

Cahiers d'études et de recherches francophones

Santé

Agence universitaire de la francophonie

*

* *

Étude originale

Les pratiques de soins de santé de la reproduction sont-elles à risques de transmission du VIH, du VHB et du VHC ?

Études de cas au Cambodge

Pascale Hancart Petitet

Institut Pasteur du Cambodge
Centre de recherche cultures, santé, sociétés (CReCSS)
Université Paul-Cézanne d'Aix-Marseille (UPCAM)
5, rue du Château-de-l'Horloge
13094 Aix-en-Provence cedex 02 France

<hancartpetitet@pasteur-kh.org>

Tirés à part de l'article de P. Hancart-Petitet

Cahiers Santé vol. 20, n° 1, janvier-février-mars 2010 – pages 3 à 8 -

Résumé

Au Cambodge, depuis 1994, les activités de santé de la reproduction sont conduites par le *National Reproductive Health Programme* (NRHP). Néanmoins, actuellement la prévalence contraceptive est de 27%. Les contraceptifs médicaux sont souvent perçus par de nombreuses femmes comme étant à l'origine de troubles physiques mal supportés. De plus, de nombreuses jeunes femmes redoutent les effets secondaires qui leur ont été rapportés et n'utilisent aucun moyen de contraception moderne. Par ailleurs, 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). Cependant, en dehors des préservatifs distribués gratuitement, en particulier dans le cadre de programmes de prévention du VIH menés par des organisations non gouvernementales (ONGs), l'accès aux méthodes contraceptives est payant. Les cliniques privées, les ONGs locales et internationales, les soignants du secteur privé ainsi que les praticiens formés ou non et exerçant hors du milieu formel de soins fournissent aussi une large part de ces services. Enfin, de nombreuses femmes ont recours à des avortements dont certains particulièrement à risques. Dans ce contexte, notre objectif est d'analyser la construction culturelle et sociale de certaines pratiques de soins de santé de la reproduction et d'envisager dans quelles mesures ces pratiques, telles qu'elles sont mises en œuvre par les soignants des milieux formel et informel de soins, sont à risques de transmission du VIH, du VHB et du VHC. Nous nous intéresserons particulièrement aux pratiques d'injection de Dépo-Provera[®], d'insertion de stérilet, de lavage vaginal et d'avortement chirurgical.

Mots clés : santé de la reproduction; risque infectieux ; Cambodge ; anthropologie.

Abstract

Do reproductive health care practices create a risk of HIV, HVB, and HVC transmission ? Case studies in Cambodia.

The processes involved in nosocomial transmission of HIV, HBV, and HCV nosocomial transmission have not been studied at a global level ; little is known about them or about the underlying social and cultural logic that contributes to this transmission. Hospital hygiene has mainly

been studied from a biological perspective until now. However, hospital hygiene is shaped by norms and sociocultural representations, and the increase or limitation of disease transmission always takes place within social relations. We need to analyse the practices related to hygiene from a cultural perspective, especially since norms are interpreted at the local level according to social and symbolic logic. Our paper aims to investigate these issues in the context of reproductive health care practices in Cambodia. We describe various perceptions, attitudes and roles of both medical and non-medical caregivers and show how they determine practices, as well as how sanitary, social and institutional contexts shape practices. Since 1995, public health institutions have provided contraceptive methods (condoms, oral or injectable contraceptives, contraceptive implants, intrauterine devices, and emergency contraception). Except for the free distribution of condoms, particularly by NGOs as part of HIV prevention programs, access to contraception is not free. Private clinics and local and international NGOs provide many of these services. Many women in both urban and rural areas seek reproductive health care in the informal sector, from caregivers who may or may not be trained. We thus wonder if these practices, as implemented in the formal and informal care sectors, create a risk for the transmission of HIV, HVB, and HVC. We analyse those issues in considering especially the injection of Depo-Provera[®], insertion of intrauterine devices, vaginal cleaning practices, and surgical abortion. This investigation of the sociocultural dimension of hygiene in the field of reproductive health care underlines how and to what extent these practices may present a risk of nosocomial transmission of HIV, HBV, or HCV when they are performed by trained or untrained caregivers practising outside the formal health care setting. We also wonder if in some circumstances, reproductive health practices may be at risk when they are performed "informally", particularly at night and on weekends by caregivers in the public sector of care. Finally, because of the high cost of abortions in the- institutions allowed to provide this service, many women have recourse to informal care sector, where the materials and techniques, as well as the lack of training for practitioners, appear to be the source of haemorrhagic risks and subsequent infection.

Key words : reproductive health; infectious risk; Cambodia; anthropology.

