



HAL
open science

**La santé de la reproduction : étude sur la négociation
des risques chez les jeunes mères en milieu populaire à
Kisumu, Kenya**

Wanja Carolyne Njue

► **To cite this version:**

Wanja Carolyne Njue. La santé de la reproduction : étude sur la négociation des risques chez les jeunes mères en milieu populaire à Kisumu, Kenya. Sociologie. 2001. dumas-01330187

HAL Id: dumas-01330187

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01330187>

Submitted on 10 Jun 2016

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.

La Sante de la Reproduction etude sur la
Negociation des risdues chez les Jeunes
Meres en Milieu Populaire a
Kisumu, Kenya

Wanja C. NJUE

E.H.E.S.S

DEA

de Sciences Sociales

**La santé de la reproduction
Étude sur la négociation des risques chez les
jeunes mères en milieu populaire à Kisumu,
Kenya**

La Vielle Charité, Marseille
Juin, 2001

Directeur du mémoire : Gruénais Marc-Eric
Tuteur du mémoire : Bouju Jacky

No. d'inventaire	IFRA001151
Date 25/07/01	
Cote KE/WAN 612.6	

Liste des sigles et abréviations

PF	Planification familiale
IUD	Un stérilet (DIU)
IEC	Information, éducation, communication
ONG	Organisation non-gouvernementale
MST	Maladie sexuellement transmissible
HIV/AIDS	VIH/sida
Education	Instruction, éducation
IRD	Institut de Recherche pour le Développement
EHESS	Ecole des hautes études en sciences sociales
SHADYC	Sociologie, histoire & anthropologie des dynamiques culturelles
CNRS	Centre National de Recherche Scientifique
KDHS	Kenya Demographic and Health survey
DHS	Demographic and Health surveys
KRN	Kenya Registered Nurse
KECN	Kenya Enrolled Community Nurse
ECN	Enrolled Community Nurses
DMO	District medical officer
DHMT	District health management team
DASCOP	District AIDS/STD Control Program
TBA	Traditional birth attendant
NASCOP	National AIDS and STD Control Programme
CBHW	Community Based Health Workers
<i>PGH ou Russia</i>	New Nyanza Provincial Hospital
KDH	Hôpital du district Kisumu
ICU care	L'unité de soins intensifs
DNC/IVG	Interruption volontaire de grossesse
CPN	Consultations prénatales (<i>anténatales cliniques</i>)
PMI	Protection maternelle et infantile
SFD	Sage-femme à domicile
FPAK	Family planning association of Kenya

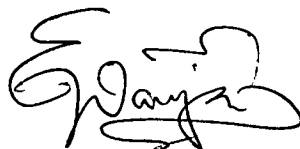
Remerciements

J'adresse mes sincères remerciements à Messieurs M.E Gruénais et J. Bouju, pour les précieux conseils qu'ils m'ont apportés. Je suis reconnaissante pour tous les efforts qu'ils ont déployés et qu'ils continuent de déployer afin de me permettre de réussir cette formation. Je leur exprime ma profonde gratitude.

Je remercie aussi tous les enseignants et chercheurs de l'EHESS/SHADYC. Ce séjour à la vieille charité a été pour moi un moyen d'approfondir et d'enrichir ma connaissance de la langue française. Ce travail a été une bonne expérience pour moi.

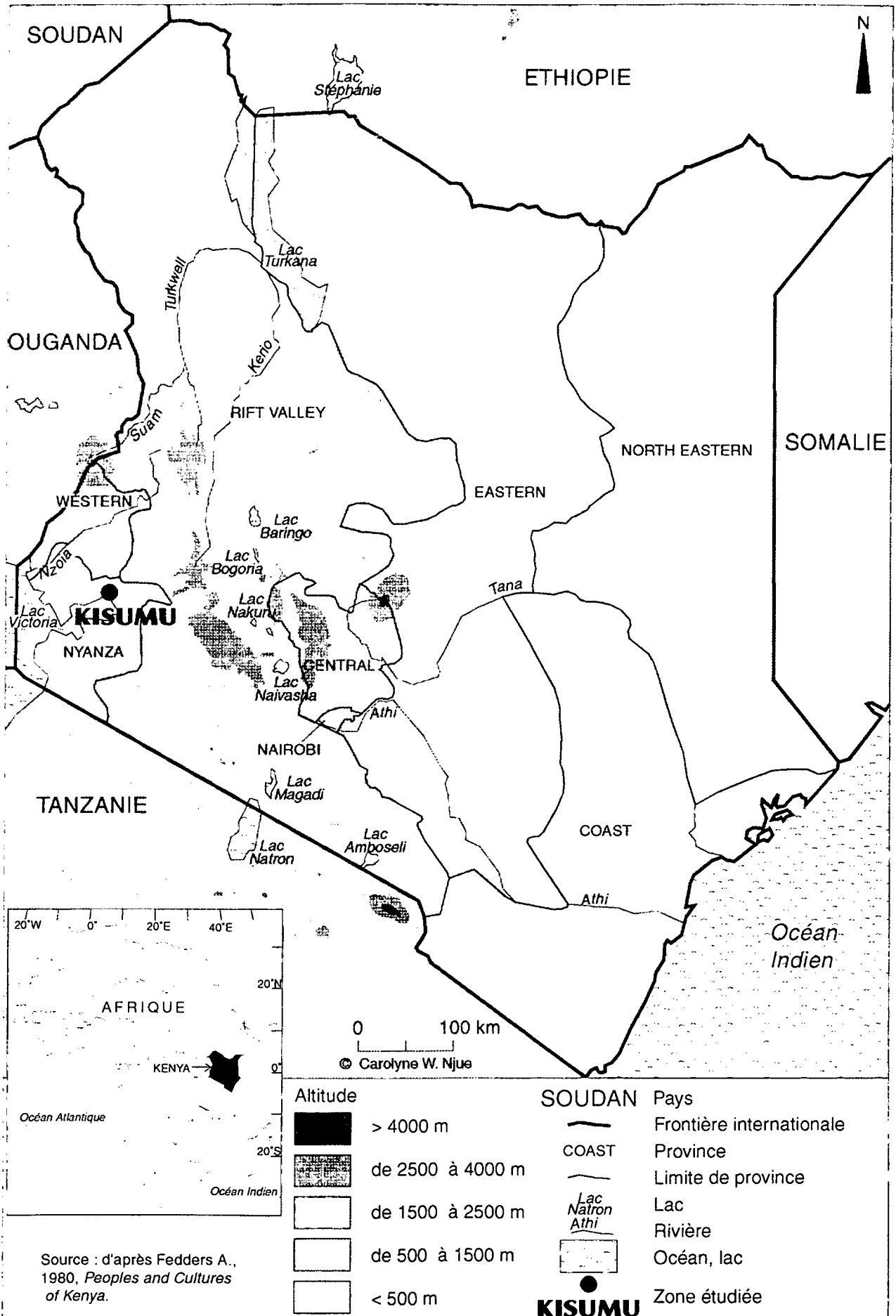
Mes remerciements vont également à tous ceux qui m'ont soutenus tout le long de ce travail, amis et collègues : Claude, Florence, Marion, Souley, Blaise, Kodou pour ne citer que ceux là. Je n'oublie pas non plus mes parents et mes amis au Kenya qui m'ont beaucoup encouragé.

Enfin, Je dédie ce travail à toute la communauté de Kisumu.



MME Wanjia C.

Carte 1 : Localisation de Kisumu



Sommaire

SOMMAIRE	1
INTRODUCTION.....	2
PARTIE I. CONSIDÉRATIONS THÉORIQUES ET PROBLÉMATIQUE GÉNÉRALE	3
1.1 LA QUESTION GÉNÉRALE DU RISQUE	3
1.2 THÉORIES DU COMPORTEMENT DES JEUNES	5
1.3 LA CONSTRUCTION SOCIALE DES JEUNES EN AFRIQUE : <i>UN SUJET DE RÉFLEXION SOCIO-ANTHROPOLOGIQUE</i>	7
1.3.1 Un âge caractérisé par tendance à la prise de risque	7
1.3.2 L'adolescence en Afrique : une nouvelle catégorie socialement construite et mouvante	8
1.4 L'ÉTAT DE SANTÉ REPRODUCTIVE ET DU VIH CHEZ DES JEUNES FEMMES EN AFRIQUE	10
PARTIE II. SANTÉ REPRODUCTIVE DES JEUNES FEMMES À KISUMU ET DÉMARCHÉ DE NOTRE ENQUÊTE DE TERRAIN	15
2.1 LE SITE DE KISUMU	15
2.1.1 Introduction.....	15
2.1.2 Crise épidémiologique	17
2.1.3 Situation sanitaire.....	19
2.1.4 Santé de la reproduction des jeunes	20
2.2 NOTRE ÉTUDE À KISUMU.....	22
2.2.2 Choix du site et groupe	22
2.2.3 Contexte spécifique de l'étude.....	23
2.2.4 L'enquête de terrain et l'approche méthodologique.....	23
PARTIE II. INDICES DE RISQUES MAJEURS IDENTIFIÉS CHEZ DES JEUNES MÈRES	27
3.1 RISQUES SOCIAUX.....	27
3.1.1 Précarité de la condition sociale des jeunes mères.....	27
3.1.2 Comportement sexuel des jeunes filles	28
3.1.3 Stratégies économiques	30
3.1.4 Relations non protégées	34
3.1.5 Le rejet familial et social.....	37
3.2 LE PROBLÈME DE L'ACCÈS AUX SOINS MÉDICAUX	41
3.2.1 Parcours du service de protection maternelle et infantile [PMI].....	41
3.2.2 Interactions entre soignant - jeune mère	47
a) Le problème de l'accueil	47
b) La problème de communication	48
c) Négligence et harcèlement	51
d) Coûts, manque d'équipement et médicaments	54
e) Conflits administratifs.....	55
3.3 LE RECOURS AUX ITINÉRAIRES ALTERNATIFS UN SOLUTION?	58
3.3.1 Les sages femmes à domicile (SFD).....	58
3.3.2 Facilité d'accès, formation et charge de travail	58
3.3.3 Les pratiques (professionnalisme) et d'hygiène	62
3.3.4 Problème de référence à l'hôpital	63
3.3.5 Les avortements clandestins.....	66
4.1 CONCLUSIONS.....	69
4.1.1 La question de négocier : un problème réel!	70
4.1.2 Quelques éléments de réflexion pour la thèse.....	76
ANNEXES	77
BIBLIOGRAPHIE	82

Introduction

Cette étude socio-anthropologique a été réalisée dans le cadre d'un projet collectif avec l'équipe de recherche du SHADYC-CNRS/IRD¹ sur la santé reproductive dans les systèmes de santé. Le thème s'intitule «*La négociation des risques. Une approche comparative dans trois systèmes de santé -France, Kenya et Niger)- Le cas de la santé sexuelle et reproductive*².» Dans le cadre de ce projet, nous avons réalisé une enquête dans la ville de Kisumu (la troisième ville du Kenya après Nairobi et Mombasa). Cette ville est peuplée de près de 400000 habitants. L'activité la plus importante est la pêche. Au niveau épidémiologique, la ville de Kisumu est reconnue comme la région la plus touchée par l'épidémie du VIH au Kenya avec un taux moyen de 26%. L'enquête s'est déroulée en plusieurs étapes du mois d'août au mois de septembre 2000.

Nous avons mené une enquête qualitative (entretiens et observations) dans les centres de santé et en milieu populaire urbain. Nous avons étudié les risques en matière de grossesse, d'accouchement, d'avortement, de MST (dont l'infection par le VIH) rencontrés par les jeunes femmes, les interactions entre les jeunes mères et le personnel soignants ainsi que les attitudes, les pratiques de gestion de risques auxquels ces jeunes mères sont exposées (durant la grossesse, l'accouchement, les complications obstétricales, l'avortement et les MST [dont l'infection par le VIH]). Nous avons également interviewé le personnel soignant à l'hôpital et les sages femmes à domicile afin de connaître les attitudes, les relations et expériences vis-à-vis des risques auxquels les jeunes mères sont exposées. Il s'agissait donc de contribuer à la problématique générale concernant les risques en santé de la reproduction et leur «gestion» effective.

Nous avons structuré ce travail en trois parties principales. La première partie est consacrée à la problématique générale de la négociation du risque, le cadre théorique et l'état de la question centré sur la problématique des adolescentes et des jeunes femmes dans les pays Africains. La deuxième partie est consacrée à la situation de la santé reproductive des jeunes femmes au Kenya et surtout dans la ville de Kisumu, l'enquête de terrain (objectifs, justification de l'étude, l'hypothèse et démarche méthodologique). Enfin, La troisième partie est consacrée à l'analyse des informations recueillies sur le terrain.

Les risques importants encourus par les jeunes mères semblent être les risques sociaux (précocité des relations sexuelles, multipartenariat sexuel, relations sexuelles non protégées, grossesses hors mariage etc.) et les risques sanitaires (problème d'accès aux soins, accouchement à domicile, avortement provoqué clandestin, MST). Sur ce dernier point, la faible place réservée par les institutions notamment médicales à cet âge et l'opposition catégorique des autorités aux stratégies touchant aux besoins des adolescents dans ce domaine, nous apparaissent comme les questions fondamentales.

¹ Pour la liste des sigles et abréviations voir page i

² Financement CNRS, Appel d'offres 1998, MIRE/INSERM/CNRS, « Processus de décision et changement dans les systèmes de santé. »

Partie I

Considérations théoriques et problématique générale

1.1 La question générale du risque

'Le développement du risque perçu par l'acteur implique qu'il soit conscient de son exposition au risque, mais mobilise aussi ses sentiments subjectifs des éléments idiosyncrasiques à son propre état de santé' (Strauss, 1993). Il admet ainsi un minimum de liens avec la représentation partagée comme, par exemple, la perception collective du risque auquel la société dans son ensemble est exposée (Moatti, Hausser *et al.* 1997) ou encore l'idée que quelqu'un se fait du risque au sein de son groupe social (Paicheler, 1997.) La gestion du risque par l'acteur, tenant compte des conséquences des comportements à risque pour soi-même et/ou pour une autre personne varie entre deux extrêmes. D'un côté, se situent ceux qui ne tiennent pas compte du risque, le refuse et le néglige, soit parce que d'autres risques sont perçus comme plus dangereux. L'autre extrême se rapporte à une prise de conscience maximale et le risque est alors identifié. Les habitudes viennent du paradigme de la sécurité, où la peur du danger et l'incertitude, précaution et le résultat médical seraient prévisibles. (Verdier, 1996). La découverte médicale du risque chez une personne et la communication de la nouvelle font de la rencontre entre malades et personnel de santé une relation de partenariat avec différents objectifs et des ressources inégales, (Campenhoudt et Cohen 1997), auxquels il faut ajouter tous les problèmes qui en découlent.

En anthropologie, le comportement relatif à la santé a été expliqué en terme de modèles explicatifs, surtout concernant les croyances culturelles sur la cause et l'effet de la maladie. Les anthropologues, qui se sont intéressés au domaine de la santé, utilisant une approche holistique, soutiennent que la maladie est un phénomène médical qui arrive par les forces sociales en dehors du contrôle du chercheur biomédical. La maladie est souvent interprétée au sein du milieu médical, surtout en identifiant sa cause et les options disponibles pour son traitement (Kleinman 1980, Helman 1994). Le processus de recherche de la santé, '*health seeking behavior*,' entraîne une série de décisions. Ces décisions englobent le diagnostic du malade, l'interprétation du problème, l'évaluation des recours possibles, la désignation de celui qui va prendre la responsabilité. ... Les programmes d'intervention contre la maladie sont cependant des interventions

fondamentalement sociales, ayant pour but de changer la structure sociale liée à l'occurrence à la maladie.

La théorie de la culture définit les relations entre les individus et l'environnement (la société locale) et l'adaptation des communautés humaines à l'environnement physique (Kleinman, 1980). Ceci suggère que la culture doit être étudiée rationnellement tout en faisant attention aux relations entre les différents sous-groupes qui constituent le groupe culturel. Furnham A., (1994) maintient que la culture doit être prise comme un ensemble de valeurs qui est le produit du temps et des comportements antérieurs. Les symptômes, symboles et structures par lesquels la culture se manifeste sont importants pour analyser les relations humaines. Les symboles culturels (le style de vie, les habitudes, ...) et les structures qui fournissent des règles organisant des modèles de socialisation et d'interrelations dans la société sont des unités fondamentales pour mesurer le comportement et surveiller les changements culturels (ibid.). Le comportement est influencé par la culture, surtout s'il est considéré dans le cadre du '*health seeking behavior*' des patients.

Les individus en quête de bonne santé choisissent leur source de soin en rapport avec les priorités définies par la culture. Cependant, l'anthropologie reconnaît que le comportement a des déterminants multiples qui comprennent l'économie domestique, la disponibilité de services de santé et la macroéconomie. L'importance de la théorie de la culture et du comportement pour cette étude est de comprendre la gestion et la négociation du risque. Une société et ses institutions, les relations sociales, l'environnement, les structures du pouvoir, les modèles économiques, et les systèmes de soins de santé influencent le changement de comportement dans la négociation du risque. En d'autres termes, les attitudes face au risque ne sont pas surdéterminées par la culture, mais il convient aussi de prendre en compte les déterminants économiques, physiques, individuels (les systèmes de valeurs, l'expérience sociale, les perceptions et les pratiques des communautés humaines), etc.

Dans ce contexte, nous avons essayé de comprendre ce qu'est le risque. Douglas (1990) définit un risque au sens où il est utilisé pour évaluer les dangers à venir : il anticipe. Une analyse du risque estime quelle est la probabilité qu'un événement particulier ait lieu, ainsi que son ampleur possible. Il peut aussi indiquer les effets possibles ou même nous donner le coût de sa prévention. Grifford S. (1986), définit le risque comme une construction mentale qui peut être différente selon le contexte et le sens; que l'on utilise un langage épidémiologique, clinique ou familial pour affirmer ou contester (défis) des relations de pouvoir et de contrôle existant ou pour exprimer sincèrement des sentiments retenus de vulnérabilité et de responsabilité. En considérant ce type d'analyse, on peut en

conclure qu'il faudrait plus informer la population cible sur les risques possibles, les compensations et/ou les bénéfices associés à ce risque. Une meilleure information, une meilleure sensibilisation de ce public apaiseraient les problèmes engendrés par ces risques associés.

1.2 Théories du comportement des jeunes

D'après Strauss (1992) diverses catégories d'acteurs seront amenées à négocier les unes avec les autres. Certains facteurs sont à considérer : l'identité des inter actants, l'équilibre des forces en présence, les rythmes des négociations, les jeux, la visibilité de la négociation, le nombre et la complexité des questions négociées, les options ou alternatives à la négociation. Par exemple, le risque est un mot utilisé par les professionnels de la santé mais rarement par les jeunes. Souvent ce qui est considéré comme un risque par le personnel médical peut ne pas l'être pour les jeunes parce que perçu comme faisant partie de la vie quotidienne, du banal, à la mode. La notion de choix est malheureusement rarement présente dans ces moments là. Malgré tout, l'importance de la négociation de ces risques ne peut être ignorée.

La négociation est un processus par lequel des gens veulent aboutir à un accord mais ne s'accordent pas sur la nature de cet accord. Ils essaient de mettre en place une action dont le but est d'obtenir un accord qui établit les parties qui donnent ou reçoivent lors d'une transaction entre elles (Johnson & Johnson, 1975). En ce sens, la négociation peut-être considérée comme partie intégrante du traitement. Cependant la question centrale est la suivante : Les jeunes peuvent-ils négocier ? En effet, le personnel soignant et les jeunes n'ont pas la même vision du risque. Des contraintes légales et éthiques existent déjà lorsque les jeunes cherchent de l'aide. Souvent, les personnels de santé ont pris leurs propres décisions, ou bien encore, l'attitude autoritaire du personnel soignant et l'usage de pouvoir empêchent une communication efficace.

Nous nous sommes basées sur des théories de comportement des jeunes pour essayer de comprendre la situation des jeunes filles. Fishbein M. et Azjen I., (1975) dans leur théorie de comportement logique indiquent que le comportement d'une personne est déterminé par des attitudes et croyances communes d'une société. Dans notre cas, le comportement adopté par la jeune mère face à la prise de décision d'avoir ou non des rapports sexuels pour la première fois est le résultat du processus de socialisation familiale et historique. Par conséquent, la connaissance par les jeunes filles, des conséquences liées au rapport sexuel déterminerait leur comportement face à la prise de décision de prendre de mesures de protection.

Ainsi, selon le modèle de « croyances en santé » proposé par Becker H. M. *et al.* (1974), si les jeunes possèdent un certain niveau de connaissance et de motivation, s'ils se considèrent comme potentiellement vulnérables et menacés et s'ils sont convaincus de l'efficacité de l'action proposée ainsi que du peu d'efforts qu'exige sa réalisation. Les individus appréhendent les avantages potentiels des comportements attendus par rapport aux coûts psychologiques, physiques et financiers au moment d'agir. Cette théorie peut être appliquée pour notre étude afin de bien expliquer la difficulté de l'accès aux soins de jeunes. Cependant, à notre avis, la seule connaissance de conséquences liées à une action ne permet pas, la prise de décision allant dans le sens du changement de comportement. Il existerait d'autres facteurs qui influenceraient le comportement.

Ainsi, une femme enceinte peut connaître l'intérêt des consultations prénatales mais ne peut y avoir recours faute de ressources financières ou de moyen de transport. De même, les individus peuvent évaluer les risques auxquels ils sont exposés ainsi que le degré de leur exposition mais n'agissent pas. Toutefois, le comportement est le produit de l'action collective et il y a des éléments importants pour comprendre les conflits et la complexité comme le comportement rationnel, les interférences culturelles des croyances, les relations familiales, les conditions de vie à la maison et dans la communauté, qui sont comprises ou qui influencent ou qui interrompent la logique de ces décisions. On retrouve la même idée chez Bandura (1977) dans sa "théorie cognitive sociale" qui permet de bien comprendre les relations complexes entre l'individu (ici une mère adolescente) d'un part et son environnement et la problématique de prise des décisions d'autre part. Il explique que l'environnement, les facteurs personnels et l'aspect du comportement en lui-même influent sur le changement de comportement.

Nous accordons une large part au cadre et aux conditions de travail du personnel de santé, suivant une lecture interactionniste dans la lignée de la sociologie d'Erving Goffman (dans *Les rites d'interaction*:1964 et la *Présentation de soi* :1959) et un positionnement émiqque qui privilégie le point de vue des multiples acteurs afin de saisir les échanges entre les deux catégories d'acteurs (personnel du santé et parturientes) au travers de leurs dialogues, attitudes et comportements. Hahonou E. (2000) souligne que les services de santé sont les lieux de l'action par excellence où s'expriment les tensions extrêmes que connaissent les groupes. Les individus participant à une interaction adoptent des comportements plus ou moins ritualisés, réglés par des systèmes de normes. Ainsi, se posent les questions suivantes : les décisions du personnel soignant sont elles aussi ritualisées? Ou bien sont-elles influencées par la perception qu'ils ont

des adolescents, de ce que pensent leurs parents? Quelle sont les conséquences de ces comportements sur la relation avec les jeunes patientes ?

Cette étude s'intéresse particulièrement à ce que les jeunes disent, pensent et ressentent et les sujets sur lesquels ils focalisent leur attention. Ces théories de comportement nous permettent de considérer les jeunes femmes comme un ensemble à risque commun. Nous discutons des choix faits par les jeunes et l'adoption de comportements préventifs qui ne sont pas toujours basés sur des prises de décisions rationnelles contrairement à ce que tendent à montrer les théories ci-dessus. Dans l'ensemble, tous ces facteurs multiples déterminent le cadre de la négociation du comportement sexuel et la décision de l'accès au soin.

1.3 La construction sociale des jeunes en Afrique : *un sujet de réflexion socio-anthropologique*

1.3.1 Un âge caractérisé par tendance à la prise de risque

Les jeunes portent eux-mêmes un nombre varié de "stress social et de tensions." Selon Forman (1993) cet âge est souvent caractérisé par "l'incertitude, la curiosité, l'exploration de leur corps, l'éveil et l'expérience sexuelle, la recherche d'indépendance et d'identité, d'émotions fortes, un comportement rebelle ou imprudent. En même temps, ces changements peuvent être accompagnés de moments de désespoir, confusion, solitude, doute, etc., qui établissent assez tôt un modèle de vulnérabilité. Car ils sont confrontés à des relations sociales différentes et des difficultés en prenant des décisions rationnelles particulièrement en relation avec leurs besoins personnels, sociaux et sanitaires. Cet âge pose de nombreuses préoccupations médicales notamment en ce qui concerne les comportements délinquants, absentéisme scolaire, influence de pairs pour l'usage d'alcool ou de drogue, relations sexuelles non protégées, grossesse précoce, dépression, accidents, suicide, problème d'alimentation, etc. Par exemple, Dubet (1989), en parlant de la France, montre que cette période est un temps d'incertitude et de flottement. C'est une période durant laquelle les occasions de sortir du cadre familial sont multiples. Il est alors difficile pour le jeune de créer des systèmes d'identification stables ou de s'intégrer lorsqu'il est un nouveau venu. Fragilisé, il peut tomber dans la drogue, la délinquance, la marginalité, tout ceci étant accru par le chômage. Leur expérience quotidienne indique bien que les jeunes sont aussi les victimes d'une vie précaire qui augmente leur "galère".

Selon Patterson et McCubbin (1987), ces situations d'incertitude sont structurées par des processus de changement d'environnement, c'est-à-dire par la manière dont les individus s'adaptent aux rencontres stressantes et s'en accommodent. Ce processus d'adaptation est particulièrement important pendant

l'adolescence parce que c'est la première fois que les jeunes sont confrontés à ces différents types d'expérience sociale et ils ne disposent pas forcément d'un large éventail de stratégies pour pouvoir s'adapter et sur lesquelles se reposer. Des analyses récentes (développementalistes et comportementalistes) se sont penchées sur la prise de risque et les facteurs de risque dans cette catégorie d'âge. La perspective développementaliste dit que la prise de risque est normale à l'adolescence - les jeunes ont une capacité d'adaptation très forte, spécialement sous l'influence de leurs pairs (Baumrind, 1991). Par exemple, la prise de risque est un moyen d'adaptation, d'autonomie et d'exploration. Beaucoup de jeunes gens passent un cap expérimental peut-être en réponse à des attentions et des pressions de nombreuses personnes jusqu'à ce qu'ils deviennent plus confiantes en leur indépendance et en eux-mêmes. Kloep et Hendry (1999) soulignent que la flexibilité ne réside pas dans le fait d'éviter le risque mais de réussir à s'y adapter. Une autre perspective suggère que les jeunes croient qu'ils sont uniques et invulnérables (Elkind, 1985). Par conséquent, ils agissent de manière irresponsable quitte à prendre des risques aux conséquences dangereuses.

Cependant, en Afrique et ailleurs dans les pays en développement, ces explications ne sont pas forcément transférables car de nombreux facteurs continuent à influencer les prises de décisions des adolescents (pauvreté, contraintes culturelles, mariage précoce). En Afrique, les jeunes sont pris dans un état entre les normes traditionnelles et l'adoption de comportements occidentalisés. Auparavant, les jeunes étaient guidés par les adultes plus âgés (tante, oncle, grands-parents) et aussi par les pratiques traditionnelles qui réduisaient la forte mobilité sexuelle, mariage précoce, initiation, code de comportements (Bledsoe et Cohen, 1993; Feyisetan and Pebley, 1989). Cependant, ces traditions qui permettaient de canaliser les pratiques sexuelles précoces et d'éviter les naissances illégitimes chez les jeunes gens se sont amoindries. A cela s'ajoute le manque de contrôle familial en ville et souvent, des conflits éclatent entre les générations (Lema et al., 1991; Oladosu, 1993; Youri, 1993).

1.3.2 L'adolescence en Afrique : une nouvelle catégorie socialement construite et mouvante

La plupart des personnes faisant partie de notre groupe d'enquêtés sont des jeunes mères. Leur mode de vie permet de mieux comprendre la question de la vulnérabilité et de la tendance à la prise de risque. L'adolescence est une période de vulnérabilité pour la jeune femme. C'est la période où la fille est encore trop jeune pour faire face à ses responsabilités de mère : grossesse non-désirée; manque de suivi de la grossesse ; avortement clandestin dans des conditions déplorables; infanticide; interruption des études; difficulté d'être acceptée par la

société dont on a transgressé les règles (CERPOD,1996). L'adolescence est le commencement du développement d'un comportement psychosocial entre 10 et 19 ans (l'organisation mondiale de la santé, 1989). Elle est considérée comme une période capitale pour la jeunesse, spécialement dans le besoin de bien s'adapter à de nombreux changements. Elle est un moyen de penser les comportements et dispositions de ceux qui ne sont plus enfants et pas encore adultes. C'est une période créatrice, devenir indépendant, autonome, mature et responsable, ne serait-ce que dans le domaine des sentiments. L'affectivité étant plus intérieure, plus intense, plus passionnée ouvre une confrontation avec la société.

En France et dans les autres pays développés, l'adolescence est reconnue comme un âge d'indépendance. Dubet (1989) a indiqué que l'adolescent sorti du cocon familial jette un nouveau regard sur le monde, où les jeunes gens quittent le foyer familial, font leur service militaire, etc., et vivent plus ou moins chez leurs parents, avec des amis ou toute seule. Toutefois, dans le cadre africain traditionnel, la construction sociale des jeunes, la notion d'adolescence est récente puisqu'elle n'est pas claire. Par exemple, dans le contexte kenyan un enfant, garçon ou fille, jusqu'à l'âge de 13 ans est appelé '*mtoto mvulana*' (en swahili) ce qui veut dire bébé ou gamin; à 18 ans, on les appelle '*Kijana*' qui signifie un jeune homme. Pour un garçon *non circonscris de cet âge* on utilisera '*mvulana*'. La tranche âge entre 13-18 ans n'a pas de mot qui le désigne mais on utilisera '*Kijana*'. Autrefois, la situation était différente, la vie était basée sur des rites de passage : initiation, circoncision, excision. C'est à travers des rites qu'une personne passait de l'enfance à l'âge adulte. Les sociétés et communautés emploient des stratégies et des mécanismes variés pour maintenir un processus de socialisation original qui jouait un rôle significatif de régulateur du comportement (les valeurs culturelles fondamentales : le respect de l'autorité; la conformité aux rôles sociaux à travers des croyances, rituels et coutumes; inculquer des rôles différents aux garçons et filles dans la société). Ainsi, on attendait des jeunes qu'ils soient capables d'agir comme des adultes très tôt. Une fille pouvait être mariée dès l'âge de 13 ans.

