

La condition de la femme au Gabon



Immersion en communauté

Du 4 juin au 16 juillet 2005

Charlotte Brun, Anne-Virginie Butty et Stefano Guglielmi

INTRODUCTION

LA CONDITION DE LA FEMME AU GABON : NOTRE SUJET D'ETUDE

Notre but en partant pour cette immersion était d'étudier la vie des femmes vivant dans un autre pays que le notre, de découvrir quels étaient leurs problèmes et comment elles appréhendent leur vie d'épouse et de mère. Pour cibler notre étude nous avons choisi des thèmes particuliers touchant à la fois la femme et la médecine communautaire.

Nos sujets étaient premièrement la maternité, englobant la femme enceinte et les accouchements, les avortements, les MST et la contraception. Parallèlement nous voulions traiter le planning familial dans une approche culturelle, c'est-à-dire l'organisation familiale locale, et dans une approche pratique avec par exemple la contraception. Puis nous voulions aussi aborder des sujets plus sociaux comme par exemple les relations entre les femmes et les hommes et la place de la femme dans la société gabonaise.

Nous avons effectué notre stage dans le cadre de L'hôpital Albert Schweitzer. Dans cet hôpital nous avons pu récolter des informations sur la santé de la femme et aussi faire des recherches plus sociales et culturelles, grâce aux connaissances que nous avons pu faire sur place.

Cette étude n'est pas une dénonciation de ce que nous, étudiants en médecine, pensons qui est faux dans la gestion de l'hôpital Schweitzer. Premièrement il aurait fallut rester au Gabon beaucoup plus longtemps pour comprendre la pratique de la médecine dans cet hôpital, car nous nous sommes aperçu que notre vision ce modifiait au fil du séjour. D'ailleurs des faits qui nous choquaient au début, devenait beaucoup plus compréhensible à la fin de notre voyage. On se rendait compte que la manière de pratiquer était adaptée au lieu. Puis notre but n'était pas de juger le fonctionnement d'un hôpital de brousse mais d'observer la condition de la femme.

NOTRE STAGE

Dans ce chapitre il sera question de « ce que nous avons fait » à l'hôpital Schweitzer. Le but est de décrire notre stage d'un point de vue pratique. Les résultats de la recherche seront traités ultérieurement.

Nous sommes arrivés dans l'hôpital Albert Schweitzer à Lambaréné le 3 juin 2005, un vendredi. Notre stage commençait le lundi, ce qui nous laissait donc un week-end pour nous acclimater au milieu, temps indispensable pour explorer les lieux et commencer dans de bonnes conditions. Nous étions installés dans une baraque à l'intérieur du village de l'hôpital, ce qui nous assurait ainsi une immersion totale. Le lundi matin nous avons rencontré la directrice-adjointe qui nous a fait un planning formidable, qui nous proposait un tournus.

Le tournus était réparti entre trois services : la maternité, la PMI (protection maternelle et infantile) et la chirurgie. Ce tournus, où chacun passait du temps dans un service différent

nous a permis d'avoir plusieurs points de vue différents ainsi qu'un temps d'observation plus long au sein de chaque service. Il a d'autre part permis que nous ne soyons pas trop une charge pour ceux-ci.

La maternité est un service dirigé surtout par des sages femmes, les chirurgiens sont appelés en cas de complications et font aussi office de gynécologues et d'obstétriciens. Le temps que nous avons passé à la maternité consistait principalement à suivre les femmes enceintes avec les sages-femmes, à accompagner les docteurs pendant la tournée matinale, à assister aux accouchements et aux discussions entre le Dr. Diallo (médecin responsable de la médecine communautaire) et les femmes enceintes par rapport à leur éventuel dépistage du SIDA qui sera décrit plus en détail dans la suite de notre travail.

La PMI, quant à elle, est un service aussi très intéressant car elle est typiquement adaptée aux besoins locaux. Elle est dirigée par le Dr Diallo et l'infirmière responsable : Maman Sophie. Deux infirmières en plus de Maman Sophie y travaillent : Hortense et Marie-Benoîte.

Les mères y amènent leurs enfants le matin pour un suivi pédiatrique : prise de poids, vaccination, déparasitage. Le temps d'attente des mères, dans la salle même des examens, était utilisé pour l'enseignement. Les infirmières profitaient de ce moment pour leur apporter des informations sur la nutrition, les infections parasitaires, etc. Ces informations étaient souvent difficiles à transmettre, car il faut imaginer les mères avec souvent plusieurs enfants chacune, dont certains qui pleurent, d'autres qui jouent... Pour faire passer le message, il fallait donc parler fort et être très clair.

La PMI se déplaçait deux fois par semaine dans les villages et se métamorphosait ainsi en PMI mobile. La PMI mobile fait un tournus sur 1 mois des villages desservis, s'occupant ainsi d'une quinzaine de village. Tous les soignants partaient du matin au soir dans un ou deux villages, que l'on nomme souvent selon sa distance par rapport à Lambaréné, par exemple point kilomètre 42 (PK 42). Une fois sur place, la PMI travaille dans un dispensaire quand il y en a un, dans une salle de classe, ou simplement sous un porche couvert. En plus des soins dispensés à l'hôpital, la PMI mobile propose également une consultation payante pour les enfants coûtant 2000 CFA (5 francs suisses).



Dr. Diallo en pleine action à la PMI mobile

Quand la PMI reste à l'hôpital, elle reçoit les mères le matin uniquement. L'après-midi est consacrée à diverses activités comme enrouler du coton pour en faire des cotons-tiges afin de désinfecter le bras avant une vaccination, ou préparer des petits sachets avec le nombre exact de pilules (vermifuges, vitamines, acide folique et fer) à donner aux patients et d'y insérer un bout de papier indiquant la posologie. Cette tâche n'est pas passionnante, mais elle permet de gagner du temps le matin, moment souvent surchargé.

Le choix de la chirurgie comme troisième service était moins clair, car moins dirigé sur notre projet. Dans un premier temps, c'était surtout une façon de pouvoir suivre des césariennes, des pathologies des femmes nécessitant une intervention chirurgicale et d'assister aux consultations puisque ce sont les chirurgiens qui prennent les cas gynécologiques en charge. Cependant, nous avons vite remarqué que les chirurgiens faisaient un travail énorme dans cet hôpital. Deux chirurgiens s'occupaient de ce service : Le Dr Kwasi et le Dr Grégoire. La matinée débutait par une visite des malades hospitalisés dans les pavillons de chirurgie, maternité et médecine interne, suivie des interventions chirurgicales au bloc opératoire (qui durait en théorie jusqu'à midi, mais qui finissait facilement à 14 heures). L'après-midi avaient lieu les consultations, durant lesquelles nous avons pu constater que les chirurgiens font en réalité également office de généralistes, gynécologues et obstétriciens. Grâce à ce « parcours du combattant », nous avons pu suivre plusieurs femmes dans les diverses étapes de leurs soins.



Dr Kwasi et Dr Grégoire au bloc

Parallèlement à ces services, nous avons distribué un questionnaire aux femmes et hommes que nous rencontrions dans l'hôpital (et en dehors) nous permettant de faire quelques statistiques personnelles. Ce recueil d'informations nous a permis d'approcher la population et d'avoir un échange très intéressant. Voici ce questionnaire dont les résultats seront traités ultérieurement:

Questionnaire

1. Sexe : M / F
2. Age :
3. Origine et ethnie si Gabonais :
4. Profession :
5. Nombre d'enfants vivants :
Si aucun : n'arrive pas à en avoir / n'en veut pas maintenant
6. Nombre de grossesses :
7. Nombre d'avortements spontanés :
Nombre d'avortements volontaires :
8. Age à la naissance du premier enfant :
9. Grossesse suivie : oui / non
Si oui : à quel endroit ? (hopital, dispensaire)
10. Enfants suivis à la PMI : oui / non
11. Lieu des accouchements : village / hopital
12. Accouchement : par voie naturelle / par césarienne
13. Durée de l'allaitement :
14. Utilisation de contraception : pilule
capote
injections
compter les jours
prendre la température
Si oui : parfois / souvent / toujours
15. Vie de famille : marié(e) / concubin / seul(e) / polygamie
fidèle / infidèle
soupçon d'infidélité du conjoint : oui / non
16. Age du premier rapport sexuel :
Avec capote : oui / non
17. Est-ce que vous parlez de votre sexualité avec votre mari/femme : oui / non

18. Est-ce que vous saviez comment on tombe enceinte avant votre premier rapport sexuel :
oui / non
Si oui : qui vous a expliqué ?

19. Age des premières règles :

20. Est-ce que vous avez eu des explications avant vos premières règles ? : oui / non
Si oui, par qui :

21. Est-ce que vous avez eu des maladies sexuellement transmissibles : oui / non
Si oui lesquelles : Chlamydia
Gonorrhée
Syphilis
Hépatite B / C
Trichomonas

22. Est-ce que vous avez fait le test du SIDA ? oui / non

23. Commentaires
.....
.....
.....



Charlotte interviewant une vieille dame

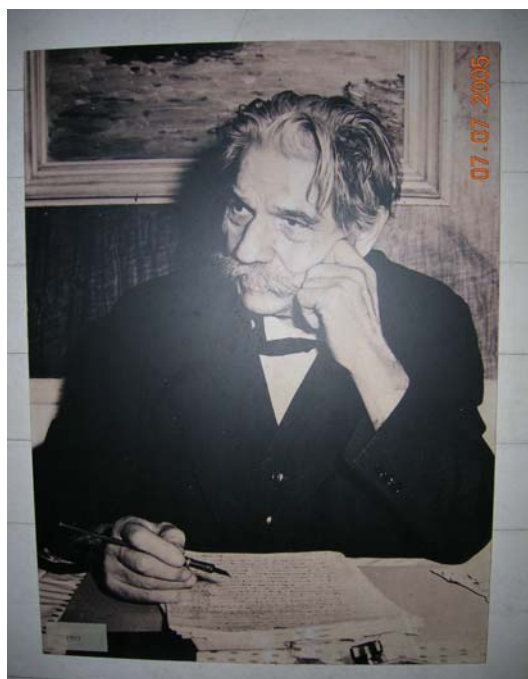
Enfin, nous avons complété notre recherche en interviewant une partie du personnel soignant : le Dr Grégoire (chirurgien), le Dr. Diallo (médecine communautaire), Maman Sophie (responsable de la PMI) et des sages femmes. Nous avons aussi questionné la directrice-adjointe, le comptable et l'intendant. Ceux-ci nous ont apporté des informations sur le fonctionnement de l'hôpital, les mentalités, les coutumes du pays et la condition de la femme.