Au Cambodge, de nombreuses actions menées dans le domaine de l'accès à la prévention et au traitement du VIH ont eu pour effet de diminuer la prévalence du VIH (chez les adultes de 15-49 ans à 0,9 % en 2006 et 0,8 % en 2008 (contre 1,2 % en 2003). La prévalence des femmes âgées de 15 à 24 ans est estimée à 0,41 % [1]. La situation épidémiologique des hépatites virales B et C est encore mal connue. Selon une étude réalisée en Australie [2] en 2002 sur les immigrants cambodgiens, la prévalence des Ag anti-HBs et Ac anti-VHC était estimée chez les adultes à 8 % pour les deux pathologies ¹. L'OMS a élaboré des programmes de prévention, autour de la gestion des aiguilles usagées dans des containers prévus à cet effet, la promotion des seringues à usage unique, l'appui au développement de politiques sanitaires et de plans nationaux sur ces questions [3, 4, 5]. Néanmoins, à ce jour, la question du risque infectieux lors des pratiques de soins de santé de la reproduction n'a pas été documentée. Pourtant, dans le contexte sanitaire cambodgien, ce risque n'est sans doute pas négligeable. En effet, depuis 1994, les activités de santé de la reproduction sont conduites par le *National Reproductive Health Programme* (NRHP) [6]. Le niveau de connaissances en matière de contraception est estimé élevé, et les taux de fertilité ont diminué considérablement en 20 ans (6 en 1980, 3,3 en 2004), la prévalence contraceptive est de 27 % ². Les contraceptifs médicaux sont souvent perçus par de nombreuses femmes comme étant à l'origine de troubles physiques mal supportés ³. L'apparition de tels signes oriente les « itinéraires contraceptifs » des femmes qui suspendent ou arrêtent définitivement l'usage de méthodes contraceptives modernes, soit changent de méthode, soit ont recours, à nouveau, aux méthodes traditionnelles ou au préservatif de manière temporaire et/ou ponctuelle. Dans ce con-

texte, la survenue de grossesses non désirées et le recours à l'avortement médical par aspiration ou par curetage sont fréquents. Par ailleurs, 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) ⁴. Cependant, en dehors des préservatifs distribués gratuitement, en particulier dans le cadre de programmes de prévention du VIH menés par des organisations non gouvernementales (ONGs), l'accès aux méthodes contraceptives est payant. Les cliniques privées, les ONGs locales et internationales, les soignants du secteur privé ainsi que les praticiens formés ou non et exerçant hors du milieu formel de soins fournissent aussi une large part de ces services. Dans ce contexte, l'objectif du présent article est de décrire et d'analyser dans quelles mesures certaines pratiques d'espacement des naissances telles qu'elles sont mises en œuvre par les soignants des milieux formel et informel de soins sont à risques de transmission du VIH et/ou du VHB, du VHC.

Méthodologie

Les données que nous présentons ont été collectées dans le cadre du projet ANRS 12102 : « La transmission des VIH, VHB, VHC dans les lieux de soins. Dimensions socioculturelles de l'hygiène au Cambodge » ⁵. Cet article présente plus spécifiquement certains résultats d'une des sous-études intitulées « Transmission du VIH et soins de santé de la reproduction au Cambodge, une approche anthropologique » ⁶. Il s'agit d'une étude d'approche ethnographique et exploratoire. La sélection des sites d'étude visait à appréhender une diversité de situations, sans objectif de représentativité. Les données recueillies sont de type qualitatif et illustratif. Un total de 147 entretiens, de 17 focus groupes et observations d'activités de conseil, de 17 observations d'actes médicaux et de 18 observations de la gestion du matériel médical ont été effectués entre mars et octobre 2008.

1 L'étude Hépacam en cours à l'hôpital Calmette à Pnomh Penh met en avant une variabilité des estimations selon la population étudiée, la province, le lieu d'enquête et les techniques de dépistage.

2 On note des différences significatives selon les secteurs de la population. 30,6 % des femmes mariées, vivant en zone urbaine, utilisent une méthode moderne de contraception comparées à 26,5 % en zone rurale. Les femmes ayant reçu un niveau d'éducation secondaire utilisent 1,4 fois plus ces méthodes [7].

3 Selon les propos recueillis, la prise de ces médicaments n'est pas sans conséquence sur une altération de la beauté corporelle. Enfin, la crainte de l'infertilité induite par un usage prolongé de contraceptifs oraux est souvent rapportée.

⁴ Les contraceptifs oraux journaliers sont la méthode la plus utilisée (11 %), suivis par les injectables (8 %). Le retrait est la méthode traditionnelle la plus utilisée (8 %) [idem 2].