Aujourd'hui, ces normes subissent des changements. L'affaiblissement des mécanismes traditionnels a créé des circonstances problématiques pour les jeunes. En effet, ces derniers sont pris dans une situation où les mécanismes traditionnels d'instruction, en ce qui concerne le comportement sexuel, ne sont plus adaptés pour résoudre leurs problèmes. Rien d'efficace ne les a remplacé. Ne pouvant pas répondre aux changements sociaux associés au décalage entre la puberté et le mariage, leur efficacité a été amoindrie et "jusqu'à présent, aucun dispositif de remplacement approprié n'est apparu" (Ntukula, 1994).

1.4 L'état de santé reproductive et du VIH chez des jeunes femmes en Afrique

Dans plusieurs pays africains, le problème le plus important rencontré par les jeunes femmes est l'infection par le VIH mais aussi les problèmes sanitaires liés à l'accouchement prématuré ou difficile, à l'avortement, aux MST, aux grossesses et aux mariages précoces. Leurs conséquences sont aussi particulièrement préoccupantes chez celles qui sont sexuellement actives. Plusieurs études ont indiqué la vulnérabilité des adolescentes en particulier vis à vis de ces risques. Les études ont attribué ces problèmes aux changements sociaux qui ont lieu actuellement en Afrique (incluant l'arrivée du VIH et l'ignorance continuelle des conditions influençant les comportements sexuels des adolescents et leurs choix (Jewkes R. *et al.*, 2001; Bledsoe C. et Cohen B., (1993); Furstenberg et al., 1989 ; Weiss E. et al, 1996 ; Hulton L., 2000; Dowsett G. et Aggleton P. 1999; Baylies, C. *et al.*, 1999 ; Wade K., 2001).

Récemment, les études sur les jeunes, en particulier les jeunes filles qui entrent dans l'âge de procréation, se sont intensifiées. Celles-ci sont les plus exposées aux risques, en établissant très tôt un modèle de vulnérabilité dans la mesure où elles sont confrontées à différentes relations sociales. Les études montrent bien que les adolescents en sont à une étape critique car ils ont une connaissance limitée de leur corps ainsi que des angoisses et des incertitudes sur les relations non-protégées qui les exposent aux MST et au VIH (NASCO, 1996; Ajayi A. et al, 1991; UNAIDS, 1997; Baker, G. et al., 1990; Suda C., 1993; Toroitich-Ruto C. 1992). D'autres études indiquent que les pressions sociales, notamment pour les jeunes femmes à bas revenu ont des conséquences sur la précocité des mariages et des grossesses ce qui établit assez tôt, un modèle de haute fécondité et de pauvre santé de la reproduction (*DHS Chartbook*, 1992; Kane *et al.*, 1993; Ilinigumugabo, 1995 ; Assie-Lumumba, 1995, CERPOD, 1996). Cette situation limite entame sévèrement leur capacité à poursuivre des études, à trouver un travail et les expose aux dangers.

L'âge médian de la première relation sexuelle est de plus en plus jeune. Buvé et al., 1999 a indiqué que la proportion des 15-19 ans, ayant entamé une vie sexuelle allait de moins de 50% à Cotonou (Bénin) à un peu plus de 70% à Kisumu. L'âge du premier rapport sexuel était le plus bas à Kisumu et le plus élevé à Cotonou. Parmi les jeunes filles, beaucoup ont eu leur première relation sexuelle avant 15 ans à Kisumu et à Ndola (Zambie). Plusieurs pays en Afrique montrent une fréquence élevée de relations sexuelles parmi les jeunes et les adolescents. Une étude du CERPOD (1996), dans cinq pays d'Afrique de l'Ouest, montre qu'entre 22% et 48% des femmes dans les capitales du Burkina Faso, du Mali et du Niger ont déclaré avoir eu des rapports sexuels avant l'âge de 20 ans. Les

recherches ont montré que la proportion des femmes mariées avant 15 ans, s'élève à 17% en Gambie, à 19% au Sénégal, et à 45% au Niger (*ibid.*).

Plusieurs études mettent en évidence la coercition sexuelle, les pressions économiques et la séduction d'hommes âgés (les "*sugar daddies*"). Un nombre croissant de femmes (pour pouvoir vivre) et de jeunes filles à la recherche explicite d'argent ou de cadeau pour satisfaire leurs besoins matériels ont dû se résoudre à de telles pratiques (cf. de Doyal L., 1994; Cleland J. et al., 1993; Caraël M. et al., 1995; Baylies C. et al. 1999;). Cependant, Oppong C., (1993), Orubuloye et al., (1991) ont souligné que ce type de conduite n'est pas toujours motivé économiquement mais est probablement à expliquer par la recherche de partenaires sains non infectés par le VIH. Il existe des relations sexuelles précoces entre des jeunes adolescentes (mariées et célibataires) et d'hommes âgés. Des adolescentes, financièrement démunies, se livrent au commerce de leur corps sous la pression de leurs aînés. Elles manquent de pouvoir dans la prise de décision (c'est-à-dire développer une conception positive de la sexualité féminine et la capacité à la mettre en pratique), spécialement dans les relations sexuelles contribuant au risque d'exposition au VIH. Ces études l'ont montré : Buvé *et al.*, 1999 ; Holland *et al.*, 1992; Vidal L. 2000; NASCOP, 1996; Ulin 1992; Vidal L. 2000; Becker C. et al., 1997; Caldwell J., 1999. Ces observations recourent notre propre étude.

En Afrique, la maternité est perçue comme une identité à travers laquelle les femmes gagnent la reconnaissance sociale, le sens de l'identité personnelle et de l'accomplissement (CEROPD, 1996). Cependant, les grossesses avant mariage des adolescentes sont devenues un problème social majeur en Afrique. Les études montrent que plus de la moitié des femmes ont leur premier enfant avant 20 ans. En Afrique du sud (1999), le département de la santé a montré que seulement 3% des femmes de moins de 20 ans sont mariées ou vivent en couple; 35% ont eu une grossesse ou bien un enfant et la plupart de celles-ci sont encore à l'école. Dans le centre médicale de Mubimbili en Tanzanie, les adolescentes (10 à 19 ans) constituaient 22% des accouchées: 40% n'étaient pas mariées (Chambua et al., 1995). En Zambie, environ un tiers de toutes les adolescentes ont soit eu un enfant soit attendent leur premier-né bien qu'il y ait une grande différence entre les milieux rural et urbain (Gaisie et al. 1993).

En Tanzanie, les grossesses pré-nuptiales étaient très fréquentes; la plupart des jeunes filles examinées pendant ses recherches ont déjà eu des enfants avant le mariage (Ntukula M., 1994). Au Kenya, le KDHS (1993) indique que les grossesses sont nombreuses même si elles sont en diminution: 20,5% des filles âgées de 15 à 19 ans avaient au moins un enfant. D'autres études montrent les difficultés et la sévérité que les jeunes mères rencontrent - de cas extrême de

femmes chassées du foyer familiale quand on y apprenait leur grossesse. Nombre de jeunes mères non mariées ne disposaient pas du soutien financier de leur famille ou du père. D'autres études encore menées en Afrique montrent que pour la plupart des gens, la grossesse des adolescentes est infiniment préférable à l'infertilité causée par les méthodes de contraception. Même si les naissances avant le mariage sont réprouvées « officiellement » par la société globale, leur fréquence tend à rendre de plus en plus tolérée, banalisée (au sens où cela est accepté par la société), un fait commun de la vie quotidienne (Wood et al., 1997; AMREF, 1993; Jewkes R. 2001; Puja et Kassimoto, 1994; Ntukula, 1994).

L'avortement est un véritable problème de santé publique en Afrique. D'après Rogo (1992), 90% des grossesses chez les adolescentes ne sont pas désirées, d'où les avortements. La grossesse est un problème à la fois pour les filles non mariées, pour leurs parents et pour l'enfant lui-même car le statut d'enfant bâtard est considéré comme une insulte suprême. Des études montrent que c'est la première cause de mortalité et de morbidité maternelle car un grand nombre de femmes n'arrivent pas à obtenir une assistance médicale appropriée. Une autre étude portant sur 1058 adolescentes menée par Ilinigumugabo (1995), montre que 9% avaient essayé d'avorter. Sur ces 9%, 53% tombèrent malades et 25% durent être hospitalisées. Dans certains cas, l'avortement provoqué, c'est à dire l'interruption volontaire de grossesse, n'est pas considérée comme un problème par ceux ou celles qui le pratiquent, mais est perçue par les femmes et les jeunes filles comme une pratique contraceptive. De plus, les risques liés à l'avortement ne se présentent pas de manière identique. Les villes et les campagnes sont confrontées au phénomène de l'avortement sous toutes ses formes, malgré le silence officiel qui entoure l'avortement clandestin.

Au Kenya comme dans plusieurs pays d'Afrique, la loi interdit et punit toute forme d'avortement sauf "pour préserver la vie de la femme." Une femme pourrait subir un avortement si deux spécialistes identifient séparément un problème qui le nécessiterait. Toutefois, beaucoup de femmes continuent à avorter, en général secrètement et souvent dans des conditions sanitaires précaires sans aucun soin médical, menaçant leur vie et leur santé. Une étude à Nairobi a conclu que les complications liées aux avortements constituaient plus de 60% des principales causes graves d'admission dans les services gynécologiques. Chaque jour, 20 à 25 personnes en moyenne se présentent à l'hôpital National Kenyatta à Nairobi pour ce type de problème et plus du tiers de ces femmes sont âgées de moins de 25 ans (Lema, V.M. et Kabeberi-Macharia, 1992; Mati J.G.K., 1997; Koné M., 2000 ; Moumoni, 2000; Kulin H., 1980; Rogo K. et al., 1999; Kinoti S. et al., 1992) ont mis en évidence ce problème.

Le SIDA continue à poser aux jeunes de nouveaux dilemmes limitant leur choix de vie et affectant les voies dans lesquelles ils explorent leur identité sexuelle. Du fait que la période d'incubation va de 8 à 10 ans entre l'infection par le VIH et le déclenchement du SIDA, la plupart des adultes d'une vingtaine d'années ont infectés les adolescents. Pour la jeune femme, dont la sexualité est moins autonome que les garçons, la situation est particulièrement aiguë en ce sens que la façon dont sa propre sexualité est définie et socialement ordonnée affaiblit sa capacité à assurer sa protection. En Zambie, Musengwa (1997) indique que le service médical a estimé le taux de séropositivité pour le VIH à 7% parmi les lycéens âgés de 12 à 14 ans. Au Kenya, NASCOP (1997) évalue la prévalence chez les adultes à 13,5% (définie comme la proportion infectée parmi les adultes âgés de 15 à 49 ans). Ces données ont été recueillies auprès de femmes dans les consultations prénatales ou de traitement des MST. En moyenne 22% des filles âgées de 15 à 19 ans qui se rendaient aux consultations prénatales étaient séropositives alors que 6% seulement des garçons étaient infectés (ONUSIDA, 1988).

Les taux de VIH connus montrent que les femmes qui sont infectées ont de 5 à 10 ans de moins que les hommes. En Tanzanie, le programme national de lutte contre le Sida (1996) affirme que les filles sont trois fois plus infectées que les garçons dans la tranche d'âge 15-19 ans. Dans une autre étude, la prévalence de l'infection à VIH chez les femmes (âgées de 15 à 49 ans) était de 3% à Cotonou, de 8% à Yaoundé, de 30% à Kisumu et de 32% à Ndola. Concernant les hommes, les taux de prévalence étaient respectivement 3% à Cotonou, de 4% à Yaoundé, de 20% à Kisumu et 23% à Ndola. La différence la plus marquée entre les hommes et les femmes est apparue dans le groupe d'âge 15-19 ans à Kisumu et à Ndola. A Kisumu, chez les adolescents, plus de 3% des garçons étaient infectés contre 23% des filles. A Ndola, la prévalence du VIH dans cette tranche d'âge était de 4% pour les garçons et de 15% pour les filles (Buvé *et al.*, 1999). Des enquêtes réalisés dans plusieurs pays indiquent une incidence croissante du VIH parmi les jeunes gens (W.H.O, 1991; Mann J. *et al.*, 1992; McCauley AP *et al.*, 1995; Poulussen R. *et al.*, 1998 etc.). D'autre part, les institutions notamment médicales accordent peu d'attention aux problèmes des jeunes. Cette situation accroît le risque des complications pendant la grossesse et l'accouchement (l'anémie, l'hypertension artérielle, la toxémie et l'hémorragie) et exposition aux MST/VIH.

Ces dimensions complexes et transversales recourent de nombreux objets de recherche pour l'anthropologie et la sociologie sur la négociation des risques en santé de la reproduction pour les adolescents. Durant les dernières années, plusieurs enquêtes ont mis en évidence les relations problématiques entre soignant et soignée (Wood *et al.*, 1997; Abdool-Karim *et al.*, 1992; Jewkes *et al.*, 1998; Y.Jaffré (1999); Y.Jaffré *et Prual* (1994); Gruénais M.É *et al.* (1997);

Haddad *et al.*, (1998) ; Olivier de Sardan J.P et al .,1999; Blaise P., 2000; Hahonou E.,2000; Ouattara F., 2000...). Dans les centres de planning familial, les infirmières fournissent peu d'information, sur le choix de méthodes ou les effets secondaires. Le personnel soignant est souvent peu aimable voire agressif avec les patientes quand celles-ci ne se font pas réprimandées. Par exemple, Haddad et al., (1998) estiment que "si les patients ont la possibilité de s'exprimer, ils se disent ignorés, ils sentent que leur avis, leur propre explication sur ce qui s'est passé n'est pas pris en compte. Ils se considèrent pris comme des objets et non comme des êtres humains, auxquels on offre des réponses toutes faites à leurs problèmes individuels et complexes." Ces pratiques peuvent traduire un déficit d'identité professionnelle de la part du personnel soignant s'il peine à se faire reconnaître en tant que professionnel, ou peuvent refléter une volonté de distanciation afin de marquer la différence de classe sociale entre patients et personnel soignant (Jewkes et al.,1998; Jaffré & Prual, 1994). Qu'en est-il de la situation à Kisumu ?

Partie II

Santé reproductive des jeunes femmes à Kisumu et démarche de notre enquête de terrain

2.1 Le site de Kisumu

2.1.1 Introduction

Kisumu, troisième ville du Kenya,¹ principale ville de la province du Nyanza, a une population de 400,000 habitants après Nairobi en a 3 millions et Mombasa, 1 million environ (*Recensement, 2000*). Les recensements les plus récents mettent en évidence une tendance à l'accroissement de la concentration urbaine. Ainsi, Nairobi, Mombasa et Kisumu abritent-elles 53% de la population urbaine totale. Kisumu est le principal port du Kenya situé sur les rives du lac Victoria (*voir carte p.iii*). Elle est l'une des 9 provinces administratives, placées chacune sous l'autorité d'un commissaire provincial. La structure démographique de Nyanza indique que 38.4% de la population du district de Kisumu est urbaine. La majorité de la population est située dans la division de Winam (inclus Kisumu municipalité et ses 30 quartiers) et elle est la plus peuplée avec 1782 habitants/Km² en 1996. Les quartiers les plus peuplés sont Manyatta, Okok, Kibuye et Nyalenda.

Le caractère urbain a attiré une forte population des zones rurales alentours et aussi d'autres districts de la province et même d'autres provinces du Kenya. En Effet, elle offre de meilleurs services en santé publique; en infrastructure routière et moyens de transport, en possibilité d'emploi, dans l'Ouest du Kenya. Parmi les activités les plus rémunératrices et les plus importantes du district de Kisumu, la pêche est un secteur qui attire un grand nombre de jeunes. Toutefois, cette urbanisation rapide de la partie Est du pays ne s'est pas accompagnée d'amélioration en matière de développement économique. La pauvreté est omniprésente dans la ville. Le niveau d'éducation est faible à l'image des chiffres nationaux : 30 à 47% des filles abandonnent leurs études primaires. Les causes de ces abandons incluent : les mariages précoces, la pauvreté, les grossesses non désirées, le désintérêt pour les études au niveau supérieur. Les grossesses y sont plus précoces qu'ailleurs dès 18 ans (âge médian) contre 22 ans à Nairobi.

¹ Le Kenya est un pays situé en Afrique de l'Est. Il couvre une superficie de 583.000 km² et sa population estimée à 30,5 millions d'habitants (*Recensement, 2000*). Il est divisé en 9 provinces, elles-mêmes se subdivisant en 52 districts.

L'avancement de l'âge du mariage (25 ans pour les hommes et 20 ans pour les femmes) n'a pas changé les pratiques natalistes. Le nombre de naissances n'a pas pour autant changé (KDHS, 1998). Une grossesse (non voulue et précoce) est une cause majeure d'absentéisme scolaire chez les jeunes filles allant à l'école. Selon le Ministère de l'Education Kenyan (1995), 10000 adolescentes quittent l'école secondaire ou primaire chaque année à cause d'une grossesse non désirée. La majorité ne reprend pas leurs études. Parmi celles qui reprennent, peu d'entre elles retournent dans leur ancien établissement et regagnent en général de écoles locales. Plusieurs études montrent des résultats similaires (Jackiewicz et McAnarney, 1994; Youri, 1993; *The People*, 1996; AMREF, 1994; Assie-Lumumba, 1995; *School Drop-out and Adolescent Pregnancy*, 1995). Ochola-Ayayo (1996) montre que l'abandon scolaire dû à la grossesse oblige des jeunes mères à entrer dans des unions polygames ou à être confrontées au multipartenariat sexuel du conjoint, ces jeunes femmes sont particulièrement exposées au risque d'infection par le VIH/SIDA.

Dans certains quartiers, plus de 50% des chefs de famille (*household head*) sont des femmes. Tandis qu'à Winam, seulement 23,8% des femmes sont présentées comme chef de famille (*single parent*). Les causes principales expliquant que le ménage soit dirigé par une femme sont variées, le veuvage, une séparation, les mères célibataires à cause des déplacements temporaires du partenaire vers d'autres villes à la recherche du travail salarié. Beaucoup sont des femmes au foyer ou au chômage. A Winam, seules 4,8% des femmes sont salariées comparativement à 17% d'hommes (Kisumu Household survey, 1993). Les femmes chef de famille ne disposant pas de ressources financières non régulières paraissent souvent plus vulnérables et donc exposées. La recherche d'un futur partenaire les conduise à avoir des relations sexuelles multiples. Face à cette situation difficile, la participation aux tontines sont les seuls moyens dont disposent certaines d'entre elles pour accroître leur revenu.

Le groupe ethnique dominant dans la province de Nyanza est le Luo représentant 58% de la population totale en 1989. Les Luo ont des pratiques culturelles variées qui se retrouvent dans un certain nombre de districts de la province de Nyanza : la croyance en chira, l'héritage des veuves, la polygamie¹, le lévirat, la non-circoncision, etc. Par exemple, la pratique de "l'héritage des femmes" est ancestral et très répandue à l'Ouest du Kenya. En Nyanza, c'est un homme de la belle famille qui "hérîte" de la veuve, ou bien celle-ci doit trouver un homme « pour laver son sexe de la mort.» Traditionnellement, à la suite du décès du mari, la femme est supposée être purifiée de l'esprit de son mari lors d'une

¹ le taux de polygamie est le plus élevé à 24%.

cérémonie appelée "*chodo kola*" que l'on pourrait traduire par "la coupure du cordon¹." L'obligation est faite à la femme d'avoir une relation sexuelle avec un '*étranger*', quelqu'un qui ne vit pas dans la communauté de la veuve, qui doit permettre à l'ensemble du clan d'éviter un sort, appelée localement '*chira*,' qui pourrait tomber sur la veuve et la famille. Plus tard, elle épousera un beau-frère. Cette coutume a évolué ces quinze dernières, à cause du sida et de l'apparition de laveurs de veuves professionnels (*jakowiny en dholuo*). Ces hommes se font payer pour le '*chodo kola*'. Les veuves qui s'opposent à cette pratique culturelle Luo sont rejetées et elles n'ont plus le droit de pénétrer dans une maison. A leur mort, il est interdit de leur creuser une tombe. Cette pratique de l'héritage des veuves implique des unions polygames ou les remariages, ce qui est évidemment très risqué dans une région où le SIDA touche plus de 32% de la population.

2.1.2 Crise épidémiologique

Au niveau épidémiologique, la ville de Kisumu est reconnue comme la région la plus touchée par l'épidémie du VIH au Kenya avec un taux moyen de 26% (NASCOP, 1998). Localement le sida est dénommé '*nundu*' (*la peste*) ou '*ayaki*' (*la destruction*). Ce qui traduit bien non seulement le grand nombre de gens qui en meurent mais aussi l'impact qu'il continue à avoir sur la société. En 1997, les résultats de la surveillance sentinelle de Kisumu révèlent une prévalence de 30,9% parmi les femmes se rendant aux consultations prénatales (NASCOP, 1997). De plus, les registres des hôpitaux donnent une idée sur l'ampleur du problème bien que ces chiffres ne soient pas directement traduits en taux de prévalence. A l'Ouest du Kenya, une étude faite en 1996 (plus de 15.000 femmes ont été examinées au cours de leur première consultation prénatale dans les services de santé) a révélé un pourcentage élevé de plus de 32% (Kombewa Health centre report, 1996). Entre 1990 et 1991, dans l'Ouest du Kenya, 927 donneurs de sang ont été testés pour le VIH (Belgium Development Cooperation, 1996) : on a relevé un taux de prévalence de 13% en VIH parmi les donneurs familiaux et un pourcentage de 5% parmi les donneurs volontaires.

La prévalence au VIH était nettement plus élevée chez les prostituées avec 74% à Kisumu. 40% des prostituées avaient 24 ans ou moins, les jeunes étant plus nombreuses (Buvé *et al.*, 1999). Une étude consacrée aux routiers indique que 32% étaient atteints de la blennorragie, 5% de syphilis et 26% étaient séropositifs (Labeeuw, 1992). Les MST sont très répandues parmi les femmes enceintes dans les consultations prénatales à Kisumu. Les données de la surveillance sentinelle (NASCOP, 1992) révèlent un taux de prévalence de la syphilis de 10% pour les femmes qui se rendent aux centres de consultations

¹ C'est une grande cérémonie pratiquée après la mort du mari.

prénatales. Une autre étude dans un centre de santé de Kombewa à Kisumu à montré un taux de blennorragie de 7 à 10%. En 1998, suite à une étude auprès des prostituées de Kisumu, il s'avérait que 30% d'entre elles étaient porteuses de chlamydia. En 1993, l'étude de la banque de sang, entreprise dans le cadre de NASCOP/Kenya-Belgium projet à l'Hôpital Général de la province de Nyanza montre un taux de syphilis de 20%.

Différentes hypothèses ont été présentées pour justifier ce taux élevé de personnes infectées dans la région. La ville de Kisumu est surtout un carrefour à l'extrémité occidentale de la voie ferrée qui traverse le Kenya depuis Mombasa. Elle est le lieu de convergence des routes venant d'Ouganda et de Tanzanie en direction de Nairobi et de Mombasa et constitue souvent une halte obligée des transporteurs sillonnant l'Afrique orientale (Gruénais M.E., 2000). Elle a aussi pour voisinage l'Ouganda, qui est un des premiers pays de l'Afrique à être le plus touché par l'épidémie. De plus, la croyance très forte de '*chira*' dans cette région, qui expliquerait la propagation rapide du SIDA. Lorsqu'on demande à des *Luo* ce que sont les symptômes du *chira* : ils citent une minceur continue, une perte de poids, des maladies difficiles à diagnostiquer et finalement la mort (qui rapprochent des symptômes du SIDA). Cette similitude a créé beaucoup de confusion entre les deux et selon la plupart des études cela a pu contribuer principalement à la diffusion du SIDA. Ce qui est plus intéressant pour nous ici, c'est le caractère forcé des relations sexuelles qu'impose la pratique du '*chira*.' D'après Machyo P., (1995), tout phénomène sociale trouve son explication par rapport au '*Chira*.' Par exemple, une mauvaise récolte signifierait que le propriétaire du champ a eu des relations sexuelles avec son aîné avant de semer ce champ. Un homme qui dormirait dans la même maison que sa mère provoquerait un mauvais sort pour toute sa famille. Ce qui veut dire que les relations sexuelles sont à la base de la communauté Luo.

Les gens ne cherchent pas à se soigner contre le sida à l'hôpital car ils le définissent comme un mal populaire traditionnel (*chira*) plus que comme un problème biomédical classique. Cette croyance au '*chira*' donne une logique au comportement des *Luo* face à leur représentation du sida : les causes du mal sont enracinées dans leur tradition, le traitement et la guérison aussi. Il est reconnu également que les causes et symptômes du '*chira*' sont souvent difficiles, voire impossibles à soigner (ibid.) En plus, les connaissances, les attitudes et les pratiques médicales sont généralement dictées par des concepts locaux sur les maladies et la bonne santé, issus de la tradition plutôt que des connaissances biomédicales; Par exemple, dans certains cas, le médecin envoie une patiente voir un tradipraticien. Pour ces populations, il est très difficile de définir la limite exacte entre ce qui est *chira* et ce qui est sida. Une question cependant s'impose en tant qu'anthropologue, comment pouvons-nous mesurer l'incidence du *chira* sur la diffusion du sida ? Cela nous semble difficile à faire.

2.1.3 Situation sanitaire

La carte sanitaire coïncide avec la carte administrative;¹ L'ensemble de structures sanitaires et tous les services du district sont placés sous la responsabilité et la supervision d'un médecin chef de district. La ville de Kisumu regroupe 26 des 73 structures de soins que compte le district. Le système de référence entre les services de santé locaux (les centres de soins) et les hôpitaux de référence principale (qui sont chargés de toutes les affaires concernant la santé dans la province ou le district). L'hôpital provincial de Nyanza et l'hôpital de Kisumu district ne sont pas efficaces, ce qui détériore la couverture et la qualité des soins dans la délivrance des services. Cela crée une rupture dans la couverture du territoire par le système de santé. La plupart des gens qui utilisent les structures publiques appartiennent aux couches sociales à faible revenu. De plus, un grand nombre de problèmes de santé sont gérés par les tradipraticiens et leur forte influence est également indéniable. Par exemple, KDHS (1998) nous montre que seules 42% des naissances ont lieu dans des structures de soins (ce chiffre [42%] varie d'environ trois quarts de naissances à Nairobi à un quart dans l'Ouest de la province). Cependant, 64% des soins prénataux sont assurés par des sages-femmes à domicile.

Le mauvais environnement sanitaire est également un problème majeur pour la santé de la population surtout pour les filles mères et leur enfant. Il est très difficile de se procurer de l'eau potable (seulement 35% de la population a accès à l'eau potable). Il y a eu récemment de larges épidémies de choléra et de typhoïde et les diarrhées représentent un grave problème, surtout pour les enfants. De plus, le paludisme reste la cause principale de mortalité dans le district²: 50% des décès chez les adultes et 30% chez les enfants de moins de un an. Il provoque les complications les plus graves chez les femmes enceintes et pourrait entraîner une anémie les rendant vulnérables à d'autres infections. Le taux de mortalité maternelle est estimé à 328 décès pour 100000 naissances vivantes. Les causes de la mortalité maternelle sont les hémorragies post-partum, l'hypertension pendant la grossesse et l'accouchement et les complications liées à un avortement. L'anémie constitue une autre préoccupation majeure qui rend les femmes plus vulnérables aux complications de la grossesse et les expose au risque d'avoir des bébés trop maigres à la naissance. La mortalité des moins de 5 ans est de 112 décès pour mille naissances au Kenya et va de 34 morts pour

¹ Le découpage géographique mis en place pour le système de santé est calqué sur les circonscriptions administratives. Chaque province et district dispose d'une représentation de l'administration de la santé.

² A l'ouest du Kenya, les deux saisons des pluies annuelles créent un terrain plus que favorable à la transmission du paludisme tout au long de l'année. La longue saison des pluies s'étend de février à juin et la courte saison des pluies a lieu tout au long du mois de novembre.

mille naissances dans la Province du centre à 199 morts pour mille naissances dans la province du Nyanza, constituant le taux le plus élevé du Kenya (KDHS, 1998).

2.1.4 Santé de la reproduction des jeunes

Les jeunes gens sont plus vulnérables au VIH/Sida. Au cours des études sur les comportements sexuels et sur le Sida à Kisumu, les risques les plus importants de contamination venaient des relations sexuelles très précoces. L'âge médian lors du premier rapport au Kenya, est de 16,6 ans et parmi les jeunes filles entre 15 et 19 ans, 14,9% avaient déjà eu des relations sexuelles. Parmi les jeunes de 20 et 24 ans, l'âge médian du premier rapport sexuel est 16,8 ans pour les filles et 16,2 pour les hommes. A Kisumu, l'âge moyen du premier rapport sexuel est de 12 ans avec une différence notable entre les garçons qui commencent plus tôt que les filles; cela est lié aux relations sexuelles forcées. Un constat inquiétant peut être fait; l'activité sexuelle des adolescents est en général non protégée, malgré leur connaissance des moyens de prévention contre ces risques. Cela accroît le risque de contracter une grossesse précoce et une MST et/ou le VIH. Le problème de grossesse précoce dans cette région du Nyanza est toujours le plus préoccupant au Kenya. Selon KDHS (1998), 23% des filles de 15-19 ans sont soit enceintes, soit mères.

