

# « Connaître le terrain avant d'agir »

*Anthropologue, Pascale Hancart-Petitot a récemment soutenu une thèse sur les savoirs concernant la naissance et le sida en Inde du Sud. Elle y décrit notamment les pratiques à risque observées dans un hôpital et auprès de matrones<sup>1</sup> du Tamil Nadu. Entretien.*

## Que peut apporter l'anthropologie à la lutte contre le VIH ?

Cette discipline permet tout d'abord de décrire et d'analyser des représentations et des pratiques qui renseignent certains domaines de l'anthropologie fondamentale, comme les rapports sociaux de sexe ou les dynamiques sociales des savoirs. Une approche dite « appliquée » apporte ensuite une réponse concrète aux questions que se posent les institutions de santé publique, par exemple au sujet des pratiques d'accouchement des matrones qui favorisent ou diminuent la transmission du VIH de la mère à l'enfant. Au Tamil Nadu, les observations relevées sur les méthodes employées à l'hôpital de Namakkal<sup>2</sup> ont été partagées avec les équipes soignantes. Sidaction et l'ANRS, qui ont financé cette recherche, ont également diffusé des rapports au sein de leurs propres réseaux. Et des publications ont été réalisées dans le cadre de conférences internationales comme Aids Impact cette année à Marseille [lire *Transversal* n° 38, septembre-octobre 2007] ou celle de Toronto en 2006 et par l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Avant de m'engager dans un cursus d'anthropologie, j'ai travaillé dix ans dans l'humanitaire. J'ai vu que certaines actions ne marchaient pas, sans que l'on sache définir pourquoi. Me lancer dans la recherche était une façon de trouver une réponse. Actuellement, je collabore également avec l'ONG Nomad RSI, dont le principe est de faire intervenir des chercheurs avant de débiter la moindre action humanitaire. Je

suis aussi membre du réseau Amades, qui articule les travaux des anthropologues aux activités médicales... Il faut connaître le terrain avant d'agir.

## Quel a été votre terrain d'étude ?

L'hôpital de Namakkal au Tamil Nadu et les matrones de la région. Cette zone connaît une prévalence du VIH plus élevée que la moyenne nationale. Le fait que Namakkal soit un carrefour routier explique cette situation. On rencontre de nombreux chauffeurs routiers et travailleurs migrants, qui sont des populations particulièrement exposées. Selon la politique de la National Aids Control Organisation (Naco), chargée de la mise en œuvre de la lutte contre le sida en Inde, seules les maternités de niveau tertiaire peuvent organiser la prévention de la transmission materno-fœtale. Namakkal ne bénéficie pas d'une telle maternité, mais un médecin a instauré un programme de prévention grâce à des financements internationaux. Cependant, ce dernier est venu se juxtaposer à l'action des soignants du système public. Résultat : au moment de mon étude, en 2005 et 2006, l'équipe obstétricale de Namakkal n'était pas formée à la prévention – elle l'est aujourd'hui. Une équipe subsidiaire informait et conseillait les femmes en salle d'attente ou apportait des kits pour l'accouchement. Mais ces parturientes mettaient au monde comme les autres : on pratiquait parfois une rupture des

## CONTACTS

**Nomad RSI recherche et soutien international**  
[www.nomadrsi.org](http://www.nomadrsi.org)

**Centre de recherche cultures, santé, sociétés (CReCSS/Leha)**  
[www.mmsch.univ-aix.fr/crcss/](http://www.mmsch.univ-aix.fr/crcss/)

**Amades**  
[www.amades.net](http://www.amades.net)

<sup>1</sup> Accoucheuses traditionnelles.

<sup>2</sup> « La prévention de la transmission mère-enfant du VIH dans un hôpital de district en Inde du Sud. Une perspective "intime" sur les soignants », Pascale Hancart-Petitot.

Dans *Sexualité et procréation confrontées au sida dans les pays du Sud*, Ceped, Paris, 2006, p. 189-207.