HISTOIRE DE L'HOPITAL SCHWEITZER

LE DR ALBERT SCHWEITZER

L'hôpital Schweitzer est le lieu où nous avons fait notre stage, cet hôpital a un fondateur, je suis sûr que vous avez deviné mais je précise quand même : le Dr. Schweitzer.

Premièrement, il faut préciser que la première fois qu'Anne nous a parlé du Dr. Schweitzer, nous n'avions pas la moindre idée de qui c'était. Et d'ailleurs suite à une recherche effectuée dans notre entourage, nous avons pu remarquer que les personnes qui avaient au moins 30 ans connaissent tous Albert Schweitzer. Par contre ceux de 20 ans ne le connaissent pas. Sa notoriété diminue malheureusement, et nous sommes content d'avoir fait notre immersion en communauté à la fondation Schweitzer pour participer au fait de faire connaître sa vie. Nous pensons qu'il est important d'en parler un peu dans notre rapport.



Albert Schweitzer est né le 14 janvier 1875 en Alsace, alors annexée par l'Allemagne. Un jour que le jeune Albert allait chasser les oiseaux avec une fronde de sa fabrication, il entendit les cloches de l'église résonner. Ce fut pour lui le premier appel du ciel. Ce jour là, "le commandement qui nous défend de tuer et de tourmenter, opéra en moi une crise morale", a-t-il relaté plus tard. Ce grand respect pour la vie sous toutes ses formes, qui a commencé déjà très tôt chez Albert Schweitzer influencera grandement ses actes.

A 19 ans, il entreprend des études de théologie et de philosophie à l'université de Strasbourg, études qu'il termine à l'approche de la trentaine. Il devient alors Docteur en philosophie et en théologie.

Il découvre des témoignages de missionnaires et divers écrits parlant du problème Africain et qui lui font réaliser la misère dans laquelle vivent les indigènes. Il souhaiterait que les hommes de couleur profitent des progrès de la médecine et de tout autre progrès aussi d'ailleurs.

En 1905, Albert Schweitzer tente de réaliser son idée de responsabilité face à tout être vivant et reprend les études en choisissant la médecine. En 1913, à l'âge de 38 ans, il obtient son doctorat en médecine. La médecine allait devenir sa raison de vivre et l'aide humanitaire sa préoccupation essentielle. En 1913, il décide de partir en Afrique avec sa femme Hélène Bresslau. Mais faire quelque chose avec rien n'est pas facile, il se heurte à chaque instant au manque de matériel et d'infrastructures et tout ceci devient une véritable épreuve. C'est dans ces conditions qu'Albert Schweitzer commence sa mission à Lambaréné.

Lambaréné est à cette époque un village de quelques centaines de maisons toutes identiques.

En 1914, tandis que la vie de l'hôpital s'organise, la guerre éclate en Europe. Ce qui est problématique pour lui car il est Alsacien, et donc Allemand. Le Gabon étant une colonie française, il devient un ennemi. C'est pour cette raison qu'il est alors exclu de ses fonctions médicales. Quelque temps plus tard, il reçoit l'ordre de rentrer en France où il est emprisonné par les autorités françaises. Une fois libéré, il peut enfin gagner l'Alsace. Il se plonge dans des réflexions philosophiques et théologiques et approfondit son idée du "respect de la vie". "L'éthique est la reconnaissance de notre responsabilité envers tout ce qui vit".

En 1924, il embarque seul pour l'Afrique. Ce qu'il retrouve à Lambaréné est dévasté: les toits sont cassés et les maisons des malades détruites. La reconstruction et l'agrandissement de l'hôpital sont repris formant ainsi le deuxième hôpital qui peut alors offrir des conditions de séjour décentes à 150 patients et leurs accompagnants. Cependant, le Dr. Schweitzer doit faire face à un nombre croissant de malades. Les locaux reconstruits devenant trop petits, il trouve un emplacement pour un troisième hôpital à trois kilomètres de l'emplacement initial, avec un peu moins de 200 lits (parfois ces lits sont surélevés sur trois niveaux).

En 1955, il reçoit le Prix Nobel de la Paix.

Installé en Afrique, il décide d'y mourir : « Je vous appartiens jusqu'à mon dernier souffle » dit-il aux Gabonais en 1960.

Le 4 septembre 1965, il meurt à Lambaréné où il est enterré.

L'HOPITAL SCHWEITZER AUJOURD'HUI



LE LIEU

Dans ce chapitre, nous présenterons le lieu où nous avons passé notre stage. L'hôpital du Dr Schweitzer est situé sur une petite colline sur la rive droite de l'Ogooué, éloigné d'environ 6 kilomètres du centre ville de Lambaréné.

L'hôpital actuel a été construit en 1971, non loin du troisième hôpital construit par le Dr. Schweitzer, et a encore été agrandi en 1981. On peut y distinguer plusieurs zones : une zone hôpital qui comprend plusieurs bâtiments : la maternité, la pédiatrie, deux bâtiments de chirurgie, la médecine interne, la psychiatrie, un laboratoire de recherche, une clinique dentaire et la polyclinique. C'est dans cette dernière qu'on peut trouver le bloc opératoire, la pharmacie, la salle de radiographie, les urgences, la PMI (protection maternelle et infantile) et la salle d'analyse médicale (le laboratoire). C'est dans ce même bâtiment qu'ont lieu les consultations de la médecine générale, de la médecine interne et de la chirurgie.

Les bâtiments de chirurgie, maternité, pédiatrie et médecine interne se partagent 180 lits, c'est-à-dire environ 30 lits chacun. Il y a moins de lits que dans les hôpitaux précédents mais les chambres sont plus spacieuses et lits plus grands. Tous ces bâtiments sont reliés entre eux par des passages couverts, ce qui permet un transfert des malades et une circulation à l'abri de la pluie et du soleil.



Corridor de la maternité

Les pavillons de soins sont tous construits de la même façon : un long corridor au milieu avec à l'entrée les salles de soins et les salles pour les infirmiers. Le long du corridor et des deux côtés, sept à huit chambres pour les malades, séparées du corridor par un simple rideau et au fond du corridor les toilettes et les douches pour les malades. La plupart des chambres ont deux lits et ont un accès direct sur l'extérieur.

Les patients hospitalisés sont accompagnés d'un proche qui doit prendre en charge sa toilette, sa nourriture et sa lessive. Dans cet hôpital, les parents ou proches du malade s'occupent de ce que font les aides soignants chez nous, permettant de faire des économies sur le coût des soins. Par ailleurs, sauf en cas d'urgence vitale, un patient n'est pas hospitalisé s'il n'a pas de famille présente car personne ne pourrait s'occuper de lui.



Accès extérieur au chambres



Sœurs d'une patiente

Ensuite il y a une zone habitation avec des logements pour le personnel gabonais. Ce sont des cases qui ont l'air précaire vues du dehors mais qui sont agréables à vivre. Une autre zone de logements est réservée aux expatriés, c'est-à-dire les médecins et les administrateurs. Puis, quelque peu éloigné de l'hôpital, se trouve le village lumière où habitent les lépreux (plus très

nombreux aujourd'hui) et leurs familles. Nous étions logés dans la zone historique qui correspond à l'ancien hôpital, qui a été rénové et dans lequel des chambres ont été aménagées. Cette zone est proche du fleuve et surtout proche des logements pour le personnel gabonais ce qui nous a permis un contact avec la vie de cet hôpital en plus des stages cliniques. L'hôpital est donc un grand village qui compte deux mille habitants environ. Il ne comprend pas seulement un lieu pour soigner des malades mais aussi une menuiserie, un atelier peinture, une école primaire, etc. Les gens qui habitent ce lieu peuvent ainsi laisser leurs enfants s'instruire dans l'institution scolaire pendant qu'ils travaillent. D'ailleurs nous passons la semaine entière à l'intérieur du périmètre sans avoir besoin de sortir, si nous devons acheter une brosse à dent, par exemple, nous nous rendons à l'économat qui faisait office de magasin pour le village. Il y a même des matchs de football qui s'organisaient dans un champ à l'intérieur de l'enceinte du village-hôpital. La vie qui se trouve autour de cet hôpital est très intéressante car elle donne de la joie au lieu.



ADMINISTRATION DE L'HOPITAL

L'hôpital Albert Schweitzer est géré par une fondation à but non lucratif de droit gabonais avec siège à Lambaréné et constituée d'environ quinze personnes. Ses membres représentent à la fois le Gabon et les associations étrangères venant de Suisse, de France, d'Allemagne et des Etats-Unis dont le rôle est, d'une part, de poursuivre l'œuvre médicale et humanitaire du Dr Albert Schweitzer, comme l'expression de son idéologie au service des hommes, sans aucune distinction de race, de religion ou de situation sociale et d'autre part de récolter des fonds pour l'hôpital. La fondation quant à elle gère le fonctionnement de l'hôpital Albert Schweitzer en assurant d'une part les soins médicaux aux habitants de la République Gabonaise, et d'autre part, la promotion de la médecine préventive et éducative, dans tous les milieux et toutes les couches de la population. Elle contribue également au développement de la recherche dans le domaine de la santé, notamment pour les maladies rencontrées sur le continent africain, et gère et organise le site et tous les travaux du village-hôpital en assurant la protection des écosystèmes.

Approximativement un tiers du budget de l'hôpital est constitué de dons récoltés par les associations dont nous avons parlé plus haut. L'Etat gabonais, quant à lui, participe à un deuxième tiers, sous la forme d'une subvention permettant de solder les salaires de tous les employés gabonais, et le troisième tiers est constitué des bénéficiaires de l'hôpital.

