



HAL
open science

”Choix” contraceptifs des femmes vivant avec le VIH au Cambodge

Pascale Hancart Petitet

► **To cite this version:**

Pascale Hancart Petitet. ”Choix” contraceptifs des femmes vivant avec le VIH au Cambodge. Desclaux Alice; Msellati Philippe; Sow K. Les femmes à l’épreuve du VIH dans les pays du Sud : genre et accès universel à la prise en charge, Paris : ANRS, pp.179-191, 2011, Collection Sciences sociales et SIDA, 978-2-84254-151-4. hal-03681604

HAL Id: hal-03681604

<https://hal.science/hal-03681604>

Submitted on 30 May 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L’archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d’enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

"CHOIX" CONTRACEPTIFS DES FEMMES VIVANT AVEC LE VIH AU CAMBODGE

Pascale HANCART PETITET*

Résumé

Au Cambodge, les femmes vivant avec le VIH sont rarement informées des méthodes de contraception disponibles en dehors du préservatif. Une étude préliminaire menée en 2008 a permis d'identifier certaines représentations et pratiques en santé de la reproduction des acteurs de soins, des travailleurs sociaux et des personnes vVIH pour comprendre cette absence de choix. Les résultats mettent en évidence certains facteurs qui conduisent les soignants à ne pas aborder les questions en lien avec la contraception avec les patients. Aussi le seul message donné par les travailleurs sociaux est une injonction à l'utilisation du préservatif. Par ailleurs, les méthodes contraceptives sont peu utilisées pour des motifs divers et de nombreuses femmes vVIH ont recours à des pratiques d'avortement à risques réalisés dans le milieu informel de soins. Cette étude invite à questionner la construction sociale des normes en matière de genre et de sexualité dans le contexte du VIH.

Mots clés

Cambodge - VIH - contraception - avortement - genre -

*Anthropologue, Chercheure à l'Amsterdam Institute for Social Science Research (AISSR), Université d'Amsterdam, accueillie à l'Institut Pasteur du Cambodge et associée au Groupe de Recherche Cultures, Santé, Sociétés (GReCSS), Université Paul Cézanne d'Aix-Marseille.
E Mail: hancartpetitet@pasteur-kh.org.

Selon les critères médicaux d'éligibilité concernant l'usage des contraceptifs développés par l'OMS, la plupart des méthodes sont considérées comme saines et efficaces pour les femmes vivant avec le VIH, asymptomatiques et en stade sida [1]. De plus, en théorie, les questions liées à la contraception des femmes vVIH sont prises en compte dans les stratégies de riposte à l'épidémie à VIH puisque l'un des quatre piliers de la méthode élaborée par l'OMS et l'ONUSIDA en matière de prévention de la transmission mère-enfant du VIH pour les pays du Sud est la prévention des grossesses non désirées chez les femmes infectées par le VIH [2-4]. Pourtant, les pratiques sur le terrain semblent souvent loin des objectifs proposés.

Les difficultés de mise en œuvre de la prévention des grossesses non désirées chez les femmes vivant avec le VIH dans le cadre des programmes de PTME sont nombreuses et documentées¹. Par exemple, les problèmes d'accessibilité et de sous-utilisation des services de planning familial par les PvVIH sont connus en milieux pauvres africains [6-8]. Toutefois, les limites observées en termes d'accès à la contraception et à la santé de la reproduction en général pour les personnes VIH ne sont pas spécifiques au Sud. L'objectif des programmes PTME en matière de contraception reste tributaire d'une offre contraceptive non spécifique, rarement optimale avant l'épidémie de sida. Dans quelle mesure les programmes de PTME parviennent-ils à renforcer cette offre pour les personnes vivant avec le VIH ?

Au Cambodge, les questions relatives à la santé de la reproduction des personnes vVIH sont encore peu considérées. Pendant plusieurs années, la prévalence du VIH a été en constante augmentation pour atteindre 2,6% en 1998 [9]. Ceci tient en partie à la mise en place relativement récente des programmes de prévention puis, comme dans la plupart des pays du Sud, de l'obtention tardive des fonds requis pour le traitement [10]. Les premiers médicaments antirétroviraux (ARV) ont été officiellement introduits en 2000 [11] et de nombreuses actions ont eu pour effet de diminuer la prévalence du VIH (chez les adultes de 15-49 ans) à 0,9% en 2006 [12]². Malgré une certaine réussite en termes de gestion de l'épidémie à VIH, dans ce pays, la mise en œuvre de programmes de prévention de la Transmission mère-enfant (PTME) du VIH reste encore limitée. En 2006, la prévalence du VIH parmi les femmes testées en consultation prénatale est estimée à 1,1%. Seulement 29% des enfants nés de mères vivant avec le VIH ont bénéficié d'un traitement ARV prophylactique pour la PTME en 2009 [12]. De plus, en dehors d'initiatives isolées, il n'y a pas de programme spécifique relatif au suivi gynécologique des femmes vivant avec le VIH. Dès lors comment se construit en discours et en actes la prise en charge de la contraception pour les personnes vVIH dans ce contexte ?

Cette contribution propose d'examiner l'offre contraceptive proposée aux personnes vVIH. Au Cambodge, quelques travaux ont été menés sur le sujet de la reproduction dans le contexte du VIH. Par exemple, le besoin de services de soins pour les femmes qui vendent des services sexuels [13-15] ainsi que l'impact réciproque de la construction sociale des rapports sociaux de sexe et de l'épidémie à VIH [16] ont été étudiés. Par ailleurs, l'implication limitée des hommes dans les activités de dépistage volontaire du VIH en consultation prénatale, de PTME et de planning familial est décrite comme un

¹ Voir Hardon et al. 2009 [5] qui présentent en introduction une synthèse des études conduites à ce sujet.

