

## SANTE MATERNELLE ET RISQUE D'INFECTION PAR LE VIH. L'EXEMPLE DE KISUMU (OUEST DU KENYA)

Marc-Eric Gruénais\* et Carolyne W. Njue\*\*

Dans les structures de soins, la prise de conscience du risque de l'infection par le VIH chez les femmes enceintes en Afrique devrait être particulièrement aiguë pour plusieurs raisons. S'il est peu probable que l'utilisation des antirétroviraux se généralise à court terme pour le traitement de toute personne infectée, en revanche, il semble réaliste d'envisager à brève échéance un recours important à l'AZT pour prévenir les risques de transmission du virus de la mère à l'enfant. Par ailleurs, les femmes enceintes sont depuis toujours un groupe privilégié des dispositifs de surveillance sentinelle des programmes nationaux de lutte contre le sida, et constituent donc une population bien connue pour la mise en place de mesures particulières. Précisons également que, d'une manière générale, les consultations destinées à la mère et à l'enfant représentent souvent la principale charge de travail des structures de soins périphériques en Afrique, les mères formant donc la population la mieux suivie par les structures de soins, et que c'est également à l'occasion de telles consultations que les MST (qui, on le sait, accentue les risques d'infection par le VIH) devraient théoriquement être découvertes. Toutes ces raisons font que les femmes enceintes devraient être considérées comme une cible privilégiée des actions de prévention de l'infection par le VIH.

De plus, prendre en compte le risque d'infection par le VIH dans le cadre de consultations prénatales s'avère évidemment d'autant plus important que l'on se trouve dans une zone à forte prévalence. C'est dans cette perspective notamment que nous nous sommes intéressés à la gestion du risque de l'infection par le VIH dans différentes structures de la municipalité de Kisumu, à l'ouest du Kenya<sup>1</sup>. La question initiale était de savoir si l'importance de la prévalence pouvait amener les personnels de santé, et le système de santé local en général, à considérer le sida comme un risque, et à tenter de diffuser une information particulière pour prévenir l'infection auprès de des femmes enceintes. Nous avons interrogé des infirmières travaillant dans le cadre de services de santé maternelle et infantile (*Mother and Child Health Clinics*) de structures de soins situées à différents niveaux de la pyramide sanitaire (centres de santé, hôpital de district, hôpital provincial), ainsi que des responsables du système de santé provincial (*Provincial et District Medical Officer*, responsables de programmes régionaux de lutte contre les MST/VIH). Les informations dont il est fait état par la suite proviennent d'entretiens et d'observations réalisées au mois d'août 1999 ; il s'agit de la toute première exploitation de données encore préliminaires d'une étude en cours sur la négociation des risques en matière d'accouchement dans la région de Kisumu.

### La ville de Kisumu et son contexte sanitaire

Kisumu, avec 260.000 habitants<sup>2</sup>, constitue la troisième ville du Kenya (après Nairobi et Mombassa). La ville est située à l'extrême ouest du pays, au bord du lac Victoria. Parmi les

---

\* IRD/SHADYC

\*\* (EHESS – Marseille)

<sup>1</sup> Le travail que nous présentons a été réalisé dans le cadre du projet « La négociation des risques. Le cas de la santé sexuelle et reproductive. Approche comparative dans trois systèmes de santé (France, Kenya, Niger) » sous la direction de J.L. Fabiani, M.E. Gruénais, J.P. Olivier de Sardan (Shadyc – Marseille), et soutenu par le programme « Santé et société » du CNRS.

<sup>2</sup> Projection 1999 établie à partir du recensement de 1989, *Kisumu district development plan 1997-2001*, Nairobi, Office of the Vice-President and Ministry of Planning and National Development.

activités les plus rémunératrices et les plus importantes de la ville figurent celles qui tournent autour de la pêche (pêche elle-même, conditionnement et transport du poisson pour l'approvisionnement des grandes villes, voire pour l'exportation)<sup>3</sup>. Mais cette ville est surtout un carrefour : extrémité occidentale de la voie ferrée qui traverse le Kenya depuis Mombassa, elle est aussi le lieu de convergence des routes venant d'Ouganda et de Tanzanie en direction de Nairobi et Mombassa. Aussi, elle constitue souvent une halte obligée des transporteurs sillonnant l'Afrique orientale, et, d'aucuns attribuent l'importance de la prévalence du VIH dans cette ville entre autres à cette caractéristique.