Les jeunes ont souvent très peu accès à l'information. L'accès aux services de prévention et de traitement, au service de planning familial est extrêmement bas. Il leur est extrêmement difficile de négocier l'utilisation d'un préservatif, particulièrement quand, dans le même temps, elles sont supposées être naïves sur les questions sexuelles. Selon KDHS (1998), 36% environ de femmes âgées de 15 à 24 ans, sexuellement actives ne savent pas les endroits où se procurer des préservatifs. Seules 22% des femmes déclarent utiliser un moyen de contraception moderne dont moins de 1% reconnaissent l'usage du préservatif. Le taux d'acceptation du planning familial est de 45%, ...ce qui ne veut pas dire qu'il est appliqué. Cette information insuffisante et l'instabilité émotionnelle des adolescentes créent les conditions d'une activité sexuelle irrégulière et non protégée qui a pour conséquence l'usage non efficace de la contraception ou la non-utilisation des préservatifs. Les relations de pouvoir, du fait qu'ils croient sont à l'abri du VIH. Comme plusieurs études l'indiquent (DHS, 1995; AMREF, 1994; Youri P, 1993; Toroitich-Ruto, 1991; Kiragu K., 1991; Ocholla-Ayayo, 1996; NASCOP, 1996; Buvé et al, 1999; Rugumyemheto A. et al, 1994, Baylies C. *et al.*, 1999, etc.).

Certains parents ont un avis négatif sur les questions sexuelles avant le mariage. Ainsi, les naissances hors mariage sont considérées parfois comme des

pratiques allant à l'encontre de la tradition, comme des pratiques incorrectes et immorales. Les parents et adultes ne donnent pas aux adolescentes d'information sur le sexe ni sur la contraception, parce que cela est considéré comme culturellement inapproprié. De plus, jusqu'à récemment, on pensait que les préoccupations médicales des femmes étaient prise en compte dans le contexte de la "santé maternelle et infantile" et souvent exclusivement étudiées sous l'angle de la grossesse et de l'accouchement. De plus en plus, aujourd'hui les études insistent sur le fait que ces programmes ne répondent pas totalement à ces besoins, surtout ceux des jeunes femmes (IEC, planning familial, consultations obstétriques et gynécologiques, maternité, les MST, le VIH,... sans tenir compte de l'âge, du statut marital et statut maternel.

Les programmes pour les jeunes, ainsi que toute initiative en matière d'IEC ou de prestations spécifiques destinées à cette population sont très critiquées, voire combattues. Dans les débats touchant à la sexualité et aux besoins d'adolescents, c'est surtout de « morale » dont il s'agit, sans une réelle prise en compte du comportement effectif de ceux-ci. Des responsables politiques ou encore certaines organisations religieuses demeurent hostiles à l'introduction de l'éducation sexuelle à l'école, en dépit de la menace que représente le sida pour les jeunes kenyans. De telles attitudes restreignent toute possibilité de dialogue constructif sur les besoins de la communauté et, par exemple, contribuent à exposer les jeunes à des risques d'infection aux MST/Sida ou encore à des grossesses non désirées.

A Kisumu, ce groupe d'âge des 10-24 ans a reçu relativement peu d'attention de la part des professionnels de la santé, plus particulièrement, les problèmes touchant à la communication avec ces jeunes personnes. Alors, nous avons décidé d'aborder cette question à partir de l'exemple de l'accès aux soins, aux services de santé maternelle et infantile et aux cliniques de MST à Kisumu (Ouest du Kenya). Nous considérons les interactions entre jeunes mères et prestataires de soins d'une part entre jeunes mères et environnement familial d'autre part.

2.2 Notre étude à Kisumu

2.2.1 Hypothèse de recherche

Notre hypothèse tourne autour de l'idée que les services de santé ne donnent pas de réponses pertinentes aux risques des adolescents de même que l'offre de soins existante n'est pas adaptée aux jeunes mères; d'où les difficultés du système en place. Celui-ci ne peut réduire la vulnérabilité des adolescentes face aux risques et ne peut pas non plus prendre soins de ses patientes de manière pleinement satisfaisante.

2.2.2 Choix du site et groupe

Le choix de la ville de Kisumu pour notre étude sur les comportements à risques des adolescentes est à comprendre en continuité avec nos recherches précédentes. En effet, au cours de notre participation à des études menées sur les comportements sexuels et le Sida à Kisumu, nous avons remarqué une forte vulnérabilité des jeunes filles au VIH,¹ mais aussi face aux autres risques reproductifs (grossesses précoces, rapports sexuels non protégés, avortements clandestins, complications pendant la grossesse et lors de l'accouchement,...). Nous avons également constaté que de nombreux obstacles existent à Kisumu quant à la fourniture et l'accès à une gamme complète de soins et de services médicaux.

La ville de Kisumu a certains avantages : c'est la plus grande ville à l'Ouest du Kenya, le centre du commerce, carrefour majeur dans la région sur l'axe Ouganda et Tanzanie. C'est une ville très attractive où beaucoup de jeunes gens venant des alentours recherchent un emploi. La population urbaine a significativement augmenté et spécifiquement dans certains quartiers de la ville : Manyatta, Kondele, Nyalenda et Obunga sont densément peuplés avec une population jeune et hétérogène. La majorité des jeunes sont au chômage. Certains travaillent dans l'informel en tant qu'artisans, détaillants, coiffeurs, domestiques,...). De plus, dans ces quartiers, la situation sanitaire est précaire : absence d'égouts, manque d'eau potable, défaut de latrines augmentant les risques d'infections.

Nous pensons pouvoir rencontrer des "jeunes femmes à risque" dans les hôpitaux publics ou bien dans leurs environnement domestiques. Le notre choix des quartiers de 'Manyatta' et 'Nyalenda' nous a permis d'observer quelle était la

¹ D'après cette étude, 23% des filles âgées de 15 à 19 ans étaient infectés et 38,7% des filles de 20 à 24 ans. Par ailleurs, plus de 27% des femmes enceintes âgées de moins de 30 ans étaient séropositives (Buve A *et al.*, 1999.)

vie quotidienne d'un adolescent, quels étaient les risques auxquels il doit faire face et comment il les gère.

2.2.3 Contexte spécifique de l'étude

Nous avons, étudié les problèmes liés à la santé sexuelle des adolescentes et tout particulièrement des risques en matière de grossesse et d'accouchement, d'avortement et de MST (dont l'infection au VIH), pour savoir comment les besoins relatifs à la santé de la reproduction des adolescentes sont actuellement pris en charge par les services de santé. Comment les jeunes femmes enceintes s'y prennent-elles en cas de consultations prénatales ? lors de l'accouchement ou en cas de MST ? Nous avons essayé d'analyser les données recueillies afin de connaître les attitudes des personnels de santé vis-à-vis des risques auxquels les jeunes mères sont exposées.

Cette étude s'intéresse aussi à la qualité des soins de santé prénatale et maternelle à savoir : l'accessibilité aux soins, les relations soignant soignées, la capacité de jeunes femmes à payer pour les services et soins médicaux, la disponibilité en médicaments, ... Notre étude s'intéresse aussi à la conception et au fonctionnement des services de santé prénatale, à l'évaluation et l'identification de cas de grossesse 'à risque,' au niveau actuel de soins donnés à la maternité, à l'accouchement et aux complications générales. Nous nous sommes également intéressées aux raisons pour lesquelles les jeunes mères décident d'accoucher chez le guérisseur traditionnel ou chez «l'infirmier de quartier» ou même chez elle. Pourquoi ne choisissent-elles pas de recourir aux consultations prénatales ? Ainsi, comptons nous mettre en évidence les pratiques, les relations soignant soignée et la gestion des problèmes liés à la santé de la reproduction sexuelle des jeunes mères.

2.2.4 L'enquête de terrain et l'approche méthodologique

L'étude s'est faite en deux phases au cours d'un séjour de deux mois. Nous avons choisi de faire nos enquêtes à l'hôpital du district -KDH (*l'hôpital de référence pour le district*) et à l'hôpital Provincial de Nyanza qui est la plus haute instance régionale de référence, parce qu'ils s'occupent des primipares. Les autres centres de santé ne sont pas supposés traiter les primipares (*dont les grossesses sont considérées comme à risque*); ils doivent les transférer à l'hôpital provincial ou celui du district. Nous avons fait 15 entretiens avec le personnel soignant : 3 médecins, 4 infirmières, 1 clinical officer, 2 sages-femmes, 3 aides soignants, 1 conseiller, 1 technicien laboratoire ...). Nous avons également fait 11 entretiens avec des jeunes femmes enceintes qui se sont rendues à l'hôpital. Nous nous

sommes intéressées à celles qui sont de 15 à 20 ans, qu'elles soient célibataires ou mariées.

Durant la première phase (mois d'août 1999) nous avons découvert que plusieurs jeunes femmes accouchent soit à domicile soit chez les accoucheuses traditionnelles. L'année dernière (mois d'août-sept.2000) nous avons fait des entretiens avec 15 sages femmes à domicile (*les matrones [nyamrerwa]; les 'infirmiers de quartier,' les employée de structures de santé à la retraite*). Nous avons particulièrement choisi les quartiers populaires de «Manyatta et Nyalenda »: ils ont une population hétérogène, jeune et au chômage. De plus, nous avons interviewé 18 jeunes patientes enceintes ou ayant déjà eu un enfant avant 20 ans chez les sage femmes à domicile dans ces mêmes quartiers. Au total, le groupe était composé de 59 personnes (29 jeunes mères, 15 TBAs, 15 personnel de santé).

Dans notre démarche, nous avons privilégié une enquête qualitative (entretiens approfondis et observations). Nous avons également recouru à la documentation interne des centres de santé. L'essentiel des données de cette enquête est issu d'entretiens approfondis. C'était la méthode la plus adéquate pour aborder les thèmes qui nous intéressaient parce qu'ils constituaient un moyen sûr de communication avec les adolescents. Ces dernières pouvaient ainsi parler plus librement de leur santé et cela nous a permis d'explorer de manière approfondie les représentations et les comportements. Selon Olivier de Sardan (1995), les entretiens approfondis sont un moyen de connaître les représentations populaires, les récits de vie, et donc permettent de recueillir des discours autour des situations auxquelles les enquêtes quantitatives ne donnent pas accès. Ils permettent d'analyser les déterminants des attitudes et les réactions vis-à-vis des insuffisances des soins de santé.

L'étude a utilisé également des méthodes ethnographiques, par exemple l'observation des événements quotidiens et des recueils de sources écrites (registres, etc.). Si "la production par le chercheur de données à base de discours autochtones, qu'il aura lui-même sollicités, reste un élément central de toute recherche sur le terrain", il est nécessaire de la compléter par des observations faites pendant une durée assez longue pour permettre une imprégnation, et "une familiarisation de l'anthropologue avec la culture locale" (Olivier de Sardan, 1995: pp. 79-80). L'anthropologue peut ainsi observer la réalité sinon de l'intérieur au sens strict, du moins au plus près de ceux qui la vivent, et en interaction permanente avec eux." (ibid.).

Nous avons aussi inclus les perspectives "*d'acteurs clefs*" qui donnent le point de vue général des situations des jeunes. Des interviews avec les

professionnels de la santé nous ont beaucoup aidé en nous guidant vers des questions dont ils ont l'habitude de traiter au quotidien, y compris leur relation avec leurs clients. Par exemple, le personnel de santé a été choisi comme "*une personne ressource*." Nous les avons écoutés et observés pendant qu'ils s'acquittaient de leur tâches quotidiennes et surtout dans leur relation avec les jeunes femmes.

Nous avons utilisé l'enregistrement audio, l'usage de petites notes prises pendant les observations et aussi des sources écrites (rapports, registres de l'hôpital, etc). Nous avons fait 2 à 3 entretiens individuels par journée, certains avec rendez-vous initial, d'autres impromptus. Nous avons commencé les entretiens par un bavardage informel sur des sujets familiers et anodins pour permettre à l'interviewé de s'exprimer à son rythme. Le guide d'entretien était court, nous permettant d'exprimer ce qui n'avait pas été prévu et laissant la place pour inclure dans la discussion des questions jugées importantes. Le caractère confidentiel de cet exercice était assuré afin de permettre aux participants d'être ouverts et d'avoir un dialogue plus spontané. Une liste des questions a été établie afin de couvrir une large échelle de thèmes d'intérêts. Les entretiens qui ont été enregistrés souvent en Luo (la langue locale) ou Swahili (la langue nationale) ont été traduits en anglais.

Néanmoins, la technique de l'entretien approfondis a ses limites. Selon Fassin (1990:97), elle " ... *n'est que la production d'un discours pour lequel on est tributaire de la bonne volonté et de la bonne foi de l'interlocuteur, de sa capacité à comprendre ce qu'on lui demande et à exprimer ce qu'il pense, de son statut social et de sa vision du monde, de sa biographie personnelle et de l'histoire de son groupe*" (D. Fassin, 1990:97). Ici, nous ne pouvons exclure certains biais d'un entretien: erreurs personnelles telles que des exagérations des réponses, des prises de notes sur les faits et gestes ou les caractéristiques de l'interviewé ... La dimension affective de ce sujet est très importante et de nombreux discours peuvent être tronqués. Les discours des jeunes femmes et soignants étaient souvent peu étoffés, sommaires. On y sentait une certaine méfiance qui s'est estompée avec le temps et la régularité des contacts. Par contre, les entretiens avec les guérisseurs traditionnels n'ont pas posé le même type de problèmes.

La question de la traduction est centrale. A Kisumu beaucoup de gens parlent Luo et Swahili. Il était pour nous évident qu'il fallait trouver un interprète ayant la connaissance parfaite des règles de bienséance des Luo ainsi qu'une maîtrise de la langue vernaculaire pour pouvoir pénétrer le milieu féminin sans trop de difficultés. La transcription a été faite à l'aide des enregistrements sur bandes magnétiques qui ont été traduits. Le plus compliqué fut de s'entendre sur la traduction au cours des entretiens, de bannir certaines choses qui pouvaient, de

La question de la traduction est centrale. A Kisumu beaucoup de gens parlent Luo et Swahili. Il était pour nous évident qu'il fallait trouver une interprète ayant la connaissance parfaite des règles de bienséance des Luo ainsi qu'une maîtrise de la langue vernaculaire pour pouvoir pénétrer le milieu féminin sans trop de difficultés. La transcription a été faite à l'aide des enregistrements sur bandes magnétiques qui ont été traduits. Le plus compliqué fut de s'entendre sur la traduction au cours des entretiens, de bannir certaines choses qui pouvaient, de prime abord, apparaître comme hors sujet et finalement s'avérer centrales ; sur ce qu'il était impératif d'analyser.

Il était difficile de parler de l'adolescence comme d'un groupe homogène. L'écart d'âge lui-même nous le montre. Sikes (1996) dit "essayer de limiter l'adolescence à un groupe d'âge spécifique peut ne pas être le seul facteur de complication mais aussi le fait que les adolescents forment un groupe divers subdivisé en sous-groupes." Bien que nous avons utilisé le découpage démographique, nous acceptons cette limitation, surtout en Afrique où le concept d'âge est difficile à définir. Il y a plusieurs considérations comme les notions socioculturelle, physiologique, psychologique... En considérant le facteur socioculturel, cette définition de l'adolescence par rapport à une tranche d'âge était limitant. Certaines jeunes mères, faisant pourtant partie de cette tranche d'âge, ne se reconnaissent pas comme jeunes. Souvent, une femme est considérée comme une jeune fille tant qu'elle est célibataire sans enfant (avec un enfant elle est adulte, elle a l'autonomie de décisions, indépendamment de son âge). De plus, le mariage ou avoir un bébé influe sur la définition de ce qu'est l'adolescence ou la jeunesse. Une jeune fille de quinze ans mariée ne se considère plus comme une adolescente; par contre, une jeune femme de 24 ans non mariée reste une jeune fille (manque d'autonomie car elle dépend des ses parents).

Partie III
Les données de terrains
Indices de risques majeurs identifiés chez des jeunes mères

3.1 Risques sociaux

3.1.1 Précarité de la condition sociale des jeunes mères¹

L'un des buts de cette étude était de tracer un tableau du mode de vie des jeunes femmes à Kisumu. Dans cet esprit, nous avons demandé à certaines d'entre elles de décrire leur vie de tous les jours, leur style de vie, leurs aspirations et les problèmes qu'elles rencontraient au cours de la gestion de leur santé. La vie des jeunes n'a jamais été facile. C'est un âge qui est caractérisé par de nombreuses émotions (doute, curiosité, éveil et expériences sexuelles, anxiété, etc.) Pour une fille, la menstruation marque la fin de la puberté. Elle se sent adulte et elle est considérée comme telle. Toute fois elle manque d'autonomie, elle n'a pas le pouvoir de prendre des décisions et, dans la majorité des cas, les décisions sont prises à sa place par les détenteurs d'autorité que sont les parents, les enseignants, etc. En même temps, elle cherche son indépendance, son identité et sa place dans la société. De plus en plus de jeunes filles font des études secondaires et vont même au delà. D'autres se dirigent vers le secteur urbain à la recherche d'un emploi. Cela semble constituer le stade critique au cours duquel les jeunes gens sont le plus aptes à avoir leur première expérience sexuelle.

Le style de vie des jeunes est entrain de changer. Les jeunes, s'ils sont encore à l'école, passent leur temps à étudier; s'ils sont déscolarisés, ils cherchent trouver du travail, à effectuer des travaux domestiques ou passent leur temps avec des amis, à écouter la musique. Il existe des endroits d'interactions sociales, comme le terrain de sport, les fêtes pendant les cérémonies (mariages, enterrements) et les boîtes de nuits. La plupart des adolescents n'ont pas de difficulté à obtenir des livres, vidéos et magazines qui peuvent encourager la liberté sexuelle mais qui malheureusement ne donnent pas des informations sur les risques liés aux relations sexuelles. Ils grandissent dans une situation où les pairs, la musique, et les films font partie de leur quotidien et transmettent souvent le message implicite ou explicite selon lequel les rapports sexuels hors mariage (spécifiquement ceux qui concernent les adolescents) sont des comportements communs, admis, parfois prévus. Tous cela remplace le rôle laissé par les institutions traditionnelles de socialisation. Par

¹ L'étude a utilisé les résultats de précédentes enquêtes menées dans la même région (Multisite study, 1999).

exemple, les salles vidéo de quartier - qui sont des lieux populaires de détente, et de réunion pour la jeunesse ne sont pas chers - sont connues pour diffuser des films pornographiques. Ces films sont très prisés par cette catégorie d'âge et contribuent à entretenir cette activité (la participation à une séance de film peut coûter 5 centimes à 1Fr selon la demande). Les salles de quartier sont également des lieux de vente de boissons bon marché, d'alcool frelaté appelé « *chang'aa* » ou « *busaa* ».

Les amis ou les pairs constituent la principale source d'information et influence plusieurs des comportements, des adolescents puisqu'il est très important pour un jeune d'être reconnu par ces derniers. Aujourd'hui, pour éviter la critique et avoir des amis, les jeunes doivent souvent se conformer à un ensemble de normes sociales qui leurs sont propres notamment la manière de s'habiller ou de se comporter. Certains d'entre eux vont à l'encontre des choix difficiles (entre valeurs individuelles et valeurs de groupe) et indiquent souvent l'importance pour de s'adapter pour exister dans les groupe et la difficulté d'être soi même. Cette conformité agit comme une défense contre certains types de troubles telles que la solitude et comme un important facteur d'acceptation. Les pairs ou amis se donnent probablement des conseils réciproques inappropriés et/ou inexacts qui faute d'information parfois, facilite l'entrée dans des situations à risque: alcoolisme, comportements déviants, tabagisme, consommation de drogues souvent le miraa (une drogue douce en vente sur le marché local) et expériences sexuelles.

3.1.2 Comportement sexuel des jeunes filles

A Kisumu, selon une étude réalisée par le 'Multicentre study group,' un fort pourcentage (75%) de jeunes (14-20 ans) seraient déjà sexuellement actives. Cette étude montre aussi que l'entrée dans la vie sexuelle des jeunes garçons est plus précoce que celle des jeunes filles. L'âge moyen du démarrage de la sexualité, d'après cette étude, est de 12 ans pour le garçon et de 14 ans pour la fille. Ces chiffres peuvent baisser jusqu'à 9 ans¹, d'après des discussions de groupe. D'autres données suggèrent que dès leur 18eme anniversaire, plus de la moitié des jeunes de la ville de Kisumu ont déjà eu leur premier rapport sexuel (NAS COP et al., 1999). Les jeunes filles considèrent que la sexualité est un élément important de la vie. Il constitue un moyen de mieux connaître leur partenaire, une forme d'apprentissage, associé (faire face) à des changements émotionnels et à la procréation. Les principaux motifs qui expliquent l'engagement sexuel ou attirent les jeunes femmes vers les activités sexuelles sont : la curiosité et l'influence des amis, l'espoir de pérenniser une relation (il a été rapporté que certains jeunes filles s'engagent dans

¹ Data from the Multicentre 'qualitative study,' 1999, which took place within the municipality. It was the second phase of the study and was more concerned with the sexual behaviour and their risk of HIV among the youth (Buvé et al., 1999).

les rapports sexuels pour maintenir les liens avec leur petit ami ou lorsqu'elles espèrent une récompense (un cadeau) en échange), le fait de se sentir adultes et majeurs, l'influence de l'alcool ou bien d'autres drogues, le désœuvrement, la littérature et le cinéma pornographiques, les changements occasionnés par la puberté qui engendrent le désir de tenter une 'première expérience,' ainsi que l'influence de la conduite des adultes.

D'après cette étude, de nombreuses jeunes mères n'ont qu'une connaissance très partielle du planning familial. Ce problème est accentué par une opinion fréquemment émise et entendue à savoir que les normes sociales de la région, découragent les discussions en matière de sexualité entre les parents et leurs enfants, ou du moins entre les parents et leurs filles. Un petit nombre de mères racontent, comment leurs propres mères ont négligé de leur expliquer la puberté, le sexe, et la grossesse. En outre, leurs mères insinuent que les signes physiques d'une maturité sexuelle sont mal vus et indésirables. Ces filles ont l'impression que leurs mères sont effrayées ou mécontentes au cours de leurs discussions sur la sexualité. Ce problème de communication est perçu comme important.

"Ma mère ... ne m'a jamais rien dit au sujet des règles. La première fois que j'ai eu mes règles, j'ai cru que j'allais mourir. Une cousine m'a alors expliqué de quoi il s'agissait et m'a montré comment me débrouiller." (E.A, 17 ans, St. Andrews, Manyatta)

"Même lorsque j'étais enceinte, je ne pensais pas que j'étais enceinte, même quand je me suis rendue compte que je n'avais plus mes règles... Je me rappelle que ma tante me disait "tu as l'air d'être enceinte." et je répondais "je n'en sais rien.." Elle m'amena voir une TBA qui confirma ce fait et dit que j'étais enceinte d'environ 6 mois. Cela montre à quel point j'étais naïve." (J.A. 15 ans. Manyatta, coin mbuta)

"La sexualité a toujours été un sujet tabou. Tout ce que ma mère m'a appris c'est de me tenir loin des garçons. Aussi, quand j'ai eu un "petit ami," je n'ai pas voulu la mettre au courant. Quand je suis tombée enceinte, elle ne pouvait même pas imaginer que j'avais eu des rapports sexuels. Alors, il m'a été très difficile de lui en parler : Néanmoins j'avais besoin d'en parler à quelqu'un. Parfois je pense que si j'avais pu en parler ouvertement (de ces choses là) je ne serais pas tombée enceinte." (B.A, 18 ans, Manyatta B).

La fréquence des rapports sexuels et le nombre des partenaires augmentent généralement pour les jeunes pendant les vacances scolaires. Dans une étude (Buvé et al., 1999), la majorité de ces jeunes rapporte qu'ils ont seulement un partenaire. Toutefois, environ 22% des garçons et 9% des filles déclarent entretenir des relations sexuelles avec différents partenaires sexuels à la fois, en

moyenne 3 partenaires. Les raisons communément évoquées pour avoir des relations sexuelles avec différents partenaires sont l'insatisfaction dans leur relation, des mésententes; le support financier (plutôt pour les filles, considéré comme la sécurité en cas d'abandon par le partenaire régulière), la compétition (surtout pour les garçons pour comparer leurs prouesses en matière de séduction, le fait que d'avoir plus d'une copine est considéré comme 'héroïque' ou 'macho', et comme 'un moyen d'acquérir de l'expérience et d'être reconnu parmi les pairs). Toutefois, pour les filles, cette attitude est perçue de façon plutôt négative "*ce n'est pas flatteur pour une fille d'avoir plusieurs "petits amis"; elle passe automatiquement pour être 'facile,' mais cela est reconnu positif pour les hommes (partenaire de M.O, Manyatta B).*

Beaucoup de ces relations multiples sont sporadiques et temporaires. Le fait qu'elles soient temporaires peut probablement être attribué à de nombreuses raisons telles que le désir de pousser l'aventure au delà de la première personne rencontrée, la recherche de partenaires plus performants, ou bien l'absence de rencontre d'un premier partenaire (c'est un visiteur, il est à l'école ou travaille loin...) ou bien encore le viol de mineurs (le facteur majeur qui entraîne l'usage de la force est le fait de dire 'non' au sexe, l'attitude qui est la plus communément attendue de la part de filles), et qui est souvent considérée comme étant un des atouts de la séduction comme faisant partie de la séduction. Cela implique un risque réel pour les jeunes femmes. Leur 'No' est ignoré et des cas d'agression et de viol deviennent évidents.

3.1.3 Stratégies économiques

Ce risque augmente avec les difficultés sociales et économiques de l'environnement dans lequel elles vivent aujourd'hui. Leur vie quotidienne est difficile. Elles essaient de s'en sortir par différents moyens, mais elles rencontrent beaucoup d'obstacles. Elles ont des difficultés au cours de leurs études, en raison des problèmes financiers des parents qui ne peuvent pas payer les frais scolaires. Nombreuses sont celles qui sont impliquées dans des conduites à risque et de délinquance : faire 'le mur' de chez soi sans l'accord parental, particulièrement la nuit pour aller dans des boîtes de nuit; absence à l'école sans la permission des parents ou des enseignants; consommation de l'alcool, implication dans des problèmes de drogue, etc. Il y a aussi un réel problème de manque d'emploi. Beaucoup de jeunes filles peuvent attendre 2 ou 3 ans avant de rejoindre un collège ou trouver du travail. On a remarqué que la plupart des jeunes ayant abandonné l'école travaille dans le secteur informel (localement connu sous le nom de « Jua Kali¹ »). Pour la jeune fille, il y a la couture, la coiffure, le petit commerce de légumes et de denrées alimentaires, la vente des vêtements d'occasion, employée de

maison, la blanchisserie ou la fabrication d'alcool. Le fait d'avoir abandonné l'école, la maturité précoce et l'échec dans la recherche d'un emploi, ou encore, le manque d'un 'gagne pain', entraînent de nombreuses jeunes filles dans des situations précaires et à risque. Cette situation est aggravée par la prévalence très forte du virus VIH / Sida parmi la population.

Ces jeunes femmes se rendent compte que des hommes plus âgés qu'elles souhaitent avoir des relations sexuelles avec des jeunes filles (particulièrement des filles à l'école), les préférant à des femmes de leur âge car ces hommes pensent que les filles ne sont pas contaminées. Elles sont moins exposées au risque. A côté de cela, on remarque que certaines jeunes filles essaient d'attirer l'attention d'hommes plus âgés, pour des raisons économiques et matérielles. Cette dépendance des filles dans ces rencontres à caractère sexuel et dans la négociation de rapports protégés est un facteur qui les met souvent en situation de risque grave, particulièrement dans le contexte du SIDA et des grossesses accidentelles. Le principal facteur qui les pousse dans cette voie (multipartenariat, 'commerce sexuel', etc.) est le manque de moyens de subsistance. Elles ne disposent pas des conditions de vie minimales mais, comme toutes les filles vivant en milieu urbain, elles éprouvent le désir de posséder des biens matériels. Dans une étude, quelques filles ont d'ailleurs mentionné la nécessité d'acheter des objets « féminins » comme les produits de beauté, des vêtements, et bien d'autres choses que leurs parents ne peuvent pas leur acheter. Le manque d'argent est donc la raison pour laquelle elle recherchent des partenaires qui peuvent leur fournir tout cela.

Ces comportements sont guidés par la volonté de survivre et se trouve résumé dans ces citations:

« Je dois survivre, je dois bien paraître, être bien habillée, mes petits amis m'aident à acheter ces choses que mes parents ne sont pas capables de m'offrir » (B.A, 18 ans, Manyatta B).

« Mon ami m'a laissé tomber quand il a découvert que j'étais enceinte. J'avais déjà un enfant d'un précédent partenaire. Les choses ont été difficiles pour moi. Je suis femme de ménage et je gagne très peu. Ensuite, j'ai rencontré mon ami actuel qui est un homme marié. Il veut m'aider financièrement et prendre soin de moi et de mes enfants. Après avoir eu un enfant, on se rend compte que les décisions que l'on prend sont influencées par celles qui correspondent au meilleur intérêt de l'enfant » (employée d'hôtel, 23 ans).

¹ 'Jua kali' signifie "le soleil brûlant " et désigne les gens qui pratiquent leur travail manuel dans ces conditions.

Pour d'autres, ces relations sont plus professionnelles et elles deviennent de véritables prostituées ('*commercial sex worker*'). Ces filles appelées les «*parking girls*» car elles sont vues sur les bords de route – Certaines n'ont que 14 ans – traînent le soir autour des grands hôtels, des night-clubs, des bars ou dans le «*beerbelt*» (un endroit localement renommé pour la prostitution) espérant attirer des clients potentiels. Dans les boîtes de nuits, de nombreuses affiches mentionnant "*âge requis 18 ans minimum*," semblent encourager ces filles plus jeunes (qui n'ont pas 18 ans) à y entrer. Cela étant considéré comme une façon de promouvoir leur travail. Ces jeunes filles louent des chambres derrière ces 'clubs' et 'bars', et ces chambres sont utilisées comme lieu de passes.

Beaucoup parmi ces jeunes CSW sont des jeunes filles qui ont quitté l'école pour une raison ou une autre, qui ont quitté leur famille à la campagne pour chercher du travail en ville et n'ont rien trouvé, des mères célibataires, certaines étant divorcées ou veuves sans source de revenus, ou ayant été chassées de la maison de leur mari par un refus de se soumettre à certaines obligations culturelles. Toutefois, la principale raison qui conduit à la prostitution est le fait de problèmes économiques. Voici une liste de priorités (un foyer, des obligations familiales, le besoin de se nourrir, de s'habiller et aussi la nécessité d'éduquer leurs enfants '*child upkeep*') tels qu'exprimées dans ces entretiens:

«Je suis tombée enceinte à 16 ans. Mes parents ont été très durs, et ont coupé toutes les relations avec moi. Ma tante m'a fait venir à la ville pour être femme de ménage. Elle ne m'a pratiquement jamais payée et s'attendait à me voir travailler jour et nuit. Mes amis m'ont dit que je pouvais gagner suffisamment par la prostitution, pour me prendre en charge mon enfant et moi » (Multicentre study, 1999).