LE ROLE DE L'HOPITAL SCHWEITZER DANS LE PAYS

Dans un pays avec un système de santé aussi précaire que le Gabon, l'hôpital Schweitzer accomplit un travail énorme.

Le système de santé Gabonais est organisé en trois niveaux : primaire, secondaire et tertiaire. Le niveau primaire assure le premier accueil des usagers et fournit des prestations curatives, préventives et éducatives. Il est composé de dispensaires et de centres de santé. Le niveau secondaire de soins est dispensé par les hôpitaux régionaux. Il prend en charge les cas trop compliqués pour le niveau primaire. Le niveau tertiaire est dispensé par les hôpitaux nationaux. Ces structures fournissent des soins spécialisés que les niveaux inférieurs ne peuvent assurer.

Parallèlement au système public, il y a des hôpitaux privés qui fournissent des soins de bonne qualité mais à des prix très élevés. L'hôpital Schweitzer, qui est semi privé car il reçoit des subventions de l'Etat mais n'est pas géré par ce dernier, est un hybride dans ce système. Le Gabon n'a pas de système d'assurance obligatoire, donc si les gens veulent bénéficier de soins médicaux ils doivent payer de leur poche et il faut préciser que les patients doivent payer avant d'être soignés.

Contrairement à cela, à l'hôpital Schweitzer, les soins sont prodigués avant de demander au patient de payer et, même si les consultations et les soins ne sont pas gratuits, ils sont toujours meilleur marché que ceux des autres hôpitaux. D'ailleurs, un "tourisme" hospitalier s'est installé. On constate de plus en plus des gens qui se paient le voyage de la capitale jusqu'à Lambaréné pour venir se faire soigner à l'hôpital Schweitzer. Non seulement parce que c'est moins cher, mais aussi parce que la philosophie du Dr. Schweitzer veut qu'on soigne tout le monde. Et donc c'est un des peu d'endroits où l'on soigne même si le malade n'a pas les moyens de payer. Malheureusement ceci provoque des départs furtifs sans avoir acquitté la note de l'hôpital.

Il existe en plus des services de santé modernes, un double secteur de médecine traditionnelle : l'indigénat (traitement essentiellement à base de végétaux) et les guérisseurs traditionnels (Gangas). L'indigénat peut être pratiqué par n'importe qui, mais requiert une grande connaissance des plantes.

Pour certains patients, avant d'aller voir un médecin « occidental » pour se faire soigner, il s'adresse à un Ganga. Cette solution est ancrée dans la culture et moins chère, cependant les résultats sont la plupart du temps insatisfaisants et on retrouve ces patients dans les hôpitaux avec des pathologies à un stade avancé. C'est aussi pour comprendre le pourquoi d'un événement que l'on se rend chez le Ganga (mort du père ou d'un enfant, stérilité, crise de folie, ...). Le thème de la médecine traditionnelle sera traité ultérieurement.

SITUATION GENERALE

Pays de l'Afrique équatoriale, traversé par l'équateur, et se trouvant au bord de l'Atlantique. La superficie du pays est de 267 667 km², la moitié de la France. La capitale du pays est Libreville; c'est également la plus grande ville, avec une population estimée à 370 000 habitants. D'un point de vue démographique, le Gabon étant un pays avec un peu plus d'un million d'habitant, près de 73 % de la population vit en zone urbaine dont 35 % dans la capitale Libreville et sa province, l'Estuaire. L'intérieur du pays est peu peuplé et est recouvert de forêt. Le français est la langue officielle.

Sur le plan administratif, le Gabon est formé de neuf provinces: Estuaire, Haut-Ogooué, Moyen-Ogooué, Ngounié, Nyanga, Ogooué-Ivindo, Ogooué-Lolo, Ogooué-Maritime et Woleu-Ntem.

Le peuple gabonais est composé d'environ 50 ethnies et elles sont réparties géographiquement dans le Gabon. Aucune des ethnies gabonaises n'est dominante, mais les plus importantes du point de vue numérique sont les Fang (32 %), les Mpongwè (15 %), les Mbédé (14 %) et les Punu (12 %). Chaque ethnie a sa propre culture, des traditions, des croyances, des origines et même des talents différents. C'est ainsi que certaines ethnies sont réputées pour avoir les plus jolies femmes, et d'autres pour être les meilleurs conducteurs de pirogue, d'autres encore sont des magiciens et des récits de montagnes déplacées ou de fleuves redirigés circulent. Même si elles se mélangent de plus en plus, par exemple en acceptant le mariage interethnique, il reste des clivages important entre certaines ethnies, phénomène qui se ressent notamment en politique.

DONNEES HISTORIQUES ET POLITIQUES

On connaît peu l'histoire du Gabon. Des vestiges préhistoriques trouvés dans la vallée de l'Ogooué montrent une occupation très ancienne. Les Pygmées furent les premiers habitants de la forêt gabonaise.

En 1472, les Portugais furent les premiers Européens à pénétrer dans la région de l'Estuaire. Ils baptisèrent le pays Rio de Gabão, du fait de sa forme semblable à un caban (une sorte de veste, gabão en portugais). Le terme gabão se transforma ensuite en Gabon. Les Portugais, les Français, les Hollandais, les Espagnols et les Anglais développèrent, au cours des siècles suivants, la traite négrière, à destination du continent Américain.

Durant le régime français, les autorités utilisaient l'esclavage, notamment pour la construction de chemin de fer. Les conditions de vie et de travail furent tellement difficiles sur le chantier que 20 000 à 30 000 hommes moururent, ceci provoqua les premières révoltes contre l'autorité française. Un des chefs de cette rébellion fut Léon M'Ba. Le Gabon devint un État indépendant le 17 août 1960 et pris le nom de République gabonaise.

Le premier président de la République fut justement Léon M'Ba. Il dirigea le pays jusqu'à sa mort survenue le 28 novembre 1967.

Le 2 décembre 1967, conformément aux dispositions constitutionnelles, Albert Bernard Bongo prit le relais. Il introduisit le système du parti unique avec le Parti démocratique gabonais.

De 1987 à 1989, des manifestations et émeutes dans les villes provoquèrent l'intervention militaire de la France. En 1990, Bongo dut accepter l'introduction d'autres partis au sein du gouvernement, mais continua à pratiquer une politique autoritaire. Aujourd'hui Bongo est toujours au pouvoir.

APERCU ECONOMIQUE

Le Gabon est un pays riche en matières premières. Il exporte du pétrole, des métaux comme le manganèse et sa forêt tropicale est dangereusement exploitée pour les bois précieux qu'on y trouve. Ces trois richesses sont la source économique du pays. Durant notre voyage nous avons constaté un réseau routier en mauvais état, un manque de système d'aide sociale, une sécurité policière corrompue. Ceci sont les points qui nous ont choqués le plus. Les revenus du pays sont mal répartis et il n'existe presque pas de classe moyenne, les personnes riches le sont vraiment et les pauvres aussi. Malgré cela nous n'avons pas remarqué de gens mourant de faim dans les rues, si quelqu'un a de graves problèmes économiques, il quitte la ville et entreprend de cultiver des fruits ou du manioc dans la forêt qui est généreuse. Nous avons rencontré une personne dans ce cas.

Dans les années 80, le Gabon était le premier pays importateur de champagne par tête d'habitant, ce qui montre que l'Etat Gabonais, qui était déjà dirigé par M. Bongo, a beaucoup flambé l'argent reçu de leurs exportations au lieu d'investir dans des routes ou dans la construction d'un pays avec un système social solide.

C'est un pays très cher, Libreville est une des villes les plus coûteuse du monde. Une des raisons de ces prix très hauts, est que le gouvernement importe tout. Nous avons ramené une machette (une longue lame servant à couper la végétation) en Suisse parce que nous trouvions que c'était un objet local, beaucoup de Gabonais l'utilisent dans leurs champs. En fait, cette machette était importée du Brésil. Très peu d'objets sont fabriqués sur place, même ceux qui seraient très utiles à la population ou qui seraient à la base d'un marché lucratif.

SOCIETE

Pendant six semaines passées au Gabon, nous avons été tout à fait plongés dans une société nouvelle à nos yeux. Nous avons donc découvert petit à petit une partie de la culture gabonaise. En partie seulement car la durée de notre voyage fut trop courte pour nous permettre de nous immerger en profondeur dans cette culture.

Nous avons cependant tenté de récolter un maximum d'informations auprès de nos multiples rencontres, que ce soit personnel soignant de l'hôpital Schweitzer, les patients ou les rencontres de fortune avec la population.

Ces informations précieuses nous ont permis de compléter notre vécu sur place, de répondre à certaines questions qui nous sont apparues au fil de nos expériences et finalement nous ont donné accès à diverses coutumes et habitudes que nous n'avions pas le temps de découvrir en profondeur.

Enfin, notre questionnaire nous a permis d'aborder des sujets dont on parle peu dans la vie de tous les jours: des sujets intimes ou tabous. Mais surtout, il nous a permis de nous rapprocher concrètement des Gabonais et en particulier des Gabonaises et de développer des discussions importantes sur leur mode de vie.

Ceci dit, nous sommes tout à fait conscient que pour pouvoir parler exhaustivement d'une société et comprendre la culture des autochtones, il faut y avoir vécu plusieurs années. Notre chapitre sur la société se verra alors doté d'un maximum d'informations recueillies par nos soins et notre vécu sur place, mais il ne couvrira qu'une petite partie de cette société: celle découverte pendant nos six semaines.

Ce chapitre va principalement tenter principalement de poser un cadre général au niveau des caractéristiques de la population gabonaise et des conditions de vie. Cela nous permet ensuite de mieux comprendre l'environnement des femmes ainsi que leurs relations avec les membres de cette société.

Il faudrait tout d'abord revenir sur l'importance des différentes ethnies peuplant le Gabon car c'est en leur sein que se trouve toute la culture ancestrale expliquant les rites et coutumes des Gabonais d'aujourd'hui, bien que ceux-ci soient beaucoup moins pratiqués qu'auparavant. Aujourd'hui cela permet surtout de comprendre les différentes mentalités et tendances que l'on trouve dans la population et même d'expliquer certains problèmes liés à la santé de la femme particulièrement.