Une récente enquête (1997) réalisée dans la municipalité de Kisumu révèle que plus de 27 % des femmes enceintes à Kisumu sont séropositives ; à l'âge de 15 ans, plus de 6 % des filles seraient déjà infectées, et le taux d'infection s'élève à plus de 70 % chez les prostituées<sup>4</sup>. Kisumu est ainsi la ville la plus touchée par l'épidémie de sida au Kenya, et constitue aussi un des lieux de la plus forte prévalence en Afrique. Cette situation alarmante est bien connue au Kenya ; nombre d'agences de coopération et d'ONG ont développé des programmes de formation et de sensibilisation de la population et des personnels de santé pour lutter contre les MST et le sida dans la région, et Kisumu fait l'objet de très nombreuses enquêtes et projets de mise en place de dispositifs de conseil et de prise en charge des personnes atteintes<sup>5</sup>. Précisons également que la ville de Kisumu est desservie par un nombre conséquent de structures de soins publiques et privées, qui se situent aux différents niveaux de la pyramide sanitaire (centres de santé privés et publics, hôpitaux de district et provincial publics, hôpitaux privés)<sup>6</sup>. Toutes les structures de soins sont approvisionnées en préservatifs mis gracieusement à la disposition des "client(e)s", des séances de planning familial sont régulièrement dispensées par des services qui mettent gratuitement à disposition toutes les méthodes de contraception, et, même si une politique de recouvrement des coûts (*cost sharing*) est officiellement affichée, la modicité des tarifs pratiquée par les structures de soins publiques<sup>7</sup>, voire parfois la gratuité, sont la règle<sup>8</sup> ; aussi l'élément financier n'est sans doute pas en soi un élément limitant l'accessibilité des structures aux femmes enceintes résidant en ville.

Dès lors, on pouvait penser que tant au niveau du système de santé local, que dans la pratique des personnels des différentes structures de soins, le risque d'infection par le VIH serait une préoccupation présente à l'esprit de tout un chacun, et qu'étant donné la couverture sanitaire de la ville, tant par les structures de soins que par les différents projets, l'information relative à la prévention du sida serait largement relayée. En fait si l'ampleur du problème est connue<sup>9</sup>, le sida n'apparaît guère géré comme un risque sanitaire comme le montrent l'observation des relations entre le personnels et les patientes, le fonctionnement du système d'information, et la disjonction complète des secteurs curatifs et préventifs.

---

<sup>3</sup> Le district de Kisumu dans son ensemble, et non seulement la ville de Kisumu, regrouperait 930.000 en 1999, 43 % de la population active travaille dans l'agriculture, 10 % serait employé dans le secteur de la pêche, 20 %, dans le secteur informel ; 16,5 %, dans la fonction publique ou employée dans le secteur privé, 10 % dans le commerce, selon des données de 1994 (*Kisumu district development plan 1997-2001*, op. cit.).

<sup>4</sup> "Différences dans la propagation du VIH dans quatre villes d'Afrique subsaharienne". Résumé de l'étude multi-sites, Lusaka, le 14 septembre 1999 (disponible sur le site <http://www.unaids.org/>).

<sup>5</sup> Fait significatif de la densité d'activités dans ce domaine, certaines organisations, telle la très officielle et très puissante Maendeleo ya Wanawake Organization, spécialisée dans le "*women empowerment*" et dans la formation dans le domaine de la santé de la mère et de l'enfant et du planning familial, n'ont pas jugé nécessaire d'inclure Kisumu dans le cadre de leur programme dans l'ouest du pays, tant cette ville est couverte par des projets d'ONG et d'agences de coopération.

<sup>6</sup> La ville de Kisumu regroupe 26 des 73 structures de soins que compte le district.

<sup>7</sup> Par exemple, à l'hôpital de district, l'enregistrement pour une consultation prénatale coûte l'équivalent de 4 FF, les consultations ultérieures, 1 FF, et les médicaments disponibles dans la structure sont mis à disposition des malades pour 1 FF par "item" entrant dans un traitement.

<sup>8</sup> Les structures publiques disposent d'une dotation budgétaire du Ministère de la santé et n'ont pas d'autonomie financière.

<sup>9</sup> A Kisumu, comme partout ailleurs en Afrique, les enquêtes KABP révèlent que 99 % de la population a connaissance du sida et des préservatifs.