«Je travaille comme serveuse dans un bar et je gagne \$16 par mois. Cela n'est souvent pas payé dans les temps ou bien est payé par tranche. Je suis mère célibataire avec deux enfants à l'école et j'ai de gros besoins financiers. Dans mon travail, je suis confrontée à des hommes riches et quelques fois je leurs rends du service » (ibid.).

Comme cela est mentionné, la prostitution pour certaines, n'est pas une occupation mais quelque chose qu'elles utilisent de temps en temps pour pouvoir boucler le budget familial, ou bien pour pouvoir surmonter une difficulté financière transitoire. Certains d'entre elles gagnent un peu d'argent en ayant une seconde source de revenus. Cependant, pour d'autres, cela constitue leur principale source de revenus.

«Je suis mère célibataire avec trois enfants. J'essaie de faire quelques petits travaux. J'espérais me remarier de nouveau et je suis sortie avec plusieurs hommes tour à tour. Chaque fois c'est la même

chose: nous avons une querelle; ils me rappellent qu'ils m'ont rencontrée dans un bar et la relation cesse. Après avoir tout raté, j'ai essayé la prostitution, car j'avais mes enfants à élever » (ibid. 1999).

«J'étais mariée, mais mon mari partit un jour pour la ville et ne revint jamais. J'ai commencé à me prostituer à défaut d'avoir pu trouver un autre travail. Je gagne à peine de quoi élever mes enfants, et mon métier de prostituée n'est pas évident. Il y a beaucoup de filles qui font ce métier, et, de ce fait, il y a, de nous jours, une énorme concurrence» (ibid. 1999).

L'utilisation de préservatifs au cours de ce genre de rapports est très faible. Certains hommes veulent 'omundo ko mundo' (c'est-à-dire sexe sans préservatif). Selon les prostituées (1999), un fort pourcentage de leurs clients continuent à refuser l'utilisation de préservatifs, en prétextant l'insatisfaction durant les rapports, les problèmes rencontrés avec l'utilisation du préservatif lui-même (tel que sa mise en place, cela diminue le plaisir sexuel à cause des démangeaisons après usage). Au cours de cette étude, il ressort que seulement 40% d'entre elles rapportent qu'elles refusent les clients qui ne veulent pas utiliser de préservatifs, même certains clients recommandés. La majorité de celles-ci ont avec elles des préservatifs ou bien elles en achètent au comptoir du bar pour se protéger ainsi que leurs clients d'une infection. Toutefois, pour la majorité, l'utilisation systématique du préservatif pose certains problèmes, en commençant par son utilisation, particulièrement avec des clients réguliers et avec leurs 'amis.' D'autres raisons sont: la peur de faire une demande qui pourrait effrayer le client ou le partenaire, particulièrement quand il y a peu de travail, le fait que les passes sont mieux payées dans des cas de rapports non protégés, l'influence de l'excès d'alcool, ou simplement l'oubli. Sarah explique cette situation:

«Il y a une tendance à oublier le port de préservatifs, surtout si le client est un habitué. Il est alors difficile d'être trop stricte sur le port du préservatif, car parfois ce client est considéré comme étant "sûr" et comme n'étant pas porteur du sida.»

Ces filles ne sont pas seulement exposées au danger de contamination aux MST/VIH, mais elles sont également soumises à un harcèlement par la police, à des agressions de clients insatisfaits, à des rapports forcés, à des clients qui ne payent pas, à être abandonnées dans des endroits sombres et dangereux, à de nombreux accès de MST, et à un mauvais état de santé résultant de leur mode de vie. Peu d'entre elles sont capables de chercher un traitement médical efficace (la plupart vont chercher

leur traitement dans des cliniques 'privées' dans les quartiers ou chez les 'pharmaciens' ambulants.)

Les relations sexuelles prennent différentes dimensions, allant du sexe pour le plaisir, jusqu'à la procréation, en passant par les cas ayant un caractère financier ou économique (obligation d'échanger des cadeaux ou des récompenses). La plupart des ces jeunes femmes sont conscientes des conséquences de leur conduite. La majorité d'entre elles ont vu plusieurs de leurs amies, parentes ou proches mourir du sida et acceptent, plus facilement de constater le fait qu'elles évoluent dans un milieu à risque. Elles s'inquiètent au sujet de leur mauvaise santé, de leurs aspirations, de leur réussite, du fait d'être acceptées par leurs amis (pairs) et sur d'autres sujets encore concernant des conduites à risque (*risky lifestyles*). Ces risques sont, souvent, liés à la détérioration de la situation économique dans le pays, et à la méconnaissance de la conduite sexuelle de leurs partenaires.

3.1.4 Relations non protégées

Les jeunes à Kisumu sont parfaitement au courant des contraceptifs. Toutefois, pour beaucoup d'entre eux, la connaissance de la sécurité de ces méthodes est insuffisante, particulièrement en ce qui concerne la période fertile ou la période non fertile du cycle. Les contraceptifs n'ont pas été bien acceptés, comme le déclare cette jeune femme à la clinique:

« Mon mari est contre l'utilisation de contraceptifs, car il croit que sa première femme est morte d'un cancer dû à leur utilisation. Nous avons déjà 7 enfants (5 provenant de son premier mariage), J'aurais aimé utiliser quelque chose. Je pense qu'après cet enfant, je vais faire l'injection sans le lui dire car les infirmières m'ont dit que cette méthode est bien meilleure et discrète que la pilule » (E.A.O., 22 ans).

On peut se procurer les pilules contraceptives dans les hôpitaux, avec beaucoup plus de facilité que les préservatifs. Les jeunes mères parlent beaucoup plus facilement des pilules que des préservatifs, probablement parce que les pilules sont de loin beaucoup plus faciles à se procurer. Les infirmières recommandent souvent la pilule et rarement le préservatif à ces jeunes mères. Peut-être, parce que leurs actions visent plus la limitation des grossesses non désirées. Elles ne prennent pas en compte les MST (les adolescentes sont juste considérées comme des mères). Les endroits les plus connus où l'on peut se procurer les préservatifs sont les sources non médicales, par exemple les kiosques (petit magasin), les

supermarchés, les pharmacies, les distributeurs de préservatifs (bien que dans la plupart des cas ceux-ci sont vides), FPAK et les amis.

Parmi les jeunes mères que nous avons interviewées, la majorité d'entre elles n'a jamais utilisées de préservatifs. Certaines ont peur de suggérer cette possibilité car elles ne veulent pas compromettre leur relation. Seulement très peu d'entre elles disent le proposer à leurs amis/partenaires. Certaines rapportent qu'elles ne recherchent pas l'utilisation du préservatif dans leurs relations sexuelles car il en est de même pour leur partenaire. Pour autres, elles commencent leur relation par l'utilisation de préservatifs, mais qu'après une courte période cet usage est arrêté, oublié ou parfois ignoré (particulièrement dans le cas où un couple veut s'établir, se marier ou avoir des enfants etc.). D'autres encore n'utilisent pas de moyens de contraception car elles n'espèrent pas avoir de relations pour le moment. Mais, le plus grand facteur responsable du non usage du préservatif est la période où les adolescents commencent leur activité sexuelle.

Pour les filles, l'emploi d'un préservatif est difficile: il implique d'en parler activement et donc d'exprimer clairement leur intention d'avoir un rapport sexuel. Or, dans une société au sein de laquelle on aborde rarement ce sujet, où les femmes sont supposées être naïves et dociles, le préservatif crée une contradiction et souvent les adolescentes qui veulent se protéger se retrouvent finalement dans une situation précaire. Cela peut être attribué au fait que les femmes n'ont pas reçu une éducation qui leur donne le pouvoir de prendre des décisions, même lorsque celles-ci concernent leur santé et leur vie de tous les jours. Ces rapports hommes femmes, basés sur l'inégalité des sexes, ont abouti à l'inaptitude pour les femmes à négocier des relations sexuelles plus protégées, particulièrement quand elles se trouvent devant un risque tel qu'une grossesse inattendue et les MST/VIH.

La promotion et la distribution de préservatifs ne sont pas bien réalisées. Beaucoup de préjugés empêchent la vulgarisation. Il est impossible aux femmes d'en disposer. Elles attendent que ce soient les hommes qui apportent les préservatifs car en disposer ferait d'elles de filles faciles ou désireuses de relation sexuelle. Une jeune fille témoigne *"vous ne pouvez pas entrer dans un magasin et demander un préservatif. Cela équivaut à déclarer publiquement que vous avez des relations sexuelles."* *"Le fait d'avoir un préservatif sur soi peut emmener des avances non désirées de la part des garçons"*.

Ces exemples témoignent des difficultés que rencontrent en général les jeunes et qui entravent l'utilisation des préservatifs. Le manque de discrétion entraîne la réprobation sociale. Il y a aussi des nombreuses raisons qui expliqueraient la non utilisation des moyens de contraception par les adolescentes. Parmi celles-ci on trouve la crainte des effets secondaires (on a dit que certains

préservatifs causent la stérilité, les infections, les saignements vaginaux ou la perte de mémoire), le fait qu'elles ne pensaient pas avoir de rapports sexuels, la persistance de croyances et rumeurs fantaisistes. Dans plusieurs situations l'usage du préservatif est déconseillé parce qu'immoral, allant à l'encontre du naturel. Les gens pensent encore que les préservatifs peuvent se coincer dans l'utérus ou que les produits chimiques utilisés peuvent causer la stérilité sans oublier la difficulté d'utiliser efficacement les préservatifs (certains ne glissent pas facilement, sont de mauvaise qualité et ne sont pas disponibles lorsqu'on en a besoin). De plus, on pense qu'elles peuvent de toute façon avoir recours à toute une variété de remèdes pour éviter les grossesses : décoction de feuilles de thé, aspirine ou tétracycline, cacao fort ou herbes bouillies appelées le « kola ». Autant de raisons qui justifient la non-utilisation des moyens de contraception.

Dans ce même ordre d'idées, l'éducation sexuelle et surtout les conséquences liées à des sujets telles que les grossesses non désirées, les maladies sexuellement transmissibles, etc., sont la plupart du temps absents dans les manuels scolaires, les discussions familiales et plus largement dans le discours de la communauté en général. Par exemple, dans la plupart des familles, il est inapproprié de parler de sujets concernant le sexe en présence ou avec les parents. Les parents sont rigides et ne savent pas comment aborder la question du sexe avec leurs propres enfants, car il est considéré culturellement incorrect de parler de ces sujets en public. Dans les programmes scolaires, l'éducation sexuelle est plus orientée vers la procréation et les efforts pour introduire une éducation concernant la vie de famille ont rencontré un net scepticisme, quand il ne s'agit pas, dans certains cas, d'une franche opposition (ces refus étant souvent dictés par la force d'un conservatisme religieux et politique qui domine la vie kenyane).

La plus grande partie de l'éducation sexuelle des jeunes se fait alors par le biais de pairs mal ou pas du tout informés. Ceci crée de sérieux malentendus et conflits entre les adolescents et leurs parents, qui essaient de modérer la conduite de leurs enfants. Les adolescents sont contrariés, sentent qu'on pourrait leur laisser le choix de prendre eux mêmes leurs décisions, d'avoir une certaine liberté maintenant qu'ils sont des 'adultes.' Les parents sont désillusionnés par la conduite de leurs enfants. Un de parents explique «Nous nous sentons désarmés pour protéger nos enfants, particulièrement nos filles dans la situation actuelle. Un grand nombre d'entre elles quittent l'école et elles ne font plus rien, et nous sommes toujours inquiets de ce qu'elles peuvent être entrain de faire à l'extérieur.» Les parents accusent le gouvernement d'être à l'origine de la situation de pauvreté dans laquelle ils se trouvent résultat d'une économie exsangue qui ne peut fournir du travail aux jeunes ainsi que des soins de santé adéquats, et qui ne se préoccupe pas de savoir si les jeunes ont un avenir.

3.1.5 Le rejet familial et social

Dans cette région, la grossesse hors mariage sont les plus élevées du pays. Dans notre groupe d'étude, la majorité des jeunes mères sont célibataires (certaines vivant avec leur ami ou leur fiancé. Parmi les interrogées, 8 ont déclaré être officiellement mariées; 12 étaient encore scolarisées au moment où est survenue leur première grossesse. La moyenne d'âge des partenaires est de vingt cinq ans. La plupart d'entre eux travaillent ou sont étudiants. A propos de la grossesse, la plupart indiquent qu'elles ne comptaient pas être enceintes (particulièrement les jeunes filles célibataires) et considèrent leur grossesse comme un accident. Ce qui dénote une méconnaissance de leur cycle menstruel ou comme elles le disent un « arrangement de dieu », quand bien même elles n'ont pris aucune mesure pour l'empêcher. Notons plusieurs éléments mentionnés qui prédisposent à une grossesse : l'immatunité; l'environnement familial "lâche" et l'abandon de l'école (mauvais résultats, harcèlement sexuel, hostilité, désir de quitter l'école). La préférence sociale accordée à la scolarisation des garçons, le faible niveau social des parents, le manque de confiance en soi et une faible estime de soi, un avenir professionnel porteur de peu d'espoirs contribuent à rendre plus précaire une situation sociale déjà instable.

La grossesse est habituellement considérée comme 'un problème de fille.' «Quand je lui ai dit que j'étais enceinte il s'est détourné en disant que le bébé n'était pas le sien. Il me quitta, pour une autre fille, parmi mes proches amies. Nous nous évitons, mais je le rencontre souvent en ville car il travaille comme chauffeur de 'matatu' sur la route de Nyalenda.» Le climat de rapports entre les mères célibataires et leurs partenaires masculins est très variable, de 'okay' vers 'pas bon,' 'détérioré' ou 'carrément hostile.' On rapporte que de nombreux partenaires refusent de prendre leur responsabilité : Cela conduit à une exacerbation de la frustration et de la déception de la fille ou de la mère enceinte. Nombre d'entre eux n'apportent aucune aide financière à la fille enceinte au cours de la grossesse et après la naissance, laissant à cette dernière la charge d'éduquer seule l'enfant.

L'adolescente non mariée vit cette période comme une expérience stressante en terme de santé, et surtout, du point de vue des considérations sociales et économiques puisque la majorité d'entre elles sont issues de familles pauvres. La jeune fille peut aussi souffrir de blessures irréparables dans sa propre estime de soi à cause de l'incompatibilité inhérente entre les rôles qu'elle devrait assumer en tant que mère et son manque de maturité physique et émotionnelle. Les conditions de vie changent avec la naissance d'un enfant mais aussi en raison du regard des autres sur leur comportement sexuel et le traitement peu enviable que lui réserve la communauté. Souvent la jeune fille ne réalise pas qu'elle est enceinte.

Elle ne connaît pas les symptômes, et personne ne lui a expliqué cette étape de la vie. Par exemple, une fille âgée de 15 ans nous dit :

«J'avais un copain avec qui on se voyait particulièrement pendant les vacances scolaires. Lorsque j'étais enceinte, ma mère et mes tantes furent les premières à une le faire remarquer. Ma grossesse avait duré quatre mois, mais je n'avais pas su. Elles m'ont accompagné chez mon copain qui a fini par reconnaître la grossesse. Aujourd'hui, je vis avec lui» (BW, Manyatta, 15 ans.)

Pour les adolescentes enceintes, l'aspect le plus difficile de ces grossesses précoces est la réaction des parents qui sont souvent choqués et ne leur apportent aucun soutien dans ces moments difficiles. Les grossesses hors mariage sont désapprouvées et parfois punies par l'exclusion du groupe. Les parents, qui considèrent l'éducation comme un investissement sont déçus lorsque leur fille, qui est encore jeune et non-mariée, tombe enceinte. Les jeunes filles sont en butte au rejet de la famille, de leurs amis et sont ridiculisées par la communauté à cause de leur réputation souillée. Les opportunités d'amitiés nouvelles se réduisent et leurs parents cessent souvent de leur apporter leur aide. Cela les met souvent en situation de risque et augmente leur vulnérabilité comme l'illustrent les citations suivantes :

«Au début ma mère était comme folle, très dérangée. Elle a eu son premier enfant à 17 ans et s'est débrouille toute seule pour nous éduquer. Elle voulait quelque chose de mieux pour moi, et puis ceci s'est produit. Elle a été très déçue, mais en même temps elle a essayé de m'aider. C'est elle qui m'a demandé d'aller en consultation prénatale » (RO, Std.8, Manyatta, 20 ans).

«Je vivais chez mon frère et sa famille, et quand j'ai été enceinte, j'ai essayé de le cacher pendant des mois. Je l'attachais en le serrant tellement que suis tombé malade. Quand mon frère l'a su il a été très violent, très déçu car il avait dépensé son argent pour mon éducation et que je le laissais tomber. Ma belle sœur est intervenue et il m'a demandé de partir de la maison car il ne voulait plus me voir... Je suis partie vivre chez un ami » (AK, Manyatta B, 16 ans).

«Les voisins me regardaient en secouant la tête ou parlaient dans mon dos. Mes proches ont continué à me rappeler que j'avais déçu mes parents et déshonoré ma famille. J'étais seule, je ne voulais pas quitter la maison même pour aller à la clinique. Mon père ne m'a pas parlé, il était trop amer et j'avais honte » (BW, Manyatta, 15 ans)

*«Le fait d'être une fille mère est vu comme une tare. Les hommes ne veulent pas épouser une femme ayant déjà un enfant. Ils disent que vous êtes une gentille fille, mais dès qu'ils savent que vous avez un enfant, leur intérêt diminue. Ils cherchent à épouser quelqu'une d'autre; certains d'entre eux veulent épouser une fille encore vierge, respectable et faisant des études. Vous voyez! Cela est la façon dont nous sommes perçues par la société, et cela a besoin de changer.»
(H.A, 21 ans, Nyalenda)*

Ces jeunes mères ont le sentiment que leur avenir a été compromis par leur état. Elles pensent avoir moins de chance de réussite du fait de leur maternité précoce. Les incertitudes au sujet de leur futur et toutes les déceptions peuvent devenir un obstacle au niveau de leur conduite de santé. Pour d'autres, au contraire, leur rôle de mère améliore leur statut social. Certains parents qui étaient furieux et déçus de savoir leur fille enceinte, deviennent, souvent, beaucoup plus indulgents quand ils font la connaissance de leur petit enfant, comme l'exprime le témoignage ci-dessous:

«Pendant ma grossesse, personne ne m'adressait la parole. Puis quand le bébé est arrivé, ils n'ont pas pu s'empêcher de l'aimer. Même mon père a montré un certain intérêt pour lui. C'est ma mère qui s'en occupe quand je pars assister à mes cours de couture».

Elles ne sont plus considérées comme 'de simples écolières, car la maternité inspire le respect et la reconnaissance. «Certaines personnes que je connais et d'autres que je ne connais même pas viennent jouer avec mon enfant. Elles m'appellent 'Mama Eva' cela fait du bien. Plus personne, à présent, n'aborde le sujet des circonstances qui ont entouré ma grossesse, les gens me connaissent maintenant comme la mère de mon enfant» (I.A, 17 ans, Manyatta).

Cette tolérance et cette reconnaissance post-partum est souvent perçue par les adolescentes comme des signes qui dénotent le changement de comportement, de mentalité. Cela aide les jeunes mères à se sentir moins "montrées du doigt." Cela continue à maintenir un sens du respect de soi-même, et ainsi les aide à réaliser leurs ambitions ou projets. Une fille nous a dit :

«Je n'ai plus honte maintenant, ma famille et mes amis sont tolérants. Je me sens mieux préparée à évaluer ce que je recherche dans une relation, et j'aborde mes relations avec les hommes avec

beaucoup plus de maturité. J'ai mon avenir devant moi et j'ai mon enfant à prendre en considération.»

Les jeunes mères travaillent plus durement et certaines d'entre elles utilisent des contraceptifs. *«Avant d'être enceinte, je n'avais aucune idée des contraceptifs. L'idée ne m'a jamais effleurée l'esprit. Cela ne m'a tout simplement pas traversé l'esprit. Vous pensez toujours que cela ne vous arrivera pas. Après la naissance du bébé, je n'ai pas arrêté de penser jour et nuit au moyen de contraception.»* D'autres ont entrepris des formations (couturière, coiffeuse, marketing, commerce....) afin de trouver un emploi. D'autres encore ont accepté de petits boulots pour subvenir aux besoins de leur famille. Certaines souhaiteraient retourner à l'école après la naissance de leur enfant. Cependant, étant donné les besoins de leur nouveau statut en temps et en argent, beaucoup d'adolescentes ne retournent pas à l'école après la naissance de leur bébé. Dans les 1990, les écoles ne permettaient d'ailleurs pas le retour des filles mères même après la naissance de leur enfant. Aujourd'hui, le ministère de l'éducation a mis en place une stratégie qui assure le retour dans le système scolaire des adolescentes après leur accouchement (aussi bien dans leur ancienne école que dans une nouvelle). Cependant, dans les faits, ces intentions fort louables sont loin d'être une réalité. Dans certaines localités, les filles mères sont toujours rejetées, les tabous sociaux et culturels rendent très difficile leur retour à l'école.

D'après ces témoignages, nous pouvons comprendre que la grossesse et plus particulièrement la grossesse chez l'adolescente n'est pas une période facile, même pour celles qui se sont mariées jeunes, car elles sont limitées dans la prise de décisions, leurs aspirations sont réduites, elles n'ont pas la possibilité de terminer leur scolarité, et sont souvent considérées comme inaptes à l'emploi. Certaines de ces jeunes filles, qui ne sont encore que des enfants, ne comprennent pas les changements qui sont intervenus, les difficultés, l'isolement, et cela peut avoir un impact très grave au plan psychologique. Certaines ne savent pas quelle conduite adopter lorsque l'on est enceinte, l'importance que l'on doit accorder à la façon de se nourrir et à la façon de s'habiller (éviter les vêtements trop serrés, porter des chaussures à talon plat, l'importance de se reposer...). Il y a des filles enceintes qui tentent de dissimuler leur grossesse en se bandant le ventre de façon très serrée, sans tenir compte des risques que cela représente pour le bébé et pour elles mêmes.

Beaucoup d'entre elles ne bénéficient d'aucun suivi médical étant donné qu'elles n'iront pas dans la majorité des cas en consultation prénatale. Elles ne se font pas vacciner, ne font pas faire des bilans réguliers, n'ont aucune connaissance en matière de dépistage de symptômes graves tels

que la malaria, l'anémie au cours de la grossesse, les MST, etc., ces symptômes pouvant entraîner des complications en ce qui concerne leur santé ou celle de leur enfant. Elles s'exposent en outre, à d'autres conduites à risque et délinquantes (cas de bébés dont on se débarrasse, avortements clandestins, persistance dans relations abusives. Elles se justifient en disant qu'elles n'ont pas d'autre alternative, et ne sont pas soutenues par leur partenaire. Cela s'évalue par un coût très élevé au niveau de la santé pour les 'teen-agers' elles mêmes. Jusqu'à ces derniers temps, pour obtenir des services de planning familial dans certains centres de santé, les adolescentes étaient obligées de venir avec leur mère ou une personne plus âgée qu'elles.

3.2 Le problème de l'accès aux soins médicaux

3.2.1 Parcours du service de protection maternelle et infantile (PMI)

Les consultations prénatales auxquelles nous avons assisté nous ont permis d'observer les relations entre les soignants et les jeunes mères – les présentation et contact, accueil, échanges verbaux, examens, prescriptions et traitements. Plusieurs jeunes femmes rencontrées ne se sentent pas à l'aise et satisfaites par les services de santé publique. La plupart d'entre elles, ne perçoivent pas l'importance des consultations prénatales, ni même la nécessité d'accoucher dans ces structures de santé sauf en cas de complication. Nous avons également constaté que l'hôpital recevait des jeunes mères connaissant de sérieuses complications au cours de leur grossesse ou bien malades. Certains facteurs tels que l'attitude du personnel soignant et la réputation du service déterminent le comportement de certaines filles à se rendre ou non en consultation prénatale.

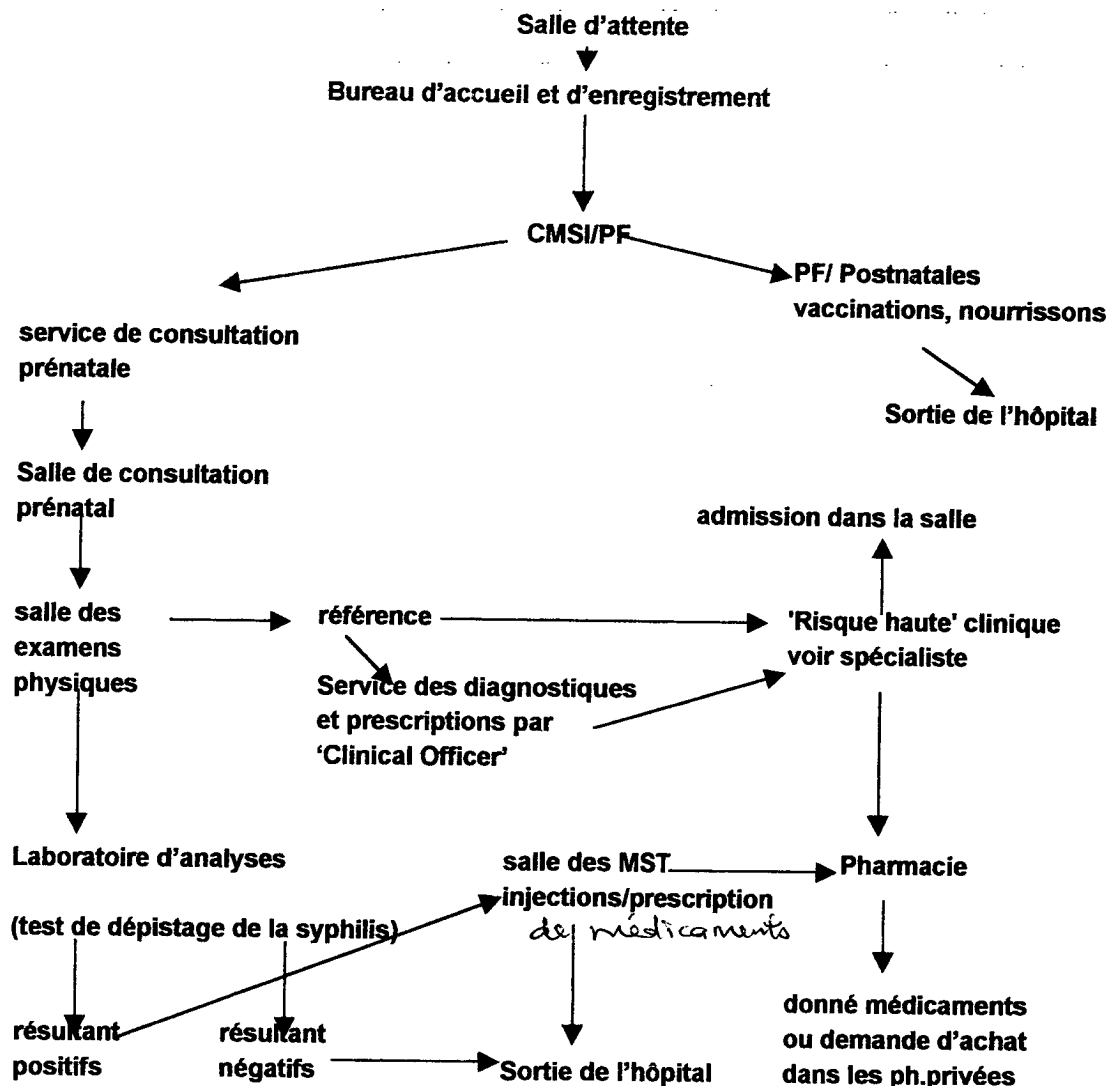
Le nouvel hôpital provincial (surnommé 'Russia' par les habitants de la région) est l'hôpital de référence pour la province de Nyanza. Il dispose du plateau technique le mieux équipé et le mieux développé de la région. L'hôpital du district (KDH) est le deuxième grand l'hôpital de référence. Les deux hôpitaux sont gérés à peu près de la même manière et fonctionne grâce au système de recouvrement des coûts. Ils sont facilement accessibles, car ils se situent au centre de la ville et à proximité des moyens de transport collectifs (terminus du bus). Par le fait qu'ils sont les hôpitaux principaux de référence, ils reçoivent de nombreuses femmes venant des zones rurales ou bien de villes plus petites. Cela pourrait expliquer le grand nombre de patients se rendant dans ces hôpitaux.

Plus de deux tiers des femmes qui reçoivent des soins prénataux commencent les consultations à partir du sixième mois de la grossesse, donc trop tardivement pour recevoir les bénéfices optimum de ce genre de soins. Plusieurs

facteurs expliquent ce recours tardifs dont le niveau d'éducation et l'importance des consultations. KDHS (1998) souligne que l'usage de ces soins est fortement associé au niveau d'éducation. Une femme non scolarisée comparée à une femme ayant un niveau d'étude secondaire a 6 fois plus de chance de ne pas avoir eu accès aux soins prénataux et 25% moins de chance d'avoir reçu les soins d'un docteur. Les obstétriciens recommandent généralement que les visites prénatales soient faites mensuellement jusqu'à la vingt huitième semaines¹. Souvent, les patientes s'y rendent seulement après l'échec de l'automédication et des conseils des revendeurs de médicaments, des pharmaciens ou du guérisseur traditionnel. Les procédures longues, fatigantes et compliquée, les longues files d'attente, les coûts,....les découragent des hôpitaux. Dans les 'localités' éloignées de Kisumu, les structures de soins deviennent parfois inaccessibles durant la saison des pluies. Par conséquent, il y a une sous-utilisation des services de santé locaux. Cette défection des services est aggravée par les fréquentes ruptures de stock de médicaments.

¹ une fois toutes les deux semaines jusqu'à la trente sixième et de manière hebdomadaire jusqu'à la quarantième.