⁵ Ce projet dirigé par Alice Desclaux est issu d'une collaboration entre le CReCSS, UPCAM Aix-Marseille et l'institut Pasteur du Cambodge.

⁶ Cette étude a été réalisée grâce à une bourse de recherche postdoctorale allouée par Sidaction.

Les entretiens ont été conduits avec des soignants (médecins, sages-femmes, infirmières, un *Kbru Khmer*⁷) travaillant dans des institutions de soins privées, publiques et à domicile et des pharmaciens travaillant dans des officines privées en ville. De plus, un recueil de données a été mené auprès de femmes de milieux sociaux divers (femmes au foyer, femmes travaillant dans des secteurs commerciaux divers, femmes travaillant dans les «lieux de loisirs», ayant ou non une activité de commerce sexuel, femmes travaillant dans les usines textiles), avec des couples ainsi qu'avec des personnes vivant avec le VIH. Une investigation conduite en zone rurale a permis la production d'un matériel ethnographique relatif aux pratiques d'injections de Dépo-Provera® dans les petits magasins de village et aux pratiques de soins de santé de la reproduction (accouchement, avortement, insertion de stérilet) dans un contexte de soins privé par une praticienne non diplômée par le système biomédical.

Cet article aborde donc la question du risque de transmission du VIH, VHB, VHC lors des pratiques d'injections de Dépo-Provera®, d'insertions de stérilet et de lavage vaginal. La dernière section est consacrée aux pratiques d'avortement à risques.

Injections de Dépo-Provera®

Des études menées au Cambodge indiquent que la plupart des patients hospitalisés reçoivent des injections intraveineuses, qui, selon l'OMS, doivent être considérées comme des actes «à risques» pour le VIH en Asie du Sud-est [8, 9]. Par ailleurs, les agents de santé exerçant dans les postes de soins éloignés, ainsi que les praticiens de médecine traditionnelle et les acupuncteurs n'ont pas recours à l'utilisation de matériel stérile lors de leurs consultations [10]. De plus la demande d'injections émane le plus souvent des patients, lors de la consultation médicale [11, 4]. Dans les centres de soins publics où nous nous sommes rendus à Phnom-Penh, le personnel disposait de kits d'injection de Dépo-Provera®. Il s'agissait d'une enveloppe plastique cachetée qui contenait une ampoule du médicament à injecter ainsi qu'une seringue montée d'une aiguille emballée séparément. Lors des pratiques d'injections que nous avons observées, les soignants commençaient par désinfecter la zone à injecter avec un tampon imbibé d'alcool. Dans certains d'autres, l'ensemble du matériel était jeté dans une poubelle. Lors des visites dans des

centres de soins en province, les activités dans les centres étaient réduites et les pratiques d'injection n'ont pas pu être observées. Sur demande, le personnel avait ouvert les placards contenant le matériel tenu à disposition et la présence des kits d'injection de Dépo-Provera® a été constatée (Il a été noté que ces kits n'étaient pas périmés). Par ailleurs, lors de visites dans les pharmacies en ville et sur les marchés à Phnom-Penh et en province, des kits d'injection (seringue montée d'une aiguille) sont disponibles. Lors de visites chez trois femmes pratiquant des accouchements et des avortements à domicile, la présence de kits d'injection a été notée et leur utilisation confirmée par certaines femmes ayant eu recours à leur service. Enfin, lors d'enquête menée dans le milieu formel de soins, il est apparu que la gestion du matériel souillé dans les institutions ne correspond pas toujours aux recommandations en vigueur. Bon nombre d'institutions ne possèdent pas d'incinérateur. Dans ce cas, les déchets sont jetés dans la cour, derrière l'hôpital et laissés sur place à ciel ouvert. Du personnel de service en poste à l'hôpital ou des personnes qui ont pour activités le ramassage, le tri et la revente des matériaux collectés sont en charge de la gestion des déchets. Dans ce contexte, les accidents d'exposition au sang contaminé lors de la manipulation du matériel souillé sont très probables.

Insertion de stérilet

La pratique d'insertion du stérilet ne semble pas non plus sans risque de transmission nosocomiale du VIH, du VHB et du VHC. D'une part le lien entre les dispositifs intra-utérins (DIU) et les risques de contamination par le VIH reste incertains⁸. Par ailleurs, cette pratique nécessite la mobilisation de matériel divers et d'un ensemble de gestes associés probablement à un risque de transmission nosocomiale s'ils ne sont pas mis en œuvre selon certaines règles d'hygiène.