## Les relations entre les personnels de santé et les patientes

Dans les structures de soins de Kisumu, pas davantage que dans nombre d'autres structures de soins publiques en Afrique sub-saharienne, le personnel de santé ne parlent aux patientes. Les consultations prénatales auxquelles nous avons assisté nous ont permis d'observer que c'est bien davantage par des signes, que par la parole que le personnel de santé communique avec les patientes. Lorsque la patiente entend la voix de l'infirmier ou de l'infirmière, c'est pour se voir préciser la date de la prochaine consultation, ou parfois, pour écouter des reproches : à propos d'une tenue considérée par trop négligée, pour avoir oublié le carnet de consultation, etc. De plus, l'intimité de la consultation est pour le moins réduite, les personnels entrent et sortent de la salle de consultation pendant que les femmes enceintes, à moitié dévêtues, subissent les palpations d'un infirmier. Nombre de femmes interrogées se plaignent de la dureté, voire de la cruauté, des personnels de santé dans les structures de soins<sup>10</sup>. Les personnels de santé (infirmières, médecins), interrogés sur l'absence de communication avec les patientes, invoquent la plupart du temps l'importance de leur charge de travail. Or, si effectivement, certains jours de la semaine semblent particulièrement chargés, d'autres en revanche le sont beaucoup moins, les infirmières n'ayant parfois plus de "clientes" après 10 heures du matin. Le manque de temps n'est donc pas toujours un bon argument.

Les conséquences de la dureté des relations entre patientes et personnels de santé peut parfois avoir des conséquences graves en matière de gestion des risques. A Kisumu, les premières relations sexuelles sont très précoces<sup>11</sup>, et il n'est pas rare de rencontrer dans les consultations prénatales des jeunes primipares de 16 ans et moins<sup>12</sup>. L'une d'entre elles, sortant de sa consultation prénatale, puis interrogée par nos soins, nous déclara qu'elle souffrait d'une MST depuis plus de quatre mois mais n'osait pas en informer les infirmières. Rappelons que les MST augmentent l'exposition au risque d'infection par le VIH ; or, dans la zone de Kisumu plus de 40 % des porteurs de MST sont séropositifs.

Mais, d'une manière générale, les personnels de santé rencontrés à Kisumu, s'ils sont conscients du risque de l'infection par le VIH<sup>13</sup>, notamment pour eux-mêmes, intègrent peu le risque dans leurs interactions avec les patientes. A la question : "avez-vous déjà été confrontés à des femmes enceintes séropositives ou atteintes du sida ?", les réponses ont toujours été négatives. Certes, les consultations prénatales ne sont pas des lieux destinés au conseil ou au suivi des personnes atteintes, mais elles ont théoriquement pour fonction aussi l'identification de grossesses à risque : par exemple, une recherche de syphilis est faite pour toutes les femmes enceintes et, en cas de résultat positif, les femmes infectées sont censées être adressées à l'unité de conseil de la structure et qui dispose aussi de certains traitements. Cependant, les responsables de ces services de conseil affirment recevoir très peu de femmes venant des consultations prénatales<sup>14</sup>.

D'une manière générale, à l'intérieur d'une même structure, ou entre structures situées à des niveaux différents de la pyramide sanitaire, la référence fonctionne peu ou pas. Ainsi,

---

<sup>10</sup> Ainsi la douleur préoccupe peu les personnels de santé, et il n'est pas rare d'entendre des femmes hurler dans les salles d'accouchement, laissées à elle-même, alors que le personnel de santé – médecins y compris - devisent de tout et de rien à l'extérieur.

<sup>11</sup> Parfois dès 12 ans pour les filles (C. Njue, J. Chege, *Insight into youth sexual networking. Case study of Kisumu Municipality*, Nairobi, 1999).

<sup>12</sup> A Kisumu, les premières grossesses sont considérées comme « grossesses à risque », ce que l'on comprend aisément eu égard à la jeunesse souvent constatée des primipares. Elles sont censés être référées au plus haut niveau de la pyramide sanitaire de la région, à savoir l'hôpital provincial, qui est aussi la structure bénéficiant du plateau technique le plus important.

<sup>13</sup> Par exemple, l'utilisation des gants lors des accouchements semble généralisée.

<sup>14</sup> Dans une des structures visitées, la salle pour la consultation prénatale était située en face de la salle de conseil pour les MST, mais ne n'est pas pour autant que l'unité de conseil accueillait des femmes adressées par la CPN.

les personnels d'un service de consultation de district pour cas à "haut risque" <sup>15</sup>, qui affirmaient ne jamais avoir eu affaire à des femmes enceintes séropositives, précisaient qu'ils ne réfèrent jamais à l'échelon supérieur parce que l'hôpital de district disposait d'un plateau technique aussi développé que l'hôpital provincial, tout en soulignant que seul l'hôpital provincial avait la possibilité de réaliser des sérologies VIH <sup>16</sup>. On peut dès lors en conclure qu'au niveau de l'hôpital de district, qui est malgré tout une référence pour les centres de santé, les cas de sida ne sont pas " officiellement " diagnostiqués et qu'il n'est donc pas dans l'ordre des choses d'envisager des dispositions particulières à ce niveau en matière d'infection par le VIH pour les femmes enceintes. En fait, l'hypothèse du sida dans les gestes cliniques effectués à tous les niveaux de la pyramide sanitaire "normale" <sup>17</sup> semble totalement évacuée ; comme le confirmait un des responsables provinciaux de la lutte contre le sida, aucune disposition particulière n'est réellement envisagée pour les femmes enceintes infectées par le VIH, car, si jamais l'on découvrait qu'une femme était séropositive, "*so, what !*", s'exclamait-il dans un aveu d'impuissance.