² Fin 2006, il était estimé que 67200 personnes dont 38800 femmes vivaient avec le VIH au Cambodge [12]

facteur de la sous-utilisation des services de soins de santé de la reproduction par les femmes vivant avec le VIH [17, 18]. Néanmoins, ces études antérieures renseignent peu sur les choix contraceptifs des personnes vivant avec le VIH.

I. METHODOLOGIE ET CONSTRUCTION D'UN OBJET

Les données ont été collectées en 2008 dans le cadre des projets «Transmission du VIH et santé de la reproduction au Cambodge ; une approche anthropologique » (Sidaction) et « La transmission des VIH, VHB, VHC dans les lieux de soin. Dimension socioculturelle de l'hygiène au Cambodge » (ANRS 12102)³. Des observations et des entretiens ont été menés en zone urbaine avec des femmes vivant avec le VIH (avec ou sans traitement ARVs) (20), des soignants et des travailleurs sociaux (6). Au préalable, nous avons conduit des entretiens au sujet de la contraception avec 147 personnes, indépendamment de leur statut VIH, incluant principalement des femmes en âge de procréer appartenant à des milieux sociaux divers, des soignants (31) et des travailleurs sociaux (20). Ce projet visait à décrire et à analyser les dimensions sociales et culturelles de l'hygiène en santé de la reproduction⁴. Aussi, il nous semble intéressant de rapporter les faits qui ont contribué à la construction de ce questionnaire supplémentaire autour de la contraception pour les personnes vVIH.

Notre investigation nous a conduit à rencontrer des représentants d'associations de PvVIH afin d'aborder avec eux la question du risque infectieux lors des pratiques de soins de santé de la reproduction. Cette rencontre initiale et dont l'objectif était une collecte d'informations auprès des « enquêtés » céda la place à une séance de formation improvisée. Je me retrouvais debout craie en main devant un tableau noir à dessiner l'appareil reproducteur féminin, à parler de la physiologie de la reproduction et à expliquer les mécanismes en jeu dans la contraception et selon les moyens utilisés. A ma question de savoir quels étaient les choix proposés aux personnes vVIH en matière de contraception et comment la question du risque infectieux était alors envisagée, la réponse était unanime :

« Ils doivent utiliser les préservatifs, c'est tout ! »

Dés lors, documenter les représentations, les expériences et les attitudes des personnes vVIH et des soignants en matière de contraception, et en interroger l'origine et les effets s'imposa comme un nouvel objet de recherche. Nous présentons ici les données préliminaires de l'étude en cours qui permet d'approcher plus spécifiquement les questions suivantes : Comment les personnes vVIH abordent ces questions avec les médecins ? Quels sont les messages véhiculés par les soignants et les travailleurs sociaux ? Comment sont-ils diffusés et mis en œuvre ? Les femmes vVIH ont-elles recours aux méthodes de contraception ? Lesquelles et pourquoi ? Que se passe-t-il lors de la survenue d'une grossesse non désirée ?

3 Ce projet de recherche a reçu l'autorisation du comité d'éthique du Cambodge le 21 Octobre 2005. Il a été mené, en partenariat avec l'Institut Pasteur au Cambodge, par une équipe du Groupe de Recherche Cultures, Santé, Sociétés dirigé par Alice Desclaux.

4 Voir à ce sujet Hancart Petitet [19] et Hancart Petitet & Desclaux [20].

II DES PATIENTS FACE AUX SOIGNANTS

De nombreux facteurs conduisent les acteurs de soins à considérer la sexualité chez les PvVIH comme dangereuse. Par exemple, les soignants redoutent la multiplication des résistances virales dans l'éventualité de transmission du VIH lors de rapports sexuels non protégés ainsi que les conséquences néfastes des interactions médicamenteuses entre les contraceptifs hormonaux et les ARVs. Par ailleurs, les médecins ont rarement reçu de formation relative à la Prévention de la Transmission Mère Enfant du VIH (PTME) et la plupart n'abordent pas la question de la procréation ou de la contraception avec les patient(e)s. Les médecins formés restent souvent très réticents à aborder ces questions avec les patientes. Certains d'entre eux considèrent que c'est le rôle des travailleurs sociaux. Voici les propos rapportés par Mme Parrath, mariée, deux enfants, qui travaille comme volontaire dans une association d'aide aux PvVIH.

« Je reçois mon traitement à l'hôpital russe. Mon médecin ne me parle jamais de méthodes contraceptives. Il me dit seulement: « Si vous ne voulez pas de bébé, vous devez prévenir l'apparition d'une grossesse », mais il ne me dit pas comment ! »

Selon des responsables de programme de prévention et de traitement du VIH à Phnom Penh, les propos et les attitudes des médecins sont peut-être à mettre en perspective avec le discours semi officiel des décideurs cambodgiens selon lequel la procréation serait un projet inenvisageable pour les femmes vVIH. Selon leur point de vue, les quantités de traitements antirétroviraux disponibles seraient limitées et les enfants nés de mères infectées ne pourront pas toujours en bénéficier.

