

Géographie
et cultures

Géographie et cultures

68 | 2008
Entrechocs culturels

Le corps des femmes, enjeu géopolitique.

Le cas mahorais

Women's body as political issue. The case of Mayotte island

Anne Fournand



Édition électronique

URL : <http://journals.openedition.org/gc/907>

DOI : 10.4000/gc.907

ISSN : 2267-6759

Éditeur

L'Harmattan

Édition imprimée

Date de publication : 10 décembre 2008

Pagination : 63-80

ISBN : 978-2-296-09388-1

ISSN : 1165-0354

Référence électronique

Anne Fournand, « Le corps des femmes, enjeu géopolitique. », *Géographie et cultures* [En ligne], 68 | 2008, mis en ligne le 30 décembre 2012, consulté le 02 mai 2019. URL : <http://journals.openedition.org/gc/907> ; DOI : 10.4000/gc.907

Ce document a été généré automatiquement le 2 mai 2019.

Le corps des femmes, enjeu géopolitique.

Le cas mahorais

Women's body as political issue. The case of Mayotte island

Anne Fournand

- 1 Le corps est-il un espace d'inscriptions sociales, politiques et culturelles ? Peut-on l'envisager comme échelle d'analyse ? Le présent article propose de mener, à partir d'un exemple précis, une réflexion sur ce questionnement qui occupe les géographes féministes anglo-saxons depuis une dizaine d'années. Issues de ce courant, mes recherches de thèse ont pour objectif d'étudier l'évolution des relations des femmes à l'espace pendant leur grossesse et leur accouchement afin de comprendre comment corporéité et spatialité s'articulent. Dans ce cadre, j'ai mené entre avril et juin 2006, une recherche exploratoire sur l'île de Mayotte dont la situation géopolitique d'une grande complexité permet de révéler certains liens entre corps, pouvoir et espace.
- 2 Mayotte est une île de l'archipel des Comores jouissant du statut de « collectivité départementale française ». Son appartenance à la France n'est reconnue ni par l'Union des Comores ni par les institutions internationales. Pourtant, l'île est en train d'acquérir le statut de Département d'Outre Mer (DOM). Ce processus de départementalisation entraîne l'application plus étroite des principes et des lois de la République française. Ainsi, les habitants vivent une situation identitaire complexe, composée d'éléments hérités de la civilisation swahilie, de la religion musulmane et de la culture française. Le vécu de la grossesse et de l'accouchement par les femmes reflète cette complexité.
- 3 En considérant le corps comme échelle de réflexion, il s'agira donc ici de répondre à la question suivante : comment le corps des femmes enceintes habitant Mayotte devient-il un enjeu géopolitique ? En effet, constatant que les femmes n'ont pas le même accès aux soins selon leur statut politique et social, je pose comme hypothèse principale que la prise en charge médicale du corps des femmes par les pouvoirs publics ne se fait pas sans instrumentalisation politique.

- 4 Après avoir exposé les fondements théoriques et méthodologiques de la recherche, j'examinerai le vécu de la grossesse et de l'accouchement à Mayotte, au quotidien et dans toute sa trivialité. Cette posture permettra ensuite de montrer comment ce vécu, dans ce qu'il a de plus intime, est remis en cause par les reconfigurations du système de soin et les enjeux politiques qui y sont associés.

Corps et espace à Mayotte : positionnement théorique, contextuel et méthodologique

Corps, pouvoir et espace

« Le corps humain n'est ni naturel, ni culturel, il est le résultat de l'interaction de sa matière génétique avec un environnement socioculturel qu'il incorpore au fur et à mesure de sa constitution, de ses régulations et de son adaptation, limitée à sa mort, au monde extérieur et à ses représentations du monde. » (Andrieu, 2006).

- 5 Cette définition positionne le corps comme objet pluriel et construit en relation : il est plastique et malléable, susceptible d'être soumis à des ré-inscriptions sociales et politiques. Pour appréhender cet objet en perpétuel mouvement, je me concentrerai ici sur une expérience corporelle spécifique : l'enfantement. En effet, cette expérience met en relief les interrelations entre le corps et l'espace à différents titres. Tout d'abord, c'est un moment particulier, de profonds et rapides bouleversements corporels qui impliquent une transformation des espaces vécus. D'autre part, le moment de la grossesse met en jeu un ensemble de processus qui cristallisent différentes dimensions matérielles et idéelles du corps : les représentations familiales, sociales et institutionnelles. Ainsi, cet événement est à Mayotte de plus en plus pris en charge par l'institution médicale au détriment des espaces privés et familiaux. C'est donc un exemple qui se révèle représentatif des interactions entre corps et espaces.
- 6 L'étude de ces interactions constitue le cœur des préoccupations d'un certain nombre de géographes anglo-saxons :
- « Le corps devient progressivement relationnel et territorialisé de façon spécifique. De même pour le lieu. Les deux sont faits de relations, à l'intérieur et au-delà d'eux-mêmes ; territorialisés par les échelles, les frontières, la géographie, la géopolitique. Corps et lieux sont ainsi produits par certaines inscriptions spatiales et par des relations de pouvoir. » (Nast et Pile, 1998, p. 4).
- 7 Ainsi, « le corps n'est jamais une entité individuelle mais doit toujours être envisagé dans un contexte » (Moss et Dyck, 2002, p. 52). En effet, le corps est inséré dans un environnement matériel et idéal qu'il est nécessaire d'explicitier, c'est pourquoi j'insisterai sur les particularités de la situation mahoraise, des situations individuelles des femmes et de la prise en charge de la grossesse et de l'accouchement.
- 8 D'autre part, il s'agit d'examiner les processus d'inscription identitaire. Ce sont les pratiques discursives et matérielles qui gravent sur le corps une interprétation particulière à la fois idéale et concrète. L'annonce de la grossesse fait par exemple entrer les femmes dans un processus qui les identifie comme future mère et qui implique une prise en charge familiale, sociale et médicale. Mais dans le cas mahorais, cette nouvelle identité est complexifiée par la législation qui inscrit les femmes comme en « situation régulière » ou « en situation irrégulière » au regard de la loi. Ces processus s'incarnent dans des espaces différenciés : « espaces vécus où les corps sont localisés