Schéma de la circulation des patients dans la clinique de PMI à KDH



A CMSI, les mères se présentent en premier lieu au bureau d'accueil et d'enregistrement ou elles présentent leur carnet de consultation qui sera tamponnée à chaque visite. «L'acquisition de la carte est obligatoire. Elle est nécessaire si on veut être traité ou référé à un autre centre. Elle constitue la première étape, et c'est seulement après son acquisition qu'on peut décider de se rendre à la clinique. Elle est importante en cas de complication, et aucun agent de santé ne peut vous recevoir sans la carte» (MO, KDH, 21 ans). Ensuite, les femmes attendent d'être pesées. La pesée s'effectue à l'air libre entre la salle d'enregistrement et celle du planning familial. Après cela, la patiente se voit remettre un numéro (pour l'ordre de passage) et doit rejoindre les autres femmes à l'extérieur pour l'examen physique. C'est là qu'il y a la plus longue file d'attente. Il y a des bancs mais en nombre insuffisant; ce qui contraint beaucoup de femmes à rester debout ou s'asseoir à même le sol.

La planification familiale

La contraception est toujours très controversée surtout pour la jeune femme. En juin 1999, à l'hôpital du district, il n'y a eu que 43 nouveaux cas pour 140 anciens cas dans les services PF. Le moyen de contraception le plus utilisé est l'injection pratiquée chez 62% des femmes (KDHS, 1999), suivi de la pilule. L'utilisation du préservatif en tant que moyen de contraception n'est pas répandue. Ce problème est accentué par la difficulté qu'éprouvent les patients comme le personnel à évoquer les problèmes de santé liés à leur sexualité telles que les M.S.T. et par l'absence d'intimité des consultations à la clinique. Par exemple, des jeunes mères expliquent qu'il est parfois difficile d'obtenir ce que l'on veut. Beaucoup d'entre elles ont des critiques à formuler :

«Que faites vous des contraceptifs ? Vous terminez vos études d'abord. Peu de choix s'offrent à un jeunes. L'un de ces choix pourrait être d'utiliser des préservatifs sans se cacher. S'il pense que cela est son choix, mais qu'il ne peut pas l'obtenir ou l'utiliser, alors ce sera un problème. Il y a des jeunes qui nous disent "j'aimerais bien utiliser des préservatifs, mais je ne dispose pas des moyens pour me permettre de mettre cela en pratique.» (Ol. Youth leader, 24 ans.)

Ces derniers sont pourtant mis gratuitement à dispositions des clientes lors des séances de CPN/PF. Cependant, les préservatifs comme méthode de contraception sont très peu mentionnés durant les séances de planification familiale. On peut trouver des cartons de préservatifs dans les unités de planification familiale qui sont là pour être distribués gratuitement : cependant les personnes chargées de la distribution ne le font pas. L'argument des employés est que personne ne leur en demande.

«Nous (les jeunes gens) recevons l'information nécessaire. Cependant, nous n'avons pas accès aux instruments correspondants (difficulté de se procurer des préservatifs, certains sont périmés, il n'y a pas des dispositions mises en place ou bien établies pour s'en procurer, le processus pour les demander est embarrassant, les 'dispensaires' sont souvent vides, etc.) pour nous aider à mettre en pratique cette solution; si bien que ce qui arrive est que nous revenons à ce que nous faisons auparavant.» (Jose, Youth leader, Manyatta).

La consultation prénatale

Pour leur première grossesse (considérée comme une grossesse à risque), les jeunes femmes sont censées se rendre à l'hôpital provincial ou à celui du district. Beaucoup de femmes commencent à se présenter à la clinique à partir du sixième ou septième mois. Une majorité n'effectue pas les contrôles de façon régulière. Les infirmières nous ont expliqué que beaucoup de jeunes femmes ne reviennent pas après la première ou la deuxième visite si tout va bien et ne fait que confirmer le bon déroulement de leur grossesse. Les femmes ne se présentent régulièrement qu'en cas de symptômes tels que jambe enflée, douleurs dans le dos, œdème, saignements, infections, etc., ou de complications (s'il y avait des antécédents de mort du nourrisson, fausses couches, morts nés, avortement) pendant leur grossesse précédente. Les femmes sont plus effrayées par une répétition des problèmes et se rendent donc plus facilement dans les centres de soins. Leur venue dans les hôpitaux est aussi liée à d'autres facteurs : les transferts (référence) des autres centres, la satisfaction des clientes lors d'une expérience antérieure.

Au cours de cette enquête, il y a deux infirmières d'Etat diplômées (KRN) qui supervisent le fonctionnement interne du service. La majorité des autres agents sont des infirmiers ayant reçu une formation préalable. Cependant, la plupart du temps les services sont assurés par des aides soignants (*community nurses*) assistés d'étudiants. Ils sont censés animer des groupes de paroles «group health talks » portant sur la santé, des démonstrations et des débats avec les femmes venant au centre chaque matin. Cependant la participation à de telles manifestations et la fréquentation sont faibles. L'équipe nous a indiqué qu'il leur est difficile d'organiser quotidiennement des séances d'éducation à la santé, car les patientes ne viennent pas à la clinique au même moment. Ils pensent que le temps d'attente serait excessif pour certaines à cause du retard des autres.

Les analyses de selles, d'urine et de sang sont effectuées pour dépister la présence de malaria et la syphilis (test RPR). Le contrôle de la syphilis durant les grossesses est une politique de santé nationale au Kenya et constitue une partie de la stratégie pour les soins prénataux tant dans les hôpitaux publics que privés. Cependant, en raison de problèmes techniques (par exemple en cas de rupture de stock de réactifs (*re-agents*), ces tests ne sont pas toujours effectués et parfois quand les tests sont effectués, ils ne mènent pas à une gestion adéquate des M.S.T. Des femmes rapportent que les résultats RPR n'arrivent pas toujours à temps, un problème récurrent depuis plus de 3 mois. Une infirmière attribue le problème au laboratoire qui ne parvient pas à respecter les délais pour les analyses. Les mères qui habitent très loin, sont renvoyées chez elles sans les résultats avec pour instruction de revenir la semaine suivante dans l'espoir qu'ils seront arrivés.

Si les femmes présentent des symptômes d'une infection sexuellement transmissible, elles sont orientées pour consultation (*counselling*) et traitement vers le service chargé de la gestion des M.S.T. Ces services ne sont pas réservés exclusivement aux clientes de CMSI. Tous les patients de l'hôpital peuvent y être orientés. Généralement, on conseille aux gens de venir aux consultations avec leur partenaire. La plupart des patientes qui avaient des MST préfèrent aller dans d'autres centres de soins ou vont directement à la pharmacie pour acheter leurs médicaments. Il est important de faire remarquer que le PGH est le seul hôpital de la région où les patientes sont suivies et soignées séparément.

Dans les hôpitaux publics à Kisumu, le test pour le VIH n'est pas systématiquement effectué aux femmes; Il y a plusieurs raisons à cela : le coût, la complexité de la procédure, le manque d'équipement, de compétences nécessaires (personnel non formées à ces techniques), la gestion des informations avec la famille et/ou avec le partenaire (problème de confidentialité) et les obligations que sous-entend la politique de dépistage au Kenya. Un médecin peut demander un test de SIDA s'il est nécessaire. Cependant, d'une façon générale, ce sont les maladies opportunistes qui sont soignées. Une infirmière de la maternité témoigne du fait qu'elle rencontre en moyenne et par semaine 3 enfants nouveau-nés de mères atteintes de VIH. A son avis, les femmes atteintes du VIH s'aperçoivent ou sont informées de la maladie lorsqu'il est trop tard, et la plupart du temps au cours de la grossesse.

Dans le cas de maladies durant la grossesse ou de complication (par exemple : une précédente césarienne), les femmes sont référées au Clinical Officer pour les diagnostics et les traitements. Les cas qui nécessitent un traitement plus avancé sont transférés dans une "clinique à haut risque" où leurs cas sont suivis de près par une spécialiste (gynécologue). Ce service n'est disponible qu'une fois par semaine et sur rendez-vous uniquement. Les cas considérés comme à haut risque comprennent également les cas des femmes ayant eu plus de 5 grossesses.

La maternité

A la maternité, il y a deux salles : une pour les femmes venant d'accoucher et une autre pour les femmes enceintes malades. Pour faire fonctionner le service, il y a quatre sage femmes, 6 infirmières et le médecin qui viennent de temps en temps examiner les cas difficiles. Les aides soignantes s'occupent en premier des femmes. Toute femme qui accouche est tenue d'apporter gants, injections, coton, clamps, équipement chirurgical, désinfectant, etc. Elle peut les acheter à l'hôpital.

Une déclaration courante chez les femmes est que la grossesse n'est pas une maladie, c'est un acte de la vie ordinaire, l'accouchement est quelque chose de normal et la vie continue normalement. Il n'existe aucun remède pour réduire la douleur et la souffrance occasionnée au cours de l'accouchement (A Kisumu la péridurale n'existe pas). La salle d'accouchement dispose de deux lits pour accueillir les femmes en travail et les infirmières ou sage femmes et parfois quelques stagiaires s'occupent des accouchées. Ils restent en attendant à l'extérieur de cette salle et observent la femme de temps en temps. Les aides soignantes ou les stagiaires jouent parfois des rôles secondaires (s'occupent à laver le bébé, nettoyer le sang répandu sur l'aise ou par terre, les équipements, etc.). Une activité dans la salle d'accouchement n'est pas privée, car gérée souvent par plusieurs personnes.

Les règles minimum d'hygiène pour prémunir contre les infections sont respectées (utilisation de gants, de seringues jetables, etc.). Cependant, il n'est pas rare qu'un même instrument soit réutilisé pour plusieurs accouchements consécutifs sans avoir au préalable été correctement désinfecté (problème d'approvisionnement en alcool et en eau de javel). Par exemple, en cas de transfusions sanguines .

Enfin, cette maternité reçoit en moyenne, 4 accouchements par jour. Au cours des mois de juin à mi-juillet 1999, il y a eu 274 accouchements (204 normaux, 43 césariennes et 27 difficiles ou anormaux [parmi, lesquels il y a eu 2 prématurés au C.S.M.I., 20 mort-nés, 5 morts néonatales et 1 décès maternel pendant l'accouchement], 36 bébés ayant un poids de naissance insuffisant) et en total, 249 nouveau-nés sortis de l'hôpital.

3.2.2 Interactions entre soignant - jeune mère

a) Le problème de l'accueil

La consultation prénatale concerne les femmes qui viennent pour effectuer leurs visites de contrôle. En principale, les consultations commencent entre 8h30 et 9h00. La file d'attente à l'extérieur des locaux est déjà longue mais le personnel soignant n'est toujours pas là. « *Pour être reçu à temps, il faut s'assurer de venir à partir de 8 heures.* » Les consultations commencent réellement à 9h30 ou 10h00. Le personnel prend une pause à 11h00 et termine sa journée à 13h00 au lieu de 16h00, sous prétexte du travail administratif. Par conséquent, si une personne se présente vers 12h30, elle doit revenir le lendemain. Ces heures d'ouverture tardives posent un réel problème pour les femmes qui viennent à cette clinique. Les femmes se plaignent que le temps d'attente moyen est de 3 heures. A PGH, une femme peut attendre pratiquement quatre heures avant de se faire consulter. Ce problème des longues files d'attente est aussi confirmé par le personnel à PGH:

«Vous pourrez remarquer qu'il y a trop de patientes ce matin. La plupart de ces femmes viennent ici directement - alors que dans les autres centres de santé d'un bas niveau, le personnel est souvent désœuvré (n'ayant presque pas de travail) parce que les femmes ne veulent pas y aller. Certaines femmes n'ont pas forcément de complications mais ne veulent pas aller dans les centres de santé locaux.» (Infirmière, PGH).

On nous a aussi évoqué le cas de certaines femmes avec de réels problèmes qui se rendent à KDH ou à PGH mais se découragent et cherchent d'autres alternatives. Le personnel joue un rôle de découragement de certaines femmes dans ces longues files d'attente. Le personnel d'accueil fait du favoritisme lorsque les queues sont longues. Les agents aident leurs amis ou leurs parents à se dérober de la queue. Pour celles qui n'ont pas de faveur, cette situation est mal vécue : *"c'est frustrant pour les femmes qui ont respecté la queue depuis longtemps. Cependant on ne peut pas se plaindre de peur de ne pas être renvoyées sans être reçue."* Egalement, elles pensent qu'il n'y a rien à faire.

« Quels choix avons-nous? c'est l'endroit le moins cher, il y a des médecins ici... ». «Nous comprenons que les conditions de travail sont dures et parfois, ce n'est pas de leur faute si le centre ouvre tard. Si nous voyons que les membres du personnel font de leur mieux alors nous ne nous plaindrons pas. Or des membres du personnel arrivent, s'installent commencent les consultations assez tard et finissent plus tôt que prévu,...» (BO, KDH).

b) La problème de communication

La communication joue un rôle très important dans ces différentes interactions qui ne permettent pas une bonne prise en charge. Eprouvant une certaine gêne pour leur état, donc ayant une mauvaise image d'elle (imposée par la société), ces jeunes femmes ont des difficultés à communiquer avec le personnel soignant a fortiori, par exemple, parler clairement et en détails de leur cas. De plus, discuter de problèmes sexuels et gynécologiques se fait de manière privée et donc rarement en public. Dans les grands centres hospitaliers comme PGH ou KDH où il y a beaucoup de patientes, le personnel est toujours occupé et pressé. Alors l'ambiance n'est pas forcément détendue. Certains praticiens n'aident aucunement les femmes à se détendre. Les salutations ne sont pas adressées systématiquement, les patientes ne sont pas appelées par leur nom et il ne leur est pas proposé de s'asseoir. Le personnel soignant ne les regarde même pas des fois ni ne les remercie. Parfois le personnel de santé n'a pas assez de temps pour les écouter patiemment. Ils n'expliquent pas les causes de la maladie aux patientes et quand ils le font, ils utilisent des termes techniques que les patientes ne peuvent

pas comprendre. Le langage utilisé n'est pas compréhensible et accessible à ces jeunes femmes. Dans bien des cas, leur conversation est réduite à sa stricte expression et les possibilités d'expliquer une souffrance sont restreintes. De plus, certaines d'entre elles se plaignent que les consultations sont effectuées à la va-vite et les gestes sont souvent brusques : *«pendant l'examen, certaines infirmières, n'exécutent pas la procédure complète et agissent avec trop de hâte sans poser des questions»*. Pour les jeunes mères, cette ambiance est déroutante, peu familière parfois glacial au début, comme l'illustre cette séance d'une consultation :

«Une jeune femme entre dans le bureau. L'infirmière prend sa fiche de visite et y inscrit quelque chose. La jeune femme reste debout devant le seuil de la porte. Elle n'est toujours pas invitée à s'asseoir. L'infirmière ne lui a même pas dit bonjour; l'infirmière lui demande alors si elle a reçu les résultats de ses analyses. La jeune femme marmonne quelque chose. L'infirmière lui pose la même question plus fort. Elle invite alors la jeune femme à s'asseoir, lui prend sa tension artérielle et lui demande de s'allonger sur le lit de consultation (pas de conversation). Elle passe à l'examen gynécologique et demande à la jeune femme si elle n'a pas de problème; Cette dernière secoue la tête en guise de réponse négative. L'infirmière retourne s'installer à son bureau puis continue à remplir la fiche de visite et crie "SUIVANTE !"» (KDH, July 2000).

Ce manque de communication et de politesse mutuelle a été considéré comme ayant une répercussion négative sur la qualité des soins et des relations entre le personnel soignant et les jeunes femmes. Les salutations se font entre collègues et les personnes du même milieu social uniquement. Il y a des communautés où les jeunes ne peuvent pas adresser de salutations aux personnes plus âgées (considérées comme supérieures) car dire bonjour est un signe de respect. Les jeunes femmes aussi se plaignent qu'il n'y a pas de dialogue et d'intimité pendant la consultation comme cela se fait avec les femmes mariées ou plus âgées. En exposant leurs problèmes, ces jeunes femmes enceintes rapportent que les infirmières sont plus dures avec elles (surtout celles qui sont élèves, étudiantes ou célibataires). Les attitudes du personnel soignant sont teintées de préjugés; ils ont l'air de condamner sévèrement le phénomène et le font savoir aux patients. Ils n'adoptent pas un ton encourageant ou sont insensibles aux réactions des jeunes femmes. On pose aux jeunes femmes des questions qui s'avèrent souvent embarrassantes ou impudiques. Cette attitude crée une certaine forme de stigmatisation pour les jeunes femmes.

En retour, il ne peut pas avoir de communication franche. De plus, elles se plaignent que certains soignants manquent de discrétion et de confidentialité. Ils ne ferment pas la porte pendant les consultations, discutent du cas de leur patiente avec leurs collègues, d'autres personnes entrent et ressortent de la salle de

consultation pendant les examens physiques. Par exemple: *«il y a la queue devant la salle de consultation. L'infirmière examine une patiente sur le lit de consultation. Une autre infirmière, entre et engage une conversation avec l'infirmière qui examine la patiente restée toujours couchée,...»*(notes d'enquête, July 2000). D'autres font des commentaires à haute voix lorsqu'elles leur expliquent leurs problèmes devant les autres femmes qui attendent dehors (les salles d'examen ne sont pas insonorisées). Ce problème de confidentialité est amplifié quand il s'agit d'un cas de MST. Certains membres du personnel connaissent les patientes et ceci défavorise la communication entre la patiente et l'infirmière :

"Je ne peux pas aller dans un endroit pareil parce que je ne veux pas être l'objet de certaines rumeurs. Je préfère acheter les médicaments à la pharmacie...Cela devrait rester entre l'infirmière et toi. Si non les gens pensent que ceux qui ont des MST sont sans moralité et ceci est très embarrassant." (21 ans, KDH)

On nous a aussi raconté que certaines infirmières n'avaient pas le temps de discuter avec leurs patientes de leur cas personnel :

«On ne leur dit rien sur les résultats de leurs tests ou sur ce que l'on attend d'elles. A l'une d'entre elles, on lui aurait simplement expliqué que son sang était sale suite à un résultat positif pour la syphilis, sans lui expliquer ce que cela signifiait» (17 ans, KDH).

«J'étais à 22 semaines de grossesse selon les dates indiquées. Je souffrais d'une MST depuis plus de 4 mois, mais je n'ai pas osé en informer les infirmières par peur d'être brimée et parce qu'il y avait beaucoup trop de gens à la salle de consultation. De plus, elle ne m'a même pas donné l'occasion de lui en parler» (19 ans, PGH).

Ce manque d'attention (impolitesse, attitude embarrassante, moquerie ou dureté) est encore plus mal vécu par les jeunes femmes et la plupart d'entre elles ont appris d'après leurs expériences malheureuses à ne pas poser de questions. Elles ne se sentent pas en confiance pour discuter librement de leur problème avec le personnel soignant. Ainsi, les causes du mal pour lesquelles elles sont venues consulter ne sont-elles pas discutées. Les patientes recherchent d'autres moyens de soins. D'autres femmes semblent avoir une préférence lorsqu'elles viennent se faire consulter. En effet, elles préfèrent se faire consulter par les infirmières et non par les infirmiers. C'est ce que cette jeune femme nous résume : *'il y a certaines choses que l'on ne peut pas dire ou montrer qu'à une autre femme comme nous. Un homme, non!'*

c) Négligence et harcèlement

Les femmes se plaignent qu'elles obtiennent très peu de soutien moral. Elles se sentent souvent négligées, surtout pendant le travail et l'accouchement. Des douleurs intenses sont considérées comme indispensables pour assurer une délivrance rapide. Ces témoignages de certaines patientes confirment ces pratiques :

"Notre séjour ici ne s'est pas très bien passé. Si vous avez besoin d'assistance pendant la nuit, les infirmières ne vous répondent pas. Vous devez attendre le lendemain bien que l'hôpital est censé être opérationnel 24 heures/24. Une jeune femme a presque accouché dans cette chambre hier. Les infirmières sont arrivées quand ça se compliquait vraiment. Regardez les femmes de ménage viennent juste de faire le ménage et vous voyez qu'il y a encore du sang par terre provenant de la femme qui était en salle de travail et qui vient d'être transférée dans une autre salle" (M.S., une femme enceinte malade, KDH).

"J'ai tellement mal. La douleur descend à la partie inférieure de l'abdomen. J'ai du mal à supporter la douleur. Je n'arrive pas à me retourner ou faire quoi que ce soit, mais les infirmières ici sont terribles, surtout celle qui était de permanence cette nuit. Celle-là n'est pas humaine. Hier soir je l'ai appelée pour qu'elle m'aide, elle a refusé et a été très grossière. Certaines infirmières sont assez gentilles, mais elle, c'est la pire de toutes." (une femme enceinte malade, PGH).

"Je ne veux pas accoucher dans cet hôpital; Les infirmières vous laissent sans assistance pendant le travail. Vous avez froid. Des fois, les infirmières tapent les jeunes femmes; Elles veulent que vous soyez courageuse pendant des moments aussi durs." (BO, KDH)

"Elle vous font tout faire par vous mêmes et souvent elles s'en moquent lorsque vous n'y arrivez pas toute seule. On s'entraide entre nous. S'il y en a une qui arrive à marcher, à se débrouiller, elle aide les autres. Si j'avais assez d'argent , je ne viendrai jamais dans un endroit pareil où personne ne s'occupe de vous." (LO, une femme enceinte malade, PGH)".

La négligence existe dans la maternité. Au moment de l'enquête dans la maternité, nous avons entendu une femme hurler en salle d'accouchement pendant que les infirmières causaient. Pour la plupart des femmes, l'expérience semble être très démoralisante. Une sage-femme, une infirmière, une fille de salle et selon les périodes quelques stagiaires (deux ou trois) s'occupent des accouchées. Il faut remarquer que celles qui ont des "relations particulières" ou des "connexions" avec le personnel reçoivent un traitement préférentiel et leur séjour est beaucoup plus

confortable (longues heures de visite, de l'eau chaude, un bassin de lit, et une chance d'être examinée par le docteur quand il est sur place). Pour une jeune mère, une primipare, l'ambiance dans la maternité est décrite comme un lieu choquant et hostile. La maternité est surchargée et les femmes enceintes ou malades sont obligées de partager les lits.

"... Parfois vous dormez à trois sur un lit. Parfois les femmes sont obligées de laisser les nouveau-nés sur les lits et elles s'étendent par terre. Vous étendez votre pagne par terre, vous vous couchez et vous attendez le lendemain matin. Les infirmières ne font rien pour améliorer la situation. Elles sont impatientes, elles vous expliquent que s'il y en a qui ne sont pas contentes, elles peuvent aller dans d'autres maternités plus confortables!"

Une autre nous disait : *"On ne peut pas complètement blâmer le personnel de l'hôpital. C'est une période où il y a beaucoup de naissances alors on doit tout partager."* Ce sentiment est aussi exprimé par les infirmières. Nous avons, demandé aux membres du personnel soignant leurs réactions aux remarques de négligence et harcèlement faites par les femmes.

"Si la patiente a les moyens, je préfère qu'elle se fasse suivre dans un hôpital privé. Ici, c'est pour les personnes qui n'ont pas beaucoup de moyens. L'hôpital privé est une alternative qui pourrait réduire les surcharges dans les chambres. La plupart de mes patientes qui sont financièrement à l'aise, je les vois dans ma clinique en ville et je ne les encourage pas à venir ici. Si l'une d'elles décide de venir ici, elle suivra les procédures comme n'importe quel autre patiente de l'hôpital n'ayant pas de traitement spécial."

«Je dois admettre qu'il y a des infirmières assez dures et sévères pendant l'accouchement. Les primipares¹ refusent parfois de pousser. Il y a donc le risque d'écraser la tête du bébé. Dans ces cas là, les infirmières doivent être fermes. Cependant beaucoup de femmes le prennent mal. Il y a aussi des cas de dépassement de terme ou des femmes qui arrivent trop tard ou qui accouchent chez elles en apportant un nouveau-né souffrant d'hypothermie. Il y a aussi des cas où le nouveau-né et la maman sont déjà en danger de mort et c'est frustrant quand on ne peut plus faire grand chose" (gynécologue, KDH).

Les aides soignantes ont expliqué que c'est une tâche difficile que d'avoir à soigner toutes ces patientes. *«Nous ne pouvons pas discuter du cas de chaque femme pendant sa consultation à cause de la surcharge de travail. Certaines d'entre elles ont peur et sont timides. Cela vous fait perdre patience parfois»* nous

¹ jeunes mères qui ont accouché pour la première fois

explique cette infirmière à KDH. Le personnel estime qu'il connaît aussi et déjà du stress par ailleurs. Une infirmière à PGH nous explique cela:

«Les membres du personnel soignant ont aussi leur vie privée et familiale. On peut avoir un problème financier parce que le propriétaire a augmenté le loyer, par ce que votre enfant est malade, par ce qu'un membre de votre famille est décédé, ou bien encore votre enfant a échoué à un examen,... Il y a beaucoup de facteurs qui peuvent causer des inquiétudes et ces inquiétudes peuvent interférer sur votre travail et provoquer du stress ou une irritabilité non expliquée.»

Ce problème de recours tardif des femmes à l'hôpital, risque majeur, est courant. Elles sont envoyées en toute hâte à l'hôpital lorsque la vie de la femme en travail et celle de l'enfant semblent en danger (travail extrêmement long, cas d'infection grave suite à un avortement ou une fausse couche). Le principal problème est celui des hémorragies cervicales. Il y a aussi des cas où le col de l'utérus est déjà dilaté et le fœtus engagé. Parfois, il est trop tard et rien ne peut plus être fait. C'est le cas d'une femme suivie par une sage-femme à domicile; on lui avait dit de pousser alors que le col n'était pas encore complètement dilaté. Ce dernier s'est alors enflé avant de rompre. Elle a donc été amenée d'urgence à KDH. Elle souffrait d'horribles douleurs. Selon l'une des sages femmes, la morbidité et la mortalité périnatales des jeunes femmes sont élevées pour les causes suivantes : soins prénataux tardifs ou une totale absence de soins, anémie nutritionnelle, malaria, parasitose intestinale, complications à la naissance (travail prolongé, souffrance fœtale, faible poids à la naissance), hémorragies liées à l'accouchement difficile ou infections suite à un avortement incomplet. Parmi ces risques, les plus fréquents sont les naissances par le siège, la rétention placentaire, les hémorragies du post-partum.

Les jeunes femmes ont peur d'aller accouchées à l'hôpital à cause de sa mauvaise réputation. Il y a beaucoup de rumeurs sur les méthodes d'accouchement jugées terrifiantes. Les femmes se retrouvent à la merci de l'infirmière que l'on accuse d'être souvent inhumaine, grossière et négligente. Les jeunes mères ont peur de la douleur. La plupart a entendu ou se souvient des histoires atroces sur l'accouchement. Les expériences antérieures sont souvent douloureuses. Les sages-femmes insistent pour faire des incisions afin d'agrandir l'orifice vaginal, ou poussent les femmes à opter pour une césarienne. Certaines racontent qu'elles ont été obligées de nettoyer elles mêmes l'endroit où elles ont accouché immédiatement après l'accouchement. Il y a également des mauvaises décisions (une femme a avorté par ce qu'elle a pris une forte dose de chloroquine sur prescription médicale, un morceau de coton oublié dans le ventre après une césarienne, etc.). Elles ne connaissent pas personnellement les personnes mortes

mais sont au courant qu'il y a eu beaucoup de jeunes femmes mortes à PGH pour diverses raisons. Pour les femmes, ces rumeurs font qu'elles sont encore moins motivées à aller dans ce genre de centres. Elles essaient d'éviter l'hôpital et certaines restent à la maison jusqu'à ce que ce soit trop tard, pour une quelconque aide en cas de complication. Alors, elles ont le sentiment que les services nécessaires sont peut être inaccessibles.

d) Coûts, manque d'équipement et médicaments

Les patientes sont obligées de passer au guichet de paiement (*cash office*) pour payer leur carnet de consultation et les frais annexes. On a observé une disharmonie significative lorsque les honoraires du service de santé, des services annexes et du traitement s'échelonnaient entre 20 et 100 shillings¹ par visite. Le mode de paiement en espèces est le plus utilisé. Certains patients aisés font aux recours assurances ou à des mutuelles de santé (*welfare organizations*) qui ont souvent, des guichets au sein de l'hôpital public (*amenity ward*). Dans certains cas rares, des facilités de crédit sont offertes aux patientes qui apportent la preuve d'un paiement ultérieur et des documents le garantissant tels que des titre fonciers (*land title deeds*). Cependant, ces facilités sont rarement appliquées pour les jeunes femmes, sauf si elles sont mariées. Or, la plupart des jeunes femmes qui viennent se faire consulter n'ont pas assez d'argent pour tout payer à chaque fois et se plaignent du taux élevé des tarifs .

"Les gens sont pauvres dans cette région et payer des visites fréquentes pour un traitement semble impossible. Parfois vous n'avez même pas assez d'argent pour payer l'hôpital lorsque vous arrivez. Même le Ngware, le transport à bicyclette vous coûte au moins 2F" (Community Health worker, Nyalenda).

Pour une consultation, une jeune femme dépense au minimum autour de 2F (médicaments et examens au laboratoire non compris). Les visites sont très fréquentes et il faut payer des frais pour chaque service ou soin: médicaments, examens de laboratoire, vaccins, etc. Par exemple, la première consultation prénatale coûte à elle seule, environ 4F; les consultations ultérieures 1F et les médicaments disponibles 1F par 'item'. Le séjour à la maternité leur coûte entre 20F et 80F; mais cela dépend de la durée du séjour et du mode d'accouchement (qui coûte plus cher). Les tarifs des soins médicaux constituent des obstacles pour les consultations et pour les hospitalisation. Le tableau suivant nous donne un exemple des prix pratiqués par KDH à Kisumu.