Ainsi, nous proposons de décrire ci-après ces pratiques d'insertion du stérilet telles que nous avons pu les observer dans deux systèmes de soins, l'un formel, à Phnom-Penh, dans un centre géré par une ONG cambodgienne, l'autre informel, dans la

⁸ Une étude effectuée dans trois dispensaires de planification familiale de Dar es-Salam montre que les femmes qui utilisent un DIU courent un risque considérablement accru d'infection par le VIH [12]. Les mécanismes responsables de cette augmentation du risque seraient l'inflammation intra-utérine due à la réaction à corps étranger et la modification de l'abondance et de la durée des menstruations (bureau 2005 *in ibid* : 5).

⁷ Il s'agit d'un praticien de médecine traditionnelle.

clinique privée d'une praticienne exerçant sur un village flottant.

Cette pratique, telle que nous avons pu l'observer dans un centre de soins supporté par l'organisation RHAC⁹, organisation de référence au Cambodge en matière de soins de santé de la reproduction, est mise en œuvre de la manière suivante :

La patiente est installée sur la table d'examen gynécologique recouverte d'un drap propre, jambes pliées et les pieds retenus dans les étriers. La lampe d'examen est en place et éclaire les parties génitales de la patiente.

La soignante s'est lavé les mains et a préparé le matériel sur une petite table. Une boîte en métal contenant des instruments stériles (pinces Kocher, hystéromètre, pince à col et un spéculum) est ouverte. La soignante a vérifié la date de péremption du matériel, puis la boîte et l'enveloppe plastique contenant le stérilet sont ouverts puis renversés, afin de faire tomber le stérilet dans la boîte à instruments. De la Bétadine[®] est versée dans un petit récipient en métal prévu à cet effet. La soignante enfle des gants non stériles, saisit une pince et du coton et procède au nettoyage de la zone d'intervention. Elle jette les gants dans la poubelle et enfle ensuite des gants stériles. Elle saisit le spéculum et le met en place. Puis à l'aide d'une pince Kocher et de compresses imbibées de Bétadine[®], elle nettoie la paroi vaginale et le col utérin. Elle insère l'hystéromètre, puis la canule qui contient le stérilet, retire l'hystéromètre et la canule, le stérilet est en place. Elle saisit des ciseaux et coupe les fils du stérilet selon la longueur prescrite. Elle retire le spéculum et réinstalle la patiente en position allongée.

Ces gestes semblent suivre les prescriptions en vigueur telles qu'elles nous ont été décrites par des sages-femmes et des médecins cambodgiens. Ici, il apparaît peu probable qu'elles soient sous-jacentes à une transmission nosocomiale éventuelle du VIH, du VHB et du VHC. La construction de ces pratiques, selon des standards internationaux, repose sur un ensemble de déterminants : la formation du personnel à la réalisation de cette pratique (selon nos informatrices, cette formation est spéci-

fique et s'adresse à des sages-femmes en exercice, elle ne fait pas partie du curriculum de formation des étudiantes) et le cadre d'exercice professionnel (les lieux sont propres et bien entretenus, le matériel est disponible en quantité suffisante et fait l'objet de procédures rigoureuses de nettoyage et de stérilisation).

Selon ce que nous avons pu observer et selon les propos des sages femmes de RHAC à ce sujet, chaque sage-femme est responsable du matériel utilisé lors de ses consultations. Ainsi, durant la matinée, nous avons pu observer que les instruments utilisés sont jetés dans un seau contenant de l'eau et du savon liquide. Lorsque les consultations sont terminées, la sage-femme ramasse ces instruments et les nettoie à l'eau au-dessus d'un lavabo. Ensuite, elle laisse tremper les instruments dans un seau contenant un mélange d'eau et de Bétadine[®], pendant une période de 30 minutes à une heure et demie selon les propos. Les instruments sont retirés, séchés puis placés dans des boîtes en métal propres. L'ensemble des boîtes est ensuite emmené en salle de stérilisation, puis confié aux personnels de service qui en assurent la stérilisation au moyen d'un autoclave. Les boîtes sont ensuite étiquetées avec la date de la procédure. Les sages-femmes précisent que tout matériel non utilisé dans la semaine est stérilisé à nouveau.