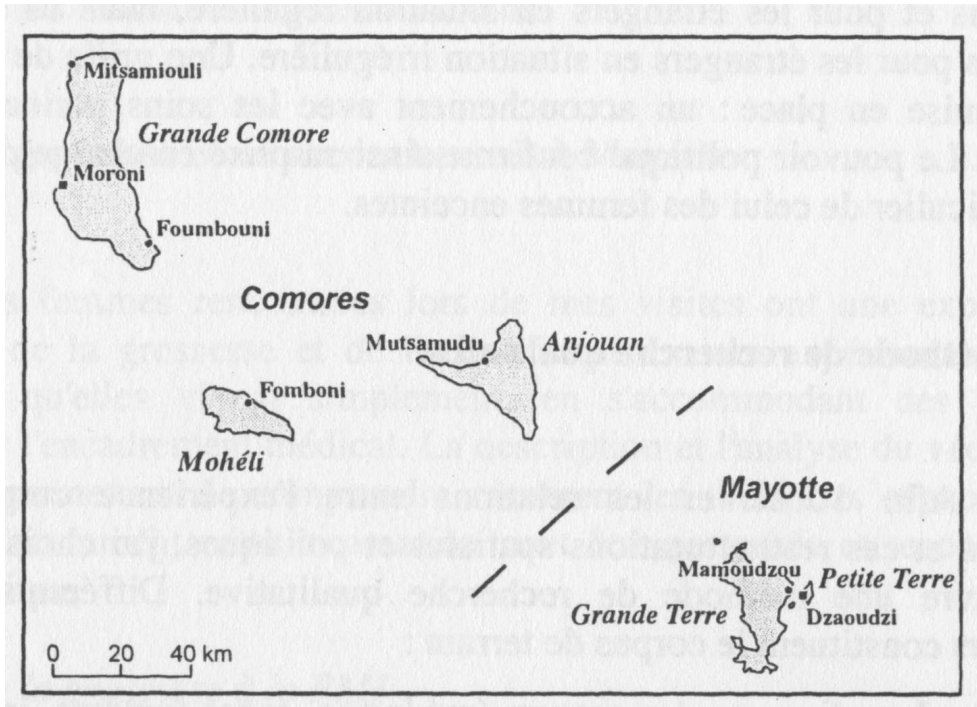
conceptuellement et corporellement, métaphoriquement et concrètement, discursivement et matériellement » (Moss et Dyck, 2002, p. 55).

- 9 Les géographes qui questionnent la problématique du corps et du pouvoir s'appuient bien souvent sur les théories de Michel Foucault (1985). Celui-ci a en effet montré depuis longtemps déjà, qu'avec la logique du « bio-pouvoir », les questions corporelles et sexuelles ne sont pas seulement individuelles mais font aussi l'objet de régulations sociales et politiques. L'État met en place des mécanismes de contrôle prenant en compte le corps, la santé et la régulation globale des populations. J'adhère pleinement à l'approche privilégiée par la théorie féministe contemporaine pour qui « le corps ne constitue pas une position unique, ni une échelle spécifique ; mais il est envisagé comme un concept qui regroupe une multitude de terrains matériels et symboliques, certains situés aux interstices de l'exercice du pouvoir sous diverses formes » (Nelson et Seager, 2005, p. 2). Je me concentrerai ici sur le pouvoir¹ étatique et administratif essentiellement à l'œuvre dans les institutions médicales. Celui-ci se développe de façon centralisée dans les structures hospitalières et départementalisées de proximité.
- 10 À Mayotte, la restructuration du système de santé et le renforcement de la lutte contre les migrations illustrent en effet parfaitement l'intensification du bio-pouvoir. L'État français met en place un contrôle toujours plus rigoureux et normé des corps. Ainsi, le pouvoir médical s'impose peu à peu et les femmes sont aujourd'hui convaincues de la nécessité d'aller à l'hôpital pour accoucher.

Présentation du contexte mahorais

- 11 Pour bien comprendre les contraintes politiques mahoraises et le contexte de la construction sociale des corps, il paraît utile d'effectuer ici un bref détour historique. Mayotte appartient à l'archipel des Comores, entre la côte africaine du Mozambique et Madagascar (Figure 1). Elle est composée de deux îles principales : Grande Terre et Petite Terre. Ces îles appartiennent à l'aire swahilie qui met en contact au Moyen Âge les civilisations bantoue, nilotique, indienne, malaise et arabo-persane. Si la religion musulmane constitue le lien socioculturel, elle n'efface pas les cultes africains animistes, objets de nombreux rites et pratiques. La présence française et européenne commence dans cette région aux XVII^e et XVIII^e siècles.