¹ Ksh.10 = 1F

Service	Prix en Ksh.	Prix en FF
Examen médical	100/= par patient	10FF
Analyse laboratoire	20/= pour une analyse simple	2 FF
Injection	20/= par dose	2 FF
Journée hospitalière	40/= par jour	4 FF
Pharmacie	20/= par médicament	2 FF
<u>Divers</u>		
Circoncision	50/= par patient	5 FF
Test de dépistage VIH	100 /= par patient	10 FF

(Source : MOH office, Kisumu, juillet 1999)

Une femme assez énervée s'exprimait ainsi '*hawajali! Haja yao ni pesa tu!* (ils s'en foutent! Il n'y a que l'argent qui les intéressent). L'intendant de l'hôpital nous expliquait que l'hôpital a dû prendre des mesures strictes concernant les tarifs parce qu'ils avaient du mal à gérer l'hôpital. L'hôpital fonctionne grâce aux ressources qu'il génère. Pour une infirmière, il est nécessaire de faire comprendre aux femmes que ce qu'elles payent au public équivaut plus ou moins à ce qu'elles paieraient à une accoucheuse traditionnelle ; cela devrait les aider à changer d'attitude.

Dans les hôpitaux publics, malgré la politique de recouvrements des coûts, le manque de médicaments et de matériels de première nécessité est assez fréquent. "*Trouvez des médicaments à la pharmacie de l'hôpital n'est pas garanti.*" Il n'y a pas toujours assez de médicaments, l'équipement est souvent hors service, les kits pour les tests sont souvent manquants, de même que les gants, le coton, les produits désinfectants etc.). On vous prescrit des médicaments que vous êtes obligés d'aller chercher dans les pharmacies privées, en dehors de l'hôpital, où les médicaments sont plus chers. Les rumeurs qui courent sont que les membres du personnel cachent les médicaments pour leurs amis quand ils ne vous font pas payer des médicaments qui sont supposés être gratuits. On nous a rapporté des cas où lorsque la gens vont à la pharmacie pour se procurer les médicaments, on leur dit qu'il n'y en a pas; mais tout juste après, lorsqu'une autre personne vient demander les mêmes médicaments en proposant une sorte d'encouragement (*cadeau*) au pharmacien, ce dernier s'empresse de livrer la médicaments.

e) Conflits administratifs

Cela a engendré un système de corruption pour obtenir les médicaments (un pot de vin est appelle '*kitu kidogo*' ou '*chai*' au Kenya). C'est la raison pour

laquelle de nombreux patients se retrouvent obligés d'acheter l'extérieur de l'hôpital, dans les pharmacies privées où le prix est alors plus élevé. Beaucoup de gens n'ont pas les moyens d'acheter tous les médicaments prescrits; certains confient qu'ils vont à la pharmacie avec l'espoir qu'ils puissent acheter le maximum de médicament et mener à terme leur traitement. Dans la plupart des cas, ils finissent les médicaments qu'ils ont pu acheter et se retrouvent sans argent pour achever le traitement prescrit. D'autres utilisent les reliquats de médicaments d'un traitement précédent ou alors ne finissent pas les doses prescrites et arrêtent le traitement dès qu'ils commencent à se sentir mieux. Les infirmières, nous révèlent que beaucoup de patientes préfèrent croire qu'elles sont guéries dès que les symptômes disparaissent et gardent le reste des médicaments pour des jours plus durs. La plupart des médicaments atteignent leur date d'expiration et peuvent être dangereux. Ces médicaments sont parfois donnés à des amis ou parents qui présentent des symptômes semblables.

“Les infirmières m'ont fait venir ici pour voir le docteur puisque je souffre d'une infection qui dure depuis plusieurs mois. Le docteur m'a prescrit des antibiotiques que je devais acheter pour traiter l'infection. La pharmacie était en rupture de stock. Etant donné que les antibiotiques étaient trop chers, je n'ai pu les acheter dans la privé. Une voisine m'a donné une crème qu'on lui avait donnée à l'hôpital pour le même problème que moi. Je l'ai utilisée pendant quelques jours mais elle est venue récupérer la crème car elle en avait besoin. Alors, je suis revenue à l'hôpital.” (M.O., KDH)

De ce fait, certaines femmes redoutent de revenir voir le médecin même si leur état ne s'est pas amélioré, ce sera d'autres examens à faire des médicaments d'acheter. Elles se rendent plutôt chez les tradipraticiens ou vont chez des pharmaciens ambulants dont la qualité des produits n'est pas garantie. Il y a aussi l'utilisation parallèle des médicaments pharmaceutiques et de produits traditionnels. Certaines femmes boivent en même temps des décoctions à base d'herbes et prennent les médicaments prescrits à l'hôpital dans l'espoir de se débarrasser de tous les virus ou juste pour essayer un autre type de traitement. C'est ce que décrit cet exemple:

“Bien que je sois à l'hôpital, je vais voir une guérisseuse traditionnelle. Lorsque mes douleurs ont commencé à s'accroître surtout au niveau de l'abdomen et que je ne ressentais plus les mouvements du bébé, les gens croyaient que je souffrais de 'rarwi' en Luo. Mes parents m'ont amenée chez cette femme qui me faisait des massages à l'estomac et le long de mes jambes. Elle m'a donné des herbes à infuser pour boire. J'ai payé 20F pour une bouteille pleine. Il y a des prêcheurs qui viennent parler aux femmes, ils prient pour elles afin qu'elles soient sauvées mais ne les soignent pas

réellement. Mais je suis prête à essayer n'importe quoi (JO, une femme enceinte malade, KDH).

Certains membres de sectes comme Legio Maria, Roho sects, Nomiya et Jerusalem Healing Church ne croient pas aux soins médicaux. Les membres de ces sectes croient plutôt à la guérison par des prières, en chassant les mauvais esprits '*jo chiende,*' en donnant de l'eau bénite '*pi hawi,*' ces pratiques les protégeaient contre les mauvais esprits.

Des infirmières estiment ne pas être responsables de la mauvaise qualité du service. Il y a aussi le mauvais fonctionnement de l'hôpital, le manque d'entretien du matériel, le manque d'organisation, le faible taux de rémunération et le manque de perspectives de formation. La majorité d'entre elles n'ont pas été bien formées à l'écoute des patientes. Il y aura juste deux conseillers qui auront cette formation dans l'hôpital. D'autres expliquent que ce genre de problèmes ne relèvent pas de leur domaine et qu'avec la charge de travail croissante, ces problèmes sont difficile à résoudre : *«les gens travaillent mieux lorsqu'on reconnaît les efforts et l'intérêts qu'ils manifestent au travail, lorsqu'on sait apprécier votre travail, vous écouter et vous parle de façon à mettre de la bonne humeur, et lorsqu'il y a une moralité à respecter. Cela vous fait ressentir l'utilité de votre travail et vous travailler bien »* (infirmière à KDH). Malgré tout, il y a des infirmières qui sont bien avec les patientes, ce sont celles qui sont compétentes, et soucieuses de qualité des soins. Peu de femmes nous avons manifesté leur satisfaction pour les soins reçus dans ces centres. Aussi, préfèrent elles s'orienter vers d'autres centres plus accueillants lorsqu'elles ont les moyens. *«Je suis contente de la manière dont la sage-femme s'est occupée de moi. Elle m'a donné gratuitement des médicaments quand ils étaient disponibles. J'ai vu le docteur, J'ai une 'kisonono' (l'appellation locale pour blennorragie). Elle a été très gentille avec moi, elle m'a prescrit des médicaments pour moi et mon copain.»*

En conclusion, dans l'interaction entre soignant et jeunes mères, on a vu que la principale difficulté pour les jeunes mères à l'hôpital réside dans la mauvaise qualité des soins (faible performance) et l'image qu'elles se font de ces centres de santé. La patiente se trouve en position défavorable pour négocier; la vision du soignant est dominante. Le personnel soignant a des comportements plus ou moins ritualisés par des systèmes de normes, techniques et administratives. L'attitude autoritaire du personnel soignant et l'usage de son pouvoir empêchent une communication efficace et plus limpide. D'une façon générale, on peut dire que ces problèmes dans les interactions soignant - patient créent une demande pour des alternatives. Beaucoup de jeunes mères se dirigent vers les sage femmes à domicile, les cliniques privées et les pharmacies privées.

3.3 Le recours aux itinéraires alternatifs un solution?

3.3.1 Les sage femmes à domicile (SFD) ¹

Beaucoup de soignants à l'hôpital ont ouvert des cliniques, des pharmacies et salles de soins à domicile dans les zones résidentielles. Certaines de ces cliniques qui semblent être performantes (*qualité de service assez correcte, respect des patientes, confidentialité assurée*) sont très chères. Ce sont des endroits où les riches vont." Cependant, il y a des cliniques qui sont souvent gérées par un personnel peu ou pas qualifié, des *quacks*² (charlatans) comme on les appelle souvent: «*Ils vous donnent des médicaments sans vous avoir faire un examen préalable ou alors une ordonnance avec un dosage inférieur au traitement nécessaire; leur but est de se faire beaucoup d'argent.*» Comme l'indique le Médecin Chef "la pauvreté a poussé beaucoup de gens à aller dans ces cliniques parce qu'on vous donnent un traitement qui dépend de la somme d'argent dont vous disposez. Souvent les gens sont mal soignés et se retournent vers les centres hospitaliers publics quand leur état devient critique."

La 'nyamrerwa' (matrone) chez les Luo a été pendant longtemps une personne respectée. Ce métier est transmis de mère en fille ou de la grand-mère à la petite fille. Près de 70% des accouchements à Kisumu sont pris en charge par les sages femmes à domicile (KDHS, 1993). Leur influence est forte, en particulier dans les zones rurales; mais leur influence en milieu urbain est également indéniable. Il y a aussi des infirmiers «de quartier» ou les anciennes employées de structures de santé qui, après la retraite deviennent tradipraticiennes.

3.3.2 Facilité d'accès, formation et charge de travail

Une expérience d'accouchement avec une matrone est vécue différemment de l'accouchement à l'hôpital. Un exemple démontrant une expérience d'accouchement d'une accouchée traditionnelle.

¹ inclus les accoucheuses traditionnelles (appelé localement 'nyamrerwa'); des infirmiers « de quartier » qualifiés ou non et les employées de structures de santé à la retraite.

² Le terme de « *quack* » renvoie à un certain nombre de praticiens, qui sont reconnus comme non qualifiés et peu sûrs, mais accessibles financièrement, puisqu'ils acceptent en paiement ce que la femme peut payer. Ils sont très secrets et très mobiles, mais les membres de la communauté les connaissent et savent où les trouver.

Le cas de Mary Billet

Si une dame se présente pour accoucher, je vérifie l'intensité des contractions, je regarde comment le bébé se présente et je fais des massages à la maman pour réduire la pression, et cela continue jusqu'au moment de la naissance. Je sens si le bébé se présente dans une bonne position, si le bébé ne se trouve pas dans une position correcte, je masse la mère, et, si cela ne suffit pas, j'applique une compresse froide 'kustua' pour inciter le bébé à bouger et à se placer dans la bonne position. Les douleurs qui accompagnent le travail peuvent durer longtemps et beaucoup de femmes ne savent pas comment endurer cette douleur. Pour celles qui veulent raccourcir ou accélérer le travail, j'utilise une plante (herbe) particulière appelée 'saget,' il s'agit là d'une plante commune. Vous prenez les racines et vous les broyez puis vous les donnez à mâcher à la mère quand le travail est en cours. Cela hausse la température corporelle et accélère le processus. Si les douleurs ne sont pas celles de la grossesse, a poche des eaux ne se rompt pas, mais la douleur persiste - si ce sont les véritables douleurs de la grossesse, la poche des s'éclatent et le bébé ne met pas longtemps à sortir, si la mère a suffisamment de force pour pousser.

La femme choisit la meilleure position. Nombreuses sont celles qui préfèrent s'accroupir ou bien s'allonger sur le dos comme elles le demandent à l'hôpital. Une majorité utilise l'ensemble de ces positions les unes après les autres. Je couvre la maman avec un 'Kanga' (tissu) tant que le bébé n'est pas né. Il n'est pas bon de voir les parties intimes d'une femme. Ou dit que cela peut vous rendre aveugle (vous détruire la vue) particulièrement s'il s'agit d'une femme plus âgée. Vous ne devez pas regarder. C'est ce que m'a dit ma grand-mère. Je n'ai aucun équipement, j'utilise seulement un rasoir et un fil de nylon pour attacher le cordon ombilical. Je n'utilise pas de gants. L'accouchement se fait rapidement (est rapide). J'aide le bébé à sortir. Il y a un matelas et une couverture pour recevoir le bébé immédiatement. Je prends le bébé dans les bras, et si celui crie pas, je 'stua' le réveille avec un peu d'eau froide, habituellement cela le fait crier, mais si cela ne se produit pas je le secoue de haut en bas en le tenant par une jambe. Toutefois cela n'est pas très bon car le bébé risque d'avaler un peu de mucus. Le fait d'avaler ce mucus lui fait faire des bruits quand il respire; particulièrement lorsqu'il est endormi, il ronfle.

En ce qui concerne le cordon ombilical, s'il s'agit d'une fille je l'attache 3 fois et je le coupe 2 fois. S'il s'agit d'un garçon je l'attache 4 fois et je le coupe 3 fois. C'est pourquoi un garçon est mis en isolement pendant 3 jours et une fille seulement pendant 2 jours. N'avez vous pas déjà entendu des hommes s'apostropher en se disant 'tu n'as pas dormi 3 jours à ta naissance n'est ce pas ?' pour dire que vous n'êtes pas vraiment un homme. Après avoir coupé le cordon, je dois m'efforcer de bien retenir l'autre extrémité afin qu'elle ne retourne pas s'enfoncer à l'intérieur. Je prends une cueillere à soupe en bois, je la place dans la bouche de la femme (mère) pour la faire vomir au moment où elle fait des efforts pour cela. Cela pousse le 'obiero' (placenta) à tomber à l'extérieur, ou bien encore la femme peut s'accroupir pour aider le placenta à sortir plus rapidement. ; pendant que je la tiens par la hanche tout en pressant légèrement son ventre, le placenta sort alors facilement. Au cours de l'accouchement, un flot de sang se déverse; mais cela s'arrête en peu de temps: c'est du au fait que lorsque le travail est accéléré cela accélère également le saignement. Je nettoie le sang avec un chiffon, je nettoie le bébé, et je l'enveloppe bien. J'accompagne la mère dans la chambre privée, ou elle peut se reposer. Certaines restent 2 jours ou même plus. Puis je vais enterrer le placenta dans le jardin. Dans les hôpitaux, les gens n'ont aucune décence, ils l'envoient directement à la poubelle.

Dans ma culture, nous devons l'enterrer pour éviter 'chira,' il y a de nombreuses cultures importantes qui ne sont pas respectées aujourd'hui, et c'est peut être pour cela que nous avons autant de problèmes sociaux. Nous devons nous soutenir la femme qui accouche, et l'assister pendant tout le temps de la grossesse. Dans les hôpitaux, ils attendent le dernier moment pour aider la femme, quand celle-ci est exténuée et ne peut plus rien faire. C'est pour cela qu'ils deviennent durs. J'ai assisté à des cas de jeunes filles (la plus jeune d'entre elles avait 13 ans) qui accouchaient pour la première fois. Elles veulent que ce soit fini le plus rapidement possible. Elles poussent fort, elles sont énervées et veulent que la douleur passe aussi rapidement que possible. Il est possible que le bébé ne soit pas encore prêt, elle force trop et quand le moment de l'accouchement arrive, elle n'a plus de force pour pousser et alors vous avez à faire le travail vous même, à l'assister.

Généralement, je lui ferme la bouche et le nez à intervalles réguliers, je la masse, et son énergie revient. Certaines très jeunes filles ont un bassin très rétréci, aussi vous devez les aider à accoucher en utilisant votre main pour faire "levier." Je m'efforce de placer le bébé dans la position correcte, et je tire légèrement en faisant particulièrement attention, car certaines n'ont aucune expérience.

Dans certains cas, vous êtes obligés de faire une petite incision; mais nous n'aimons pas cela et je ne pratique moi-même aucune chirurgie (pour mettre des points). Je me contente de nettoyer la femme avec de l'alcool, du dettol, et du sel ainsi qu'avec de l'eau chaude pour les tous premiers jours si elles n'arrivent pas à se prendre en charge elles-mêmes. Après 4 jours, cela cicatrise très bien. Il y a quelquefois des cas difficiles pour lesquels je ne peux rien faire. Vous pouvez les repérer lors des massages. C'est à ce moment là que vous pouvez sentir où se trouve le bébé, où se trouvent ses jambes, ou bien si le bébé se présente dans de mauvaises positions. Dans le cas de jumeaux, la grossesse se divise en 2, chacun des 2 bébés part de son côté, lorsque la mère est allongée. Alors je lui conseille alors d'aller à l'hôpital.

Je demande Ksh.500/- par naissance. Les massages sont gratuits et la femme peut venir à n'importe quel moment de sa grossesse. Parfois certaines n'ont pas d'argent au moment de la naissance; mais elle se débrouille pour vous payer petit à petit. Dans certains cas, je laisse la femme s'en aller sans me payer. Après être rentrées chez elles, elles m'apportent des cadeaux tels que du sucre, de la farine, des grains, etc."

Cet exemple nous montre pourquoi les jeunes femmes se sentent plus à l'aise avec les accoucheuses traditionnelles qu'avec le personnel soignant dans les hôpitaux. Souvent, les femmes entre elles aussi se recommandent les tradipraticiennes. Entrent donc en jeu les relations interpersonnelles. La femme qui accouche avec une matrone se sent avec une personne qui l'assiste, qui la réconforte du mieux qu'elle peut. Elles sont plus accessibles et accueillantes, elles les écoutent davantage, parlent le même langage et assurent une certaine discrétion. Elle est également considérée comme une connaisseuse, très expérimentée, une initiée et affectueuse. Elles respectent leurs croyances (*religion, rituels*) et fournissent les traitements traditionnels comme les plantes médicinales. '*Elles vous donnent certains remèdes à base de plantes pour écourter le temps de travail de telle sorte que la délivrance se fait plus rapidement.*' Même si la douleur pendant l'accouchement est considérée comme normale et ne peut être éliminée, on voit que la matrone soutient réellement la parturiente tout au long de l'accouchement. Tout le travail n'est pas laissé à la femme comme cela se fait dans les hôpitaux où elle se débrouille souvent toute seule.

A ce manque d'assistance s'ajoute le coût supplémentaire lié au transport. Par exemple, la plupart des accouchements pris en charge par les accoucheuses se font de nuit. Les membres de la communauté les connaissent et savent où les trouver facilement dans les quartiers. De plus, du fait de l'insécurité des rues, il est plus simple pour les femmes de faire appel aux accoucheuses

traditionnelles que de se rendre à pied dans les structures de santé. Il n'y a pas d'ambulance et les patientes ne peuvent pas payer le transport en taxi.

«J'ai commencée à avoir des douleurs (contractions) en début, de soirée mais je résistais. A 9 heures la douleur s'est accentuée et j'ai senti que c'était presque le moment. Il n'y avait plus de transport en commun à cette heure. Alors je suis allée voir mon frère pour qu'il m'amène à l'hôpital. Il n'était pas chez lui, il y avait sa femme, nous avons décidé d'attendre un peu. Elle pensait qu'on aurait le temps. 20 minutes plus tard, je ne pouvais plus marcher, j'avais si mal, la poche d'eau s'est rompue et elle m'a amenée en vitesse chez une de ses voisines sage femme. La sage femme a étendu une natte "ajuara" sur le sol où je me suis allongée paralysée par la douleur. J'avais peur mais elle me parlait tout le temps. Elle me disait que tout irait mieux. Elle a mis des gants et m'a ausculté. Elle a demandé aux autres de sortir en disant "cette jeune femme se débrouillera bien toute seule." Elle m'a donné quelque chose à boire et en moins de 15 minutes j'accouchais. Elle n'a pas utilisé de ficelle pour nouer le cordon ombilical comme j'avais entendu dire. Elle avait utilisé une sorte de pince.» (AK: Manyatta B, 16 ans)

En fait, dans ce genre de situation, la confiance s'installe rapidement et c'est mieux pour les jeunes femmes. Les jeunes femmes redoutent une attitude trop sévère, les césariennes et les incisions opérés dans les hôpitaux.

Le coût semble intéressant et certaines femmes considèrent que le fait d'aller chez une matrone constitue une façon d'échapper au paiement des factures de l'hôpital. Une fille nous dit: *«elle a travaillé à l'hôpital et beaucoup de femmes vont la voir pour accoucher. Une amie m'a parlé d'elle, elle l'avait assistée pour son accouchement et elle était contente. Elle est compréhensive et gentille. J'ai eu à payer seulement Ksh.50/- pour la visite et Ksh.300/- pour l'accouchement et le matériel nécessaire que j'ai aussi acheté moi même.»* Les tarifs pratiqués à l'hôpital Provincial ont augmenté récemment jusqu'à Ksh.1200/- sauf pour les opérations et la césarienne. Alors que les prix pratiqués par les sages femmes à domicile vont de Ksh.400/- à Ksh.800.

Toutefois les prix de ces sages-femmes ne sont pas forcément bon marché si on prend en compte le faible pouvoir d'achat des femmes qui s'adressent à elles. Celles qui font payer entre Ksh.400/- à Ksh.500/- s'attendent à ce que leur clientes apportent leurs propres gants, leur coton, lames, etc. Celles qui font payer des prix plus élevés de l'ordre de Ksh.800/- fournissent à leur clientèle tout le matériel nécessaire. Un avantage d'aller aussi chez les sages femmes à domicile est qu'on peut accoucher à crédit. Les prix sont négociables et les paiements peuvent s'effectuer en plusieurs tranches. Beaucoup de sages femmes font 3 à 5 accouchements par mois et les plus connues ont une moyenne de 10 accouchements par mois.

3.3.3 Les pratiques (professionnalisme) et d'hygiène

Avec l'engouement pour le métier de sage femmes à domicile (SFD), cette profession est considérée de plus en plus comme exposée à la corruption. Il y eu des inquiétudes au sujet de leur professionnalisme, de leurs mesures d'hygiène et de leurs procédures de référence des complications à l'hôpital. Les SFD qui avaient déjà une formation furent reconnues par les autorités. Elles sont formées : l'utilisation d'un kit d'accouchement à domicile (*home delivery kit*) à la pratique d'une hygiène de base, soins cordon ombilical du bébé, prévention de transfert d'infection, usage de gants, identification basique du risque et référence à l'hôpital etc. Toutefois, avec cette formation, elles coûtent plus cher. On a rencontré seulement un seul groupe de SFD avec ce type de formation dans cette zone. Le reste des SFD n'ont que très peu ou pas du tout de formation professionnelle. Nombreuses parmi elles sont celles qui ignorent les règles déontologiques concernant leur pratique (par exemple, conséquences en cas de mort). La plupart d'entre elles sont effrayées par les complications pouvant survenir en cours d'un accouchement. C'est pourquoi elles demandent une carte hospitalière auprès des patientes qui viennent les voir; par ce biais, elles peuvent envoyer leurs patientes à l'hôpital en cas de complications.

Elles insistent sur le fait qu'elles ne peuvent pas renvoyer une patiente non munie d'une carte hospitalière quand le bébé est sur le point de naître, car le danger pour la patiente est important. Une seule SFD reconnaît qu'elle avait commis une faute professionnelle – tout le reste d'entre elles fait état d'une carrière professionnelle sans bavure. Il nous paraît vraisemblable qu'elles aient commis des fautes, mais en raison d'une absence de transparence et de législation adéquate concernant leur pratique professionnelle, elles ne peuvent pas l'avouer. Elles craignent d'être sanctionnées si elles admettent néanmoins des fautes. Certaines femmes font état du temps perdu par les SFD avant d'envoyer quelqu'un à l'hôpital. Des femmes nous avons dit que parfois les SFD éprouvent des difficultés à identifier les risques de complication au cours des accouchements et à réagir en conséquence.

«les SFD font du bon travail. Le seul problème survient quand il y a des complications. Elles mettent tellement temps avant de réagir quand il y a une complication, quand il y a beaucoup sang, elles dépassent peur et se hâtent d'envoyer le patient à l'hôpital. Même en cas de terme, elles continuent cependant à lutter pour délivrer la femme, et quand enfin, elles prennent la décision d'envoyer celle-ci à l'hôpital; cela se présente trop mal ou bien cela est trop tard.»
(CBHW, Manyatta)

Les femmes n'ont alors bien souvent, plus le temps de se rendre immédiatement à l'hôpital pour se faire soigner. Les SFD font souvent preuve de négligence (exemple : un cas où le bébé est tombé dans le toilette au moment où la jeune fille, était chez la SFD) ou nient leurs responsabilités en cas de complications comme hémorragies, décès de bébé, ... Il y a aussi des plaintes sur leur équipement qui n'est pas toujours adapté ou hygiénique. L'utilisation des gants n'est pas systématique lors des accouchements, l'équipement et le matériel ne sont pas stérilisés, ... d'où de grands risques de contamination.

«J'ai accouché avec l'aide de la 'Nyamrerwa,' mais je me rappelle qu'elle n'avait rien excepté un rasoir et un fil de nylon. Elle ne portait pas de gants et les morceaux de chiffons étaient usagers. A l'avenir j'irai à l'hôpital, je veux éviter toute complication.» (BW, Manyatta, 21 ans.)

Ce sont celles qui ont subi une formation, qui possèdent un kit d'accouchement à domicile (des gants, un morceau de savon, du coton, du fil de suture, des alèses et des lames de rasoir). D'autres souvent ne possèdent aucun équipement obstétrical à part le rasoir. Certains SFD achètent elles-mêmes le matériel (laine de coton, gants, désinfectant...) pour leurs clientèles, ou bien elles demandent aux femmes d'en apporter elles-mêmes.

« Je n'ai aucun équipement, j'utilise seulement un rasoir, quelques morceaux de fil de suture et souvent des gants. J'ai une petite chambre pour accueillir et prendre soins des femmes, et elle est propre. J'ai plusieurs matelas où elles peuvent s'allonger pendant l'accouchement. Je nettoie ceux-ci, mais il est difficile de faire disparaître toutes les taches. Les draps que les patientes utilisent sont propres. Les femmes peuvent, si elles le désirent, apporter d'autres. Il se peut que quelqu'un ne soit pas satisfait de mes services, mais je n'ai reçu directement aucune plainte. » (SFD 3, Manyatta)

3.3.4 Problème de référence à l'hôpital

Les SFD ont à faire face à de nombreuses complications avec leurs patientes, lors de l'accouchement, telles que les fausses couches, les avortements spontanés, des saignements excessifs, des 'mort-nés', des bassins rétrécis, des cols non dilatés, des bébés ne se présentant pas dans la bonne position des patientes faibles qui ne sont pas capables de pousser suffisamment fort pour expulser leur bébé, etc. Bien qu'elles soient nombreuses à déclarer qu'elles peuvent facilement reconnaître les risques, il semble n'exister aucun moyen efficace de détecter une souffrance fœtale autre que celui de toucher et de palper le ventre. Toutefois elles confessent qu'elles ne peuvent remédier à une

hémorragie, à un prolapsus du cordon ombilical (*prolapsed cord*), à un '*placenta previa*.' De même elles ne peuvent pas diriger le travail de façon efficace (eu cas de travail très long, de grossesse ayant dépassé le terme, ou lorsqu'il y a manque de dilation ou encore en cas d'arrêt spontané du premier travail ou encore dans le cas d'accouchement de jumeaux...)

Souvent les SFD qui bénéficient d'une formation professionnelle, ont des liens avec le personnel de santé des hôpitaux locaux. Alors et leurs patientes sont rapidement prises en charge en cas de complications survenant au cours de l'accouchement. D'autres déclarent qu'il n'y a pas de relations de travail particulières entre elles et le personnel dans ces hôpitaux, mais que le seul fait de posséder elles mêmes un certificat ou un badge certifiant qu'elles sont des SFD, leur permet de donner à leurs clients accès et admission dans un hôpital public. Cela marche également dans le cas où leur cliente se trouve eu possession d'une carte prénatale hospitalière –voilà, le défaut de cette carte est une des raisons pour laquelle les SFD ne prennent pas en charge des femmes enceintes :

«S'il survient une complication qui risque de nécessiter un service (soin) hospitalier, j'envoie la patiente chez 'Russia' où je connais les infirmières. C'est pour cette raison que je demande la carte de consultation prénatale de 'Russia.' Quand J'amène la patiente à Russia avec la carte, l'admission devient plus facile et automatique.»
(SFD 6, Manyatta)

Les SFD déclarent qu'elles ont à prévenir leurs patientes, quand il y a des complications à la naissance, qu'elles ne peuvent pas prendre en charge elles mêmes, et qui nécessitent l'hospitalisation.

« Je préfère de beaucoup avoir affaire à des présentations normales, et si je détecte un problème, je recommande à la femme (souvent qui a commencé le travail) d'aller à 'Russia.' »

Un petit nombre de malheureux cas de cette nature fut rapporté:

« Le bébé se présenta par les jambes, et la SFD essaya de manœuvrer toute seule, elle n'arrêta pas de m'assurer que cela allait bien se passer, mais au bout d'un certain temps, elle déclara qu'elle ne pouvait plus rien faire, et elle m'aida à aller à l'hôpital ; néanmoins je perdis mon bébé durant le trajet. »

« Une fois, j'ai accepté d'aider une femme à accoucher, et pendant que je lui faisais des massages, je m'aperçu qu'elle avait des jumeaux. Je ne pouvait plus rien faire pour l'aider et je lui conseillai

d'aller à l'hôpital. La femme fut amenée en toute hâte à un centre de santé situé tout près, mais les infirmières étaient incompetentes dans ce cas là, et la femme fut envoyée au KDH. Elles ne parvinrent pas à l'amener là bas à temps, car il n'y avait pas de moyen de transport, et elle mourut au cours du trajet » (SFD 1, Nyalenda)

Certains femmes déclarent des cas où les SFD refusent de les envoyer à l'hôpital et demandent à la famille de le faire à leur place. Elles savent qu'elles auraient du envoyer les femmes plus tôt (à l'hôpital) et elles sont effrayées (par avance) de la réaction des infirmières. Les relations entre les TBA et le personnel de santé sont presque inexistantes et il semble que de chaque côté on a sa propre logique et l'on est critique vis à vis de l'autre. Le personnel médical du centre de santé maternelle et infantile de KDH déclare qu'il n'y a pas de relations entre eux et les SFD : «*Un partenariat entre elles et nous?* » «*Oui, dans la mesure où elles nous amènent des cas. Plus précisément des cas difficiles.*» Ces infirmières déclarent aussi qu'elles sont très vexées, fâchées par des SFD qui amènent des patientes quand il s'avère trop tard pour elles de faire quoi que ce soit. D'autres déclarent que des SFD détournent les femmes des consultations prénatales où beaucoup d'entre elles auraient mieux fait des médecins.