On pourrait admettre cependant que le système de santé local soit effectivement totalement impuissant pour envisager une quelconque prise en charge des personnes atteintes ; on pourrait aussi admettre que la mise en place d'un dispositif particulier au sein des hôpitaux puisse être inutile dans la mesure où les personnes infectées par le VIH arrivant dans les hôpitaux sont déjà très malades et qu'il s'agit alors tout au plus d'envisager pour ces personnes des mesures d'accompagnement vers la mort comme pour n'importe quel malade victime d'une pathologie létale. Cependant, on pourrait tout de même envisager que les personnels de santé adoptent des gestes minimaux en faveur de la prévention.

Au Kenya, tout ce qui relève de la santé maternelle et infantile et du planning familial est gratuit. Plus précisément, les structures de soins, et en particuliers les consultations de PMI/PF, sont régulièrement dotées de stock de préservatifs qui ne sont pas à vendre. Or, nous avons pu constater dans des structures de soins situées à tous les niveaux de la pyramide sanitaire des cartons intacts de préservatifs trônant au-dessus d'une armoire ; et lors de consultations de planning familial auxquelles nous avons pu assister, les infirmières n'évoquaient qu'une seule fois en début de séance l'utilisation du préservatif avant de s'étendre longuement sur les implants, la pilule, etc. ; à aucun moment le fait qu'il faille aussi " se protéger " en dépit de l'utilisation des méthodes contraceptives n'émane du discours des personnels de santé. La non distribution des préservatifs dans les structures de soins est confirmée par les personnels de santé, par les responsables régionaux de la santé publique, mais aussi par les chiffres : les statistiques des hôpitaux et centres de santé de la région de Kisumu confirment que la plupart des structures de soins n'ont jamais besoin de renouveler leur stock de préservatifs puisqu'ils ne sont jamais distribués.

Interrogés sur les raisons pour lesquelles les stocks de préservatifs restent intacts, les personnels de santé répondent bien évidemment que leurs patientes ne veulent pas les utiliser et refusent de les prendre, et invoquent en particulier le poids de la religion qui interdirait aux patient(e)s d'y avoir recours. Il s'agit là, bien évidemment, de rationalisations *à priori*, les personnels de santé ne faisant jamais le geste de donner aux consultants un préservatif. En fait, comme nous l'avons déjà signalé, les personnels de santé ne dialoguent guère avec les consultantes, et pas davantage au Kenya qu'en France au début des campagnes de prévention contre le sida, ceux-ci sont disposés à évoquer des questions touchant à la sexualité avec leurs clientes.

---

<sup>15</sup> Les services de santé de la mère et de l'enfant des hôpitaux de district et des hôpitaux provinciaux ont une relation privilégiée avec des *High risk clinics* de ces mêmes hôpitaux, qui proposent des consultations externes pour tous les problèmes gynécologiques et pour les grossesses à risque.

<sup>16</sup> Précisons que quelques femmes enceintes hospitalisées dans ce même hôpital et que nous avons pu rencontrer, relatant leur histoire personnelle et les raisons de leur hospitalisation (mari décédé et plusieurs enfants morts en bas âge, diarrhée et amaigrissement continue, etc.) tenaient des propos qui pouvaient alerter sur la nature du risque. Par ailleurs, les mêmes infirmières qui affirment, au cours d'un entretien formel, ne jamais avoir été confrontées à des cas de femmes infectées par le VIH, au détour d'une visite, vous informeront que telle femme est atteinte du sida.

<sup>17</sup> C'est-à-dire non compris les services soutenus par une agence de coopération pour délivrer des prestations spécifiques.