On peut parfaitement affirmer que les comportements des Gabonais sont encore tout à fait imprégnés par la culture ancestrale malgré l'influence occidentale notable.

Par exemple on sait que la plupart des ethnies sont patriarcales, c'est à dire qu'en cas de séparation du couple marié à la coutume (nous revenons plus tard sur la notion de mariage au Gabon), les enfants suivent leur père même quand celui-ci rencontre une nouvelle femme et recrée une famille. Aujourd'hui cependant, les mariages à la coutume sont plus rares qu'avant et c'est la mère qui garde les enfants. Toutes les responsabilités sont alors à sa charge, tandis que le père peut reconstruire une nouvelle famille sans trop de désagrément.

Dans quelques ethnies matriarcales, la femme garde les enfants en cas de séparation mais surtout elle a le droit de refuser les premiers enfants du nouveau mari si celui-ci en a eu d'un premier mariage.

Les mariages interethniques existent et se produisent plus facilement entre certaines ethnies plutôt que d'autres. Dans certains cas ils peuvent poser problème mais aujourd'hui le concubinage se produit souvent sans forcément tenir compte de l'ethnie d'où les partenaires proviennent.

Nous aimerions maintenant décrire l'environnement de la population et les conditions de vie des Gabonais. Pour se rendre compte des différences entre les populations citadine et rurale (celle de Lambaréné se situant entre les deux), nous dressons le contexte en posant quelques statistiques un peu rébarbatives, mais illustratives du niveau de vie de ces deux populations.

En premier lieu, les Gabonais vivent dans des logements qui ressemblent à des cases composées d'une ou deux pièces pour les plus pauvres et de plus si les moyens financiers le leur permettent, ce qui sous-entend qu'une famille nombreuse peut vivre entassée dans un deux pièces.

En ville, les cases sont souvent louées tandis qu'en milieu rural il est plus facile de construire sa propre maison. Les cases sont le plus souvent composées de béton et de planches de bois. Le toit est plutôt en tôle dans les villes et en feuilles de palmier dans les campagnes et les forêts.



Case dans un village

Les cases ne sont pas équipées de sanitaires, ceux-ci se trouvent dans une fosse au fond du jardin ou dans la cour intérieure. Mais selon l'enquête 2000, 43% des ménages urbains ne disposent d'aucun équipement ou seulement d'une fosse sommaire, tandis qu'en milieu rural, c'est 88% de la population qui ne bénéficie d'aucun aménagement.

Evidemment l'accès à l'eau potable n'est possible que pour 36% des populations rurales. Par contre, 90% des habitants des villes ont accès à l'eau potable, même si l'eau n'est pas distribuée dans chaque logement, il y a des robinets disponibles dans les cources ou dans la rue où chacun vient se servir.

L'électricité est disponible pour un tiers des ménages ruraux et 90% des ménages urbains.



Vaisselle au bord de l'Ogooué

Les milieux ruraux sont donc plutôt défavorisés concernant les besoins de base d'une population. Ils sont par ailleurs aussi pénalisés au niveau de l'accessibilité des autres biens tels que les appareils utiles pour la communication. Ceci favorise le manque d'information notamment celles concernant la santé dans son ensemble. Par conséquent, cette population n'atteint pas un niveau satisfaisant de connaissances à ce sujet. Par exemple, 79% des ménages en ville possèdent un radio-cassette contre 54% des ménages en campagne, la télévision est présente dans 64% des foyers en ville contre 11% des foyers en campagne. Ceci est explicable par la distribution géographique des réseaux électriques mais simplement aussi par la disponibilité de ces objets, ne serait-ce que par la distance importante qu'il faut accomplir pour se rendre en ville etc...Finalement le téléphone est présent dans 17% des foyers en ville contre 1% des foyers en campagne. Le plus souvent il est disponible dans une cabine en ville mais pas toujours en campagne. La communication est donc mis à rude épreuve.

Le but de ces statistiques est de montrer à quel point l'accès à l'information est compromis ce qui accentue les problèmes concernant la santé, l'éducation et bien d'autres.

Revenons aux différences considérables entre les populations rurales et les populations citadines. Nous avons vu que les premières étaient pénalisées en ce qui concerne les biens matériels, mais nous pouvons pousser notre réflexion plus loin en étendant ces différences à un niveau de vie plus global. Certes, le niveau de vie des citadins n'est pas très élevé mais ceux-ci jouissent, ne serait-ce qu'en notion de distances d'une meilleure accessibilité aux biens. Par exemple, l'accès aux soins est évidemment plus difficile pour quelqu'un qui vit dans la forêt car la route est longue avant d'arriver au premier hôpital. Ceci favorise l'aggravation des maladies : le traitement des MST est par exemple pris en charge moins rapidement. Une citadine par contre a accès aux médicaments et aux contraceptifs plus facilement. Elle bénéficie d'une prise en charge médicale de l'accouchement sans avoir besoin de se déplacer en ville et de loger chez un membre de sa famille pour attendre le terme de la grossesse et accoucher à l'hôpital. Bien que ce phénomène soit flagrant en ce qui concerne les maladies, et le soit un peu moins pour les accouchements qui se font volontiers à l'hôpital. C'est pour

toutes ces raisons que les femmes des milieux ruraux se tournent plus spontanément vers les traditions et les rites. Ce fait tend à conserver une culture ancestrale qui parfois empêche ou ralentit le parcours des mesures préventives de la santé. Les habitudes sont donc plus difficiles à changer dans les milieux ruraux.

Un point favorable pour les populations rurales est leur possibilité de cultiver et d'entretenir une parcelle de terre et de forêt plus aisément, ce qui leur permet d'avoir un meilleur accès aux aliments de base que les populations urbaines.

Nous ne nous étendrons pas plus sur ce sujet car nous pensons qu'il est préférable de revenir à la place de la femme dans cette société.

Au niveau de l'activité économique, nous ne savons pas quel est exactement le rôle détenu par les femmes. Cependant, nous avons observé qu'elles ne sont pas toujours femmes au foyer ou du moins pas seulement. En effet, elles sont parfois sur plusieurs fronts à la fois. Si leur condition familiale le leur permet, c'est à dire qu'elles vivent avec un mari ou un conjoint exerçant une activité lucrative suffisante pour nourrir sa famille, elles restent alors à la maison pour s'occuper des enfants. Par contre, cela ne les empêche pas pour autant de s'occuper un peu des cultures et de faire un peu de commerce. Au contraire, si le salaire du conjoint n'est pas suffisant, elle sera obligée de travailler. Si une femme est seule avec ses enfants, elle est naturellement aussi obligée de travailler. Le plus souvent elle n'a pas de formation spécifique et le plus réalisable pour elle sera de faire du commerce. Mais cette situation est difficile car elle ne lui rapporte pas forcément assez d'argent pour vivre correctement. De plus, cette femme doit en même temps s'occuper des enfants surtout s'il n'y a pas un plus grand ou un autre membre de la famille pour le faire. Il arrive que certaines femmes partent cultiver avec un enfant sur le dos et un enfant en bas âge. D'autres femmes accueillent parfois des membres de la famille (cousins, parents âgés...) eux aussi en difficulté, ce qui leur augmente d'avantage les charges familiales. Si une femme ne peut pas faire face, elle peut elle-même se rendre chez une personne de sa famille qui est éventuellement capable de l'entretenir, mais si cela n'est pas possible elle est condamnée à mendier. Il existe un système d'allocation familiale pour chaque enfant, mais cela ne suffit évidemment pas pour vivre. Dans la majorité des cas les situations familiales sont difficiles.



Une commerçante

Voyons maintenant le niveau d'éducation de la population. Selon les statistiques de 2000, seulement près de la moitié des femmes et des hommes ont un niveau d'instruction primaire et un tiers ont un niveau d'instruction secondaire ou supérieur. Entre six et quinze ans, presque tous les enfants vont à l'école, soit 94%. Entre seize et vingt ans, il y a une première petite différence entre les hommes et les femmes puisque 69% des hommes sont encore scolarisés pour 65% des femmes. Par contre entre vingt-et-un ans et vingt-quatre ans, il n'y a plus que 40% des hommes et 31% des femmes qui sont scolarisés. La diminution au fil des années du nombre de femmes fréquentant l'école, est explicable par la raison suivante principalement : les femmes ont leur première grossesse à l'âge 18,7 ans en moyenne, soit l'âge auquel on passe son bac. Elles arrêtent alors provisoirement ou parfois définitivement leur études, le plus souvent vers le début de la grossesse quand elles souffrent de nausées et de l'accroissement de la fatigue. L'allaitement retarde aussi la reprise des cours, d'une année en général. Parfois ce sont les conditions familiales qui ne leur permettent pas de retourner à l'école. Une jeune femme de vingt-deux ans nous disait qu'elle avait eu son premier enfant l'année de son bac, alors pour pouvoir finir son année elle confiait l'enfant à sa grande sœur qui avait elle aussi un bébé et celle-ci allaitait alors les deux enfants. Mais cette situation est plutôt exceptionnelle. Il y a peut être encore d'autres facteurs qui expliquent cette baisse mais nous les ignorons.

Sur cette lancée nous profitons maintenant de parler de la fécondité. Nous avons constaté avec l'étude de 2000 que la fécondité a un niveau élevé dès les jeunes âges et atteint un maximum vers les vingt, vingt-quatre ans.