Dans les autres institutions de soins formels et informels où nous nous sommes rendus, les procédures mises en place ne suivent pas toujours un protocole identique. Dans les centres de soins publics et en périphérie de Phnom-Penh, des contraintes diverses venaient limiter leur mise en œuvre. Ainsi, nous avons noté, par exemple, que le personnel de nettoyage était en nombre restreint, les produits d'hygiène pas toujours fournis et l'absence de matériel jetable comme les gants était fréquente. De plus, l'insuffisance du nombre des instruments disponibles conduisait parfois le personnel à ne pas pouvoir stériliser le matériel. Enfin, dans certaines institutions de soins, un petit four électrique à usage domestique était utilisé en remplacement d'un autoclave. Dans le système informel de soins, nous avons pu observer les pratiques d'insertion d'un stérilet chez Mme Lung, une femme qui fournit des soins de santé de la reproduction (accouchement, avortement, contraception, lavages vaginaux) à une grande partie de la population résidant dans des villages des environs de Kompong-Chnang. Cette femme a été « formée sur le tas » en aidant une amie sage-femme et n'a reçu aucune formation théorique en gynécologie-obstétrique. Dans une petite clinique en bois, Mme

⁹ Reproductive Health Association Cambodia. <http://www.rhac.org.kh/>.

Lung possède, en effet, quelques instruments chirurgicaux rangés dans des boîtes en métal. Son mari lui a fabriqué une table d'examen en bois, avec des étriers, copiée sur le modèle de celle que possède son amie sage-femme qui exerce en ville et dont il a eu la possibilité de prendre les mesures. Elle achète régulièrement des médicaments et des stocks de Bétadine® qu'elle se fait livrer depuis Phnom-Penh. Elle a coutume de nettoyer son matériel avec du savon, de le faire décontaminer dans un seau d'eau¹⁰ dans laquelle elle place une pierre d'Alun puis de faire bouillir ses instruments dans une casserole. Lors de l'insertion de stérilet que nous avons pu observer, nous avons pu remarquer les faits suivants.

Mme Lung est très occupée ce matin, elle vient de prendre en charge deux patients, un enfant qui a de la fièvre et des diarrhées sévères et une femme qui va accoucher. Elle laisse ses deux patients et pénètre dans la petite salle d'examen (accouchement, avortement). La patiente est installée sur la table d'examen, allongée sur le dos et les pieds maintenus dans les étriers. Mme Lung ne s'est pas lavé les mains. Elle saisit une pince qui trempait dans un réceptacle en métal d'une main et la bouteille de Bétadine® de l'autre et en asperge les parties génitales de la patiente. Avec la pince, elle saisit du coton et étale le produit. Elle saisit la boîte d'instrument et l'ouvre. Le stérilet est dans cette boîte. Elle enfle des gants d'examen non stériles, saisit un spéculum et le met en place. Puis, elle prend le stérilet, l'insère dans l'utérus puis coupe les fils. Elle enlève le spéculum et dit à la patiente de s'habiller.

L'insertion de stérilet telle qu'elle est réalisée, ici, n'est pas sans soulever plusieurs questions en lien avec la transmission nosocomiale du VIH, du VHB et du VHC. Les déterminants probables de cette transmission sont liés, en effet, aux conditions d'hygiène limitée et à l'absence de stérilisation du matériel utilisé dans un contexte de soins, en milieu précaire, prodigué par un personnel non formé.

Pratiques de lavage vaginal

Une autre pratique de soins de santé de la reproduction courante au Cambodge, réalisée dans

des services de soins formels ou informels ou dans le cadre des pratiques de soins du corps à domicile, consiste au lavage vaginal. Cette pratique nous a été rapportée par plusieurs de nos informatrices et par des soignantes. Elle consiste au « grattage » et au lavage de la paroi vaginale. Elle est réalisée soit, en tant que soin nécessaire au maintien de l'hygiène intime, à une fréquence d'un à trois mois, soit comme traitement de l'infection vaginale. Selon nos informatrices, dans le premier cas, la pratique de lavage vaginal répond à la nécessité « de nettoyer les impuretés du vagin », soit, selon elles, le sperme, le vieux sang des règles et les pertes vaginales. Elle consiste en une technique de grattage de la paroi vaginale avec une compresse imbibée d'un produit « Pevaryl® ». Dans le second cas, les bains et lavages vaginaux à l'eau salée ou avec le jus d'un citron sont employés en tant que traitements domestiques d'une infection génitale.

Sur un plan théorique, les questions posées par ces pratiques de lavage vaginal sont à mettre en perspective avec les notions de corps féminin « sale » que nous n'explorerons pas ici¹¹. Ces pratiques, sous-jacentes aux représentations en lien avec les rapports sociaux de sexe au Cambodge, soulèvent plusieurs questions dans le cadre de notre propos. Premièrement, pour des raisons principalement d'ordre économique, de nombreuses femmes ont recours à des soignantes exerçant dans des contextes de soins à niveau limité où les pratiques d'hygiène sont précaires. Dans ces conditions, le risque de transmission nosocomiale du VIH, du VHB et du VHC n'est pas nul en raison de l'emploi de matériel souillé. Deuxièmement, on peut penser que ces pratiques ne sont pas sans effet sur la flore bactérienne vaginale. Ces pratiques ne sont, sans doute, pas sans conséquences sur le déséquilibre de cette flore et sur la vulnérabilité aux infections génitales.