Pourtant, si l'on prend l'exemple de l'hôpital de district ou de l'hôpital provincial de Kisumu, l'organisation physique de l'espace et l'organigramme peut sembler satisfaisant, avec, par exemple, une salle pour le conseil, non spécifiquement destinée au sida, située en face de la consultation prénatale, et une autre salle de planning familial située non loin de là. Tous les services liés à la santé sexuelle et reproductive semblent ainsi "intégrés". Peut-on alors attribuer l'absence de dialogue et d'empathie à l'égard des patientes, la non prise en compte du risque d'infection par le VIH – ce qui a évidemment une incidence sur la référence – à la "double culture" des personnels de santé soulignée par Tony Klouda : "Très peu de personnes sont capables (tant qu'ils ont leur tenue de travail sur eux) d'appliquer leurs croyances au contexte du travail des autres, ou au contexte de la vie réelle des gens. Les gens préfèrent vivre dans deux cultures : la culture du travail et des programmes, et la culture d'un être humain dans une situation particulière. Ces deux cultures semblent incapables de s'influencer mutuellement, et elles mènent donc leurs existences en parallèle" <sup>18</sup>. Cette "double culture" est repérable par la restitution sans faille (voire la récitation) d'informations sur les pratiques permettant de limiter les risques, d'une part, et le fait que ces informations ne sont pas mise en pratique dans la vie personnelle de ces soignants. Mais cette notion de "double culture" obscurcit sans doute le débat, car encore faut-il que la cause d'une telle disjonction au moment du "colloque singulier". L'explication de la limitation au minimum des interactions entre les personnels de santé et les patientes, qui pourrait donc être une des expressions de cette double culture, n'est-elle pas aussi à rechercher dans la nécessité ressentie par les personnels de santé d'affirmer un statut et une identité résolument distincts et supérieurs à ceux des patientes, comme le soulignent Jewkes et al. <sup>19</sup> ?

### **Le sida à l'hôpital et dans le système de santé local**

L'infection par le VIH n'est pas envisagée comme un risque par le personnel de santé, mais qu'en est-il pour le système de soins lui-même ? On peut aborder une telle question à partir de l'enregistrement et de la notification des cas de sida dans les structures de soins. Qu'il s'agisse de l'hôpital de district, de l'hôpital provincial ou du comité régional du lutte contre le sida, il est aisé d'obtenir des informations sur les cas de sida dans les structures de soins, du moins pour les malades hospitalisés <sup>20</sup>. Il est loin d'être sûr que tous les cas de sida relevés sur les formulaires que nous avons pu consulter, notamment ceux des structures situées au niveau périphérique ou au niveau du district, ont été diagnostiqués à la suite d'une sérologie ; parfois, c'est donc uniquement à partir des signes cliniques que les cas de sida sont identifiés <sup>21</sup>. Quoiqu'il en soit, des cas de sida sont bel et bien relevés par le système d'information sanitaire, aussi imparfait soit-il, et sont donc repérés dans les structures de soins, même si, dans la pratique, ils ne bénéficient pas d'un traitement spécifique.

Cependant, alors que, rappelons-le, nous sommes dans une des régions africaines où la prévalence de l'infection par le VIH est la plus élevée, le sida n'apparaît pas parmi les causes de mortalité dans les statistiques officiels des hôpitaux. La première explication de cette absence, de nature médicale, qui nous a été donnée est la suivante : on ne meurt pas du sida

---

<sup>18</sup> Tony Klouda, « Planning familial et programmes MST : une alliance contre nature ? », *Le Journal du sida*, 86-87, juin-juillet 1996, p. 85.

<sup>19</sup> R. Jewkes, A. Naeemah, et al. « Why do nurses abuse patients ? Reflections from South African obstetric services », *Social science and medicine*, 47 (11) : 1781-1795.

<sup>20</sup> Par exemple, l'hôpital de district, qui n'est pas censé avoir une activité particulière dans le domaine du sida (il ne bénéficie d'aucun soutien spécifique en la matière, contrairement à l'hôpital provincial et au comité local de lutte contre le sida) a des archives que nous avons pu consulter, et dans lesquelles on peut aisément se faire une idée de l'activité de la structure.

<sup>21</sup> Une telle procédure n'est pas nécessairement critiquable. Rappelons qu'au début de la prise en compte de l'épidémie en Afrique, pour éviter les surcoûts financiers et organisationnels liés à la mise en place de tests, et afin de ne pas retarder les dispositions à prendre pour faire face à l'épidémie, il a été proposé une définition clinique du sida, connue sous le nom de « définition de Bangui ». Par ailleurs, nombre de cliniciens travaillant dans des structures de soins en Afrique reconnaissent que les tests VIH qu'ils demandent pour un malade, parce qu'ils soupçonnent un sida, se révèlent positifs dans la très grande majorité des cas, confirmant ainsi la validité du diagnostic clinique.

mais des conséquences de l'infection, il n'y a donc pas de raison de retenir le sida comme cause de décès, et ne sont alors déclarées que les infections pulmonaires, les problèmes intestinaux, etc. Il y a également d'autres explications, moins médicales.

