans le quotidien des femmes pauvres, vivant en zone rurale ou périurbaine. Cette longue durée permet de créer un lien de confiance, auprès des femmes et du personnel paramédical (sages-femmes traditionnelles, référent.e.s de santé). L'observation-participante, les entretiens qualitatifs et les échanges quotidiens sont des outils indispensables à la production de résultats fiables et utiles pour nos collègues d'ONG sur le terrain.

Dans la mesure du possible, nous profitons de notre présence sur le terrain pour mettre à disposition nos compétences au service des participant.e.s de nos recherches. Par exemple, au Mexique à travers la collaboration avec une ONG locale organisant des ateliers de santé communautaires (El Kotni 2016). Partager nos résultats de recherche ici à Bruxelles avec des collègues de disciplines différentes permet également de croiser les regards sur les multiples formes de la migration et leur impact sur la santé sexuelle et reproductive des femmes pauvres.

Bibliographie:

HISLOP J. et ARBER S., 2003. "Understanding women's sleep management: beyond medicalization-healthicization?", *Sociology of Health & Illness*, Oxford, n. 7, v. 25, p. 815-837.

EL KOTNI M., 2016, *Porque Tienen Mucho Derecho. Parteras, Capacitación, and the Vernaculariation of Human Rights in Chiapas*. Université de l'Etat de New York à Albany, Thèse de doctorat en Anthropologie. Anglais. 295 p.

FAY ROBLES A., 2011, *De la maternité en milieu populaire à Recife : enjeux et arrangements entre dispositifs de régulation et expérience sociale*. Sociologie. Université Toulouse le Mirail - Toulouse II, Thèse de doctorat en sociologie. Français. 605p.

FAYA ROBLES A. , 2013 « Enrôlement sanitaire et subjectivation de la maternité en milieu populaire dans le Nordeste brésilien : le «rôle maternel incarné». *Enfances Familles Générations*, [S.I.], n. 19, avr. 2013. ISSN 1708-6310. Disponible à l'adresse : <http://www.efg.inrs.ca/index.php/EFG/article/view/288>

MOLYNEUX M., 2006, « Mothers at the service of the new poverty agenda: Progres/Oportunidades, Mexico's conditional transfer programme. », *Social Policy & Administration*, 2006, vol. 40, n° 4, p. 425-449.

ROSE, N. 2011 (1996). *Inventando nossos selfs*. RJ: Editora Vozes, Brasil.

SMITH-OKA V., 2013, *Shaping the Motherhood of Indigenous Mexico*, Nashville, Vanderbilt University Press, 264 p.

Zacher Dixon L. 2015, *Obstetrics in a Time of Violence: Mexican Midwives Critique Routine Hospital Practices*. *Medical Anthropology Quarterly* 39(3): 437-454.



MERCI

Mounia El Kotni, melkotni@albany.edu
Alfonsina Faya Robles, afaya@univ-tlse2.fr