<sup>3</sup> L'ocytocine est une hormone qui renforce les contractions pendant le travail et favorise la rétraction de l'utérus après l'expulsion.

membranes, une épisiotomie ou une administration d'ocytocine de synthèse<sup>3</sup>, qui sont considérées comme autant de pratiques à risque de transmission du VIH.

### **Quelles sont les options de prévention accessibles aux femmes enceintes en Inde du Sud ?**

Une femme peut accoucher dans une maternité publique ou privée en ville, dans un dispensaire ou à domicile avec une matrone. Tout dépend de son appartenance sociale. L'Inde est un pays émergent. Une couche de la population, disons la classe moyenne et aisée, a accès à des services de soins de très haute qualité, avec d'excellents programmes de prévention de la transmission du VIH. Pour les plus pauvres, il existe un réseau public de maternités et de dispensaires. Dans ce cas, des protocoles de prévention à la névirapine sont utilisés avec un comprimé en début de travail et un traitement administré à l'enfant après la naissance. Si les femmes se rendent régulièrement à leurs consultations, le taux de transmission descend alors à moins de 2 % lors de l'accouchement. Un des problèmes majeurs est le contexte de discrimination et de stigmatisation intenses qui règne en Inde et qui décourage les femmes de révéler leur séropositivité à leurs proches. Résultat : presque 20 % des futures mères ne reviennent jamais à la maternité après un résultat positif au test de dépistage. D'autres sont obligées de donner naissance au village, par manque de moyens ou en raison de la pression sociale qui leur impose d'accoucher comme les autres, aidées d'une matrone et des femmes de leur entourage. Au niveau national, 70 % des Indiennes accouchent à domicile.

### **Dans ce contexte, les femmes ont-elles accès à la prévention ?**

Dans le programme de prévention de la transmission de la mère à l'enfant (PTME) que j'ai étudié, les femmes dépistées positives et qui annonçaient à l'équipe leur impossibilité de revenir accoucher à la maternité recevaient le premier comprimé de névirapine à prendre dès le début du travail. Il leur était demandé de retourner à la maternité afin de pouvoir administrer au nouveau-né son traitement – qui doit être conservé au frais. Pour cette deuxième étape, des équipes ont tenté de mettre en place des visites à domicile, ce qui reste très délicat en raison de la stigmatisation. Il est recommandé à ces femmes d'avertir la matrone, afin qu'elle se protège lors de l'accouchement. Mais la présence d'autres femmes rend souvent cette confiance impossible. Enfin, certaines viennent en consultation prénatale dans des dispensaires où aucun test de dépistage n'est prévu. Beaucoup de grossesses, potentiellement à risque, passent ainsi inaperçues. Et puis, signalons qu'une majorité de femmes n'ont pas accès au substitut

de lait maternel, indispensable à la réduction de la transmission mère-enfant lors de l'allaitement.

### **Quelles pratiques à risque avez-vous observées chez les matrones ?**

Elles sont très variables. Les matrones ne forment pas un groupe homogène : toutes n'appartiennent pas à la même caste, ne reçoivent pas les mêmes savoirs, ne partagent pas les mêmes compétences. J'ai pu observer des pratiques telles que l'épisiotomie, le prolongement du travail d'accouchement à domicile, un cordon ombilical coupé de manière tardive, après que le placenta a été expulsé. En présence du VIH, ces gestes sont formellement déconseillés par l'OMS. Je n'ai pas rencontré de matrones utilisant de l'ocytocine, mais certaines le font. Ces facteurs de risque doivent être analysés sous l'angle du contexte social : pourquoi les femmes n'ont-elles pas accès aux soins ? pourquoi le transfert dans un hôpital est-il impossible quand l'accouchement se prolonge ? Certes, il y a l'argument économique, mais il faut aussi savoir que les femmes refusent le transfert par peur de causer des soucis à leur famille ou de montrer qu'elles n'y arriveront pas toutes seules.