En dehors de ces restrictions, il apparaît que les médecins ont des présupposés concernant la sexualité des patients sur la base de catégorisations implicites : certains patients sont d'emblée supposés ne pas avoir de relations sexuelles (personnes veuves, femmes non mariées). Par exemple, Mme Thi⁵. 42 ans, veuve depuis cinq mois, nous dit:

« L'autre jour, je voulais parler à mon médecin d'un problème qui me préoccupe parce qu'en ce moment j'ai une relation avec un homme et il ne veut pas utiliser les préservatifs. Mais à la fin de la consultation mon médecin m'a dit : "Allez prenez bien vos médicaments, vous n'avez plus de souci maintenant." Je n'ai pas osé lui parler, il connaissait bien mon mari».

Mme Lakeana, veuve, 2 enfants, évoque son recours récent à un avortement et ajoute:

« Ça je ne l'ai pas dit à mon médecin qui me donne les ARVs, il ne sait pas que je me suis remariée. »

Enfin, les rapports d'autorité qu'entretiennent les soignants avec les patients [21] ne sont pas non plus sans effet sur la construction des pratiques de soins de santé de la reproduction dans le contexte du VIH. Par crainte de ne pas recevoir les soins

⁵ Afin de garantir la confidentialité des propos de nos informateurs, les noms utilisés dans ce chapitre sont des pseudonymes.

demandés, de nombreuses personnes vVIH ne révèlent pas leur infection à VIH aux soignants lors de la consultation médicale.

Ainsi, aborder avec les soignants les questions relatives à la contraception s'avère souvent une tâche difficile pour les personnes vVIH. Ce partage du domaine de l'intime semble contraint par la stigmatisation et la discrimination associées à cette maladie, dans un contexte où la sexualité des personnes est considérée comme dangereuse et souvent niée. Par ailleurs, s'il est admis que l'épidémie à VIH a contribué à modifier les comportements sexuels [16,22], les règles de conduite en société cambodgienne font que le domaine de la sexualité n'est pas toujours abordable dans le cadre de certaines relations, en particulier dans celles régissant les rapports entre soignants et soignés. La construction historique et sociale du rôle des médecins au Cambodge, qui établit en partie cette relation sur un mode marchand et autoritaire [21,23], conditionne aussi les difficultés qui nous ont été rapportées. Enfin, cette construction n'est pas sans effet sur la relégation des personnes vVIH effectuée par les médecins en direction des travailleurs sociaux et des volontaires des associations. Ceux-ci se retrouvent en charge des questions de santé de la reproduction et ont alors souvent le rôle de diffuser des messages d'incitation à l'utilisation du préservatif.

II. L'INJONCTION A L'UTILISATION DU PRESERVATIF

Au Cambodge, les activités menées en faveur d'un accès facile et gratuit au préservatif ne font pas l'unanimité. Elles sont parfois vues comme une forme d'incitation à « la débauche », en particulier par les représentants des autorités dont l'un des messages politiques récurrents est le retour à la morale⁶. La nécessité d'observer une abstinence « traditionnelle » avant le mariage, pressentie comme le meilleur moyen de limiter l'épidémie à VIH sur le territoire, est souvent assenée⁷. Le préservatif est aussi un objet de controverses et de tensions entre les acteurs en charge d'appliquer la loi de 2008 visant à limiter la prostitution et ceux dont le mandat est la prévention du VIH auprès des « professionnelles du divertissement »^{8 9}.

Toutefois, lorsqu'il concerne les personnes vVIH, recevant ou non un traitement ARV, le préservatif fait l'objet de discours très différents. Officiellement, un message d'injonction à l'utilisation des préservatifs est souvent délivré uniformément par les travailleurs sociaux et des représentants de personnes vivant avec le VIH. Il résulte, d'une part, du

⁶ Cette politique est mise en œuvre par exemple au travers d'actions phares comme l'interdiction du port des mini jupes à l'école et la fermeture de certains « love hotel » de Phnom Penh.

⁷ Ce fut le cas par exemple lors de la journée mondiale de la riposte au sida le 1^{er} décembre 2007 où Mme Bun Rany Hun Sen, l'épouse du premier ministre cambodgien (et présidente de la Croix Rouge Cambodgienne) avait pris officiellement position dans ce sens.

⁸ Le terme « professionnelle du divertissement » est emprunté au jargon du développement. Il désigne les femmes qui travaillent dans les bars, les « beer garden », les karaoké, et les salons de massage et dont certaines vendent, régulièrement ou occasionnellement des services sexuels à des clients.

⁹ Voir à ce sujet Mony Pen & Eng Sambath, Towards the Emergence of Civil Disobedience in the Time of HIV/AIDS Epidemic in Cambodia dans [10].Le lecteur pourra consulter également [24].

consensus autour du préservatif en tant que « double protection » (contre les Infections Sexuellement Transmissibles et contre les grossesses). D'autre part, ce message est conditionné par des suppositions d'ordre biomédical qui conduisent les soignants, et par voie de conséquence les représentants de PvVIH, à ne pas proposer d'autres méthodes du fait des risques allégués. Il s'élabore aussi dans un contexte où au début des programmes d'accès aux antirétroviraux, la contraception n'apparaissait pas comme une question à considérer en raison de l'état sanitaire critique des patients. Toutefois, la mise en pratique de cette recommandation n'est pas toujours suivie et ceci pour de nombreuses raisons. Indépendamment du VIH, la baisse du plaisir sexuel et l'inflammation vaginale lors de l'utilisation de préservatifs sont couramment rapportés parmi la population générale [25], parmi celle que nous avons étudiée et parmi les personnes vVIH rencontrées. En amont de ces problèmes liés à l'inconfort et à la diminution de la libido et du plaisir sexuel, d'autres facteurs conditionnent l'utilisation du préservatif. Par exemple, indépendamment du VIH, soit pour des raisons parfois sous-jacentes à l'infection à VIH, l'usage du préservatif est décrit comme étant difficile à négocier avec le partenaire¹⁰.