Pratiques d'avortements à risques

La légalisation de l'avortement au Cambodge date de novembre 1997, néanmoins peu de services sont disponibles actuellement dans le secteur public pour fournir des soins d'avortement sans risques [13]. Pourtant, le recours à l'avortement est une pratique très courante au Cambodge, et plusieurs études de santé publique ont documenté l'ampleur de ce problème [14-17]. L'analyse de nos données recueillies auprès de 93 femmes de milieux sociaux divers révèle que, parmi la popula-

¹⁰ Il s'agit de l'eau du fleuve Mékong qui sert à tous les usages domestiques et dans lequel les habitants jettent tous les déchets.

¹¹ Ce sujet fera l'objet d'une publication ultérieure.

tion des femmes (non soignantes) que nous avons interrogées, une femme sur trois a eu au moins un avortement, une vingtaine de femmes ont eu plus de trois avortements, quatre femmes ont eu de six à neuf avortements. De nombreuses femmes ont recours à des pratiques d'avortements dans le secteur informel ou absorbent des pilules abortives. Ces pratiques sont à l'origine de complications diverses (avortements incomplets, infections, hémorragies) qui font l'objet de soins dans les institutions de soins publiques ou privées¹². Plusieurs soignantes nous ont relaté le cas de femmes, ayant eu recours à des pratiques d'avortements à risques dans le système informel de soins, qu'elles avaient eu à prendre en charge dans leurs services de soins suite à des complications infectieuses, hémorragiques, d'inertie ou de perforation utérine. Nos données révèlent aussi que de nombreuses pratiques d'avortement illicites par curetage ou aspiration sont réalisées par des soignants formés dans un cadre biomédical (infirmières, sages-femmes) ou par des personnes n'ayant bénéficié d'aucune formation. Nous avons pu rencontrer certains de ces soignants exerçant dans le milieu informel de soins et constater la précarité des lieux et du matériel utilisé : ciseaux, pinces et curette usagés et rouillés, usage répété de kit d'avortement supposé « à usage unique », comprenant une seringue de 500 mL et une canule achetée sur un marché à un coût compris entre 8 et 15 USD selon la provenance du matériel.

Discussion

Au terme de cette étude plusieurs questions se posent quant à la possible transmission du VIH, VHB, VHC lors des pratiques de santé de la reproduction et concernent en particulier les pratiques d'injection. En effet, lors des enquêtes menées dans les institutions publiques, une grande partie du personnel soignant avait une activité de soins privée, qu'elle exerçait soit dans l'institution de soins, durant les heures de garde ou les heures « creuses », à partir de midi jusque tard dans la soirée, soit à leur domicile¹³. Dans ce contexte, il s'agit de se de-

mander dans quelle mesure il est possible pour ce personnel d'utiliser le matériel présent dans leur service de soins, et si ce n'est pas le cas, selon quelles modalités, les précautions prises lors des injections en milieu informel sont les mêmes que celles appliquées dans le cadre formel. De plus, de nombreuses institutions de soins ne possèdent pas d'incinérateurs et les déchets et le matériel usagé sont entreposés dans des lieux à ciel ouvert. En aval, il convient donc de s'interroger sur le devenir et l'emploi de du matériel souillé. Par exemple, il n'est pas impossible que ces seringues et aiguilles soient récupérées et vendues puis réutilisées pour des injections ultérieures. Par ailleurs, une bonne part des injections réalisées au Cambodge, dont les injections de Depo-Provera[®], sont aussi dispensées par des soignants en dehors des institutions de soins. Les femmes villageoises que nous avons rencontrées, qui résidaient dans des lieux éloignés des centres de soins disaient recourir régulièrement aux services de soignants ambulants, pour leur injection trimestrielle de Depo-Provera[®]. Néanmoins il n'a pas été possible de rencontrer ces soignants ; leurs pratiques et la provenance de leur matériel d'injection restent à documenter.