Nous pouvons constater de nouveau des différences entre les femmes des milieux ruraux et les femmes des villes. Les premières ont en moyenne 5,7 enfants tandis que les deuxièmes ont 3,6 enfants en moyenne. On retrouve encore une différence flagrante entre les femmes ayant un niveau d'instruction primaire qui ont en moyenne 5,3 enfants et les femmes ayant un niveau d'instruction secondaire qui ont en moyenne 3,5 enfants. On peut donc mettre ces résultats en relation directe avec le fait que les populations rurales ont un niveau d'éducation plus basique et que les populations citadines ont un niveau d'éducation un peu plus élevé. Sans doute pour les raisons énoncées auparavant. La moyenne du pays se situe alors à 4,9 enfants. Le nombre idéal d'enfant vient encore confirmer nos dires concernant les différences entre les personnes des villes et celles des campagnes car les hommes des milieux ruraux préfèrent avoir 7,4 enfants, tandis que ceux des milieux citadins préfèrent avoir 5,4 enfants. Nos principaux arguments pour l'interprétation de ces résultats sont en premier lieu l'accès aux contraceptifs plus limité dans les villages. Il nous est arrivé une fois, lors d'une visite avec la PMI dans un village, qu'une jeune femme nous demande des préservatifs. Malheureusement nous n'en avons plus dans les réserves habituelles et une infirmière lui a fait part de la carence. La jeune femme semblait alors désespérée, elle n'a rien dit, mais elle dégageait toute l'acceptation de sa condition de détresse. Ça nous faisait mal au coeur. Il lui fallait rentrer bredouille et attendre la prochaine PMI ou une livraison au centre qui arriverait Dieu sait quand, sans doute dans plus d'un mois. Elle devait alors s'exposer encore à des risques dont elle semblait avoir parfaitement conscience. Par chance, l'un d'entre nous se rappelait en avoir une petite dizaine dans la poche. Elle partait déjà quand on la rattrapa et qu'on lui les tendit. Il fallait voir comme son visage c'est alors illuminé, tout son regard était un remerciement infini, et elle est partie rassurée. En deuxième lieu, il y a l'influence importante des coutumes qui sont plus fortes en campagne mais aussi le niveau d'éducation qui y est plus bas. En dernier lieu, il y a sans doute la mortalité infantile, plus élevée dans les milieux ruraux. Selon l'enquête de 2000, dans ces milieux un enfant sur dix n'atteint pas l'âge de cinq ans. La cause de ces décès précoces est la limitation à l'accès aux soins et aux informations mais aussi le jeune âge des mères et leur manque d'expérience. Nous sommes arrivés à cette dernière

conclusion lors d'une autre visite dans un village avec la PMI. Cette fois une jeune mère de seize ans est venue nous montrer son enfant de deux ans. Il lui semblait en le comparant à des enfants du même âge ou à des enfants plus jeunes que le sien était petit, maigre et ne grandissait plus depuis quelques mois. En effet, son enfant avait un problème de malnutrition sévère et présentait un marasme. Sophie lui a alors expliqué qu'un enfant de cet âge devait au moins prendre cinq repas par jour et lui a aussi expliqué quels aliments donner et sous quelle forme les donner ainsi qu'à quel moment. Puis elle lui a demandé de rassembler un maximum d'argent et de se rendre à l'hôpital Schweitzer au plus vite pour combler les carences de l'enfant.

Là encore les différentes ethnies n'attribuent pas la même valeur à l'enfant, ce qui fait varier le nombre d'enfants dans les familles d'une ethnie à l'autre. Par exemple, pour les Fangs, les enfants représentent la richesse principale. D'ailleurs, on a souvent entendu des hommes de cette ethnie demander à leur femme d'avoir un septième ou un neuvième enfant.

Si on revient à nos statistiques de 2000 on remarque de nouveau que les femmes et les hommes étant plus instruits ont un nombre idéal d'enfants plus bas.

La polygamie est très courante au Gabon (22% des femmes et 12% des hommes vivent en union polygame), elle permet à un homme de s'assurer une descendance nombreuse tout en évitant à une seule femme d'assumer toutes les grossesses. De plus, la polygamie fait diminuer le taux de célibat chez les femmes au-dessous de celui des hommes. Les Gabonais nous disent que la polygamie est bénéfique puisqu'il y a plus de femmes que d'hommes au Gabon. La Polygamie se pratique par une reconnaissance familiale à la coutume et finalement un mariage civil car le mariage à la coutume n'est pas reconnu civilement. Cependant cela n'empêche pas certains hommes mariés d'entretenir des relations avec d'autres femmes qu'ils ne comptent pas forcément épouser. Au Gabon, les hommes paraissent avoir souvent de multiples partenaires sexuels. Aujourd'hui de nombreux couples vivent en concubinage parfois marié à la coutume mais pas nécessairement. L'enquête de 2000 montre que 54% des femmes de quinze à quarante-neuf ans et 47,6% des hommes sont en union tandis que 32,6% de femmes et 39,2% des hommes sont célibataires. Le reste constitue une population de personnes séparées, divorcée ou veuves.

Nous n'avons pas de statistique sur la proportion des mariages à la coutume mais ceux-ci se déroulent ainsi : lorsqu'une femme et un homme se fréquentent depuis un certain temps, ils peuvent s'unir selon la coutume qui préconise une présentation de l'homme à la belle famille. Celui-ci est responsable d'apporter la dot en échange de la fiancée. La dot est une sorte de compensation pour la fille qui quitte la maison. Ce départ représente une perte car la fille ne s'occupe plus de ses parents et ceux-ci perdent un membre actif au sein de la famille. La dot peut être constituée de différentes choses : des pagnes, des ustensiles de cuisine, des outils comme une machette par exemple, des bijoux et aussi de l'argent. La valeur de la dot dépend de la valeur de la femme à conquérir, c'est-à-dire du milieu familial duquel elle vient, si la famille est riche ou plutôt pauvre, du niveau d'éducation de la femme et si celle-ci est encore vierge, la virginité rehaussant évidemment la valeur de la femme. Actuellement très peu de femmes sont encore vierges au moment de la présentation. Selon les moyens du futur mari, celui-ci doit faire des efforts considérables pour rassembler tous les objets de la dot. Il arrive souvent que des amis et des membres de sa famille lui fournissent discrètement des biens, afin de l'aider dans sa quête. Une fois que la dote est offerte, la femme suit son mari dans la belle famille. Les mariages à la coutume se pratiquent de cette façon dans presque toutes les ethnies moyennant quelques détails en plus caractéristiques de chacune d'entre elles.

Nous aimerions maintenant traiter d'un autre aspect de la société gabonaise : la spiritualité. Nous pensons nécessaire de traiter ce sujet car il influence une bonne partie la vie des Gabonais. La religion principale est le christianisme. Les Gabonais sont principalement catholiques bien qu'il existe des protestants et, depuis quelques années, les églises dites "éveillées" fleurissent de toutes parts. Il y a aussi des musulmans mais ceux-ci sont surtout des immigrés africains d'autres pays.

Il nous semble que l'église détient un rôle important dans le quotidien de la population. Elle leur permet d'accepter leur condition en leur apportant la foi et le courage d'affronter chaque jour. De plus, elle exerce un rôle éducatif; nombreux sont les sœurs et les pères s'occupant d'enfants du quartier. Ces mêmes personnes offrent aussi des chambres d'hébergement pour les voyageurs et peuvent être amenés à soigner des gens. Toutes ces activités sont pratiquées en parallèle au culte et aux séances d'exorcisme ou d'autres soins spirituels dont les Gabonais sont friands.

Nous ignorons la culture spirituelle de base des Gabonais, soit celle présente avant l'évangélisation. Nous pensons qu'elle devait varier en fonction des différentes ethnies. Comme cela remonte à des siècles, même les Gabonais n'ont pas su nous donner des explications satisfaisantes.

Par contre, tous les individus, du scientifique au cultivateur isolé en passant par le politicien, tous ont la conviction profonde de la puissance de la magie et tous croient au ganga (celui qui détient la connaissance de la magie). Nous avons d'ailleurs tenté d'aborder ce sujet à plusieurs reprises. Les personnes que nous connaissions bien nous racontaient des événements mystiques tel que l'apparition de personnages ou des faits de vampirisme. Par contre les personnes qui n'étaient pas en confiance, ne s'aventuraient pas dans des explications et préféraient contourner la question en restant vagues.

Ce sujet, bien qu'ancré au plus profond de chacun, reste très secret. Il influence dramatiquement les mentalités et a des conséquences non négligeables sur la société et les relations humaines. C'est pour cette raison que nous allons passer un peu de temps sur ce sujet afin d'exposer le peu que nous sachions et de présenter notre point de vue, construit sur nos observations.

Le terme "ganga" est un mot local et ne trouve pas sa traduction exacte dans notre langue, si ce n'est peut être "chamane" ou "sorcier". Le ganga est un homme détenant un grand pouvoir au sein de la population car il est à la foi sage, magicien-sorcier et guérisseur. Il exerce son rôle de sage en conseillant les gens lorsque ceux-ci viennent le voir pour divers problèmes. Il exerce son rôle de magicien-sorcier lors de rites spécifiques, il peut faire apparaître différentes choses ou êtres, communiquer avec les esprits, éloigner les mauvais esprits, mais aussi maudire quelqu'un sous la demande et le financement de quelqu'un d'autre.

En effet, c'est chose très courante au Gabon d'aller voir le ganga pour se venger ou pour déterminer qui est la cause de tel ou tel problème, le plus souvent une maladie ou la mort d'un proche qui ont toujours un responsable et ne surviennent jamais d'eux-mêmes, sans raisons. Dans un cas comme ceux-ci, le ganga interroge son patient ou son client puis il indique la personne coupable des malheurs pour lesquels la personne vient le voir et il indique comment se venger. On imagine donc facilement les actes criminels effectués avec ce genre d'excuses mais aussi le climat de méfiance et de peur de l'autre dans laquelle vivent les Gabonais.

Le mysticisme ne s'arrête pas là, puisqu'il est possible selon les politiciens d'influencer quelqu'un voir une partie d'un peuple en pratiquant des cérémonies de sorcellerie.