Un autre aspect de la construction du discours prescriptif sur le préservatif est l'obligation donnée aux PvVIH de diffuser ce message lorsqu'elles travaillent en tant que volontaires pour des associations et des organisations menant des programmes VIH. Si de premier abord, ces volontaires semblent se conformer aux prescriptions normatives reçues en matière de prévention, il apparaît que dans un cadre privé ces prescriptions sont l'objet de réinterprétations. Ainsi, Mr Phalla, marié sans enfant, qui a la fonction de «peer educator» pour une association de PvVIH, nous confie :

« Officiellement, quand je vais dans les villages pour rendre visite aux personnes vVIH à leur domicile où quand je discute avec les PvVIH qui travaillent ici je leur dis toujours d'utiliser les préservatifs (...) Mais, de manière non officielle, aux personnes vVIH que je connais bien, s'ils ne veulent pas utiliser les préservatifs je recommande la méthode que j'utilise, celle du calendrier.»

Le préservatif est donc l'objet d'un double discours. Au discours officiel de promotion du préservatif en tant que moyen de prévention de l'infection, se superpose un autre discours, diffusé à un public choisi et restreint, dont l'objectif est de répondre aux questions en lien avec la contraception. Aussi, à la question de savoir avec qui il leur est alors possible de discuter de contraception, Mme Leak, remariée, qui travaille avec une organisation, en particulier pour la promotion du préservatif, nous répond :

« Je parle de contraception avec les femmes qui travaillent avec moi. On se demande réciproquement si nos maris utilisent les préservatifs ! »

Enfin, l'incompatibilité entre l'obligation de diffuser le message de prévention donné et sa mise en application dans le cadre privé peut se révéler difficile à gérer. Par exemple, Mme Dhana, 29 ans, qui travaille en tant que volontaire pour une association de PvVIH nous confiait:

¹⁰ Voir par exemple les travaux de Desgrée du Lou et al. à ce sujet [26].

« J'ai avorté à deux mois de grossesse, d'abord parce que j'ai déjà une fille infectée par le VIH. De plus je me sentais coupable parce qu'en temps que volontaire je dis toujours aux autres qu'ils doivent utiliser les préservatifs. »

En l'absence d'information et de formation en matière de contraception des personnes vVIH, et face à la demande explicite des organisations qui les emploient et dont le mandat est de diffuser des messages de prévention, les travailleurs sociaux et souvent « patients experts » construisent un discours officiel pour les personnes « cibles » de leurs programmes en faveur de l'utilisation des préservatifs en tant que moyen préventif des infections et des grossesses. Parce qu'ils expérimentent dans leur vie privée les difficultés à mettre en œuvre le message recommandé et parce qu'ils sont aussi confrontés aux questions en lien avec la contraception, ils reconstruisent, de manière dissimulée ou partagée des pratiques et des discours en cohérence avec leur situation du moment et avec la demande des intéressés. Ainsi, les utilisateurs reçoivent simultanément ou à distance deux discours au sujet du préservatif, préventif versus contraceptif, formulés par des acteurs différents ou par les mêmes acteurs dont ils font la synthèse et dont les valeurs sont réciproquement brouillées.

Lorsque l'utilisation du préservatif est temporairement ou définitivement abandonnée, certaines personnes disent utiliser la méthode du retrait ou du calendrier, mais qu'en est-il des contraceptifs « modernes »¹¹, dont l'usage pour les PvVIH est désormais reconnu sans risques ?

III. DES « RISQUES CONTRACEPTIFS »

La construction des stratégies en matière de planning familial au Cambodge n'est pas sans effet sur la façon dont les personnes vVIH orientent leur « itinéraire contraceptif ». Selon une étude nationale datant de 2005 [27], le niveau de connaissances en matière de contraception est estimé élevé¹² au Cambodge et les taux de fécondité ont diminué considérablement en 20 ans (6 en 1980, 3,3 en 2004). Depuis 1995, les moyens de contraception sont fournis dans toutes les institutions de soins publiques (préservatifs, contraceptifs oraux et injectables, implant contraceptif, stérilet, et contraception d'urgence). En dehors des préservatifs parfois distribués gratuitement, l'accès aux méthodes contraceptives est payant¹³. La prévalence contraceptive pour les méthodes

¹¹ Selon la classification de l'OMS, les méthodes dites « modernes » sont celles développées par la biomédecine, soit : les préservatifs masculins et féminins, les contraceptifs oraux et injectables, le stérilet, les implants, la ligature tubaire et la vasectomie. Les méthodes dites « traditionnelles » sont celles du calendrier et du retrait.

¹² Ces estimations me semblent à discuter. A ce que j'ai pu relever dans des milieux sociaux défavorisés en zone urbaine et rurale, et comme cela a été observé dans d'autres pays du Sud, de nombreuses personnes peuvent citer certains moyens de contraception moderne mais les connaissances au sujet de leur mode d'utilisation sont souvent très limitées.

¹³ Les coûts relevés dans les cliniques de Reproductive Health Association Cambodia sont les suivants : Une boîte de trois préservatifs 300 riels, une plaquette de pilule contraceptive : 500 riels, une injection de Dépoprovera® : 2000 riels, un stérilet : 20000 riels, un implant contraceptif : 369 000 riels (1 Euro est équivalent à 5100 riels Cambodien).

modernes est estimée à 27% [28]¹⁴et¹⁵. Les contraceptifs oraux journaliers sont les plus utilisés (11%), suivis par les contraceptifs injectables (8%). Les préservatifs masculins sont peu utilisés dans la population générale (2,9%). Le retrait (coït interrompu) est la méthode traditionnelle la plus utilisée (8% en 2005) [27].