Figure 1 : Situation de Mayotte



- 12 En 1975, alors que les autres îles comoriennes accèdent à l'indépendance, Mayotte « choisit » de rester française, créant un véritable « micmac constitutionnel » (Caminade, 2003). Ce choix a valu à la France de nombreuses condamnations par l'ONU en raison du non-respect de l'intangibilité des frontières coloniales. L'Union africaine ne le reconnaît pas non plus ; quant au drapeau des Comores, il contient une étoile pour Mayotte. Cette dernière devient donc collectivité territoriale, un statut provisoire. Grande-Comore, Anjouan et Mohéli sont ainsi séparées de Mayotte par une frontière politique, mais les liens restent étroits et les échanges nombreux.
- 13 Depuis une dizaine d'années, il a été décidé que l'île deviendra département, elle doit donc appliquer plus étroitement les lois et règles de la République française. Ainsi, en 1995, le gouvernement Balladur institue un visa d'entrée à Mayotte pour les Comoriens. La longue tradition de liberté de circulation des personnes entre les îles se trouve ainsi compromise. Les Comoriens sans visa valide deviennent des clandestins à Mayotte. Le 11 juillet 2001, Mayotte acquiert le statut de collectivité départementale dont l'assemblée assure l'exercice du pouvoir exécutif. La départementalisation touche tous les secteurs de la société et de l'économie. Elle affecte ainsi la santé avec la mise en place au 1^{er} avril 2005 de la Sécurité sociale. Jusqu'à cette date très récente, les soins étaient gratuits pour tous, quel que soit le statut politique et social du patient ou les raisons de sa présence à Mayotte. Depuis lors, les soins restent gratuits pour les Français et pour les étrangers en situation régulière, mais ils deviennent payants pour les étrangers en situation irrégulière. Une grille de tarification a été mise en place : un accouchement avec les soins périnataux coûte 300 €. Le pouvoir politique confirme ainsi sa prise en charge du corps, et en particulier de celui des femmes enceintes.

Une méthode de recherche qualitative

- 14 Afin d'observer les relations entre l'expérience corporelle des femmes et ces restructurations spatiales et politiques, j'ai choisi de mettre en œuvre une méthode de recherche qualitative. Différents types de discours constituent le corpus de terrain :
- 15 - Les discours des acteurs (médecins, sages-femmes, infirmiers et assistantes sociales) permettent d'analyser les processus de reconfiguration du système de soins et les choix politiques mis en œuvre.
- 16 - Le second volet de ce travail a consisté à visiter des centres de protection maternelle et infantile (PMI) lors de consultations périnatales. J'ai ainsi pu conduire des entretiens avec vingt-six femmes dans cinq dispensaires répartis dans les quatre secteurs de soins de l'île : Jacaranda (à Mamoudzou) et Koungou en milieu urbain, Dzoumogné (Figure 2), Boueni et Chiconi à la campagne. Accompagnée d'une traductrice (75 % des résidents ne s'expriment pas en français), j'ai interrogé les femmes sur leur parcours de vie, leur quotidien et le vécu de leur grossesse et/ou de leur(s) accouchement(s).
- 17 L'échantillon ainsi recueilli correspond aux statistiques présentées par l'INSEE à la suite du recensement de 2004. Les naissances sont très nombreuses à Mayotte : 7 452 bébés ont vu le jour cette année-là. Le taux de natalité s'élève à 38,7 ‰. Le taux de fécondité est de 4,5 enfants par femme. L'âge moyen des mères est de 26,3 ans (29,6 ans en métropole), s'échelonnant de 11 à 54 ans. Au sein de l'échantillon, celle qui a la plus grande famille a déjà huit enfants. Seulement six d'entre elles sont mahoraises, la grande majorité venant des îles des Comores proches (selon l'INSEE, plus de 55 000 étrangers vivent à Mayotte, soit une personne sur trois et 96 % d'entre eux sont Comoriens). Ces femmes ont un vécu de la grossesse et de l'accouchement commun, mais leur statut politique et social différencie les modalités d'accès aux soins.

Vivre une grossesse et un accouchement à Mayotte

- 18 Les femmes rencontrées lors de mes visites ont une expérience commune de la grossesse et de l'accouchement ; une expérience intime, corporelle qu'elles vivent simplement, en s'accommodant des repères donnés par l'encadrement médical. La description et l'analyse du vécu de la grossesse permettent de comprendre comment les différents espaces sont incarnés et comment cette incarnation peut être perturbée et reconfigurée par le politique.

Le suivi de la grossesse à la PMI

- 19 Si sa grossesse se passe bien, la future maman bénéficiera du suivi à la PMI qui dépend de la collectivité départementale de Mayotte. Elle est gratuite, tout le monde peut donc y accéder, avec ou sans Sécurité sociale (Photo 1). Le partage des pouvoirs entre collectivité territoriale et État implique une répartition des types de soins selon les institutions. Ainsi, la PMI est chargée du suivi des femmes enceintes, de la planification familiale et des interruptions volontaires de grossesse. Sa mission est surtout la prévention et le dépistage, elle n'assure pas de permanence des soins. Elle a une fonction médicosociale importante en termes de repérage des situations de précarité et de suivi des personnes les

plus vulnérables. Pour la grossesse et la naissance, la PMI assure le suivi mensuel des grossesses physiologiques et pratique l'échographie de datation. Le centre hospitalier mahorais (CHM) est chargé des deux échographies suivantes et du suivi des grossesses pathologiques (diabète, tension). En cas de troubles moins graves, la PMI assure les soins avec l'aide technique de l'hôpital.