Par ailleurs, le ganga a aussi un rôle médical important puisqu'il connaît les plantes tropicales et leurs vertus médicinales. Il sait les utiliser et effectuer le rituel adapté à chaque pathologie. On appelle cette médecine et ces plantes l'indigénat. L'indigénat a une place prédominante dans la médecine culturelle gabonaise. La plupart du temps, les Gabonais ne se rendent chez le médecin qu'après avoir été chez le ganga et donc après avoir essayé de multiples traitements naturels d'indigénat, lorsque ceux-ci n'ont pas été efficaces. Ceci nous permet de comprendre pourquoi certains patients très malades arrivent à l'hôpital avec un stade avancé de leur pathologie, parfois même leur cas est désespéré. Nous avons constaté cela, lors des consultations avec les chirurgiens : certaines patientes se présentaient avec des myomes énormes qui gonflaient l'utérus et leur grossissaient le ventre depuis des années, d'autres venaient consulter car elles n'arrivaient pas à avoir d'enfants suite à une MST non traitée etc...



Préparation d'indigénat

Nous ne voulons pas remettre en cause l'efficacité de l'indigénat car il a sans doute des effets bénéfiques dans certains cas. Le point positif de l'indigénat est qu'il représente un traitement de premier recours pour les personnes vivant dans des régions isolées mais aussi pour les personnes ayant peu de moyens financiers.

Concernant ce dernier sujet, tout comme dans les autres sujets d'ailleurs, nous nous contentons d'exposer nos découvertes en essayant de ne pas porter un jugement sur les coutumes et les habitudes des Gabonais, bien que nous ayons tout de même analysé certaines situations qui nous semblaient importantes. Cette analyse nous a plus servi à comprendre les résultats des comportements dictés par une culture différente de la notre et qu'à accuser ces mêmes comportements. Pendant notre séjour nous avons été confrontés à des situations particulières que nous ne comprenions pas et c'est pour cela que nous avons cherché à les expliquer. Pour ce faire nous avons dû être critiques mais cela nous a permis d'appréhender les mêmes situations avec un regard informé et moins de perplexité. Ceci s'applique aussi au prochain chapitre qui pénètre plus intimement dans la vie des Gabonais.

CONDITION DE LA FEMME

Après avoir dressé un contexte social dans le chapitre précédent, pour tenter d'y placer la femme, nous allons essayer maintenant de dépeindre celle-ci dans son identité propre et dans sa relation avec les hommes. Nous reprendrons quelques éléments traités dans le chapitre précédent, mais nous les approfondirons et les compléterons de détails relationnels et identitaires afin d'étayer les conditions de vie des Gabonaises.

De plus, nous traiterons des sujets plus particuliers comme l'éducation sexuelle et ses implications dans la vie d'une femme gabonaise, mais aussi de l'arrivée des premières règles et comment celles-ci sont vécues. Nous parlerons également du problème de l'infidélité dans les couples.

Pour comprendre la femme dans son identité, nous pensons qu'il est nécessaire d'apprendre à connaître l'éducation reçue dans son enfance afin de nous permettre d'être le plus proche d'elle. C'est ce que nous avons tenté de faire.

Evidemment notre description n'est pas exhaustive pour les raisons suivantes : nos constatations sont basées sur des observations de courte durée, sur les interviews d'une centaine de femmes seulement ainsi que sur des informations extirpées du personnel médical.

La puberté est une période très importante dans la vie d'une femme, mais au moment des premières règles, qui surviennent en moyenne autour des quatorze ans selon nos statistiques, la plupart des jeunes femmes ne savent pas ce qui leur arrive. On ne leur a jamais expliqué qu'un jour ce phénomène se produirait en elles et qu'à partir de ce moment elles pourraient enfanter. Beaucoup de femmes interrogées nous confiaient que la première fois, à la vue du sang, elle avaient eu très peur, elles pensaient s'être blessée et souvent, le sentiment de honte venant, elles s'étaient cachées pour pleurer. Une femme nous a révélé son expérience douloureuse et nous a parlé de l'inquiétude de sa mère voyant sa fille rester enfermée dans sa chambre pendant toute une journée. Souvent, les mères ne donnent des explications à leurs filles sur ce sujet qu'au moment où celles-ci ont leur ménarche. Parfois ce sont les grandes sœurs ou les tantes qui "s'y collent" et dans de rares cas des amies. Quelques fois certaines filles sont cependant déjà informées sur le sujet avant le moment de leur ménarche. Dans de tels cas, l'information vient en général de la mère ou des sœurs et a lieu dans des familles un peu plus progressiste ou du moins plus encline à transgresser les tabous. Parfois ce sont aussi les cours d'éducation sexuelle à l'école qui ont cette fonction, mais ceux-ci ne sont malheureusement pas proposés dans toutes. D'autres fois les filles ont aussi surpris les conversations des aînées.

Il arrive parfois que les explications ne soient pas satisfaisantes ou que les jeunes femmes ne comprennent pas l'importance de ce qui leur arrive. On leur dit : "Maintenant tu es une femme et tu saigneras tous les mois comme toutes les femmes. Tu ne dois pas aller avec un garçon sinon tu attraperas une grossesse." Les personnes concernées prennent plus de temps à expliquer l'hygiène qu'elle devra alors accomplir qu'à éclaircir la phrase "tu ne dois pas aller avec un garçon". Quelques jeunes femmes sont moins ignorantes car elles ont reçu des explications concernant le cycle menstruel et des informations permettant de suivre l'évolution de ce cycle (comptage des jours, notation de la date des règles dans un carnet). Pour l'hygiène de base, on leur donne un morceau de pagne, de tissu ou plus couramment des serviettes hygiéniques, le tout nommé "garniture".

Dans les villages, les femmes en menstruation ont une douche isolée qui leur est réservée. C'est dans ce même lieu qu'elles profitent de laver leur morceau de pagne souillé, puis elles l'étendent discrètement derrière la maison pour le faire sécher loin des regards des hommes. " Nous devons être discrètes et éviter qu'on nous aperçoive accrocher nos pagnes" nous dit une femme "car sinon les hommes se moquent de nous" et elle sourit honteusement. Nous avons été choqué de découvrir à quel point les sujets liés à la sexualité sont tabous, mais aussi à quel point un grand nombre de jeunes femmes ignorent tout de leur féminité. Il nous est donc arrivé d'être confrontés à des jeunes femmes dans cette situation. Dans de tels cas nous prenions un temps particulier afin d'essayer de combler ce manque de considération. Ce fut, pour nous, un immense plaisir de nous rendre utile de ce point de vue là.

Lors de nos contacts nous avons relevé deux principaux problèmes : celui de la honte de parler de certaines "choses" et celui de l'ignorance, d'ailleurs entretenu par le premier. Ces deux problèmes ont évidemment des répercussions sur la fécondité et entraînent en particulier le fait que la première grossesse est souvent accidentelle. Mais il y a aussi des répercussions sur toute la sexualité en général et le premier rapport sexuel.

Le premier rapport sexuel se passe en effet en moyenne vers seize ans pour les filles et plutôt dix-sept ans pour les garçons. Mais on nous a informé que les "jeunes de maintenant" ont des rapports de plus en plus tôt, soit vers treize ou quatorze ans. Si tel est le cas, nous en déduisons que le facteur pauvreté entraîne un changement de comportement sexuel. En effet, beaucoup de jeunes filles courtisent des hommes bien plus âgés qu'elles qui présentent une situation financière stable et qui représente "utopiquement" une assurance.

Voyons maintenant les résultats en pourcentage de notre enquête à ce sujet. Plus de 60% des femmes ne savaient pas comment elles tombaient enceintes avant leur premier rapport. De plus, 85% des premiers rapports n'étaient pas protégés! Ces constatations dramatiques nous confirment l'ignorance des jeunes Gabonaises dans ces domaines. Cela nous permet d'expliquer aussi les grossesses précoces et non désirées, les avortements chez les jeunes femmes, mais aussi la propagation des MST. Il nous est arrivé, heureusement assez rarement, de discuter avec des femmes qui nous confiaient que ce n'était qu'après une première grossesse ou après de multiples rapports qu'elles avaient réalisé comment on tombait enceinte.

Nous avons constaté lors d'entretiens avec des hommes qu'ils n'en savaient guère plus. Ainsi, sur les vingt-deux hommes interviewés, neuf ne savaient pas qu'en ayant des rapports sexuels, ils pouvaient mettre enceinte une femme. Mais, ces résultats ne sont pas statistiquement valables pour en faire une généralité, car il n'y a pas assez d'hommes interrogés, cependant, ils nous ont donné, tout de même, une petite idée sur ce qu'en savent les hommes.

L'entrée dans l'âge adulte se fait donc naïvement et c'est aussi naïvement qu'une jeune fille tombe enceinte et se retrouve rapidement avec des responsabilités qu'elle ne peut pas assumer. Souvent, nous avons rencontré des jeunes femmes de quatorze ou seize ans venant à la maternité contrôler leur grossesse, accoucher ou subir un curetage après un avortement. Mais d'autres aussi se rendaient à la PMI pour faire vacciner leurs enfants. Dans tous les cas, le personnel médical les réprimande en leur répétant qu'elles sont trop jeunes pour avoir des enfants, le but étant de les sensibiliser aux responsabilités que supposent des relations sexuelles précoces et non protégées. Il y a peut être aussi dans ces réprimandes l'espoir de faire diminuer ce genre de cas en les culpabilisant et en leur faisant comprendre que leur situation n'est pas acceptée et qu'elles se rendent marginales. Nous ne savons pas si cette façon d'agir est particulièrement adaptée à leur mentalité, mais nous avons été quelquefois

choqués de voir le personnel s'énerver, sans donner des explications claires et sans expliquer les raisons de son agacement, Ce qui peut être aurait été plus efficace pour améliorer la situation. Par contre nous avons été surpris agréablement, quand Maman Sophie profitait de glisser des conseils sur l'éducation, l'estime de soi, le respect, les valeurs etc dans les cours de la PMI qui portaient sur un sujet tout à fait différent : comme la prévention des maladies par exemple. Cette femme nous a encore surpris par son discours lorsqu'elle expliquait aux femmes de l'assemblée l'importance qu'elles ont dans la société et dans leur famille et le pouvoir qu'elles ont dans l'éducation de leurs enfants. Sophie connaît extrêmement bien la culture, la mentalité et les habitudes gabonaises et grâce à ses connaissances, elle essaie de faire prendre conscience à ces femmes les problèmes socio-économiques du Gabon et essaie de leur donner les moyens de lutter dans le quotidien pour améliorer leurs conditions de vie. Nous l'avons aussi entendue sermonner gentiment, mais avec un ton convaincu, des jeunes mères qui venaient à la PMI habillée de manière aguichante. Elle leur disait qu'il était plus important de travailler pour nourrir leur enfant et soulager leurs parents plutôt que de courir les hommes dans l'espoir d'en trouver un qui veuille bien les entretenir. Elle leur disait aussi qu'il était déplorable de favoriser l'apparence sans s'occuper de sa personnalité et sans prendre en main sa vie. Il était intéressant de voir dans le regard des jeunes femmes concernées, une réaction de défense qui donnait raison à Sophie et ceci malgré elles. Elles étaient piquées à vif d'une manière qui les obligeait à voir la triste réalité en face et elle leur demandait de réfléchir sur leur condition et de laisser les apparences de côté pour prendre leurs responsabilités. Mais ce discours était difficile à accepter pour ces jeunes femmes.