« Nous avons l'habitude d'apprécier leur travail, mais ces derniers temps, elles sont trop nombreuses. Etre une SFD aujourd'hui n'est plus ce que c'était avant. Aujourd'hui c'est juste un (business) le monde des affaires. »

D'un autre côté, certaines SFD se sentent choquées et froissées par ces relations sévères.

« Il fut un temps, où j'avais l'habitude de rendre visite fréquemment patientes enceintes hospitalisées et j'étais bien connue à l'hôpital. Ils ne refusaient jamais de me laisser rentrer à la salle. Les gardiens de l'hôpital savaient que j'étais là pour aider les femmes enceintes – comme ils avaient l'habitude d'appeler pour résoudre des problèmes; par exemple, c'était un jour d'une femme qui avait des difficultés lors de son accouchement (traditionnellement appeler 'rariw'). Des patientes qui avaient 'rariw' souffraient de douleurs intense en dehors de leur période de travail. Les infirmières pouvaient s'informer auprès des patientes pour savoir si c'était 'rariw,' et alors on venait me chercher pour résoudre ce problème afin que la patiente accouche normalement. De nos jours, elles ne viennent plus me chercher. Je pense que les infirmières qui me connaissaient sont parties. » (SFD 12, Manyatta)

« Parfois, lorsque des femmes que je connais sont hospitalisées, on me permet de leur rendre visite au cas où il y aurait un problème que je pourrais prendre en charge tel que faire par exemple un massage.

Par contre on ne me permet pas habituellement d'amener des médicaments traditionnels à l'hôpital. Ils ne sont pas pour cela.»
(SFD 7, Nyalenda)

3.3.5 Les avortements clandestins

Certaines SFD aident des filles à faire des avortements. Quand des complications surviennent elles disent alors aux filles d'aller à l'hôpital. Les déclarations des SFD sur ces avortements sont contradictoires : certaines affirment qu'elles assurent ce service, alors que d'autres le démentent avec force et déclarent que c'est contre leurs croyances religieuses. L'une de celles qui ont pratiqué des avortements déclarent :

« J'ai effectué tellement d'avortements, parfois environ 3 par semaine. Maintenant, j'ai arrêté. Généralement les femmes qui venaient me voir étaient de très jeunes filles. Il existe une herbe particulière appelée 'hoho' que vous faites absorber à la personne. Je la broie et je la fait macérer avec de l'eau dans une tasse. La personne boit ceci et après quelques minutes, elle commence à avoir de violentes douleurs à l'estomac qui durent environ 2 ou 3 heures. Cela dépendant du stade d'avancement de la grossesse. C'est à ce moment là qu'elle a besoin d'un endroit retiré et clame pour attendre. Certaines préfèrent attendre sur place, d'autres choisissent de rentrer chez elles. Il y a également le cas de celles qui viennent juste pour prendre le médicament et l'emmène chez elles. Je leur explique comment prendre la dose nécessaire. Je leur parle des violentes douleurs qui surviennent et du saignement. Certaines d'entre elles ne se conforment pas aux instructions et des complications surviennent. J'ai connu deux cas qui furent hospitalisés ultérieurement.» (SFD 1, Nyalenda)

Pour une jeune fille, le choix en faveur de l'avortement provoqué est lié à la peur d'une réaction négative de la part de la famille. *« Elles se sentent coupables d'être enceintes; elles ne veulent pas faire honte à leur famille »* et à l'ensemble de leur communauté. Comme elles nous expliqués, elles craignent également, si leur grossesse est découverte, de compromettre l'opportunité de prolonger leurs études et de trouver un mari. *'Une fille qui a un bébé sous le toit de son père est appelée 'nyako mochuanoyore'*, ce qui signifie 'une fille qui a fait une erreur dans sa vie. Ce qui deviendra une marque indélébile de la légèreté de ses mœurs. Autrefois, la majorité d'entre elles auraient été données en mariage à des vieux hommes déjà mariés. Aujourd'hui, ce n'est pas si facile pour elle (comme Rogo *et al.* 1999, ont démontré). Les pressions sociales et culturelles restent

encore fortes dans plusieurs communautés (surtout là où les valeurs culturelles sont fortes et condamnent toujours ces grossesses. Alors, les jeunes filles utilisent secrètement une variété de méthodes dans leur tentative de provoquer elles même leur avortement ou bien elles se rendent en cachette dans des endroits particuliers pour avorter illicitement avec des personnes de compétence douteuse, qualifiées de "charlatans" (*quack*). Une jeune fille de 16 ans, nous a expliqué:

«J'ai voulu avorter, mais je n'avais pas les moyens (financiers) d'aller à l'hôpital. C'est ainsi que je me suis souvenue que les filles absorbaient une infusion concentrée de thé ou bien elles prenaient 12 comprimés d'Aspirine dilués. J'étais déjà enceinte depuis cinq mois quand j'ai essayé ces recettes. J'ai tout essayé pour avorter, mais rien n'a marché. J'en ai conclu que c'était la volonté de Dieu et j'ai conduit ma grossesse à son terme.» (AK, Manyatta, 16 ans).

Les risques encourus par les jeunes femmes (et leurs enfants s'ils survivent), du fait de ces avortements sont importants. Pour cette fille, par exemple, le fils qui a l'âge d'1½, ne peut toujours pas se tenir debout ni parler. Les méthodes précaires et l'environnement déplorable des avortements sont les causes principales de ces graves situations familiales. Personne ne veut parler de ces avortements ou des endroits clandestins que les femmes utilisent à leurs risques et périls. 'On sait où aller et combien ça coûte.' Un nombre important d'agents de santé ou de tradipraticiens offrent ces prestations. De nos jours, ces prestations sont marchandes, et les demandeurs ne manquent pas. Les praticiens n'ont pas toujours la formation, le savoir et la compétence requis. Aucune infirmière n'admet directement avoir accepté ou aidé à avorter. Cependant aux yeux de la population, beaucoup d'agents de santé (médecins, infirmières, personnel de santé dans la communauté [CHW] etc.) opèrent dans la clandestinité, car l'avortement est illégal, sauf s'il s'agit d'un cas thérapeutique.

Ils affirment néanmoins avoir prodigué des soins à la suite de complications survenues après un avortement, ou donné des conseils à des jeunes femmes pratiquant la contraception (une méthode contraceptive et l'usage de préservatif comme méthode complémentaire). Ils interviennent donc fréquemment pour des soins concernant des complications post-avortement: avortement incomplet, hémorragies, infection ou blessure internes. A KDH, la spécialiste (gynécologue) qui s'occupent des femmes explique :

«les femmes viennent souvent dans un mauvais état général après des tentatives d'avortement, présentant parfois des ruptures utérines, des saignements, des retentions placentaires, etc. Je leur parle et je réfère celles qui le désirent dans une clinique de la ville.»

Cependant, la plupart des infirmières nient le fait que des avortements provoqués se pratiquent dans ces hôpitaux. Une infirmière a confié : *«Nous avons des cas, mais ils ne viennent pas directement, puisqu'ils savent que c'est illégal. C'est souvent une pratique clandestine... Ce sont les parents ou amis qui sollicitent l'aide des infirmières ou des praticiens. Il est rare qu'une fille se rende d'elle même à l'hôpital pour solliciter un avortement.»* Une autre infirmière ajoute: *«les jeunes filles viennent effectivement; ce sont leurs parents, la famille ou les amis de ces jeunes filles qui approchent certains infirmières ou bien des personnes qui pratiquent l'avortement pour solliciter leurs services. C'est rare qu'une jeune fille se rende d'elle même à l'hôpital pour solliciter un avortement ou des soins même suite à des complications.»*

Une sage-femme témoigne de sa propre expérience: *«le médecin a affirmé qu'il y a eu mort intra-utérine une fois. mais j'ai su par la suite que l'enfant était bien vivant en réalité. Ce n'est que plus tard que j'ai compris que la mère était venue pour un avortement.»* La médecin gynécologue (KDH) lui affirme: *«il existe certaines circonstances dans lesquelles je suis obligé de faire un IVG, dans le cas de cancer, d'une femme enceinte atteinte du VIH/sida (si elle demande) et d'autres cas thérapeutiques. Je ne prend jamais seul la décision d'interrompre une grossesse, dans ces circonstances, je consulte d'abord d'autres collègues.»* Entre autres raisons invoquées par ces femmes pour avoir recours à l'avortement on recense: les difficultés matérielles; les problèmes de couple; le manque de maturité pour avoir un enfant; l'opportunité de voyager à l'étranger (travail au pair...), grossesse hors mariage, la scolarisation. Tout cela limite finalement la capacité des jeunes filles à négocier leur comportement sexuel, met en lumière leur vulnérabilité face au SIDA et d'autres risques de la santé reproductive. Cette vulnérabilité est accentuée pour l'accès difficile aux services de soins.

En conclusion, les SFD ne peuvent pas dire pourquoi certains femmes préfèrent leurs services à ceux de l'hôpital. Toutefois, en se basant sur le nombre moyen de personnes qu'elles assistent mensuellement, on voit bien que les raisons les plus évidentes tiennent au moment de l'accouchement à la disponibilité ou non de moyen de transport ou à la possibilité de négocier les coûts financiers et au fait que les SFD possèdent (font usage) d'une bonne phytothérapie qui traite (soigne) certains affections associées à la grossesse. Dans d'autres cas, ce sont les circonstances elles mêmes qui les ont conduits à accoucher avec l'aide des SFD, et non pas leur propre choix qui aurait été d'aller accoucher à l'hôpital. Souvent, un grand nombre de clientes a au moins assisté à une consultation prénatale dans un hôpital et ces consultations prénatales vont de pair avec de fréquentes visites à des TBA, qui assurent des services connus sous le nom de 'mulo ich' signifiant littéralement 'des massages de ventre.'

Conclusions

La question de la négociation des risques

4.1 Conclusions

Cette étude a tout particulièrement abordé deux risques principaux à Kisumu : les risques sociaux (comme les facteurs du comportement sexuel de ces jeunes - précocité des relations sexuelles, relations multiples, relations non-protégées, grossesses hors mariage et 'commerce du sexe') et les risques sanitaires (les problèmes d'accès aux soins, les attitudes professionnelles et les difficultés de communication, le danger des MST amplifié par l'épidémie du VIH/SIDA et l'avortement clandestin dans des conditions déplorables).

Nous trouvons que les jeunes femmes réagissent aux risques de différentes façons qui peuvent ne pas être conformes aux messages d'éducation pour la santé ou aux recommandations professionnelles. Par exemple, la croyance traditionnelle, le devoir d'élever les enfants et les perceptions sur la mauvaise santé et le bien-être, ont été considérés comme des notions qui influencent les attitudes de recherche d'une bonne santé. En général, "risque" est un mot utilisé par les professionnels de santé mais rarement par les jeunes. Comme on a vu à Kisumu, souvent ce qui est considéré comme un risque par le personnel médical ne l'est pas toujours par les jeunes parce que perçu comme faisant partie de la vie quotidienne...du banal, de l'habituel à la mode.

Comme l'expliquent Johnson et Johnson (1975), la négociation est un processus par lequel des gens veulent aboutir à un accord mais ne s'entendent pas sur la nature de cet accord. Ils essaient de mettre en place une action dont le but est d'établir les parties qui donnent ou reçoivent lors d'une transaction entre elles. Cette notion de choix étant malheureusement rarement présente dans ces moments-là, les problèmes d'immaturité, d'ignorance et la difficulté de prendre des décisions ont été démontrés dans ce travail. D'autre part, le terrain d'entente avec le personnel soignant ne se situe pas sur un même plan. Des contraintes légales et éthiques existent déjà lorsque les jeunes cherchent de l'aide. Souvent, le personnel de santé a pris ses propres décisions. Ou bien encore l'attitude autoritaire du personnel soignant et l'usage de son pouvoir ont empêché une

communication efficace et plus limpide. Malgré tout, l'importance de la négociation de ces risques ne peut être ignorée.

4.1.1 La question de négocier : un problème réel!

Comme nous l'avons vu dans les chapitres précédents, le statut des adolescents qui n'est plus tout à fait celui des enfants ni encore celui des adultes, accroît ces problèmes et les expose plus encore aux risques. La responsabilité sociale due à la pression de la vie quotidienne ou à celle que s'imposent les individus pour réussir dans une économie marquée par l'instabilité est évidente. Dans ce contexte, la vie des adolescents est placée sous le sceau du manque de confiance en eux, de l'acceptation par leurs pairs, de considérations sur l'amélioration de la santé et d'autres liées à la maladie. De plus, beaucoup de mécanismes traditionnels de régulation se sont affaiblis, les choses changent et les jeunes sont socialisés différemment: ils recherchent plus d'autonomie par le biais de l'instruction, la quête d'un revenu ou la migration vers les villes à la recherche de travail. La liberté de prendre des décisions est plus grande qu'il y a quelques années, l'acculturation s'accélère sous l'influence de la culture occidentale. Les mariages surviennent plus tard, parfois en raison des études.

En conséquence, les jeunes doivent faire face à différents problèmes et choix pour gérer leurs besoins et désirs. On peut les énumérer comme suit : la pression parentale pour l'abstinence; celle des professionnels médicaux de santé pour l'usage du préservatif; la pression des pairs pour tenter l'expérience; le potentiel économique que représente le fait d'offrir ses faveurs en échange d'argent ou d'objets convoités; les pénalités infligées par l'école ou par les parents si un rapport sexuel débouche sur une grossesse ou un problème de santé lié au SIDA ou aux MST. L'impact de ces pressions est compliqué par le comportement sexuel qui place les jeunes filles dans une position de relative passivité et subordination et qui attribue aux jeunes hommes l'exigence d'affirmer leur masculinité et de proclamer leur domination relative (par exemple, on enseignait aux femmes où était leur place avec le message que la prise de décision concernant les affaires sexuelles relevait de l'homme uniquement). Tandis que la question de négocier la protection est devenue un sujet d'autorité masculine, la honte et la coercition demeurent toujours puissantes. Ces résultats sont similaires à ceux trouvés par Baylies C. *et al.*, (1999), qui expliquent que la pression forte imposée par la société sur les adolescents agit sur leur comportement. Dans de nombreux cas, le résultat a donné des messages mélangés, de confusion et de mauvais choix.

Actuellement, il semblerait que la sexualité des adolescents et leur accès aux services de santé est un problème important pour les jeunes femmes. La gestion de ces risques est toujours un défi et est plus dur pour les adolescentes, notamment en matière de sexualité et d'accès aux services de la santé. Généralement, elles trouvent difficile de se rendre dans les services de PMI où elles peuvent discuter des questions relatives à la santé de la reproduction (MST, planning familial, éducation sexuelle, usage des médicaments, préservatifs, complications pendant la grossesse, l'accouchement et l'avortement etc.). Les jeunes croient qu'ils ne peuvent pas obtenir d'aide dans les cliniques de planification familiale et les PMI, parce qu'ils pensent qu'elles sont surtout réservées aux femmes mariées et aux couples. Même quand le personnel de santé cherche à offrir les méthodes les plus efficaces pour les jeunes et accepte de les recevoir ou lorsque les services de santé sont accessibles, l'environnement n'est pas chaleureux.

Il est vrai que de nombreuses institutions ne laissent aucune place aux adolescents. Par exemple, le personnel soignant n'est pas souvent formé pour savoir comment agir avec les adolescents. Ils ne savent pas comment s'occuper convenablement des problèmes de ces derniers. Ils ne savent pas les conseiller sur le comportement qu'ils devraient suivre. Ainsi, paradoxalement, le personnel leur conseille de s'abstenir ou d'acheter des préservatifs sans se préoccuper de savoir quelles difficultés ces simples actions peuvent représenter pour un adolescent qui subit des changements psychologiques et physiologiques et qui doit répondre à de fortes demandes culturelles, économiques, sociales (*la honte, la peur, l'embarras etc.*). Certains soignants désapprouvent l'activité sexuelle à cet âge ou découragent les demandes d'informations de leur part. Certains se sentent mal à l'aise de parler de sexualité avec les jeunes.

On a vu que la plupart des femmes reçoivent des soins prénataux trop tardivement pour bénéficier au mieux de ce genre de soins. Selon le KDHS (1998), plus de deux tiers des femmes qui reçoivent des soins prénataux commencent les consultations à partir du troisième trimestre de la grossesse. Plusieurs facteurs expliquent leur démarche tardive : l'usage de ces soins est fortement associé au niveau d'instruction et à la connaissance de l'importance de consultations prénatales. Les obstétriciens recommandent généralement que les visites prénatales soient faites mensuellement jusqu'à la 28^{ème} semaine, une fois toutes les deux semaines jusqu'à la 36^{ème} et de manière hebdomadaire jusqu'à la quarantième. Souvent, les patientes y allaient en dernier recours, seulement après l'échec de l'automédication et celui des conseils des revendeurs de

médicaments, des pharmaciens ou du guérisseur traditionnel. Ils sont découragés par les procédures longues, fatigantes et compliquées, les longues files d'attente et le coût. De plus, de nombreux centres sont frappés par des pénuries de médicaments et la faible relation patient - personnel conduit à une désaffection des patients.

Un retard dans l'entreprise des soins sanitaires est compris comme la source principale des complications pendant la grossesse et/ou à la naissance et dans la demande des services de MST. A eux seuls, les risques graves nécessitant une hospitalisation, comme les saignements, les MST, les œdèmes, les complications d'avortement et les cas de césarienne, suffisent à saturer les capacités des hôpitaux, déjà affaiblis par les problèmes des urgences, des transferts, le manque de personnel et la fermeture de sections qui en découle. Les salles de maternité sont remplies à capacité, et souvent il n'y a même pas de chirurgie. On a aussi remarqué que le VIH n'est pas considéré comme un risque dans les services de santé maternelle et infantile. Le personnel de santé perçoit le risque mais croit qu'il n'y a rien à faire effectivement pour remédier à cette situation. Nous avons constaté l'importance des mentalités pour comprendre la signification de certaines maladies, par exemple, le terme de '*chira*' qui exerce une influence sur le choix du traitement soit dans une structure médicale formelle, soit dans un cadre traditionnel (ou les deux combinés, par exemple, dans le traitement de '*rarwi*'). La communauté a intégré cette notion de '*chira*', pour expliquer les risques qu'elle ne comprend pas. Le personnel de santé, qui y croit aussi parfois, envoie les patients à des guérisseurs traditionnels pour traiter ces problèmes.

On a vu qu'il y a un manque d'information et d'accessibilité des soins, avant l'accouchement, la communication entre soignant et soigné : déterminants qui accroissent la vulnérabilité des jeunes mères. Les jeunes ont des difficultés à trouver des services qui leur conviennent, où on peut discuter de questions relatives à la santé sexuelle, ou simplement se procurer des contraceptifs. Toutes sortes de problèmes apparaissent dans le combat contre la prise de risque, tels que des barrières psychologiques, bureaucratiques (un '*laissez aller*' qui aboutira à une perte de temps, et à la détérioration des standards d'un hôpital), comportementales (socialisation, ridicule), des barrières relationnelles (attitude professionnelle, le défaut de communication, distanciation soignant / soigné, clientélisme etc.).

Dans de nombreux cas, l'approche de PMI ne semble pas être prise en compte sérieusement. Les besoins de santé des femmes, surtout des jeunes femmes qui ne sont pas enceintes et qui n'utilisent des moyens contraceptifs, ne sont pas pris en compte dans les centres de santé maternelle et infantile, malgré l'existence d'un service de jeunes formés pour conseiller en matière de santé de la reproduction (*peer education & counselling*) et la promotion et la distribution de préservatifs (*social marketing*). En fin de compte, on ne parvient pas à accommoder les besoins très variables des jeunes et l'interaction avec les services de santé est médiocre car les uns et les autres ne sont pas à l'aise pour aborder ce type de discussions.

Cette étude a aussi démontré que le risque est également lié à l'environnement physique dans lequel vivent les jeunes gens. Quand une adolescente tombe enceinte, elle doit se résoudre à des choix difficiles que l'on pourrait ordonner ainsi : la décision de garder l'enfant ou non, les mesures de santé appropriées à sa situation, le choix du lieu de soins. Ces choix sont influencés par son éloignement par rapport au centre médical, par l'existence et le coût du transport, par le manque d'argent. Le choix d'un lieu est déterminé tant par les conditions économiques dans lesquelles elle vit, que par son statut social. Le fait que la plupart des institutions ne soient pas adaptées à l'accueil des adolescents ne joue pas en leur faveur.

Dans les relations sexuelles, la difficulté de négociation dans le domaine du sexe pose de sérieux problèmes et les filles se perçoivent comme étant plus désavantagées que les garçons. Les préservatifs sont plus souvent mentionnés en association avec les rapports protégés. Elles connaissent d'autres méthodes de protection qu'elles croient efficaces. Elles connaissent aussi les risques et les dangers couverts par ces méthodes. Cependant, l'usage efficace de ces stratégies est difficile pour les jeunes femmes. Le problème majeur, pour elles, c'est comment mettre en pratique leurs connaissances car il apparaît que l'autorité / le pouvoir joue un rôle considérable dans leurs choix. Cela limite la façon dont elles peuvent se repérer en matière de rapports sexuels protégés. On apprend à partir de questions quant à l'utilisation des préservatifs dont la majorité ignoraient avant qu'il tombe enceinte. Une minorité de ces jeunes mères utilise des préservatifs régulièrement après la naissance. Plus souvent, les préservatifs sont considérés comme à utiliser avec des partenaires occasionnels. L'utilisation de ces préservatifs est rarement discutée et on ne peut que spéculer sur leur utilisation, bien que souvent, on a vu que la négociation de leur usage a été tentée mais en vain. De plus, une grande partie des réponses témoignent d'une confusion quant à la protection assurée par les préservatifs et leur efficacité comme contraceptif.

Selon Singer (1993) 'pour les hommes, la sécurité sexuelle, il s'agit de porter des préservatifs; pour les femmes, cependant, la sécurité sexuelle n'est pas atteinte facilement car il existe des risques pour les femmes qui s'engagent dans des relations sexuelles". Il constate aussi que les rapports sexuels protégés quant au sida et aux risques associés, n'entraînent pas forcément la sécurité en terme de risque psychologique (estime de soi, porte de reconnaissance etc.) ou économique. Bien que Kisumu comporte un des plus grands nombres de ONG engagées dans des activités d'information, d'éducation et de communication (IEC), le secteur public n' a pas encore bien adopté les programmes d'éducation sexuelle. De plus, comme l'indique Holland (1990), la cause de cela réside dans le fait que les inégalités et les relations de pouvoir, qui font souvent partie des relations hétérosexuelles, ne sont pas prises en compte.

C'est d'avantage la grossesse que les MST ou le VIH que les femmes considèrent comme l'un des risques majeurs qu'elles rencontrent dans les relations sexuelles. Cependant, pour bon nombre de mères le risque de contracter le VIH est important. Beaucoup d'entre elles s'imaginent qu'elles ne sont pas personnellement exposées au risque du VIH : elles fondent ce sentiment d'invulnérabilité sur leur fidélité en tant que conjoint... Quant au dépistage des MST, instaurer une coopération entre partenaires semble un peu problématique. Les jeunes femmes témoignent que le plus souvent, ce n'est pas pratique et que c'est difficile d'y arriver. Ces jeunes femmes donc, doivent faire un choix entre les dangers potentiels et leur pouvoir de maintenir un équilibre avec leur conjoint ou leurs amis.

Cette étude a démontré l'importance du rôle des accoucheurs traditionnels dans cette période de transition pour les jeunes, l'adolescence, et illustre la façon dont les services de santé publique sont considérés (des récits d'horreur, d'insalubrité). Nous avons remarqué que les jeunes femmes sont plus réticentes à rechercher un traitement par peur d'être réprimandées ou ridiculisées, elles sont réticentes à parler ouvertement, soit pour éviter l'embarras soit parce qu'elles ont peur que le caractère confidentiel ne soit pas respecté. Il apparaît aussi qu'elles désirent moins utiliser les services de santé publique ou sont incapables de payer et qu'elles courent le risque d'être traitées avec mépris ou d'être renvoyées. Il y a aussi le mauvais accueil, la discrimination, la mauvaise presse, l'opinion sur les administrations et sur la gestion liée aux pénuries et détournements de médicaments, le temps d'attente trop long pour être soigné et le personnel peu respectueux des règles de déontologie, l'absence et le retard de personnel.

On a remarqué que les personnes qui connaissent des membres du personnel de santé sont toujours mieux "traitées" que les patients anonymes. Cela a créé un système de 'faveurs,' fournies au niveau du statut du personnel (dans la quel le plus souvent, tout les personnel est impliqué). Par exemple, on demande également aux femmes enceintes d'acheter des choses dont elles pourraient bénéficier gratuitement ou qui sont inclus dans le forfait d'admission (déjà payées). Mais la plupart des patientes n'ont pas les moyens de payer le tarif minimal imposé dans ces centres hospitaliers publics ... Il y a plusieurs raisons qui expliquent les causes d'insatisfaction de ces patientes et on trouve beaucoup de jeunes femmes qui préfèrent aller chez les tradipraticiens ou les infirmiers " de quartier ". Par exemple, le recours à l'avortement est important chez les jeunes. Souvent, l'argument est que les tradipraticiens ou les infirmiers " de quartier " sont plus accessibles, plus accueillants, posent peu de questions et il est possible de négocier les paiements (payer en plusieurs versements) etc. Malheureusement, la motivation, l'expérience et les conditions d'hygiène des tradipraticiens ou des infirmiers " de quartier " posent beaucoup de problèmes. Ces problèmes ont créé une situation grave où les jeunes femmes et le personnel de santé courent le risque de la combinaison de ces problèmes de la santé de la reproduction.

De telles attitudes restreignent toute possibilité de dialogue constructif sur les besoins de la communauté et, par exemple, contribuent à exposer les jeunes à des risques d'infection par des MST ou par le VIH ou encore à des grossesses non désirées. Nous avons vu que les personnel soignants sont souvent peu aimables, voire agressifs, avec les patientes quand celles-ci ne se font pas réprimander. Si les jeune patientes ont la possibilité de s'exprimer, elles se disent ignorées, elles sentent que leur avis, leur propre explication sur ce qui s'est passé n'est pas pris en compte. Elles se considèrent prises comme des objets et non comme des êtres humains, auxquels on offre des réponses toutes faites à des problèmes individuels et complexes. Ces pratiques peuvent traduire un déficit d'identité professionnelle de la part du personnel soignant s'il peine à se faire reconnaître en tant que professionnel, ou peuvent refléter une volonté de distanciation afin de marquer la différence de classe sociale entre patients et personnel soignant. Ces résultats rappèlent ceux de plusieurs enquêtes récentes (Jewkes et al., 1998; Haddad et al. 1998; Jaffré & Prual, 1994). Enfin, on peut conclure que la précarité de la condition des jeunes est liée à la faible performance de l'hôpital provincial et à l'écart entre les normes officielles de consultations prénatales et les pratiques réelles des femmes. En résultat, le recours aux itinéraires alternatifs (tradipraticiens et autres prestataires) est de plus en plus fréquent.

4.1.2 Quelques éléments de réflexion pour la thèse

Pour terminer, la plupart des informations que j'ai recueillies au cours de notre séjour sur le terrain sont encore insuffisantes, à cause d'un séjour trop bref sur le terrain. Les résultats auxquels je suis parvenue ne se veulent pas conclusifs. Il reste un domaine d'investigation anthropologique relativement vierge sur la question de la santé de la reproduction des adolescents, qui mérite un approfondissement certain en vue de mieux appréhender les phénomènes de la santé de la reproduction au Kenya. La problématique de la santé reproductive des adolescents est vaste et ouverte. Mon intérêt est de poursuivre cette problématique dans le cadre d'une thèse - mettre en rapport les trajectoires et les comportements en santé reproductive des adolescents. L'intitulé provisoire de ce travail futur serait " La santé reproductive des adolescents au Kenya : l'exemple de la province de Nyanza."

Ce type d'étude est très utile afin de donner l'image des comportements relatifs à la santé et des problèmes parmi les adolescents, des données de base pour les initiatives de la santé, pour encourager la prise de conscience publique sur les problèmes des adolescents et faire un plaidoyer sur la nécessité de programmes d'intervention accessibles aux jeunes. Il a aussi comme but de saisir les comportements sexuels des jeunes, les aspirations et les craintes – à partir des adolescents, des parents ou de la communauté en général, dans le développement des programmes d'intervention, jusqu'au niveau du district ou au niveau national où les politiques sont mises en place. Ce type de données est aussi très important aujourd'hui au Kenya, car il permet de connaître ce qui se passe dans certains systèmes de santé en matière de santé sexuelle et de la reproduction parmi les adolescents. Il est également important de faire cette étude à la fois dans un milieu rural et dans un milieu urbain. Cette approche comparative permettrait sans doute d'accéder à des solutions à l'échelle nationale.

Annexes

Annexe 1 : Guide des entretiens

I Jeune femmes enceintes ou mère*

Situation générale de la jeune femme

age, activité, nombre d'enfants,
mariée/vivant en couple, et activité du partenaire
Aidée habituellement par qui
Habite avec les parents? Le partenaire? Seul?

Relations avec le(s) partenaire(s)

Utilisation de contraceptif, de préservatif habituellement
Enfant désire ou accident (qu'est-ce qu'un accident réellement)?
Projets avec le partenaire (mariage, déplacement...)
Nombre d'enfants désires

Dernier épisode de maladie (probe MST)

Quelle maladie ? Soignée ou?
Pourquoi avoir choisi cette structure de soins?
Qui vous a aidé les personnels de santé?
Avez vous, ou non, choisi l'hôpital ?
Relation avec les personnels de santé?
Etiez-vous satisfaite? (Oui/non? Pourquoi?)

Relation avec les parents / les amis

Informée par qui sur les questions de sexualité et de grossesse?
Discussions avec la mère ? Les amis?