- 20 La grossesse est vécue par les habitantes de l'île comme un événement normal de la vie. Leur rythme de vie ne change pas pendant cette période et elles n'adaptent pas leur quotidien : « personne n'est là pour faire le travail à ma place ! », déclare l'une d'entre elles. La grossesse est un état « naturel » qui ne nécessite ni soins ni repos particuliers, seulement quelques massages lorsque le bébé est descendu ou mal placé. La plupart des futures mamans sont satisfaites d'être enceintes et aiment bien cet état. Les problèmes mentionnés sont liés aux nausées et à la fatigue des trois premiers mois. Les difficultés économiques et sociales ne sont jamais évoquées et la naissance d'un enfant est un événement heureux. Seules deux mamans regrettent leur grossesse pour des raisons de planification familiale : « Je n'aime pas être enceinte car je ne veux plus d'enfants, cinq ça suffit, ça donne beaucoup de travail. »

Photo 1 : file d'attente au dispensaire de Koungou



- 21 Les femmes apprécient les soins qu'elles reçoivent à la PMI : « Je suis contente des soins, les médecins me parlent bien ». Elles sont très sensibles à la qualité du dialogue avec le personnel soignant. L'une d'entre elles se plaint : « Je suis contente des soins sauf à M' Ramadoudou, le gynécologue ou le radiologue est trop sévère, il n'explique rien quand il fait l'échographie, il ne prend pas le temps de parler ».
- 22 Elles attendent avec impatience la première échographie pour connaître le sexe du bébé. Une sage-femme m'explique que c'est un examen que les femmes ne ratent pas³, mais

elles ne peuvent préciser si c'est pour voir le bébé ou pour le plaisir de profiter de la « modernité ». Certaines sont rassurées sur la santé du bébé : « J'aime bien car j'ai vu mon bébé, je sais que je vais avoir un bébé et pas un animal ! » Quelques-unes pourtant sont moins enthousiastes et viennent par obligation, elles ne reconnaissent pas le fœtus sur l'image. Les échographes sont de toute façon débordés et n'ont pas les moyens matériels et temporels de donner beaucoup d'explications aux futures mamans.

- 23 La grossesse à Mayotte est donc un événement du quotidien ponctué par quelques visites médicales qui commencent relativement tard : « les visites au premier trimestre sont très rares, elles attendent que le bébé bouge pour venir, au cinquième mois. Parfois au sixième ou septième, la grossesse est naturelle » témoigne la sage-femme de Chiconi. La médicalisation de la grossesse n'est pas encore ici complètement réalisée et certaines femmes échappent à la surveillance de leur corps.

L'accouchement et le retour à la maison

- 24 L'accouchement a lieu à la maternité rurale ou à l'antenne hospitalière la plus proche, selon des principes qui se rapprochent des normes occidentales. Il se déroule sous la responsabilité des sages-femmes, sans possibilité de péridurale. En cas de problème, un transfert vers l'hôpital de Mamoudzou est organisé. Ce déplacement est redouté par la plupart des femmes qui ont peur de la césarienne. D'après les sages-femmes, les mamans vivent comme un échec personnel de ne pas pouvoir donner naissance à leur enfant normalement. Si la césarienne est prévue, les femmes ne viennent pas au rendez-vous. Elles préfèrent attendre chez elles le déclenchement du travail, pour essayer quand même d'accoucher « normalement », ce qui présente des risques et complique considérablement la naissance. Une forte incompréhension règne autour de ce geste technique. On touche ici encore aux limites de la médicalisation de la naissance à Mayotte. Lorsque le geste médical se fait intrusif et que les limites corporelles sont transgressées trop violemment par le scalpel du chirurgien, il peut être refusé par les mamans qui n'accordent pas encore assez de confiance au médecin pour surmonter leur peur.
- 25 La place du mari pendant cet événement semble encore marginale et l'accouchement reste à Mayotte une « affaire de femmes »⁴. Les mamans sont en effet généralement accompagnées par une femme de leur famille : sœur, mère, belle-mère ou tante. Quatre femmes seulement sont accompagnées de leur mari et deux d'entre-elles ont vu son entrée refusée dans la salle d'accouchement :
- « L'accouchement s'est bien passé à Mamoudzou. Mon mari voulait entrer dans la salle d'accouchement, mais les médecins ont refusé. Il y avait une sage-femme mahoraise, ce qui m'a rassurée. »
- 26 Cet extrait montre une fois de plus que les habitudes occidentales sont en cours d'appropriation par les Mahorais : les sages-femmes locales ne sont encore pas tout à fait prêtes à laisser un homme (autre que le gynécologue) participer à cet événement. D'autre part, la parturiente a besoin de la présence d'une Mahoraise à ses côtés pour mieux accepter le fonctionnement de l'institution médicale et la prise en charge de son corps par celle-ci.
- 27 Les femmes restent très peu de temps à la maternité, au maximum deux jours, avant de rentrer chez elles où elles sont bien entourées. Elles sont alors en mesure de respecter les traditions mahoraises. De retour à la maison, le placenta, qui doit être entier, est enterré sur la terre familiale, puis la jeune maman ne doit traditionnellement plus sortir de la

maison et se reposer pendant quarante jours. Une personne de la famille est chargée de s'occuper de la maison à sa place. Pendant ce temps, la jeune maman se repose, se nourrit selon les conseils des anciens, boit des tisanes et prend des bains aux plantes traditionnelles pour aider la cicatrisation du vagin. Elle se fait masser et est très entourée. Elle se consacre uniquement à l'allaitement de son bébé.

- 28 L'allaitement est également un geste qui ne pose pas de question et dont les sages-femmes n'ont quasiment pas à s'occuper. Toutes les mamans rencontrées nourrissent leurs enfants au sein, même celle qui a mis au monde des jumelles. Les suites de couches ne sont donc que très peu encadrées par l'institution médicale et le corps des femmes est à nouveau pris en charge par les structures sociales traditionnelles.