### **Comment les matrones sont-elles formées ?**

Elles apprennent leur métier par compagnonnage, en observant, comme on apprend à cuisiner ou à coudre. C'est quelque chose qui n'est absolument pas pris en compte dans les programmes de formation proposés par les ONG ou les organisations internationales, où on veut les amener à faire différemment en ne leur transmettant les bonnes pratiques que verbalement, sans démonstration. Or cette transmission orale ne leur apprend qu'à répéter les choses. Ainsi, si elles savent parfaitement décrire ce qu'on leur a expliqué, elles ne l'appliquent pas parce qu'elles n'ont pas forcément les moyens de le mettre en pratique. Par exemple, lorsqu'elles n'ont plus de savon pour se laver les mains ou plus de kits pour sectionner proprement le cordon. En fait, après avoir bénéficié d'une formation afin d'améliorer leurs pratiques, j'ai pu observer que les matrones composent un soin qui se situe entre ce qu'elles ont appris de leurs pairs et l'enseignement médical. Ainsi, une matrone sachant réaliser une épisiotomie et la recoudre, la pratiquait à sa façon, c'est-à-dire en frappant sur le périnée avec deux doigts et, en général, sans suturer, car ses patientes ne le souhaitaient pas et préféraient qu'on leur pose une compresse. Or la matrone fait généralement ce que lui demande la femme.

### **Selon vous, comment cette situation peut-elle être améliorée ?**

En ce qui concerne les pratiques des matrones, plusieurs axes d'amélioration sont possibles. Dans de nombreux

pays, il est question de les impliquer au niveau de la prévention, d'en faire la référence en matière de dépistage du VIH. En Inde, aucun programme national n'est développé dans ce domaine. Il serait pourtant pertinent de l'envisager dans certains contextes, en tenant compte des échecs relatifs aux diverses tentatives de formation des matrones réalisées ici ou dans d'autres pays. Actuellement, l'OMS se désengage de ces programmes. Et, selon moi, les raisons avancées ne sont pas les bonnes. Trop souvent les formateurs ont l'impression d'arriver en terrain vierge. Ils prodiguent des conseils sans savoir ce qui est déjà pratiqué. Il faut remettre en cause ces projets, la façon de dispenser la formation, d'assurer son suivi et d'intégrer les matrones à un système de référence des urgences obstétricales. Car elles ne peuvent rien faire seules. Elles n'assureront pas les dépistages ni les césariennes. Du côté hospitalier, il reste beaucoup à faire en terme de formation aux bonnes pratiques et à la lutte contre les discriminations. Mais d'autres aspects sont aussi à prendre en compte. Par exemple, à Namakkal, j'ai constaté que plusieurs femmes enceintes infectées par le VIH n'ont pas pu bénéficier d'une césarienne. Les chirurgiens refusaient de pratiquer cet acte, arguant que cela constituait pour eux un risque qu'ils auraient aimé voir rémunéré. En fait, ils ne bénéficient d'aucune assurance professionnelle : s'ils se contaminent, ils risquent de ne plus pouvoir exercer et donc de ne plus pouvoir subvenir aux besoins de leur famille. Ainsi, un meilleur accès à la prévention et au traitement du VIH des femmes en Inde, comme ailleurs, dépend de déterminants liés au système de soins et d'un ensemble de facteurs individuels, institutionnels et culturels dans lesquels l'épidémie évolue.

© Stockxpert.com

## En chiffres

La prévalence du VIH chez les adultes en Inde est estimée à 0,36 %. Selon une récente estimation nationale du nombre de personnes séropositives réalisée avec le soutien de l'Onusida et de l'OMS, entre 2 et 3,1 millions de personnes sont séropositives dans ce pays. Dans les États indiens les plus touchés par l'épidémie, la prévalence du VIH parmi les femmes enceintes dépistées en consultation prénatale est estimée entre 1 % et 2 %.