Le Kenya dispose encore d'un système d'assurance sociale, les soins médicaux étant couverts par les employeurs pour les salariés du public comme du privé. Mais les assurances refusent de rembourser les soins liés à une infection par le VIH. Aussi, afin que les salariés puissent continuer de bénéficier d'une couverture sociale, ou encore pour que les frais d'hospitalisation voire d'enterrement d'une personne atteinte soient pris en charge par les assurances, l'hôpital évite d'utiliser la catégorie " sida " comme cause de décès. Il faut par ailleurs également compter avec la crainte de la stigmatisation et de l'opprobre dont la famille du défunt peut être victime. Cette crainte de la stigmatisation semble aussi prendre une coloration politique dans la mesure où la région de Kisumu est déjà très connue au Kenya pour l'ampleur de l'épidémie, d'une part, et qu'un des principaux leaders de l'opposition est originaire de cette région ; aussi, afin de ne pas alimenter encore davantage la mauvaise réputation politico-épidémiologique de la région les responsables des structures de soins sont peu enclins à notifier les cas de sida.

De l'identification des cas à la notification, il y a donc une marge, et les possibilités de prise en compte effective du problème à l'échelle régionale apparaissent très réduite. Ainsi, par exemple, en dehors de la surveillance sentinelle, le comité de district de lutte contre le sida <sup>22</sup>, qui dispose de l'appui d'une agence de coopération du Nord, est censé recueillir les notifications de cas de quelques structures de soins, dont des structures privées. Or, les structures concernées par cette "veille" ne communiquent pas leurs données, et le comité de district n'a pas les moyens logistiques <sup>23</sup> pour aller chercher ces résultats. Le comité de district de lutte contre le sida n'a en charge en fait qu'un nombre limité de programmes et son réseau d'information ne repose que sur quelques structures. Il n'a guère accès aux notifications de routine de l'ensemble des structures de soins de la région ; bien plus, l'administration provinciale <sup>24</sup> de la santé n'est pas destinataire des informations relatives au VIH, et l'ensemble des structures de soins de la province sont censées notifier leur cas de sida directement au programme national à Nairobi. Dès lors, tout se passe comme si, le système de soins local dans son ensemble n'avait pas à traiter du sida avec les administrations locales de la santé (des districts et de la province).

Que le système d'information et de recueil des données épidémiologiques soit peu fiable, et que la verticalité et la centralisation des programmes soient telles que des problèmes de santé publique semblent échapper totalement aux administrations locales de la santé ne saurait surprendre les observateurs familiers des situations africaines. Mais c'est aussi de la disjonction entre le curatif et le préventif que souffre la non prise en compte du sida au niveau local.

Comme nous l'avons déjà signalé, il existe un comité de district de lutte contre le sida et les MST. Ce comité bénéficie du soutien d'une agence de coopération du Nord et se trouve logé dans un bâtiment flambant neuf qui lui a été attribué, et qui abrite entre autres les bureaux des techniciens expatriés. Ce bâtiment jouxte les bâtiments de l'hôpital de district ; la vétusté de ces derniers contraste singulièrement avec celui du comité. L'hôpital de district n'a pas à notifier ses cas de sida au comité de district qui s'occupe principalement des structures périphériques (centres de santé) du district, et qui est tout entier tourné vers la formation et la

---

<sup>22</sup> DASCOP, *District AIDS and STDs Control Program*.

<sup>23</sup> Très prosaïquement, le comité dispose de véhicules, fournis par différentes coopérations, mais n'a pas de budget pour acheter du carburant ; pour les agences de coopération, le carburant entre dans le budget de fonctionnement normal du comité et doit être payé sur fonds publics, elles refusent donc de prendre en charge cette dépense. Aussi, le technicien responsable de la cellule d'information du district ne peut pas se déplacer pour aller collecter les données des centres éloignés de la ville.

<sup>24</sup> Administrativement, le pays est divisé en provinces, districts et divisions ; les niveaux de la province et du district disposent d'une représentation de l'administration de la santé, c'est ainsi qu'il y a un *medical provincial officer* et des *medical district officers*.

prévention au niveau " communautaire " ; aussi la formation des personnels de l'hôpital de district dans le domaine du VIH/sida n'est pas du ressort du comité de district.