Quatre itinéraires liés au statut politique et social des femmes

- 29 Si le vécu de la grossesse et de l'accouchement présenté ici est commun à l'ensemble des femmes rencontrées, je peux néanmoins dégager quatre profils-types qui complexifient cette description. Leur statut social et politique détermine en effet leurs possibilités d'accès aux soins.
- 30 Le premier type de femme (profil A) représente cinq personnes de l'échantillon. Elles sont mahoraises ou en situation régulière à Mayotte. De condition modeste, elles vivent néanmoins dans une situation confortable. Elles habitent des maisons traditionnelles, en briques répondant à certains critères de modernité (eau courante, électricité, téléphone). Elles bénéficient de la Sécurité sociale. Les soins et les médicaments sont donc gratuits pour elles et elles acceptent bien la prise en charge de leur corps par l'institution médicale dont elles maîtrisent les codes et les normes.
- 31 Le deuxième profil de femmes (profil B) correspond à celles qui sont arrivées depuis longtemps à Mayotte, soit de façon légale avant 1995 pour quatre d'entre elles, soit entre 1995 et 2000 pour quatre autres. Elles sont venues d'Anjouan, Grande Comores ou Mohéli. Elles sont en situation irrégulière et connaissent une pression de plus en plus forte sur leur statut. Malgré des conditions de vie difficiles dans une maison de tôle⁵, elles préfèrent rester à Mayotte. Les raisons qu'elles évoquent pour justifier de leur présence sont essentiellement économiques : la pauvreté les a fait fuir leur île où elles préféreraient vivre avec leur famille. La seconde raison donnée est celle du système médical qui, même payant, reste plus abordable que dans leur pays, les médicaments sont également beaucoup plus accessibles. Ces femmes adhèrent donc au suivi médical de leur grossesse et de leur accouchement et se battent pour continuer à en bénéficier.
- 32 Le troisième itinéraire (profil C) représente les onze femmes arrivées récemment à Mayotte, après 2000. Par exemple, Naslatie qui vit dans une maison de tôles, est arrivée d'Anjouan pendant sa grossesse. Elle a entrepris un voyage très dangereux, en barque (appelée *kwassa-kwassa*), pour avoir la chance d'accoucher à Mayotte. Selon une sage-femme, ces femmes viennent, commencent un suivi médical, se font renvoyer puis reviennent encore une fois pour accoucher. Cela provoque une interruption du suivi de la grossesse. L'institution refuse ici de prendre en charge leur corps ainsi que celui de l'enfant à naître et tente de le refouler au large.
- 33 Le dernier profil (profil D) ne fait pas partie des femmes interviewées, mais est très répandu dans le milieu *M'Zungu* (personne blanche ou occidentalisée). C'est celui des cadres et fonctionnaires venus de l'île de la Réunion ou de métropole à la faveur d'une

mutation professionnelle. Ces femmes sont suivies pour leur grossesse par un gynécologue libéral et les échographies sont pratiquées au cabinet privé de radiologie à Mamoudzou. Elles prévoient en général de rentrer à la Réunion ou en France métropolitaine pour accoucher, afin d'être entourées de leur famille, mais aussi et surtout parce que la maternité de Mamoudzou n'a pas très bonne réputation et que l'on ne peut pas y bénéficier de la péridurale. Ces femmes n'ont donc pas l'expérience de la grossesse et de la naissance décrite plus haut, mais leur situation montre que ce système médical si recherché par les Comoriennes, est rejeté par les *M'Zungus*.

- 34 La grossesse est la cause de différentes stratégies de mobilité liées au statut politique, économique et social des femmes. Ainsi, les Comoriennes cherchent à tous prix à accoucher à Mayotte alors que les *M'Zungus* souhaitent y échapper. Quant aux Mahoraises, leur mobilité est perturbée au niveau local par la centralisation des soins. Ces quatre profils construits à partir de l'ensemble des témoignages montrent ainsi que les enjeux géopolitiques s'incarnent dans le vécu de la grossesse et de la naissance.

L'instrumentalisation politique des corps

- 35 Cette expérience corporelle de la grossesse est remise en cause par la politique d'intégration de l'île au territoire national (acquisition du statut de DOM). L'accès aux soins est devenu un moyen de légitimer la présence française à Mayotte, de construire la frontière franco-comorienne et de lutter contre l'immigration devenue clandestine. Le corps des femmes enceintes devient alors un enjeu géopolitique à différentes échelles. Ces processus s'inscrivent sur le corps des femmes de façon différenciée selon leur statut sur l'île.

Le corps des femmes, enjeu local

- 36 Pour les femmes correspondant aux profils A, B et C, l'accès local aux soins est perturbé par la centralisation du système hospitalier. Cette reconfiguration permet un contrôle plus serré des naissances en normalisant davantage les pratiques de l'accouchement. Le CHM connaît en effet de profondes mutations spatiales et structurelles. Ainsi la presse locale signalait le 11 avril 2006 :