Les raisons invoquées sont liées au manque d'accès aux services de soins et de conseil et aux manques de connaissances des effets secondaires des contraceptifs. Les contraceptifs hormonaux sont souvent perçus par de nombreuses femmes comme étant à l'origine de troubles physiques mal supportés (asthénie, nausées, vomissements, maux de tête, saignements irréguliers, absence de menstruations, variation pondérale). Par ailleurs, selon leurs propos, la prise de ces médicaments n'est pas sans conséquence sur une altération de la beauté corporelle (apparition de points noirs sur la peau, teint brouillé). Enfin, la crainte de l'infertilité induite par un usage prolongé de contraceptifs oraux est souvent rapportée. L'apparition de tels signes oriente les « itinéraires contraceptifs » des femmes. Dans ce contexte, la survenue de grossesses non désirées et le recours à l'avortement médicamenteux ou chirurgical est fréquent.

Ces expériences et ces attitudes vis-à-vis des contraceptifs sont largement rapportées par les personnes vVIH que nous avons rencontrées. Pour des raisons en lien et ou non avec l'infection à VIH, les méthodes contraceptives sont souvent perçues comme étant difficiles à utiliser. Par exemple, Mme Saart, qui travaille comme volontaire dans une association, nous explique pourquoi elle a décidé de ne pas parler des contraceptifs oraux lors de ses visites d'information :

« Les femmes vVIH ont déjà beaucoup de médicaments à prendre et elles risquent d'être saturées si de surcroît elles doivent aussi penser tous les jours à prendre la pilule contraceptive. Elles risquent d'oublier et de se retrouver enceintes. »

Comme c'est le cas dans la population générale, peu de personnes vVIH utilisent les contraceptifs hormonaux. D'une part, il leur est difficile d'obtenir des informations; elles n'osent aborder les questions de santé de la reproduction ni avec leur médecin infectiologue ni avec d'autres soignants dont elles utilisent les services. Ainsi, face au manque d'information d'ordre biomédical en matière de contraception, les discours et les conduites à tenir sont construits principalement en fonction d'informations glanées dans l'entourage et selon les expériences rapportées ou vécues. Par exemple la crainte des interactions médicamenteuses entre les contraceptifs hormonaux et les ARV est souvent mentionnée par nos interlocuteurs.

Selon Mme Chowry, 39 ans, qui prend des ARV depuis trois ans, aucun médicament n'est compatible avec la prise des ARVs ; elle nous explique comment elle en est arrivée à cette conclusion.

«Par exemple, un jour je me suis blessée avec un couteau, je suis allée à l'hôpital pour recevoir une injection de tétanos et j'ai dit au staff que je prenais des ARV. Alors l'infirmière m'a dit qu'elle ne pouvait pas me faire l'injection de vaccin antitétanique

¹⁴ Selon les dernières estimations, la prévalence contraceptive pour les méthodes modernes est de 3% au Tchad et de 90% en Chine. Elle est de 63% à l'échelle mondiale [28].

¹⁵ Les abandons temporaires ou définitifs de l'usage de contraceptifs sont fréquents [29,30].

parce que cela allait faire chuter mon taux de CD4. Depuis, je pense que c'est la même chose pour les contraceptifs !»

Pour Melle Phanna, 28 ans, sous ARV depuis un an, le problème est essentiellement lié aux effets de réchauffement du corps produits par ces deux catégories de médicaments et au déséquilibre que cela entraîne. Elle nous explique :

« Les pilules rendent le corps chaud à l'intérieur, comme les ARVs, donc c'est chaud avec chaud, ce n'est pas bon pour la santé, ça fait maigrir et ça empêche de dormir! »¹⁶

Ainsi, pour de nombreuses personnes VIH, en raison des troubles divers engendrés par l'interaction médicamenteuse, la prise de contraceptifs est peu compatible avec celle des antirétroviraux. Comme c'est le cas pour des personnes séronégatives, les options les plus satisfaisantes en matière de contraception sont aussi les méthodes traditionnelles du retrait et du calendrier [29 30]. Néanmoins, comme amplement documenté dans la littérature médicale, l'efficacité de ces deux méthodes est limitée et la survenue de grossesses non attendues est fréquemment rapportée.

IV. RECOURIR A L'AVORTEMENT

Les pratiques d'avortement sont très courantes au Cambodge et plusieurs études de santé publique ont documenté l'ampleur de ce problème [31]. La légalisation de l'avortement date de novembre 1997 ; néanmoins peu de services sont disponibles dans le secteur public pour fournir des soins d'avortement sans risques [32]. Aussi, de nombreuses femmes ont recours à des pratiques d'avortement dans le secteur de soins informel où des pratiques d'avortement illicites par curetage ou par aspiration sont réalisées par des soignants formés dans un cadre biomédical ou par des personnes n'ayant bénéficié d'aucune formation. Par ailleurs, l'utilisation de pilules abortives¹⁷ présente, du point de vue des femmes, de nombreux avantages en termes de coût¹⁸, de prise de risque jugée moindre par rapport à un avortement chirurgical, et d'évitement du recours au service d'un soignant. Ces pratiques, généralement réalisées en dehors de toute indication et surveillance biomédicales, ne sont pas sans complications (avortements incomplets, infections, hémorragies).