La(les) grossesse(s)

Pouvez-vous nous raconter avec précision comment se sont passés les grossesses:
première personne informée?
Comment vos parents ont réagi?
Comment le père de l'enfant a réagi?
Comment s'est déroulée la grossesse? (douleurs, problèmes etc.)
Consultations prénatales ou?
Avez-vous suivi toutes les consultations prénatales? Si non pourquoi?
Impressions sur les personnels de santé ? bonne? Mauvaise? Conseils donnés utiles?

L'(les) accouchement(s)

Pouvez-vous nous raconter avec précision comment se sont passés les accouchements:
décision d'aller à l'hôpital? à quel moment? Qui a décidé?
Comment s'est fait le déplacement à l'hôpital?
Qui a payé?
Comment s'est déroulé l'accouchement: durée, douleur...
Comment étaient les personnels de santé ?
Quelle fut l'attitude, à votre égard, du personnel de santé au cours de vos accouchements ?
Avez vous eu des cas de mauvaise expérience avec eux ?

Le Partenaire

S'il est possible essayer de trouver le partenaire (le père de l'enfant) et l'interroger sur:

S'on activité/ sa situation

S'il désirait ou non l'enfant

Comment il va faire pour contribuer aux frais d'éducation et de santé de l'enfant ?

Comportement au moment de l'accouchement (a accompagné la femme? A payé le déplacement? a payé gants, coton etc....)

II Personnel de santé

Formation : dernière année de votre formation professionnelle

Nombre d'années de formation

Où avez vous suivi votre formation

Pour quoi avez-vous choisi cette profession

Vos précédents travaille

Votre premier emploi? Où ? type de travail ?

Vos autres emplois? Où? Types de travail?

Votre job actuel

Votre secteur (service) ? depuis quand ?

Que faits vous exactement? (eu quoi consiste votre travail)

Quelle est votre principale motif de plainte au suffit de ce service ?

Principaux complications auxquelles vous êtes confrontée avec les femmes ?

Décrivez un cas de complications que vous avez rencontré

Avez vous des expériences de fausses couches, avortements ?

Accouchement à la maison

Que partez-vous de l'accouchement à la maison ? Que pensez vous des TBA ?

Acceptez vous de prendre en charge l'accouchement chez elle ? ou bien avec une TBA, d'une femme qui n'a pas assisté à une consultation prénatale ?

Avez vous déjà refusé de voir une femme consultation? Pour quoi ?

Que faites vous dans le cas où une femme se présente sans ce carte ?

Douleur

Est ce que la douleur est normale au cours de l'accouchement ?

Pouvez vous faire quelque chose pour diminuer la douleur ?

Que faits vous dans le cas où une femme (souffle) beaucoup ?

Avez vous déjà commis une faute professionnelle ? (argumentation)

Avez vous déjà été sanctionnée? Peut-être pour un motif non valable (expliquez)

Avez vous d'autres sources de revenus? (travail dans le secteur privé, commerce ? etc.)

III Les guérisseurs

Compétence professionnelle

Comment avez vous acquis votre compétence professionnelle en matière d'accouchements ?

Avez vous suivi une formation? Si oui, où ? grand ? Qu'avez vous appris de nouveau que vous ne connaissiez pas auparavant ?

Êtes vous titulaire (registrée) en tant que TBA ? si oui, quels en sont les avantages ?
En quoi consiste exactement votre travail? (enlever la placenta qui ne soit pas, place le bébé dans la position correcte, affronter le cas des enfants morts nés ou des fausses couches, etc. ?)

Nombre d'accouchements

Combien demandez vous à vos patients par naissance ?
Avez vous une autre source de revenus ? Si oui, la quelle ?
Gants, coton etc., vos patientes doivent-elles l'acheter ou bien pouvez vous ce leur vendre ?
Combien d'accouchements pratiquez vous par mois ?
A quand remonte votre dernier accouchement (le dernier que vous avez pratiqué ?)
A votre avis, est ce que le nombre de femmes que vous aidez à accoucher augmente ou diminue ?
Pour quoi ?
Si une femme est sur le point d'accoucher et ne présente pas sa carte hospitalière, que faites vous ?

Complications

Quelles sont les principales complications aux quelles vous avez eu à faire avec des femmes enceintes ?
Quand un problème survient juste au moment où le bébé arrive, que faites vous ?
Pouvez vous nous donner un exemple de naissance qui, défie vous, fait partie de l'un des cas les plus compliqués auxquels vous avez eu affaire ?
Au cours de votre expérience, avez vous le sentiment d'avoir commis une faute au moins une fois ? si oui, quelle faute? Cette faute a-t-elle eu une incidence sur votre carrière professionnelle ? si oui, la quelle ?
Avez vous eu des expériences de fausses couches ? de mères décédés, d'enfants mort nés ?

La douleur

Est ce que la douleur au cours de l'accouchement est normale ?
Que faites vous dans le cas où une femme se plaint trop ?
Possédez vous certains médicaments pour diminuer la douleur ?

Le personnel de santé

Avez vous eu des relations professionnelles particulières avec une infirmière, une sage femme dans un hôpital ? si oui, quel hôpital ?
Quelle est votre opinion au sujet du personnel de santé, quand ils aident une femme à accoucher ?
Manquent-ils de délicatesse ?
A votre avis, pourquoi les femmes enceintes préfèrent –elles être accouchés par une TBA plutôt que d'aller à l'hôpital ?

Les jeunes mères

Quel âge avait la plus jeune femme que vous avez aidé à accoucher ?
Comment vous êtes vous débrouillée avec ce cas de mères très jeune ?
Est-ce que le fait d'être enceinte très jeune, est un vrai problème ?

III Les jeunes patientes des guérisseurs

(Mentionne si le patiente habite près chez la TBA)

Pouvez vous nous expliquer comment s'est déroulé votre accouchements avec cette TBA ?
Avez vous assisté à des consultations prénatales pour cet enfant ?
De combien de mois (de grossesse) étiez vous ?
Quand vous avez assisté à votre première consultation prénatale ?

A combien de consultations prénatales avez vous assisté ?
Avez vous choisi d'être accouchée par cette TBA plutôt que d'aller à l'hôpital ?
Pourquoi avoir choisi cette TBA plutôt qu'une autre ?
Combien vous a-t-elle demandé ? (pour l'accouchement)
Avez vous eu à payer le rasoir , le coton, les gants, etc.
Si vous aviez eu le choix à ce moment là, auriez vous préféré accoucher dans un hôpital ?
Combien d'enfants avez vous ? quel age ont-ils ?
Avez vous eu des complications au cours de l'un de vos accouchements ? si oui ? les quelles ?
Avez vous eu des fausses couches, des avortements spontanés, des cas de mort de l'enfant ?
Où avez vous accouché, pour chaque enfant ?
Quelle a été l'attitude du personnel de santé au cours de vos accouchements ?
Avez vous eu de mauvaises expériences avec eux ?
Combien avez vous payé à l'hôpital ?

Vous-mêmes

Quelle age avez vous ?
Quelle est votre profession ?
Quelle est la profession du père de vos enfants ?
Êtes vous mariée ?
Quelle est votre niveau d'études ?
Quelles sont vos méthodes de planning familial
Question de MST/VIH
Autres sujets se présentant

*(Ajouter des questions dans le guide destiné aux jeunes femmes à l'hôpital)

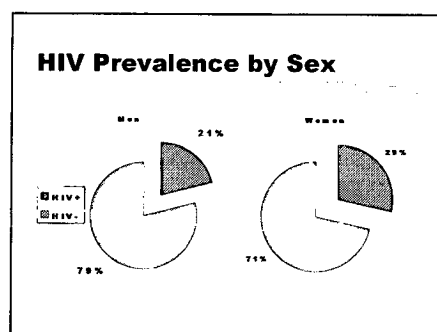
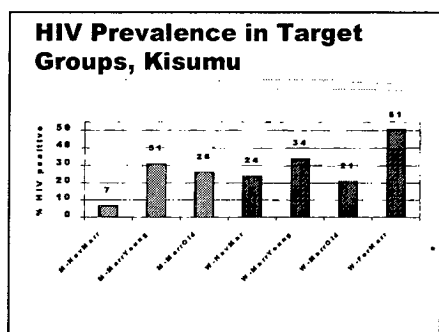
Annexe 2 : Tableaux et graphiques

Vital health indicators

Crude birth rate (CBR)	39/1000 population
General fertility rate (GFR)	172/1000 population
Crude Death Rate (CDR)	29/1000 population
Infant Mortality Rate (IMR)	90/1000 live births
Maternal Mortality Rate (MMR)	200-225 deaths per 100,000 live births
Family planning Acceptance Rate	45.8%
Growth Rate	3.3%
Immunization coverage	46%
Prevalence of stunting children	18%
Prevalence of wasting children	5.5%
Severe Malnutrition Rate	15-8%
Income per capita	600/=
Safe water supply	35% (of total population)
Population density	443 persons per sq. Km
Under five years mortality	110/1000 population
Dependency Ratio	100 : 107
Life Expectancy Rate : Men	47.2 years
Women	50.7 years
Both	49 years

NB : The above rates were determined by studies done in 1994/1995

Prevalence of HIV (youth)



Prévalence of important STI's, 1997

Sexe	Syphilis %	Chlamydia %	Gonorrhée %	Trichomonas %	HIV %
Homme	1.7	1.7	0	-	20.9
Femme	3	4.6	0.9	29.1	31.0
Moyen	2.5	3.8	0.6	29.1 (f only)	25.9

Source: Preliminary results of the Multisite Kisumu Study (Biomedical data), Population Council

Bibliographie

- Ajayi, A.A; Marangu, L.T & Paxman J.M.; 1991. "Adolescent Sexuality and Fertility in Kenya: A Survey of Knowledge, Perceptions, and Practices", *Studies in Family Planning*. 22 (4) 205-216.
- Abdool Karim Q., Matthews C., et al. 1997 'HIV/AIDS and STDs in South Africa.' *The National HIV/AIDS and STD Review*. Pretoria : Department of Health.
- AMREF, 1994. *Female Adolscent Health and Sexuality in Kenya Secondary Schools ; A Survey Report*.
- Assie-Lumumba, N.T. 1995. "Gender and Education in Africa. A New Agenda for Development" *Africa Notes*. Institute for African Development. Cornell University. 1-4.
- Baker, J. et Khasiani S., 1992, Induced Abortion in Kenya: Case histories. *Studies in Family Planning*. 23(1):34-44
- Bandura A., 1989, 'Perceived self-efficacy in the exercise of control over Aids infection.' In V M Mayes, G. W. Albee and S. F. Schneider (eds.), *Primary Prevention of Aids: Pyschological Approaches*. Pp.128-141; London : Sage publications
- Barker, G. and Rich, S. 1990. *Adolescent Fertility in Kenya and Nigeria. Final Report for a Study Tour Conducted June-July 1990*. Washington DC. The Center for Population Options, and the Population Crisis Committee.
- Barreto, T. et al. 1992. 'Investigating Induced Abortion in Developing Countries ; Methods and Problems,' *Studies in Family Planning* Vol.23 No.3
- Baudet, J.H; Aubard Y.; Grandjean M.H.; Gasq M.; & Cobin L. 1993. *Adolescent Contraception*. Gaette Medicale De France. 100 (2) 10-12.
- Baylies, C., and Bujra J., et al., 1999, Rebels at risk : young women and the shadow of AIDS in Africa. In Becker, C., J-P. Dozon, et al., Eds. (1999). *Vivre et penser le sida en Afrique*. Dakar-Paris, CODESRIA-Karthala-IRD
- Becker, M.H., ed. (1974) *The Health Belief Model and Personal Health Behaviour*. Thorofare, NJ: Charles B. Stack
- Blaise P. (ICHD 1996) "Remettre la relation au cœur de la méthode clinique, une priorité pour améliorer la qualité des soins." *Lettre du RIAC* Novembre 2000
- Belgian Administration for Development Cooperation. (1996) *Proceedings of the Provincial IEC Workshop Nyanza*, held at hotel Hippo Buck, Homa Bay. Kenya.
- Bledsoe, C.H. and Cohen, B. 1993. *Social Dynamics of Adolescent Fertility in Sub-Sahara Africa*. Population Dynamics of Sub-Saharan Africa. National Academy Press. Washington, D.C.
- Bongaart, S. J. and J Bruce. 1995. "The Causes of Unmet Need for Contraception and the Social Services", *Studies in Family Planning*. 26 (2) 57-75.

Buvé A., M. Laga, B. Ferry, B. Auvert, M. Caraël, Chege J. et al., L'étude multi-site sur les différences dans la propagation du VIH dans quatre villes d'Afrique subsaharienne, ONUSIDA, Genève. (<http://www.unaids.org>)

Caldwell J., *Reasons for limited sexual behavior change in the sub-Saharan African AIDS epidemic, and possible future intervention strategies*. Health Transition Centre, The Australian National University, Canberra, 1999

Caraël M., 1995. 'Sexual behavior' in J. Cleland and B. Ferry, *Sexual behavior and AIDS in the developing world*, London: Taylor and Francis: 75-123.

Chambua S.E., Rwebangira M.K., Liljestrom R., and Urassa E.J.N. 1994, 'Facts about and images of teenage girls in Tanzania,' in Z. Tumbo-Masabo and R. Liljestrom (eds) *Chelewa, Chelewa, the dilemma of teenage girls: 15-34*, Uppsala: The Scaninnavian Institute of African Studies

Centre for Applied Research on Population and Development (CERPOD), 1996, 'Résultats d'une étude régionale dans cinq pays d'Afrique de l'Ouest.' *Les Jeunes en Danger*.

Chege F., Rimbui, Z and Olembo, W. 1994. *Getting to and From School in Nairobi: Girls and the Painful "Matatu" Ride*. Women Educational Researchers of Kenya, Nairobi.

Chege J., Njue C., 1999, *Insights into Youth Sexual Networking in Kisumu: report for the Multicentre study on factors determining the differential spread of HIV infection in African towns*, Population Council Dissemination workshop, Nairobi.

Cleland J., Carael M. & Coll, 1993 *Reported extra marital sex, a cross national study, implications for STD/HIV transmission, AIDS prevention and impact in the developing world: the contribution of demography and social science*

Deabster, K. 1995. 'Seen but not Heard,' *Girls Educational Barriers in Secondary Schools in Western Kenya*. PhD Dissertation Seminar Paper of BER, Nairobi. March

DHS Chartbook on Marriage and Childbearing. 1992. *Adolescent Women in Sub-Saharan Africa*. International Population reference Bureau. Washington. USA.

Doyal L., 1994. 'HIV and AIDS: putting women on the global agenda,' in L Doyal, J. Naidoo and T. Wilton (eds), *AIDS, setting a feminist agenda*, London: Taylor and Francis: 11-29

Fassin D., 1990 *D'écrire, Entretien et Observation*, Fassin et Jaffré (éd.) : 87-106

Ferguson, A. 1988. 'Schoolgirl Pregnancy in Kenya'. Report of a Study of Discontinuation Rates and Associated Factors. Ministry of Health/GTZ Support Unit. Nairobi, Kenya.

Feyisetan, B. and A.R. Pebley. 1989. 'Premarital Sexuality in Urban Nigeria,' *Studies in Family Planning*, 20(6) 343-354.

Fishbein M. & Ajzen, I. (1975). *Belief, Attitude, Intention and Behavior. An Introduction to Theory and Research*. Reading, MA: Addison-Wesley.

Furnham A., 1994. 'Explaining Health and Illness: Lay perceptions on current and future health, the causes of illness and the nature of recovery.' *Soc.Sci. Med.* 39: 715

Gaisie K., Cross A.R. and Nsemukila G. 1993. *Zambia Demographic and Health Survey 1992*, UNZA, CSO, Macro International Inc., Lusaka.

- Geronimus, A.T. 1987. 'Teenage Childbearing and Neonatal Mortality in United States.' *Population and Development Review* Vol.2.
- Goffman E., 1959 *The Presentation of Self in Everyday Life*, Doubleday: Garden City, New York
1974 *Les rites d'interaction*, Paris, Editions de Minuit
- Gruénais M.E., M. Boumpoto M., D. Fassin, E. Gauvrit et al., 1997 'Enjeux sociaux et politiques de la prise en charge des malades du sida au Congo: attitudes contradictoires,' dans *Le sida en Afrique*. Collection sciences sociales ANRS-ORSTOM. pp.117-123
- Gruénais M.E., 2000, "Do African health care systems really address the problem of AIDS," in *AIDS Infothek*, pp. 27-30
- Gruénais M.E., Njue C., 2000 'Santé maternelle et risque d'infection par le VIH. L'exemple de Kisumu (Ouest du Kenya), Réseau anthropologie de la santé en Afrique. Bulletin n° 1, SHADYC pp.83-89
- Haddad S., Fournir P., Machouf N. and Yatara F., 1998. What does quality mean to lay people? Community perceptions of primary health care services in Guinea. *Soc.Sci.Med.* Vol.47, pp.381-394
- Hillier, L., Warr D., Harrison L., 1998. Negotiating competing discourse about safe sex. *Journal of Adolescence*, 21, 15-29, The Association for Professionals in Services for Adolescents, Australia.
- Hahonou E., 2000 'Etre patient : étude des interactions entre agents de la santé et usagers dans un service d'urgences,' dans le Réseau Anthropologie de la santé en Afrique. SHADYC, pp.91
- Holland J., Ramazanoglu C., Sharpe S. and Thompson R. 1992a. '*Pressure, resistance, empowerment: young women and the negotiation of safer sex,*' in P. Aggleton, P. Davies and G. Hart (eds.), *AIDS, rights, risk and reason*. London: Falmer Press: 142-162
- Hulton L., R. Cullen, Wamala K. S., 2000, Perceptions of the Risks of Sexual Activity and their consequences among Ugandan Adolescents. *Studies in Family planning*, 31 [1]: 35-46
- Ilinigumugabo, A. 1995. Psycho-Social and Health Consequences of Adolescent Pregnancies Among Out of School Adolescent Girls in Four Rural Communities in Kenya. Center for Family Studies *Research Report Series* No. 1. CAFS. Kenya.
- Jaffré Y., 1999 Les services de santé "pour de vrai." Politiques sanitaires et interactions quotidiennes dans quelques centres de santé (Bamako, Dakar, Niamey), APAD '*Anthropologie de la santé*, bulletin N°17 pp.3-18
- Jaffré Y., & Prual A., 1994 'Midwives in Niger : an uncomfortable position between social behaviours and health care constraints,' *Soc.Sci.Med.*, vol.38 pp.1069-73
- Jaskiewicz, J.A. and McAnerney E.R. 1994. "Pregnancy During Adolescence", *Pediatrics in Review*. 15 (1). 32-38.
- Jewkes, R., Naeemah A. and Mvo, Z. (1998) "Why do nurses abuse patients? Reflections from South African obstetric services. *Soc.Sci.Med.* vol. 47, pp.1781-1795.

- Jewkes R., C. Vundule, F. Maforah, E. Jordaan, 2001, Relationship dynamics and teenage pregnancy in South Africa, *Soc.Sci.Med.* 52, 733-744
- KDHS 1993, *Kenya Demographic and Health Survey*. National Council for Population and Development/Central Bureau of Statistics. Calverton, Maryland : NCPD, CBS and MI
- KDHS 1998, *Kenya Demographic and Health Survey*. National Council for Population and Development and Central Bureau of Statistics. Calverton, Maryland : NCPD, CBS and MI
- Kane, T., De Buysscher, R., et al., 1993. "Sexual Activity, Family Life Education, and Contraceptive Practice Among Young Adults in Banjul, The Gambia", *Studies in Family Planning*. 24 (1). 50-61.
- Karanja, D. 1995. "Sexual Harassment at Campus" in *We: The Women of Today Magazine*. Nairobi. March.
- Kleinman A., 1980 *Patients and healers in the context of culture*. University of California Press, Berkeley.
- Kinoti SN et al., Monograph on Complications of Unsafe Abortion in Africa, Baltimore, MD, USA: Commonwealth Regional Health Community Secretariat, Washington, DC: Centre for Population Options, 1992.
- Kiragu, K. 1991. *Factors Associated with Sexual Contraceptive Behavior Among School Adolescents in Kenya*. The Johns Hopkins University School of Hygiene and Public Health. USA.
- Kiragu, K. and Zabin, L.S. 1995." Contraceptive Use Among High School Students in Kenya" *International Family Planning Perspectives*. 21 (3) 108-113.
- Kisumu Primary Health Care Community based activities - Evaluation report. Health Policy and Management Dpt, AMREF and PHC Unit, Ministry of Health, 1993, 48p
- Kombewa Health Centre and Katieno-Kowe Community. (1996) *A report from Kombewa Health Centre and Katieno-Kowe Community about the Kendu Bay Mission Hospital (Home Based Care for the terminally ill)*. Nyanza Province
- Koné M., 2000 ; L'avortement : une pratique contraceptive 'sure' en Côte d'Ivoire.' Réseau anthropologie de la santé en Afrique. Bulletin n° 1, SHADYC pp. 95-96
- Kulin, H.E. 1980. 'Adolescent Pregnancy in Africa : A Programmatic Focus,' *Social Science and Medicine* 26, (7) 727-735.
- Lackritz EM, Ruebush TK, Zucker JR, Adungosi JE, Were JBO, Campbell CC (1993) *Blood transfusion practices and blood-banking services in a Kenyan hospital*. *AIDS* 7 (7)
- Labeeuw J., 1992, Impact of interventions at the existing food handlers clinics on the control of sexually transmitted diseases in Kenya
- Lema, V.M. 1990. "The Determinants of Sexuality Among Adolescent School Girls in Kenya", *East African Medical Journal*. 191-200.
- Lema ,V.M.; Makhokha, A.E.; Sanghvi, H.C. and Wanjala, S.H.1991. "A Review of the Medical Aspects of Adolescent Fertility in Kenya", *Journal of Obstetrics and Gynecology of Eastern and Central Africa*. 9 (1) 37-43.

Lema, V.M. and Njau, W.P. 1991. *Abortion in Kenya: A Traditional Approach to Unwanted Pregnancy*; Lema, V.M., and Kabeberi-Macharia, J. 1992 *A review of Abortion in Kenya*; Center for the Study of Adolescence. Nairobi.

Van Campenhoudt, L., M. Cohen (1997). Interaction and risk-related behavior: theoretical and heuristic landmarks. Sexual interactions and HIV risk. New conceptual perspectives in European research. M.C. Van Campenhoudt, Gustavo Guizzardi, Dominique Hausser. Londres, Taylor and Francis Ltd. Pp.59-74

Lydié N, Robinson NJ. 1996 Multi-centre study on factors determining the differential spread of HIV infection in sub-Saharan Africa. Review of demographic indicators in the 4 study sites: INSERM

Maggwa ABN and Ngugi EN, Reproductive tract infections in Kenya: insights for action from research, in Germain A et al., 1992, *'Reproductive Tract Infections: Global Impact and Priorities for Women's Reproductive Health*, New York.

Makinson, C. 1985. 'The Health Consequences of Teenage,' *Family Planning Perspectives* Vol.17, No.3.

Mann, J, Tarantola DJ and Netter TW., The HIV pandemic: status and trends, in AIDS in the world, Cambridge, 1992

Mati J.K.G., MD, Evaluation of Reproductive Health Services: High-Risk Young Adults Clinic, Pathfinder International, Watertown, MA, 1997.

McGrath J.W., Rwabukwali C.B., et al., 1993. *Anthropology and Aids : The Cultural context of sexual risk behavior among urban Buganda women in Kampala*, Uganda. Soc.Sci.Med., vol.36, pp.429-439

McCauley AP and Salter C, Meeting the needs of young adults, *Population Reports*, Series J., No.41, 1995, pp.14-15.

Moumoni A. ; Conceptions et pratiques de l'avortement en pays Songhay-Zarma, Réseau anthropologies de la santé en Afrique. Bulletin n° 1, SHADYC pp.105

Muhondwa, E., 1994 Community Participation in, and Utilisation of health care services in the less developed countries. London School of Hygiene and Tropical Medicine.

Mwabu G., Ainsworth M., Nyamete A., 1994. Quality of Medical Care and Choice of Medical Treatment in Kenya. An Empirical analysis. *J Human Resources* 33 (4).

Nahlen B, Parise ME, Ayisi J, Oloo AJ, Schultz LJ, Steketee RW, (1996) *HIV-1 Infection impairs the efficacy of sulfadoxine-pyrimethamine prevention of placenta malaria infection in Western Kenya*. Abstract read at XIIth International Conference on AIDS in Vancouver.

National AIDS and STD Control Programme. (1997) IEC Work Plan 1997-1998: Support of the Kenya-Belgium AIDS/STD project

National AIDS and STD Control Programme, Kenya-Belgium STD/AIDS Control Project, Ministry of Health, Kisumu, 1999, *Baseline Study to Identify Barriers to Successful Partner Management to Control Sexually Transmitted Diseases (STDs) in Kisumu*, Kenya. MajorStep Consultants, Kisumu.

National AIDS and STD Control Programme, MOH, National Council for Population and Development, Office of the Vice-President & Ministry of Planning and National

Development, 1996. *AIDS in Kenya: background, projections, impact, interventions*. Edited by T Okeyo, G Baltazar, J Stover and A Johnson.

Njau, W. and Radeny, S. 1994. *Adolescence in Kenya*. The Facts. Center for the Study of Adolescence.

Njue C. 2000. Les organisations non gouvernementales et les pouvoirs publics face à la santé : l'exemple du Kenya dans La santé en Afrique : Anciens et nouveaux défis. *Afrique Contemporaine*, n° 195, pp.175

Njue C. 1999 'Influence of Socio-cultural and Economic Risk factors in the spread of STDs & HIV/AIDS: A case study of Kisumu Municipality,' University of Nairobi, Institute of Population Studies and Research. M.A thesis.

Ntukula M. 1994. 'The initiation rite,' in Z. Tumbo-Masabo and R. Liljestrom (eds) *Chelewa, Chelewa, the dilemma of teenage girls*: 96-119

Ocholla-Ayayo ABC 1996 Psycho-social and cultural issues model relating to HIV/AIDS containment and Transmission in Africa with special reference to Kenya. PSRI

Oladosu, M. 1993. "Factors Influencing Adolescent Sexual Activity in Nigeria: Analysis of the 1990 Demographic and Health Survey",. *Journal of Population and Social Studies*. 4 (1-2) 103-119.

Olivier de Sardan J.P., 1992 Enquête de terrain et rigueur du qualitatif, la production des données en socio-anthropologie, in *Anthropologie : Textes Méthodologiques*, SHADYC

Olivier de Sardan, Moumoni A. et A. Souley A., (1999) L'accouchement c'est la guerre » - De quelques problèmes liés à l'accouchement en milieu rural nigérien. APAD 'Anthropologie de la santé.' Bulletin n° 17 pp.71-94

Oppong C. Socio-economic aspects of sex roles and reproductive health, Migration and Population Branch, 1993

Orubuloye I.O., J. Caldwell et P. Caldwell 1991 Sexual networking in the Ekiti district of Nigeria. *Studies in Family Planning* 22, 2:61-73

Quattara F., Interactions entre populations et personnels de santé lors des consultations prénatales. *Réseau anthropologies de la santé en Afrique*. Bulletin n° 1, SHADYC pp.111-124

Poulussen R., Owino FN., Gitangu PW., Nyanjom VK., Oneko M., 1998 *Counselling and Voluntary HIV testing services (VCT) at Nyalenda Health Centre* (Kisumu Municipality), (Oct. 97 - Sept. 98), posters, Nairobi

Puja G.K., and Kassimoto T. 1994 'Education for girls in mainland Tanzania,' in Z. Tumbo-Masabo and R. Liljestrom (eds) *Chelewa, Chelewa, the dilemma of teenage girls*: 54-75

Plotnick, R.D., 1992 The effects of attitudes on teenage premarital pregnancy and its resolution. *American Sociology Review*, pp.57, 800-811

Rogo K., Bohmer L., Ombaka C., 1999, *Community Level Dynamics of Unsafe Abortion in Western Kenya and Opportunities for Prevention*. Centre for the Study of Adolescence & the Pacific Institute for Women's Health, Los Angeles, CA

Rugumyambeto A., Kainamula V; and J; Mziray. 1994. 'Adolescent mothers,' in Z. Tumbo-Masabo and R. Liljestrom (eds) *Chelewa, Chelewa, the dilemma of teenage girls*: 15-34

Sather, Z.A. and Mason, K.O. 1993. "How Female Education Affects Reproductive Behaviour in Urban Pakistan", *Asian and Pacific Population Forum*. 6 (4) 93-103.

School Drop-out and Adolescent Pregnancy. 1995. *African Education Ministers Count the Cost* A report on the Ministerial Consultation held from 15-18 Sept. 1994 in Mauritius. Organised by Forum for African Women Educationalists (FAWE) in Collaboration with The Government of Mauritius.

Senderowitz, J. and J.M. Paxman. 1985. 'Adolescent Fertility : Worldwide Concerns.' *Population Bulletin* Vol.40, No.2 : Evidence from Developing Countries. Vol.II, New York ; Population Studies, No.109.

Singer, L., 1993. *Erotic Warfare: sexual theory and politics in the age of epidemic*. New York: Routledge.

Strauss A., 1993 *La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionnisme*, Paris, L'Harmattan. Logiques Sociales

Suda, C. 1993. "Sex Behaviour, Cultural Practices and the Risk of HIV/AIDS in South Nyanza District, Kenya". *Kenya Journal of Science Series*. C 5-18.

The People. 1996. "Towards Saving Student Mothers" February 23-29. iv. Nairobi, Kenya.

TOROITICH-RUTO C. *The Determinants of Teenage Sexuality and their Understanding of STDs/HIV/AIDS in Kenya*, African Population Policy Research Centre, A programme of the Population Council, Nairobi, Kenya, 1991 survey

Ulin P., 1992, 'African Women and AIDS : Négotiating Behavioural Change,' *Social Science and Medicine*, 34(1):63-73.

UNAIDS/WHO report, 1998. *Aids epidemic update*. Global Summary of the HIV/AIDS epidemic. Genève.

Vidal L., 2000 *Femmes en temps de Sida. Expériences d'Afrique*. Paris, Presses universitaires de France

Youri, P. 1993. *Female Adolescent Health and Sexuality Study in Kenyan Secondary Schools*. An Interim Report. Amref.