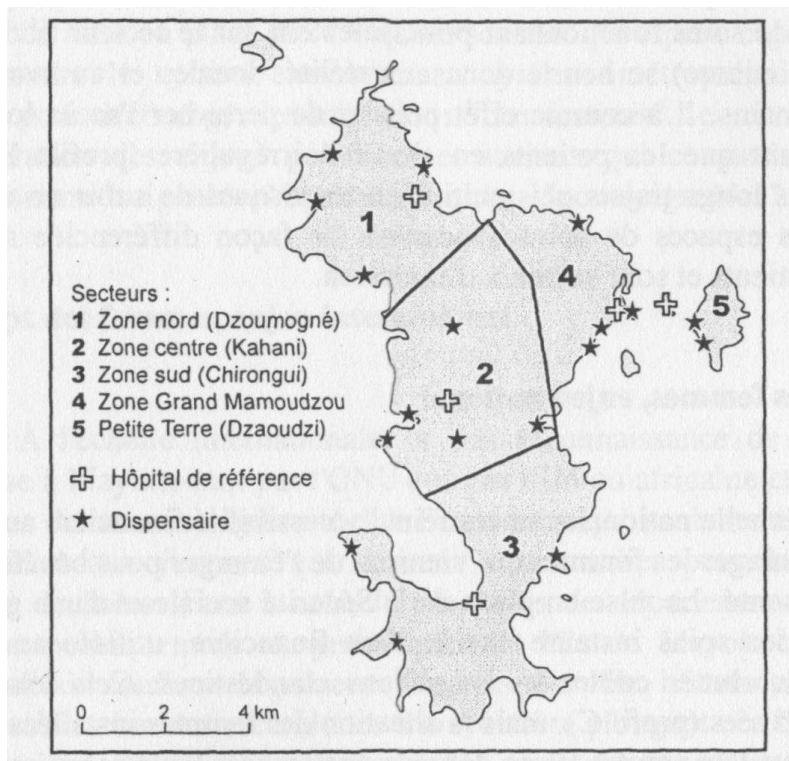
« Les dispensaires sont donc voués à disparaître dans les prochaines années et remplacés par les professions libérales afin de normaliser le service médical à Mayotte comme en France ou dans les autres DOM-TOM. » (MAE, 2006).

- 37 Le CHM est géré par l'Agence régionale de l'hospitalisation Réunion-Mayotte (ARH). Il est organisé autour de l'hôpital de Mamoudzou et de ses antennes, dix-sept dispensaires où sont assurées les consultations. Les maternités qui assurent les accouchements et le suivi des grossesses pathologiques dépendent du CHM. Jusqu'à récemment, il y avait onze maternités rurales plus celles de Mamoudzou et de Dzaoudzi. Ces établissements ont été progressivement fermés et groupés en cinq secteurs autour des hôpitaux de référence qui incluent les maternités (Figure 2).
- 38 L'hôpital de M'Ramadoudou est une de ces antennes hospitalières flambant neuves créées dans le cadre de la restructuration du système de soins. Si les locaux sont très accueillants, l'ouverture de ces centres ne va pas sans poser de questions. En effet, comme l'expliquent des infirmières et sages-femmes, elle s'accompagne de la fermeture totale ou partielle des dispensaires de proximité. Ceci pose des problèmes d'accessibilité aux

patients souvent très modestes qui ne peuvent pas toujours payer un taxi⁶ pour aller se faire soigner et qui n'ont plus que le recours à la marche.

Figure 2 : Carte des zones de dessertes hospitalières

Source : ARH, 2006



- 39 Cette centralisation est donc mal comprise par la population, d'autant que l'hôpital n'apporte pas un service de meilleure qualité que le dispensaire.
- 40 La maternité fonctionne comme une maison de naissance. Si elle est conçue pour accueillir une salle d'anesthésie et un bloc opératoire, c'est le personnel qui manque : ni chirurgien, ni anesthésiste et pas de médecin permanent non plus. Elle ne peut donc recevoir que les grossesses physiologiques. La principale différence avec l'accouchement dans les maternités rurales, c'est que les normes y sont plus strictes. Les mamans ne peuvent plus, comme dans les établissements ruraux, recevoir de visites non surveillées et apporter de la nourriture dans leur chambre. Elles sortent donc de la maternité pour manger et voir leur famille et amis.
- 41 La politique de centralisation et la volonté de construire à Mayotte un système de soins fonctionnant principalement sur le secteur libéral (qui n'existe pas encore) se heurte donc aux réalités locales et au manque de moyens humains. Il a comme effet premier de perturber l'accès local aux soins, d'autant que les patients en situation irrégulière (profils B et C) redoutent les longs trajets qui multiplient les risques de subir un contrôle policier. Les espaces de soins s'incarnent de façon différenciée selon le statut des patients et sont vecteurs d'exclusion.

Le corps des femmes, enjeu national

- 42 À l'échelle nationale, on restreint l'accessibilité financière aux soins afin de décourager les femmes qui viennent de l'étranger pour bénéficier du système de santé. La mise en place de la Sécurité sociale et d'une grille de tarification des soins instaure une barrière financière, utilisée au niveau politique pour lutter contre les migrations clandestines. Cela touche les nouvelles arrivées (profil C), mais la situation des femmes installées depuis longtemps sur l'île (profil B) se dégrade également. Leur corps est peu à peu rejeté par l'institution.
- 43 En effet, selon un rapport de Médecins du monde (Maillot et Portier, 2006) et selon les propos qui m'ont été tenus, on note de graves difficultés pour les personnes en situation irrégulière. Le paiement des consultations pose problème. Quatre mamans avouent ne pas savoir comment elles vont financer leur accouchement. Cette crainte est amplifiée par des pratiques de blocages administratifs à l'entrée de l'hôpital bien que les femmes aient droit au suivi de leur grossesse en toutes circonstances. En effet, pour ne pas se voir accusée de non assistance à personne en danger, l'ARH a mis en place un dispositif d'accès aux soins des personnes non affiliées présentant une affection grave et durable. Pourtant, les femmes sont découragées par les démarches administratives à l'entrée de l'hôpital où on leur demande leurs papiers, où on leur parle d'argent... Certaines affirment qu'un chantage à l'extrait d'acte de naissance est pratiqué : elles n'obtiendront ce document qu'en échange des 300 €. L'une des femmes rencontrée a dû signer une promesse de remboursement pour obtenir l'extrait d'acte de naissance de son enfant. Ceci est illégal et réfuté par la direction de l'hôpital, mais des débordements semblent bien avoir eu lieu puisqu'un infirmier m'a montré une lettre émanant de l'ARH qui demandait aux personnels administratifs de mettre fin à ces agissements.
- 44 La mise en place de la Sécurité sociale, qui a pour objectif de faire correspondre le système mahorais au système métropolitain, est ainsi utilisée pour décourager les migrations « clandestines ». Ici, on observe une incorporation des enjeux politiques et sociaux qui construisent certains corps comme « soignables » et d'autres comme « non-soignables ».