En dehors de ces limites, notre étude soulève certaines questions d'ordre épistémologique. Ainsi, il aurait été utile d'aborder les logiques de certains soignants du milieu informel qui les conduisent à ne pas se conformer, aux règles basiques en matière d'hygiène. N'ont-ils aucune connaissance en ce domaine ? Qu'en est-il de leurs patients ? Ces conduites sont-elles intentionnelles ? Pourtant, à aucun moment ce genre d'investigation ne nous a semblé possible. Il oblige, en effet, le chercheur à adopter une position proche de celle d'un « évaluateur », alors qu'il n'en a ni la fonction, ni la légitimité. Il n'en a, d'ailleurs, pas non plus l'intérêt puisque l'on peut supposer qu'un entretien avec un informateur mené en ce sens peut induire un biais, sinon un préjudice, en altérant l'interaction sociale en cours (entre le chercheur et son informateur) et la qualité du recueil des données.

Ainsi, notre étude permet de décrire dans quelles mesures certaines pratiques de soins de santé de la reproduction sont particulièrement à risque de transmission du VIH, VHB, VHC, en partie lorsque ces pratiques sont conditionnées par l'utilisation de matériel souillé et/ou par des fautes d'asepsie répétées. Par ailleurs, la mise en œuvre de pratiques invasives ne sont pas non plus sans risque d'infection.

¹² Selon Fetters *et al.* [16], 40 % des 31 579 femmes traitées dans les institutions publiques en 2005 avaient des signes cliniques témoignant de pratiques d'avortement illicites. Selon les estimations de WHO [17], le taux de mortalité lié à l'avortement au Cambodge est de 130/100 000.

¹³ Ces pratiques prennent place dans un contexte où les niveaux de salaires donnés aux soignants par l'institution publique sont très bas.

De plus, notre approche permet de décrire et d'analyser certains déterminants d'ordre socioculturel à l'origine de ces pratiques à risques. Il s'agit en particulier de l'organisation formelle et informelle des soins, des défauts d'approvisionnement en matériel nécessaire au maintien des conditions d'hygiène requises et du manque de valorisation du travail des soignants du secteur public. Enfin, il convient d'ajouter que les rapports entre les soignants et les patients conditionnent également les pratiques de soins et d'hygiène en général¹⁴, et celles liées à l'avortement en particulier. En effet, plusieurs femmes ayant eu des avortements dans le système informel de soins ont mentionnées leur crainte du risque infectieux face à des pratiques qui leur semblaient parfois peu hygiéniques mais leur impossibilité de le mentionner à la soignante concernée la peur de se voir refuser les soins demandés. Enfin, un autre niveau d'analyse nous conduit à interroger, en amont, d'autres facteurs sous-jacents à la transmission nosocomiale du VIH, VHB, VHC, en lien avec la répartition des services de santé sur le territoire cambodgien. Ceci interroge la notion d'accès aux soins sans risques, pour une partie de la population rurale qui, en dehors du secteur informel, n'a souvent pas d'autres choix possibles de recours aux soins.

Conclusion

Notre investigation, relative à la dimension socioculturelle de l'hygiène en milieu de soins de santé de la reproduction, souligne comment certaines pratiques de soins ne semblent pas sans risques de transmission nosocomiale du VIH, du VHB et du VHC. Il s'agit principalement des injections de Dépo-Provera[®], des insertions de stérilets, des pratiques de lavage vaginal, principalement lorsqu'elles sont réalisées par des soignants exerçant dans les institutions de soins, mais hors du cadre formel de leurs activités, soit par des praticiens formés ou non, exerçant hors du milieu formel de soins. Enfin, en raison du coût élevé des avortements dans des institutions agréées pour fournir ce service, de nombreuses femmes ont recours aux milieux informels de soins, où le matériel et les techniques utilisés ainsi que le manque de formation des praticiens semblent être à l'origine de risques infectieux non négligeables.

¹⁴ L'étude menée dans le cadre du projet ANRS nous a conduits à explorer les rapports entre les soignants et les patients et la façon dont cette relation de pouvoir construit les pratiques de soins. Ces données feront l'objet d'autres publications en cours.

Néanmoins, de nombreuses questions restent en suspens. Elles concernent d'autres déterminants, d'ordres cognitifs, culturels et symboliques, qui conditionnent les pratiques d'hygiène en termes de soins de santé de la reproduction. Par exemple, à plusieurs reprises, il nous est apparu que certaines questions relatives à ce sujet étaient très difficiles à aborder avec les soignants. Ainsi, il aurait été très pertinent d'investiguer pourquoi tel produit est préféré à telle autre en matière d'hygiène. Pourquoi utiliser de la chlorhexidine ? De la Betadine[®]?, quels sont les effets de la pierre d'Alun ? En quoi l'utilisation d'un four électrique permet-elle de stériliser du matériel médical ? Pourquoi à telle température ? Quels sont les critères utilisés pour évaluer le temps de stérilisation ? Ainsi, les questions soulevées par notre approche exploratoire et qualitative du risque infectieux lors des pratiques de soins de la santé de la reproduction au Cambodge rendent nécessaires la poursuite de cette investigation selon une perspective épidémiologique.