L'ensemble du district sanitaire est placé sous la responsabilité d'un médecin chef de district. Hiérarchiquement, dans l'organigramme, toutes les structures sanitaires et tous les services du district sont placés sous sa supervision, donc y compris l'hôpital de district et le comité de lutte contre le sida du district. Cependant, de fait, le médecin chef de district ne se préoccupe guère du sida dans la mesure où il existe un comité sida fort bien doté ; le médecin chef de district est censé avoir des activités de santé publique dont les activités curatives menées à l'hôpital sont en dehors de sa sphère de compétence, d'autant plus que plus jeune et moins gradé que le médecin chef de l'hôpital de district, il n'a aucune autorité sur lui. Précisons enfin que le médecin chef de l'hôpital de district n'assiste jamais aux réunions concernant les activités sida du district. Aussi, au sein du district de santé, on trouve trois structures juxtaposées (l'hôpital de district, le service de santé du district, le comité de lutte contre le sida du district) qui ne communiquent guère entre elles ; les activités de lutte contre le sida, entendues notamment dans leur dimension préventive et de surveillance épidémiologique, sont considérées comme étant du seul ressort du comité de lutte contre le sida et qui de fait n'a d'activité que dans quelques structures périphériques du district, elles font alors figure de segment marginal dans le système de santé local, en dépit de l'importance des soutiens dont le comité peut bénéficier.

Les activités concernant le sida sont d'autant plus limitées que le comité de district, qui rappelons-le est aussi en charge des MST, consacre l'essentiel de son activité précisément à la lutte contre les MST (non compris le sida), et que dans les quelques structures périphériques où le comité a des activités, celles-ci sont aussi disjointes du reste des activités du centre de santé, que celle du comité peut l'être des activités de l'hôpital de district.

En conclusion, nous dirons simplement que nous sommes à Kisumu dans une situation presque caricaturale de risque connu mais non géré. Chacun sait que c'est là une des régions les plus touchées du Kenya, chacun a connaissance du sida, les personnels comme la population. Cependant, tant dans les gestes techniques des personnels de santé, que dans le système de santé local dans son ensemble, le sida n'est pas géré comme un risque. C'est ainsi que l'on peut rencontrer dans des maternités des femmes hospitalisées pour anémie, veuves, dont tous les enfants sont morts en bas âge, qui seront étiquetées comme " grossesse à risque " et qui continueront sans doute à avoir des enfants, jusqu'au jour où elles mourront en couche, parce qu'elles n'auront jamais été conseillées. En fait le sida est connu pour être un grave problème de santé dans la région, mais n'est pas un risque.

SHADYC

Sociologie – Histoire – Anthropologie des Dynamiques Culturelles  
*Centre de la Vieille Charité - 2, rue de la Charité – 13002 Marseille*  
tél. (33) 04 91 14 07 77 fax. (33) 04 91 91 34 01

**RESEAU**  
**ANTHROPOLOGIE DE LA SANTE**  
**EN AFRIQUE**

**BULLETIN N°1**  
**AVRIL 2000**

Ce bulletin a été réalisé grâce au soutien de programmes de recherche financés par :

l'Union Européenne (INCO)  
l'Institut de Recherches pour le Développement (IRD)  
le CNRS (Programme "Santé et Société")

## SOMMAIRE

- Editorial, par Marc-Eric Gruénais, Yannick Jaffré et Jean-Pierre Olivier de Sardan ..... p. 11

<b>Grossesse, contraception, avortement, accouchement en Afrique de l'Ouest Atelier d'Abidjan – 4 et 7 novembre 1999</b>
--

- **Partie I : Représentations et pratiques populaires**

- Grossesse, accouchement et allaitement chez les bobo madare du Burkina Faso.  
par Chiara Alfieri..... p. 17
- Représentations populaires relatives à la grossesse et à l'avortement provoqué en milieu rural ivoirien : le cas des bété de Guiberoua.  
par Marcel Yoro Blé ..... p. 27
- La danse de l'accouchement à Timba. Réflexions autour d'une danse mimant l'accouchement pratiquée en milieu peul (Moyenne Guinée).  
par Sylvie Bouvier ..... p. 35
- Maternité et pratiques post-partum au Niger : les soins du corps de l'accouchée dans la vallée du fleuve.  
par Abdoua Elhadj Dagobi..... p. 39
- Grossesse et allaitement en milieu anyi.  
par Véronique Duchesne ..... p. 41
- Approche anthropologique de quelques concepts et conceptions populaires relatifs à la santé maternelle. Représentations et pratiques de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum en milieu touareg.  
par Marie-France Noël..... p. 47
- Représentation de la grossesse en milieu songhay de Gao.  
par Younoussa Touré ..... p. 61
- Fécondité, contraception et accouchement : quelques matériaux en zone linguistique Moore.  
par Maurice Yaogo ..... p. 67

