Bulletin Amades

Anthropologie Médicale Appliquée au Développement Et
à la Santé

64 | 2005
64

Colloque « La santé de la reproduction confrontée au sida, enjeux sociaux et comportementaux dans les pays du sud »

Marie-Laure Cadart

Édition électronique

URL : <http://journals.openedition.org/amades/266>

DOI : 10.4000/amades.266

ISSN : 2102-5975

Éditeur

Association Amades

Édition imprimée

Date de publication : 1 décembre 2005

ISSN : 1257-0222

Référence électronique

Marie-Laure Cadart, « Colloque « La santé de la reproduction confrontée au sida, enjeux sociaux et comportementaux dans les pays du sud » », *Bulletin Amades* [En ligne], 64 | 2005, mis en ligne le 03 février 2009, consulté le 14 septembre 2020. URL : <http://journals.openedition.org/amades/266>

Ce document a été généré automatiquement le 14 septembre 2020.

© Tous droits réservés

Colloque « La santé de la reproduction confrontée au sida, enjeux sociaux et comportementaux dans les pays du sud »

Marie-Laure Cadart

- 1 À l'occasion de la prochaine parution des actes, voici le compte-rendu d'un colloque organisé par le Ceped à Paris les 22 et 23 novembre 2004. Ce colloque poursuivait l'objectif de réunir autour de travaux récents des chercheurs et des non chercheurs et de créer un réseau d'animation de la recherche interdisciplinaire. Démographes, anthropologues, épidémiologistes, sociologues, médecins praticiens ont présenté des communications lors de trois sessions portant sur la contraception, la sexualité, la grossesse et la transmission mère-enfant du VIH.

La sexualité et les comportements sexuels face au risque VIH/sida

- 2 Nous retiendrons d'abord deux communications représentant les deux volets, quantitatif et qualitatif d'une même étude portant sur l'épidémie de sida en République Démocratique du Congo dans un contexte d'après guerre. Les facteurs macroéconomiques rejoignent les analyses qualitatives. Le caractère « à risque » d'un comportement est autant le produit de l'environnement que de l'attitude individuelle. L'environnement devient à risque quand il existe une rupture de la cohésion sociale. L'épidémie de sida a suivi les mouvements de déplacement des populations atteignant plus précocement les femmes qui sont trois fois plus touchées que les hommes ; les violences sexuelles tiennent une place importante dans les entretiens ; 4 % des femmes, soit 40000, ont été violées en 1997, lors des conflits. La honte et le traumatisme du viol pourraient expliquer leur rapprochement des églises évangélistes qui prônent la médecine traditionnelle et laissent croire qu'elles pourraient guérir le sida. Autre

facteur de risque, le développement de certaines industries (exploitation forestière, travaux publics) qui entraîne des déplacements d'hommes attirant une prostitution de jeunes filles non informées et très exposées.

- 3 D'autres communications portant sur la sexualité des jeunes montrent une évolution vers plus de liberté, une précocité des rapports sexuels, une augmentation des grossesses à l'adolescence. Quand les messages de prévention existent, leur interprétation est souvent erronée, le discours biomédical sous-jacent n'étant pas celui de référence des jeunes. L'exemple cité d'un message télévisé : « Utilisez un préservatif quand vous rencontrez un partenaire que vous ne connaissez pas » (sous entendu : « dont vous ne connaissez pas le statut sérologique... ») implique la non utilisation de préservatif au sein de réseau de connaissances. De plus, la représentation sociale du préservatif est associée à des relations sexuelles basées sur le commerce du sexe. Enfin, les discours se heurtent à la réalité économique de l'absence d'accessibilité aux préservatifs.

Choix contraceptifs et reproductifs et prévention du VIH/sida

- 4 Une étude menée en Côte-d'Ivoire a porté sur deux groupes de femmes. L'un constitué de femmes « autonomes face à leur comportement génésique », l'autre de femmes non autonomes, soumises à l'autorité familiale et du groupe social.
- 5 Pour toutes ces femmes, le risque infectieux est soit ignoré (le faible niveau de connaissances des femmes du deuxième groupe les place dans une situation de grande vulnérabilité, avec une absence de lien entre procréation et VIH), soit minimisé par rapport à celui d'une grossesse (dans le premier groupe, le plus important des risques dans leur vie sexuelle est celui d'une grossesse et tout est fait dans un but de contrôle de naissances ; le risque VIH n'est pas intégré et la fidélité dans les relations amoureuses constitue la protection la plus efficace).
- 6 Une autre intervention portait sur le choix contraceptif de femmes séropositives en Thaïlande, rencontrées en post-partum. Dans un pays marqué par une transition démographique récente et rapide (passage de six à deux enfants par femme en moins de quinze ans), la méthode de contraception appliquée est celle de la stérilisation des femmes séropositives. Les femmes disent avoir pris le risque une fois et ne pas vouloir le reprendre. Si la stérilisation est un mode de contraception courant en Thaïlande, le taux de stérilisation des femmes séropositives est de quatre fois supérieur à celui de la population générale. La question se pose de la réalité du choix des femmes face à la stérilisation dans des rapports médecin-malade très hiérarchisés et sur la valeur du consentement (éclairé, appuyé ou contraint) quand 11 % des femmes stérilisées disent vouloir avoir un enfant.