Remerciements et autres mentions

Nous tenons à remercier toutes les personnes qui ont contribué à ce projet en particulier les soignants des institutions de soins où les enquêtes ont été menées, les représentants des organisations *Reproductive Health Association Cambodia* (RHAC) et *Pharmaciens Sans Frontières* (PSF) qui nous ont autorisé à suivre leurs activités de soins et d'éducation à la santé, ainsi que les personnes de l'*ARV Users Association*. 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. Enfin, nous remercions le Dr. Sirenda Vong pour avoir accueilli ce projet dans le département de santé publique et d'épidémiologie de l'Institut Pasteur du Cambodge. Merci également au Pr. Alice Desclaux pour ses commentaires d'une version préliminaire de ce texte.

Financement : aucun ;

Conflit d'intérêt : aucun.

Références

1. ONUSIDA. *Rapport sur l'épidémie mondiale de sida*. Genève: Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida, 2008.
2. Caruana, Kelly, *et al.* (2005). "Knowledge about hepatitis and previous exposure to hepatitis viruses in immigrants and refugees from the Mekong region." *Australian and New Zealand Journal of Public Health* 29(1): 64-68.
3. Anonyme "Update: Universal Précautions for Prevention of Transmission of Human Immunodeficiency Virus, Hepatitis B Virus, and Other Bloodborne Pathogens in HealthCare Settings." *Morbidity and Mortality Weekly Report. Centers for Disease Control and Prevention* 1988; 37(24): 377-388.
4. WHO. HIV Prevention and Care: Teaching Modules for Nurses and Midwives. Geneva., WHO WHO/GPA/CNP/TMD/93.3, 1993.
5. OIT and OMS. Directives conjointes OIT/OMS sur les services de santé et le VIH/SIDA 2005 ; TMEHS/2005/8. Genève, Organisation Internationale du Travail & Organisation Mondiale de la santé.
6. MOH. Family Planning Survey. 2005; Phnom Penh Ministry of Health Cambodia, Dornrei Research and Consulting.
7. NIPH Cambodia Démographic and Health Survey Phnom Penh, Cambodia 2006; National Institute of Public Health, National Institute of Statistics, USAID
8. Blanchard, J. F., S. Reza-Paul, *et al.* Assessment of the association between medical injections and HIV infection in a community-based study in India. XV international aids conference, 2004; Bangkok.
9. Vong, S., J. F. Perz, *et al.* "Rapid assessment of injection practices in Cambodia." *BMC Public Health*. 2005; 5(56): 1471-2458.
10. Ly, S., M. Van Kerkhove, *et al.* "Interaction between humans and poultry in rural Cambodia: result from a knowledge, attitude and practice survey." *Emerging Infectious Disease* 2007; 13(1): 130-132.
11. Reeler, A. "Anthropological perspectives on injections: a review." *Bulletin of the World Health Organization* 2000; 78 (1): 135-143.
12. Fener, P. and C. Criton. Facteurs de risque de l'infection à VIH/sida chez la femme. 2007; <http://www.inist.fr/article188.html> consultée le 20.7.07. Paris" Institut de l'Information Scientifique et Technique.
13. Kendle, L., I. Hutter, *et al.* Contraceptive Use and Induced Abortion in Cambodia. Social and Cultural Context, Perceptions and Decisions made. 2006; Groningen, Netherlands, Population Research Centre University.
14. Hemmings, J. and B. Rolfe. ABORTION IN CAMBODIA Care seeking for abortion and family planning services: Reduction in Maternal Mortality Project Options Consultancy Services Ltd July 2008; Phnom Penh, Options.
15. Fetters, T. and G. Samandari. An estimate of safe and unsafely Induced abortion in Cambodia xxvie Congres International de la Population, 27 septembre-2 octobre 2009; Marrakech.
16. Fetters, T., S. Vonthanak, *et al.* "Abortion related complications in Cambodia." *BJOG* 2008; 115(8): 957-968.
17. WHO. Maternal Mortality in 2000, Estimates Developed by WHO, UNICEF, UNFPA. 2004; Geneva., World Health Organization.

Tirés à part de l'article de P. Hancart-Petitot

Cahiers Santé vol. 20, n° 1, janvier-février-mars 2010 – pages 3 à 8 -