¹⁶ Ce propos n'est pas isolé. Au Cambodge, selon les représentations populaires, il est souvent admis que pour concevoir un enfant, le corps de la femme doit être en bonne santé, avoir un cycle menstruel régulier et un corps froid. Or, la plupart des contraceptifs modernes sont perçus comme pouvant empêcher l'apparition d'une grossesse en raison de l'échauffement du corps qu'ils produisent. Cet échauffement est aussi vu comme une perte de l'équilibre interne à l'origine de nombreux troubles corporels. [20, 29,30].

¹⁷ Ces pilules sont communément nommées au Cambodge « pilules chinoises ». Il s'agit d'une combinaison de Mifepristone® plus connu sous l'appellation RU 486 ou Mifégyne, mis au point par la firme française Roussel en 1982, et de Misoprosol® ou Cytotec®. Ces pilules sont vendues illégalement au Cambodge. Depuis fin 2009, une pilule abortive Medabon® est en vente officielle dans certaines pharmacies agréées. Les coûts sont de 6 à 10 USD.

¹⁸ Le coût d'un avortement chirurgical dans une institution publique est de 20 à 30 USD et peut atteindre 150 USD dans une clinique privée et en fonction du terme de la grossesse. Dans le secteur informel, les prix rapportés sont de 5 à 15 USD.

Le recours à l'avortement semble fréquent pour les personnes vVIH ; néanmoins les modalités de prise de décision, et le mode de prise en charge d'un avortement restent souvent dans le domaine du « non dit ». S'il est désormais admis dans la communauté scientifique que les pratiques d'avortement chirurgical et médicamenteux sont sans danger pour les femmes vVIH en contexte sanitaire sûr [1], cette forme de recours n'apparaît pas sans risques au Cambodge pour les femmes en général et pour les femmes vVIH [19]. Dans un contexte où les personnes vVIH sont supposées soit ne pas avoir de relations sexuelles, soit se conformer à l'usage des préservatifs, la survenue d'une grossesse témoigne d'une absence de suivi des prescriptions normatives et doit être tue. Ce silence est observé d'une part vis-à-vis du médecin prescripteur d'ARVs, et d'autre part auprès des autres acteurs de soins. Ainsi de nombreuses femmes qui ont eu des pratiques abortives dans le milieu formel ou informel de soins nous ont dit ne pas avoir révélé leur infection à VIH au soignant en charge de la pratique abortive. Si ce silence est souvent présenté comme allant de soi dans une situation où « *personne ne leur a demandé* », il est aussi bien souvent sciemment construit dans un contexte où la discrimination vis-à-vis des personnes vVIH reste latente et où de leur point de vue « *il n'y a aucun bénéfice à retirer de cette révélation* ». De plus, alors que la crainte des interactions médicamenteuses entre ARV et pilules contraceptives est souvent soulignée à la fois par les médecins et par les usagers, la prise de pilule abortive se fait en cachette dans un contexte où il ne semble guère exister d'espace de parole qui permettrait de la révéler. Mme Chun nous dit:

« Comme je prends de l'Efavirenz®, mon médecin m'a dit que je ne dois pas être enceinte. Alors quand c'est arrivé j'ai pris une pilule abortive, mais je n'ai pas osé lui dire, j'avais peur de ses reproches. »

Aussi, la survenue d'une grossesse est parfois perçue comme un acte de désobéissance vis-à-vis des prescripteurs du préservatif, qui dans certains cas pourrait être puni. Par exemple, Mme Heng nous dit qu'elle a eu recours à un avortement auprès d'une matrone de son quartier alors qu'elle savait qu'elle aurait pu se rendre dans un service de soins public qu'elle connaissait. Elle nous rapporte les faits qui ont contribué à cette décision.

« Je n'ai pas osé aller dans ce centre parce que c'est là que chaque mois je vais chercher la ration de riz qu'ils prévoient pour les PvVIH. A chaque fois, le staff me demande si j'utilise bien les préservatifs avec mon partenaire, et à chaque fois je leur dit que oui. Ils m'auraient réprimandée si j'étais venue pour un avortement. »

Le recours à l'avortement par les personnes vVIH reste une pratique indicible¹⁹. Devant l'obligation de se conformer aux prescriptions normatives en la matière et afin de ne pas perdre certaines formes d'aide allouées au PvVIH, certaines femmes optent pour un recours informel aux soins d'avortement, jugé moins cher et plus discret, et dont le danger potentiel est rarement perçu. Enfin, certaines femmes vVIH mobilisent leur connaissance de l'offre de services parfois « à la carte » proposés par des ONGs et développent des stratégies diverses pour y accéder. Par exemple, selon le coordinateur des programmes d'une ONG à Siem Reap, certaines femmes vVIH parviennent à

¹⁹ Parmi la population générale, le recours à l'avortement est souvent banalisé lorsqu'il concerne des femmes mariées. Il est tabou pour les jeunes filles qui ne sont pas censées avoir de rapports sexuels avant le mariage.

«s'infiltrer» dans les programmes d'accès gratuit aux ARVs pour le seul motif qu'ils facilitent l'accès à un service d'avortement²⁰. Par ailleurs, des enquêtes menées à Siem Reap en 2002 avaient relevé des pratiques de coercition, de la part des soignants, vis-à-vis des femmes vVIH afin qu'elles subissent un avortement [18]. Ces données sont à replacer dans un contexte historique où l'accès des traitements antirétroviraux au Cambodge était récent (année 2000) et limité et où, selon une perspective biomédicale, l'interruption médicale de la grossesse était justifiée. Aussi, les actes de ces soignants résultent d'une certaine forme de prudence, voire de méfiance vis-à-vis des grossesses des femmes vVIH dont l'obéissance à cette injonction médicale est aussi à interroger.