Dimensions socio-comportementales autour de la transmission mère-enfant

- 7 La réduction de la transmission mère-enfant est aujourd'hui un des fers de lance des programmes de lutte contre l'infection par le VIH qui proposent en maternité des

conseils de prévention et de dépistage. Les communications ont porté sur différents programmes en Asie et en Afrique.

- 8 L'étude menée dans une maternité en Inde du Sud montre combien les composantes sociales et anthropologiques contribuent à augmenter ou diminuer la transmission mère-enfant du VIH. L'analyse de l'organisation des actions de conseils et de dépistage permet une étude des discours des représentations des patients et des soignants face au VIH/sida et montre le décalage entre discours et pratiques et entre soignant et patients. Du côté des femmes, c'est la peur de la discrimination sociale qui est la plus prégnante. Toutes les femmes enceintes reçoivent des conseils de dépistage et de prévention mais toutes ne reviennent pas passer le test de dépistage par crainte de l'isolement social induit par la révélation d'une séropositivité, mais aussi du fait du statut social de la femme, dont la dépendance au mari nécessite son accord. Par ailleurs, la plupart de femmes séropositives suivies à la maternité qui accouchent en dehors de l'hôpital (à domicile ou dans un centre de santé primaire), ne révèlent pas leur séropositivité à la matrone ou à la sage-femme, se privant ainsi du programme de prévention de transmission mère-enfant. Du côté des soignants, c'est la peur de la contamination qui prévaut, avec cependant une non cohérence des attitudes dans les situations d'urgence en salle d'accouchement où les protocoles de prévention de risque du VIH ne sont alors pas appliqués.
- 9 Une intéressante communication a porté sur les répercussions de la révélation d'une séronégativité sur le comportement des femmes vis à vis de leur sexualité et de l'information au conjoint. Jusqu'à présent les études n'avaient concerné que des femmes séropositives. L'étude menée à Abidjan dans le cadre du projet Ditrame plus a montré que 90 % des femmes informaient leur partenaire mais que seuls 25 % d'entre eux acceptaient le dépistage. Les raisons invoquées sont la peur du résultat et l'idée que cette démarche est inutile : si leur femme n'est pas infectée, ils ne peuvent pas l'être, la fidélité apparaissant comme la mesure de prévention la plus efficace. Cette étude montre une corrélation entre le niveau d'instruction des femmes et leur capacité à intégrer les mesures de prévention et à influencer le dépistage du conjoint mais d'une façon totalement insuffisante.
- 10 Nous terminerons par la note d'espoir apportée par le travail des centres GEISKO en Haïti, pays le plus touché par l'épidémie après le continent africain. Ces centres privés, créés en 1982 par une ONG, travaillent avec les services publics. En 1999, un programme de prévention de la transmission mère-enfant est mis en place. Ce programme a permis de réduire la transmission mère-enfant de 30 % à 10 % en cinq ans ; il est bien accepté par les femmes qui continuent en majorité le suivi. Cependant, le sida entraîne stigmatisation et « tabou », ce qui explique le retard avec lequel les femmes se font dépister (25 % arrivent après la trente sixième semaine). La crainte d'une violence conjugale explique, dans les dires des femmes, que seulement 29 % d'entre elles parlent de leur séropositivité à leur conjoint.
- 11 En conclusion de cette session, il apparaît qu'une bonne information prenant en compte les représentations socioculturelles et les réalités économiques permet aux femmes d'adhérer aux programmes de prévention de transmission mère-enfant, à la condition qu'ils offrent des traitements et des substituts du lait maternel accessibles, tout en évitant la stigmatisation, comme en témoigne le programme mené en Haïti.
- 12 Les interventions montrent des constantes dans la variété des comportements face à l'infection VIH notamment dans les difficultés rencontrés à l'égard des messages de

prévention (à teneur essentiellement biomédicale, ne tenant pas compte des représentations socioculturelles) mais aussi dans les préoccupations des femmes face à la prévention de la transmission mère-enfant et leurs facultés à négocier avec différentes logiques pour adopter des comportements qui les mettent le moins en danger quand elles ont compris les déterminants des risques. D'où l'intérêt de poursuivre le travail pluridisciplinaire et international comme l'ont montré ces rencontres entre chercheurs et praticiens.