Maman Sophie

Mis à part Maman Sophie, une autre source importante d'informations a été évidemment les femmes elles-mêmes. Notamment, après le cours de la PMI, nous demandions aux mamans si elles étaient d'accord de remplir notre questionnaire. Nous leur expliquions son contenu et pourquoi nous l'avions élaboré en précisant qu'il était anonyme et qu'elles pouvaient soit répondre toute seule soit répondre en discutant avec nous. La participation était très partagée. Certaines mères refusaient catégoriquement d'y participer entraînant d'autres femmes à

prendre la même décision. Nous n'avons pas compris leur refus car aucune d'entre elles n'a pu nous expliquer ce choix. Le plus souvent, elles baissaient la tête, souriaient gênées et nous répondaient "Je ne sais pas, je ne veux pas". Nous avons supposé que ça devait être la peur ou la timidité qui justifiait ce choix. D'autres au contraire, étaient très enthousiastes et nous demandaient même de les interroger. Parfois, elles nous demandaient de l'aide car elles ne savaient ni lire, ni écrire, mais le plus souvent c'était pour avoir un contact avec nous et en profiter pour se confier. Dans ce cas nous leur demandions si elles avaient des questions afin de favoriser l'échange et de les remercier de leur confiance. Certaines profitaient de nous interroger sur des sujets tels que la grossesse, le sida, la sexualité etc...

C'est avec à ces femmes que nous avons pu partager des discussions très enrichissantes. Nous leur devons beaucoup car elles nous ont appris énormément sur la condition féminine et les relations que les femmes entretiennent avec les hommes.

Un point qui est révélateur et déterminant pour la condition féminine dans son ensemble est qu'au Gabon, la femme est considérée comme étant inférieure à l'homme. Cela se manifeste par le pouvoir d'autorité que l'homme a sur elle, comme il l'a sur ses enfants et comme ses ancêtres l'on sur lui. La femme exerce son pouvoir d'autorité sur ses enfants uniquement. La hiérarchie de l'autorité est culturelle et fondamentale au Gabon. Elle est d'ailleurs présente dans toutes les familles. L'exercice du pouvoir de l'homme dépend évidemment de chaque homme, certains profitent de leur rang pour le faire valoir et deviennent irrespectueux avec leur compagne. D'autres par contre favorisent le dialogue avec leur femme. Mais dans tous les cas, lorsque nous demandions aux hommes quel rang détient la femme, ceux-ci nous répondaient sans exception "la femme est soumise à l'homme". Nous avons alors tenté de comprendre l'origine et le pourquoi de cette conception. Beaucoup d'hommes nous ont simplement dit : "parce que c'est comme ça". Inutile de dire notre insatisfaction face à cette réponse. D'autres nous ont répondu que c'était écrit dans la bible (la femme sort d'une côte de l'homme). Alors nous répliquions directement : "Et avant le Christianisme comment était-ce?". Personne n'a su nous dire, et cela reste encore un mystère pour nous. Durant notre séjour, nous avons constaté que toute la vie d'une femme et toutes ses expériences, dépendent et sont basées sur son infériorité. Il est certain pour nous que si la femme était considérée comme l'égal de l'homme, sa condition au Gabon ne serait pas ce qu'elle est actuellement.

Dans le chapitre précédent, nous avons parlé du mariage et du concubinage. Nous avons souligné que le concubinage était plus répandu que le mariage et nous aimerions traiter maintenant des problèmes qui lui sont liés. Le problème le plus important est la séparation répétée des couples. Il est aisé de constater que beaucoup de femmes ont le même nombre d'enfants qu'elles ont eu de concubins. Ce phénomène représente un énorme problème pour la stabilité familiale et financière. Les premières victimes en sont les femmes et les enfants restant avec la mère. Les raisons de ces séparations sont multiples, mais on remarque souvent que les femmes demandent la séparation car l'homme ne travaille pas, est infidèle et parfois violent. D'autres fois, c'est l'homme qui change simplement de concubine laissant les enfants à la femme précédente.

En fait nous ne savons pas très bien et n'avons pu découvrir quelle place est accordée à l'amour au sein du couple. Nous avons remarqué qu'il pouvait être fort puisqu'il retient parfois une femme battue près de son conjoint, mais il nous semble qu'il est bien souvent absent car on sait qu'une femme enceinte par accident va absolument rechercher un homme capable de l'entretenir sans pour autant avoir des sentiments pour lui. Quand elle l'a trouvé, ils se mettent en concubinage. Bientôt, l'homme lui demandera d'avoir un nouvel enfant, ce qu'elle acceptera pensant que cela est la garantie de le garder. Malheureusement, elle n'est pas plus en

sécurité et heureuse pour autant. Elle ne réalise que bien plus tard que cet homme ne répond pas à ces attentes et ne remplit pas le rôle de mari notamment financièrement. A ce moment là, il est souvent trop tard et un nouvel enfant vient de naître. Elle supporte alors un certain temps, de tout porter sur ses épaules et d'entretenir son compagnon. Puis elle n'arrive plus à faire face et quitte son concubin, si celui-ci n'est pas déjà parti avec une nouvelle compagne. C'est dans le désespoir qu'elle va chercher un autre partenaire qui pourrait enfin remplir le rôle du mari dont elle aurait besoin. Si elle le trouve elle retombe enceinte une nouvelle fois. Si le conjoint répond à peu près à ses attentes, elle a de la chance, par contre il arrive que celui-ci soit pire que le premier, alors elle est de nouveau plongée dans le même calvaire, mais avec encore un enfant en plus. Finalement, soit elle s'adapte par résignation, soit elle décide de rester seule par dégoût, soit le cycle continue, plongeant des femmes et leurs enfants dans une éternelle détresse humaine.

Une femme vivant cette situation doit tout assumer car les ex-partenaires ne subviennent pas obligatoirement aux besoins de leur(s) enfant(s) et se reposent sur la maman. Heureusement, les familles sont nombreuses et il y a souvent quelqu'un pour aider la mère dans le besoin. Mais d'autre fois, c'est elle qui doit entretenir d'autres membres de sa famille. Par exemple on lui met à disposition une partie du logement et on lui garde les enfants, mais en échange elle doit exercer une activité lucrative. On voit alors beaucoup de familles rapiécées de-ci de-là qui tentent de survivre.



Couple de Gabonais rencontrés à l'hôpital Schweitzer

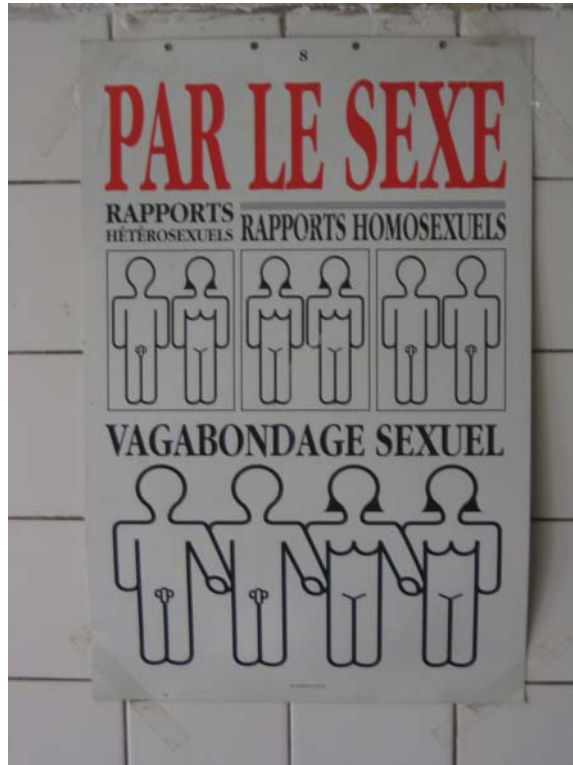
La polygamie représente un moyen de prévenir ces situations dramatiques, car il est rare que des couples une fois mariés divorcent. Par la même occasion cela diminue le nombre de femmes seules avec enfants. Nous avons rencontré peu de couples polygames, mais il nous est arrivé de surprendre des conversations entre les épouses d'un même homme. Nous en avons profité pour poser des questions qui nous ont apporté malheureusement des réponses assez

superficielles. Nous avons appris que l'homme marie d'abord une femme, lui fait un ou plusieurs enfants avant d'en courtiser une seconde, laquelle est nommée "rivale". Puis, il épouse la deuxième et lui fait aussi des enfants. Il a alors la possibilité d'alterner les grossesses de ses différentes femmes, ce qui représente un avantage pour sa vie intime sachant que selon la coutume, une femme allaitant ne doit pas se livrer à des activités sexuelles, et cela pendant trois mois. Nous reprendrons ces explications en détail dans le chapitre consacré à la période après l'accouchement. C'est aussi pour ces raisons que la polygamie permet éventuellement de réduire l'adultère. Cependant, actuellement ces coutumes ont pris une autre tournure, certaines femmes en concubinage respectent la "loi" des trois mois, et leur conjoint en profite pour aller "voir ailleurs". Mais est-ce que la polygamie prévient vraiment les infidélités? Il est impossible pour nous de répondre à cette question car nous ne possédons malheureusement pas d'informations pour l'étayer. Pourtant, selon notre enquête, les femmes polygames ne soupçonnent pas moins leur mari d'infidélité. Quant à la fidélité des femmes de couples polygames, il nous est impossible de dire quoi que ce soit car nous avons encore moins d'informations. Par contre, on sait qu'au début du deuxième mariage les femmes se jalourent, mais qu'au fil des ans, il s'instaure parfois des relations amicales entre les épouses. "Maintenant je considère les enfants de ma rivale comme mes propres enfants" nous dit la femme d'un médecin, rencontrée par hasard dans un de nos périple.