Le corps des femmes, enjeu international

- 45 À l'échelle internationale, la non reconnaissance de la présence française à Mayotte tant par l'ONU que par l'Union africaine et l'Union des Comores donne une légitimité aux Comoriens qui souhaitent s'installer à Mayotte et aux femmes qui désirent y accoucher pour bénéficier du système de soins. Face à cela, le processus de départementalisation, en intégrant politiquement et symboliquement l'île de Mayotte au territoire métropolitain confirme la présence française sur l'île. L'instauration du visa et l'intensification des reconduites à la frontière plongent ces Comoriennes dans la clandestinité et aboutissent à des pratiques dangereuses telles que les traversées en *kwassa kwassa* dans lesquels se trouve une forte proportion de femmes enceintes (profil C).
- 46 Depuis son indépendance, l'Union des Comores a vu sa situation socio-économique se dégrader « aboutissant aujourd'hui à un état de pauvreté absolue ». Alors que celle de Mayotte est « autrement plus confortable » (Houillon, 2005). Ce contexte génère de

profondes inégalités et Mayotte apparaît comme un eldorado pour les îles avoisinantes, créant des courants de migrations clandestines très importants. Embarqués sur des *kwassa kwassa*, les voyageurs risquent leur vie pour atteindre les côtes mahoraises. « Les clandestins sont en quête de travail, de soins médicaux ou de service de maternité pour que leur enfant jouisse, peut-être un jour, du *droit du sol* qui ne peut cependant fonctionner que de manière très contraignante. Le tiers des bébés nés en 2004, par exemple, l'étaient de mères clandestines. Et le nombre d'actes de reconnaissance de paternité permettant aux enfants d'acquérir immédiatement la nationalité française est passé de 882 en 2001 à 4 146 en 2005. » (De Lansalut, 2006). Seule une femme parmi toutes celles que j'ai rencontrées me fait part de son envie de devenir française et de partir plus tard pour la métropole. Or, comme on le voit dans cette citation de De Lansalut, c'est la raison donnée par les médias et les personnalités politiques comme étant la motivation principale des migrants. Ainsi, le ministre de l'Outre-Mer, F. Barouin a proposé le 9 février 2006 au Comité interministériel contre l'immigration clandestine, des mesures spécifiques à Mayotte qui limitent les droits en matière de reconnaissance de paternité (ministère de l'Outre-mer, 2006).

- 47 Les contrôles inopinés des officiers de police judiciaire ont largement été intensifiés pour reconduire les clandestins à la frontière. Les femmes enceintes en situation irrégulière en ont peur. Elles limitent leurs déplacements. Lorsqu'elles savent qu'il y a un barrage de police sur la route, elles ne vont pas à leur consultation de grossesse. Dans le même ordre d'idée, lors de mon arrivée à la PMI de Chiconi, aucune maman n'était présente à la consultation. La sage-femme m'explique que cette PMI ne reçoit plus que des personnes en situation régulière (donc peu nombreuses) car l'année précédente il y a eu de nombreux contrôles policiers. Les familles sont donc allées s'installer dans le centre de l'île où la surveillance est réputée moins forte. Le suivi de grossesse peut donc être interrompu par les reconduites aux frontières ou par la peur des contrôles de police. L'accessibilité aux soins et le vécu de la grossesse sont donc perturbés par la construction politique de la frontière franco-comorienne.
- 48 Parmi les profils-types décrits plus haut, il apparaît donc que le vécu de la grossesse de toutes les habitantes de Mayotte (sauf des *M'Zungus*) est modifié par la mise en place du statut de DOM, mais les femmes jouissant de la nationalité française (profil A) ne voient leurs pratiques transformées qu'au niveau de l'accessibilité locale aux soins et de l'occidentalisation des pratiques corporelles. Les femmes en situation irrégulière à Mayotte (profil B) cumulent cet inconvénient avec l'obligation nouvelle de payer les soins dont elles bénéficient. Enfin, les femmes arrivées depuis peu sur l'île, qui connaissent la plus grande pauvreté (profil C), doivent franchir toutes les barrières d'accès aux soins tout en échappant aux contrôles de police pour ne pas se faire renvoyer dans leur pays et voir ainsi le suivi médical de leur grossesse compromis. Les territorialités et la frontière en construction s'inscrivent donc dans le corps des femmes enceintes de Mayotte.
- 49 La description de la grossesse et de l'accouchement à Mayotte m'a permis de montrer que les femmes, quelle que soit leur situation personnelle, partagent cette même expérience corporelle avec les mêmes enthousiasmes et les mêmes doutes face au système occidental qui médicalise des gestes jusque-là construits comme naturels. Dans ce contexte, la situation néocoloniale de l'île, avec la transformation en DOM et les décisions politiques qui y sont associées, construit une frontière entre les Comoriennes et les Mahoraises. Cette frontière s'incarne dans le corps des femmes en différenciant leur expérience intime de la grossesse et en remettant en cause, pour certaines, leur légitimité à

accoucher là. Le fait géopolitique devient corporel au sens où il perturbe l'accès aux soins et compromet la possibilité de mener une grossesse à terme dans de bonnes conditions de sécurité.