V. CONCLUSION

Au Cambodge, plusieurs raisons conduisent les personnes vVIH à ne pas évoquer les questions relatives à la contraception avec les soignants. D'une part, le sujet de la sexualité est difficilement abordable avec les médecins. Par ailleurs, ces personnes sont souvent supposées ne pas avoir de vie sexuelle et elles doivent se conformer à l'usage du préservatif si ce n'est pas le cas. Pourtant, notre premier relevé de terrain conduit à montrer comment, dans un contexte de non-dit, les personnes vVIH construisent leurs pratiques de contrôle des naissances en dehors de ces prescriptions, en fonction des informations relayées par leur réseau social et glanées lors de leur parcours de soins. Ainsi, face au manque d'information en matière de contraception pour les PVVIH, par peur des effets secondaires des contraceptifs communément rapportés par l'entourage et parce qu'elles redoutent d'éventuels interactions médicamenteuses avec les ARVs, certaines personnes utilisent des moyens contraceptifs « traditionnels », dont la pertinence éventuelle dans ce contexte n'est jamais envisagée par les soignants. Par ailleurs, de nombreuses femmes vVIH ont recours à des pratiques abortives. Cette option soulève un problème de santé publique puisque ces femmes subissent des avortements à risques ou prennent des pilules abortives dont les effets sur les ARV ne sont pas connus.

Une autre perspective analytique conduit aussi à aborder non pas les pratiques contraceptives ou abortives en tant que telles mais les facteurs sous-jacents à leur mise en œuvre. Ainsi, l'ethnographie rend compte des effets des pratiques coercitives des soignants sur les modalités de décision des patients en matière de reproduction. Par exemple, la crainte de représailles éventuelles de la part des soignants conduit une femme à prendre la décision d'un avortement (qui n'aurait pas forcément eu lieu dans un autre contexte) et une autre à ne pas utiliser le service d'avortement sans risque pourtant disponible.

De nombreuses questions restent en suspens²¹. Par exemple, la façon dont la contraception est abordée du point de vue des femmes, des hommes, au sein du couple

²⁰ Ce point reste à documenter afin de rendre compte de ces pratiques de détournements.

²¹ Actuellement, deux nouveaux projets de recherche sont en cours et permettront d'approfondir ces résultats préliminaires : « Procréation et Contraception des Personnes vivant avec le VIH au Cambodge » (2010-2012, Sidaction) et Women Reproductive Health Care Issues in the ANRS 12095 CIPRA KH001 Camelia Clinical Trial : An Anthropological Approach » (2010-2011, anrs)

et en fonction de leur statut VIH et de leur traitement ARV respectif, fait l'objet d'un travail en cours. Par ailleurs, il nous faut aussi documenter les pratiques des soignants et des décideurs selon leurs propres perspectives, en considérant les politiques sanitaires en place en la matière et en analysant les impacts et les effets. Ainsi, nous souhaitons étudier pourquoi et comment, dans un contexte de forte présence d'organisations internationales et de forte mobilisation étatique face à l'épidémie à VIH, les connaissances scientifiques, comme celles en lien avec l'usage des contraceptifs chez les PvVIH, sont diffusées et interprétées ou parfois ignorées au Cambodge. L'objectif est double ; il s'agit d'une part d'utiliser la production de connaissances scientifiques pour informer les personnes en charge de l'élaboration des politiques de santé publique dans ce pays. Au-delà, nous souhaitons questionner comment, au Cambodge, dans le contexte du VIH, les prescriptions normatives en matière de genre et de sexualités sont construites, négociées et parfois transgressées.

REMERCIEMENTS

Nous remercions toutes les personnes qui ont contribué à ce projet en particulier les soignants des institutions de soins, les représentants des organisations Reproductive Health Association Cambodia (RHAC) et Pharmaciens Sans Frontières (PSF-CI) qui nous ont autorisées à suivre leurs activités de soins et d'éducation à la santé, ainsi que les personnes de l'ARV Users Association (AUA). Nous remercions également nos informateurs et informatrices principaux, ainsi que toutes les personnes qui ont accepté de nous accorder du temps pour des entretiens menés à Phnom Penh et dans les environs ainsi qu'à Kompong Chhnang. Un grand merci à Noty Phan, l'assistante de recherche. Nous remercions la direction de l'Institut Pasteur du Cambodge et le Dr. Sirenda Vong pour avoir accueilli ce projet au sein de l'unité « Epidémiologie et Santé publique ». Merci aux personnes de Sidaction et de l'ANRS pour leur soutien continu du projet.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Delvaux T, Nöstlinger C. Reproductive Choice for Women and Men Living with HIV: Contraception, Abortion and Fertility. *Reproductive Health Matters* 2007; 15(29): 46-66.
2. WHO. Prevention of Mother-to-Child Transmission of HIV Infection Generic Training Package. <http://www.who.int/hiv/pub/mtct/pmtct/en/>, World Health Organization: Geneva, 2004.