- **Partie II : Interactions soignants/soignés dans les centres de santé**

- Les consultations pré-natales a Conakry. Les interactions soignantes-soignées.  
par Yveline Diallo..... p. 75
- Santé maternelle et risque d'infection par le VIH. L'exemple de Kisumu (Ouest du Kenya).  
par Marc-Eric Gruénais et Carolyn W. Njue..... p. 83
- Etre patient. Etude des interactions entre agents de la santé et usagers dans un service d'urgences.  
par Eric Hahonou..... p. 91
- L'avortement : une pratique contraceptive "sure" en Côte d'Ivoire ?  
par Mariatou Koné ..... p. 95
- Conceptions et pratiques de l'avortement en pays Songhay-Zarma.  
par Adamou Moumouni ..... p. 105
- Interactions entre populations et personnels de santé lors des consultations prénatales dans une maternité rurale (burkina faso).  
par Fatoumata Ouattara..... p. 111
- Parcours d'accouchées dans trois maternités populaires de Niamey. Quelques interactions.  
par Aboubacar Souley ..... p. 125
- Quelques notes de synthèse.  
par Yannick Jaffré..... p. 133

<b>Activités du Réseau :</b> <b>Appel à communications – Programmes de recherche</b> <b>Publications – Enseignements</b>
--

- Atelier - Les professionnels de santé pratiques, identités & déontologies.  
Dakar (27 février – 2 mars 2001) – Appel à communications .....p. 139
- Colloque – Le recours aux soins modernes des malades les plus démunis dans les grandes villes des pays en voie de développement .  
Abidjan (Côte d’Ivoire), 7 – 8 – 9 décembre 2000.....p. 141
  
- **Programmes de recherche**
  - "Interactions entre les systèmes de santé publique et les conceptions et pratiques populaires relatives à la maladie (Afrique de l’Ouest) – (Financement Union Européenne - Inco).  
Responsables scientifiques : Doris Bonnet, Yannick Jaffré  
et Jean-Pierre Olivier de Sardan .....p. 145
  - La négociation des risques. Le cas de la santé sexuelle et reproductive. Approche comparative dans trois systèmes de santé (France – Kenya – Niger).  
Responsables scientifiques : Jean-Louis Fabiani, Marc-Eric Gruénais,  
et Jean-Pierre Olivier de Sardan.....p. 147
  - Politiques et pratiques en santé reproductive en Afrique. Le risque est-il "géré" ?.  
Etude comparative portant sur trois pays africains Cameroun, Centrafrique, Mali.  
Responsable scientifique : Marc-Eric Gruénais .....p. 149
  - L’organisation locale des politiques de santé en Afrique Centrale.  
Responsable scientifique : Marc-Eric Gruénais .....p. 151
  - Maternal mortality and emergency obstetric care in longitudinal population-based Studies in West Africa (MAMOCWA)  
Coordinateur scientifique anthropologie : Yannick Jaffré.....p. 153
  - Approche qualitative du problème de l’accès aux soins dans cinq villes africaines (volet socio-anthropologique) – (Coopération française-Unicef)  
Responsables scientifiques : Yannick Jaffré et Jean-Pierre Olivier de Sardan .....p. 157
  - Evaluation socio-comportementale et économique de l’initiative ONUSIDA d’accès aux traitements de l’infection à VIH en Côte d’Ivoire.  
Coordinateur scientifique sciences sociales : Laurent Vidal.....p. 159
  
- **Publications**
  - La construction sociale des maladies. Les entités nosologiques populaires en Afrique de l’ouest.  
Sous la Direction de : Yannick Jaffré et Jean-Pierre Olivier de Sardan .....p. 163
  - "Anthropologie de la santé". Bulletin de l’APAD N°17  
Edité par Jean-Pierre Olivier de Sardan.....p. 165
  - Femmes en temps de SIDA. Expériences d’Afrique  
par Laurent Vidal.....p. 167
  - Communiquer la maladie : transmissions, préventions et hygiènes en Afrique de l’Ouest.  
Sous la direction de : Doris Bonnet et Yannick Jaffré (à paraître).....p. 169

- **Eseignements**

- Anthropologie et santé publique. Séminaire EHESS (SHADYC – Marseille).

Année 2000 – 2001.

- Sous la direction de : Marc-Eric Gruénais et Yannick Jaffré.....p. 173
- Formation pratique en anthropologie de la santé – Niamey Octobre 2001. ....p. 175

<p><b>Index des articles parus dans les numéros 1 à 8 du Bulletin du programme "Interactions entre les systèmes de santé publique et les conceptions et pratiques populaires relatives à la maladie (Afrique de l'Ouest)"</b></p>
---

- Selon les langues et cultures – Selon les "maladies" ou "entités nosologiques populaires" évoquées - Textes à caractère théorique ou méthodologique – Thérapeutes, interactions sanitaires et itinéraires thérapeutiques – Transmission, contamination, contagion .....p. 179