- 50 Cet exemple mahorais révèle la complexité des connexions entre espace, pouvoir et corps à diverses échelles. Le regard du géographe, qui s'est longtemps détourné de la question du corps, trouve ici une grille d'analyse qui permet de questionner la problématique de l'espace et du pouvoir sous un angle nouveau. Cette position épistémologique est porteuse d'un projet pour l'ensemble de la discipline : promouvoir un savoir incarné, une « géographie incarnée ».

BIBLIOGRAPHIE

Tous mes remerciements, pour leur soutien et leurs relectures, à Irène Hirt, Emmanuelle Petit et Jean-François Staszak.

ANDRIEU, B., 2006, «Corps», dans B. Andrieu (dir.), *Le dictionnaire du corps en sciences humaines et sociales*, Paris, CNRS Éditions, p. 103-104.

CAMINADE, P., 2003, *Comores-Mayotte : une histoire néocoloniale*, Marseille, Agone.

DANIEL, A., 2005, «Mayotte : une nouvelle planification sanitaire en marche : mise en service de l'hôpital sud de M'Ramadoudou», *La lettre de l'hospitalisation* n° 2, ARH, avril, p. 4.

DE LANSALUT, G., 2006, *Mayotte attire trop de clandestins*, www.rfi.fr/actufr/articles/074/article_41646.asp.

FOUCAULT, M., 1985, *Histoire de la sexualité*, Paris, PUF.

HOUILLON, D., 2005, «Médecine maritime et secours en mer dans les Territoires et Départements français de l'océan Indien : Les naufragées des kwassa-kwassa», *Mémoire de Diplôme universitaire de médecine maritime*, Faculté de Brest, non publié.

INSEE, 2006, «Fécondité et mortalité à Mayotte en 2004», *INSEE INFOS*, n° 24, Mayotte.

KOFMAN, E., 2005, «Feminist political geographies», dans L. Nelson et J. Seager (dir.), *A Companion to feminist geography*, Oxford, Blackwell, p. 519-533.

LONGHURST, R., 2001, *Bodies - exploring fluid boundaries*, Londres et New York, Routledge.

MAILLOT, M. et G. PORTIER, 2006, *Rapport de Médecins du monde : les difficultés d'accès aux soins à Mayotte*,

www.medecinsdumonde.org/publications/rapports/rapport_mayotte_2006/file.

MAE, M., 2006, «Remplacer les dispensaires par les professions libérales d'ici 30 ans», *Le Mahorais*, n° 90, 11 avril, p. 8.

MERMET, D., 2006, «Mayotte, le confetti explosif», dans *Là-bas si j'y suis*, émissions de radio, France Inter, 9 au 18 janvier.

MINISTÈRE DE L'OUTRE-MER, 2006, *Immigration clandestine : mesures spécifiques à l'Outre-Mer*, www.latribune.fr.

MOSS, P. et I. DYCK, 2002, *Women, body, illness - Space and identity in the everyday lives of women with chronic illness*, Oxford, Rowman et Littlefield publishers, New York, Lanham, Boulder.

NAST, H. J. et S. PILE (dir.), 1998, *Place through the body*, Londres, New York, Routledge.

NELSON, L. et J. SEAGER (dir.), 2005, *A companion to feminist geography*, Oxford, Blackwell.

RADIO FRANCE OUTRE-MER, 2005, *Archipel*, Télé Réunion, émission diffusée le 19/04/06.

NOTES

1. Pour les besoins de la problématique, j'exclurai de mon analyse les autres types de pouvoirs dont le corps des femmes est l'enjeu : familiaux, sexuels, religieux, etc.
2. Le salaire moyen mahorais est de 3 € de l'heure.
3. En effet, seule une femme de l'échantillon n'a pas eu d'échographie pendant sa grossesse.
4. Les visites de grossesse sont également exclusivement fréquentées par les femmes, aucun futur papa n'est présent.
5. Il y a de nombreux bidonvilles à Mayotte.
6. Mayotte ne dispose pas de transports en commun, le réseau est constitué de taxis et taxis-brousses, la course coûtant 1 à 2,5 € selon les distances.

RÉSUMÉS

Cet article propose d'examiner les relations entre l'espace, le pouvoir et le corps. Il s'agit en effet d'utiliser le riche apport théorique des géographes féministes anglo-saxons pour analyser le cas du vécu de la grossesse et de l'accouchement à Mayotte. La situation très complexe de l'île permet de révéler comment tant la reconfiguration du système de santé que les enjeux politiques locaux, nationaux et internationaux s'inscrivent dans le corps des femmes. Cette inscription se réalisant de manière différenciée selon le statut individuel de chaque femme.

This article examines the relation between space, power and the body, using the rich theoretical contribution of the feminist geographers to analyse the experience of pregnancy and birth in Mayotte. The extremely complex situation of the island enables us to reveal the local, national and international political implications which embody the woman. This registration happens in many different ways depending of the status of the individual woman.

INDEX

Mots-clés : corps, grossesse, accouchement, système médical, pouvoir

Keywords : body, pregnancy, childbirth, medical system, power

Index géographique : Mayotte

AUTEUR

ANNE FOURNAND

Université de Genève, Suisse

anne.fournand@unige.fr