3. UNGASS. Declaration of commitment on HIV/AIDS. New York: UN. 2001. <http://www.un.org/ga/aids/coverage/index.html>. Accessed 07.04.10.
4. WHO, UNICEF, UNAIDS. *Towards universal access: scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector*. Progress report, September 2009. <http://www.who.int/hiv/pub/2009progressreport/en/index.html>
5. Hardon, A. P., P. Oosterhoff, et al. "Preventing mother-to-child transmission of HIV in Vietnam and Indonesia: Diverging care dynamics." *Social Science & Medicine* 2009; 69: 838–845.
6. Bii S, Otieno-Nyunya B, Siika A *et al*. Family planning and safer sex practices among HIV infected women receiving prevention of mother-to-child transmission services at Kitale District Hospital. *East Afr Med* 2008; 85(1): 46-50.
7. Peltzer K, Chao L *et al*. Family Planning Among HIV Positive and Negative Prevention of Mother to Child Transmission Clients in a Resource Poor Setting in South Africa. *AIDS* 2007; 21(13): 1771-1777.
8. Anand A, Shiraishi RW, Bunnell RE *et al*. Knowledge of HIV status, sexual risk behaviors and contraceptive need among people living with HIV in Kenya and Malawi. *AIDS* 2009; 23(12): 1565-1573.
9. NCHADS. Behavioral Sentinel Surveillance 2007. 2008: Phnom Penh.
10. Bourdier F. L'éveil de la société civile dans la lutte contre l'épidémie à VIH au Cambodge. Rapport final 2009, Programme IRD/ANRS (Projet ANRS 12133).
11. Bourdier F. Mobilisation sociale et accès aux antirétroviraux au Cambodge. In Eboko F. Bourdier F, Broqua C, *Mobilisations collectives face au sida dans le monde : translations internationales et dynamiques locales*, Face A Face. 2005 ; (7) 61-73.
12. NCHADS. *Annual Report 2009*. Phnom Penh, Cambodia: Ministry of Health, 2010.
13. Delvaux T, Crabbe F, Sopheab S *et al*. The Need for Family Planning and Safe Abortion Services among Women Sex Workers Seeking STI Care in Cambodia. *Reproductive Health Matters* 2003; 11(21): 88-95.
14. Gorbach P, Sopheab H, Chhorvann C *et al*. Changing behaviors and patterns among Cambodian sex workers: 1997-2003. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2006; 42(2): 242-247.
15. Sopheab H, Morineau G, Neal JJ *et al*. Sustained high prevalence of sexually transmitted infections among female sex workers in Cambodia: high turnover seriously challenges the 100% Condom Use Programme. *BMC Infect Dis* 2008; 12(8):167.

16. Guillou AY. Promotion de la femme et sexualité conjugale en temps du sida In Blanc ME, Husson L, Micollier E : *Sociétés asiatiques face au sida*. Paris, L'Harmattan: 2000: 67-91.
17. Walston N. *Cambodia: Family Planning Programs and HIV/AIDS Services. Results of Focus Group Discussions*. The POLICY Project. 2005. <http://www.comminit.com/strategicthinking/st2005/thinking-1308.html>. Page consultée le 8.6.07.
18. Kakimoto K, Kanal K, Mukoyama Chheng TV *et al.* Influence of the involvement of partners in the mother class with voluntary confidential counseling and testing acceptance for prevention of mother to child transmission of HIV program in Cambodia. *AIDS Care* 2007 ; 19(3): 381-384.
19. Hancart Petitet P. Les pratiques de soins de santé de la reproduction sont-elles à risques de transmission du VIH, VHB, VHC? Etudes de cas au Cambodge. *Cahiers Santé* 2010, 1(1).
20. Hancart Petitet P & Desclaux A. *Reproductive Health and HIV in Cambodia From Anthropology to Public Health*. GReCSS, ANRS, Sidaction, 2010.
21. Guillou AY. *Cambodge, Soigner dans les fracas de l'histoire. Médecins et société*. Paris: Les Indes Savantes, 2009.
22. Seelow S. Comment le sida a changé la culture sexuelle du Cambodge. *Cambodge Soir* . 4 mai 2007. http://www.cambodgesoir.info/magazine_print.php?itemid=21366. Page consultée le 8.06.07.
23. Crochet S. La santé au Cambodge: histoire et défis. In Forest A, *Le Cambodge contemporain*. Paris : IRASEC, Les Indes Savantes, 2008 : 363-418.
24. Pearshouse R. Cambodia: human trafficking legislation threatens HIV response. *HIV AIDS Policy Law Rev* 2008; 13(2-3): 21-22.
25. Beaufile, L., *Population Matters in Cambodia: A Study on Gender, Reproductive Health and Related Population Concerns in Cambodia*. Phnom Penh: UNFPA, 2000
26. Desgrées-du-Loû A, Brou H, Traore AT, Djohan G, Becquet R, Leroy V. From prenatal HIV testing of the mother to prevention of sexual HIV transmission within the couple. *Social Sciences and Medecine*. 2009; 69(6):892-9.
27. NIPH, *Cambodia Demographic and Health Survey* 2005. Phnom Penh: Cambodia. National Institute of Public Health, National Institute of Statistics, USAID, 2006.
28. WHO, *World contraceptive use*. 2007. <http://www.un.org/esa/population/publications/contraceptive2007/contraceptive2007.htm>. Page consultée le 18.05.2010.

29. Chap RP, Escoffier CF. *Cambodian women's perceptions of fertility and contraception* Phnom Penh: National Mother and Child Health, Center Cambodian researchers for development, 1996.
30. Sadana, R, Snowb R. Balancing effectiveness, side-effects and work: women's perceptions and experiences with modern contraceptive technology in Cambodia. *Social Science & Medicine* 1999 ; 49: 343-358.
31. Delvaux T, Sœur S, Rathavy T *et al.* Integration of comprehensive abortion-care services in a Maternal and Child Health clinic in Cambodia. *Trop Med Int Health* 2008; 13(8): 962-969.
32. Rathavy T, Fetters T, Sherman J *et al.* *Ready or not? A national needs assessment of abortion services in Cambodia*. Chapel Hill, North Carolina: Ipas, 2007.