Mais revenons à nouveau sur le sujet important de la fidélité et par la même sur celui des contacts relationnels dans un couple. Apparemment, au Gabon, peu d'hommes sont fidèles. L'infidélité est chose commune et est considérée comme normale. Ce terme a souvent été utilisé par les deux sexes, mais est considérée différemment par les deux parties. Ainsi, les femmes l'utilisent plutôt pour désigner une habitude acceptée comme telle plutôt qu'une véritable normalité. Nous pouvons affirmer cela car quand nous demandions aux femmes trompées si elles pensaient que cela devait être comme ça, elles nous répondaient que non car cela les faisait souffrir. Cependant après avoir fait quelques scènes de jalousie, elles avaient fini par accepter pour éviter des disputes qui pouvaient dégénérer. Nous avons recueilli des témoignages de femmes qui nous confiaient qu'elles avaient été tapées par leur conjoint, en particulier lorsqu'elles faisaient des crises de jalousie. Des femmes déjà plus âgées, nous confiaient qu'elles avaient été battues durant leur jeunesse pour les mêmes raisons mais qu'avec le temps leur mari s'était quelque peu adouci et essayai de dialoguer. (Dommage qu'il faille attendre la vieillesse pour en arriver là).

Pour beaucoup d'hommes, l'infidélité représente une prouesse qui certifie leur virilité. Quand nous abordions ce sujet dans notre questionnaire, il était étonnant de remarquer à quel point les infidèles avouaient leurs actes avec un semblant de fierté. Sur les vingt hommes interviewés, nous avons recensé douze infidèles, quatre fidèles et quatre qui n'ont pas répondu. Comme on le sait, la conséquence de l'infidélité est l'expansion des MST et du SIDA. C'est véritablement un énorme problème qui reste difficile à résoudre car il est ancré au plus profond de leur culture. Cependant, la prévention est toujours au rendez-vous et la Doctoresse Diallo préconise le préservatif et demande aux femmes des maris infidèles d'en glisser discrètement dans leurs poches afin au moins qu'ils se protègent avec leurs maîtresses et n'infectent pas leurs partenaires en retour. Le médecin explique : "Comme il veut encore avoir des enfants, il ne voudra pas se protéger avec toi, alors incite-le à le faire au moins avec les autres. S'il ne veut pas être fidèle, il vous expose à des risques énormes et vous met en danger". Nous avons d'ailleurs eu le triste exemple d'une étudiante de vingt ans, enceinte de quatre mois, venue prendre ses résultats du test HIV, qui se sont révélés positifs. Elle s'est alors confiée et a expliqué que le père de l'enfant refusait de se protéger malgré ses doutes d'être atteint de la maladie et prétextait que s'il tombait malade, il pouvait partir en Europe se faire soigner. Cet homme exerçait un métier qui lui rapportait assez d'argent pour être très

convoité par les femmes. En poursuivant la discussion, la patiente avoua qu'il entretenait deux autres relations dans d'autres villes et que l'une des jeunes femmes était aussi enceinte de lui. Anne se souvient très bien du sentiment de révolte qui l'a envahi au moment où elle entendait la patiente raconter son histoire et combien il avait été difficile de rester calme devant cette vie à l'instant bouleversée par tant d'irresponsabilité.



Affiche de prévention contre le SIDA sur les murs de l'hôpital Schweitzer

En réalité, la confiance entre les femmes et les hommes au Gabon est mise à rude épreuve. Beaucoup d'hommes refusent d'utiliser le préservatif et les femmes n'osent pas l'imposer coûte que coûte. Mais il y a aussi le problème des couples infidèles désireux d'avoir des enfants et qui forcément abandonnent tout moyen de protection. Et il y a encore les couples qui vivent ensemble depuis longtemps et n'utilisent le préservatif qu'au moment de l'ovulation et n'envisagent pas de l'utiliser au cours de toutes les relations sexuelles. Toutes ces situations exposent les hommes et les femmes à d'énormes risques qui se révèlent difficilement gérables, d'autant plus que le préservatif n'entre encore que trop peu dans les mœurs. Comment faire confiance à son conjoint lorsque l'infidélité non protégée, fait presque partie de l'éducation. Ceci est un réel problème de société car il n'implique pas que la santé mais aussi la relation de confiance réciproque entre les partenaires du couple. Nous avons d'ailleurs constaté les conséquences sur les rapports humains au quotidien. Mais nous reviendrons là-dessus plus loin. Voyons d'abord ce qu'il en est de l'infidélité féminine car si on en croit nos résultats concernant les hommes il faut bien que des femmes soit impliquées dans leurs ébats extra-conjugaux. Nous voilà malheureusement arrivés dans un sujet moins aisé car les femmes sont plus timides sur la question et vivent leurs infidélités comme un péché. Au contraire de l'homme, elles ne la vivent pas comme une preuve de séduction. Il nous a donc été plus difficile de cerner l'infidélité féminine. Sur les cent femmes interrogées, treize ont avoué avoir été infidèles et soixante-neuf ont affirmé être fidèles? Ce résultat nous laisse quelque peu

sceptique et sans accuser qui que ce soit nous soupçonnons quelques femmes d'avoir contourné la question. En effet comment tant d'hommes pourraient tromper leur femme s'il y a si peu de femmes infidèles. Les personnes qui n'ont pas osé dire la vérité ont peut-être eu peur de représailles. En tout cas cela confirme que les conquêtes faites par les femmes ne sont pas une fierté, mais plutôt le sujet de culpabilités. Cependant, nous nous intriguons de voir si peu de femmes infidèles alors qu'elles avaient tant de soupçons concernant leur conjoint. Nous ne nous sommes pas contenté de demander si elles étaient fidèles mais pourquoi elles l'étaient, malgré l'infidélité de leur concubin. Nous avons parfois eu des réponses courtes comme un "parce que" définitif, d'autres fois on nous a répondu que c'était pour éviter les maladies, par respect pour elles-mêmes, parce qu'elles n'en éprouvaient pas le besoin ou encore parce qu'elles pensaient que ce n'était pas bien. Une femme nous a dit qu'elle ne se sentait pas prête à l'infidélité et que si elle était attirée par un autre homme, elle quitterait son conjoint. Nous avons une anecdote intrigante racontée par une femme, pour expliquer comment dans certains villages on détermine si quelqu'un a commis l'adultère. Le rituel se passe ainsi : lorsqu'une personne est soupçonnée d'adultère, elle est convoquée par les sages du village qui préparent une mixture à base d'indigénat et la déposent dans une marmite qu'ils donnent à l'accusé. Puis ils lui posent des questions et observent ce qui se passe dans le chaudron en guise de détecteur de mensonges. Si le liquide bout, alors la personne dit la vérité, et dans le cas contraire, elle ment. Quand l'accusé est jugé coupable, il est puni, mais nous n'avons pas d'autres indications pour savoir ce qu'il advient du malheureux. Nous n'avons pas eu de précisions non plus pour déterminer si cette coutume s'appliquait autant aux hommes qu'aux femmes.

Précédemment, nous parlions de la confiance au sein du couple et nous souhaiterions revenir sur ce sujet afin de le conclure en décrivant plus complètement les relations entre les hommes et les femmes. Nous avons parlé des rapports extra-conjugaux non protégés et des dangers qui guettent les deux partenaires dans ce genre de pratiques. Il nous semble alors que le terme de confiance est inapproprié pour une majorité des couples et est remplacé par de la méfiance. Nous avons pu constater que celle-ci dépasse le cadre du couple, mais qu'elle est présente à tous les niveaux dans les relations humaines. Pour illustrer l'ambiance générale, nous donnerons quelques exemples qui soulignent le climat de méfiance dans la relation médecin-patient, puis nous nous recentrerons sur les couples. En effet, nous avons remarqué que le médecin se méfie toujours des dires de ses patients, car il arrive souvent que ceux-ci mentent. Il nous est arrivé d'entendre un médecin reposer plusieurs fois la même question à un patient qui ne disait pas la vérité. Nous avons vu un médecin s'énerver vigoureusement avec une patiente qui ne voulait pas avouer qu'elle avait avorté. Au début de notre séjour, nous avons été choqué par la relation que les médecins ont avec leurs patients. Le ton qu'ils utilisent n'est pas forcément doux mais est plutôt sec et inquisiteur. Par la suite, nous avons réalisé que le comportement de certains patients favorisait ce genre de relation car ils étaient inconscients, modifiaient leurs plaintes ou encore cachaient certains éléments importants etc... Il existe aussi des patients qui appartenaient à l'autre extrême, ils étaient soumis au médecin et parfois n'osaient pas répondre aux questions, ni expliquer ce qui les amenait. La relation médecin-patient est très distante. Il nous a semblé que parfois les médecins étaient exaspérés par le comportement de leurs patients, et nous avons réalisé que leurs méthodes quelques peu déroutantes pour nous, avaient souvent leurs raisons et étaient peut-être plus adaptées à la mentalité des Gabonais qu'à la notre, soit une méfiance générale envers son prochain. Nous avons été confrontés nous aussi à ce genre de problème lors d'un questionnaire réalisé avec une jeune fille de quatorze ans qui donnait des réponses incohérentes. Nous avons dû interrompre l'interview pour le lui faire remarquer et lui expliquer que le questionnaire n'était plus valide à cause de ses mensonges. Cela a été une situation assez embarrassante. Nous lui

avons demandé les raisons de ces fables, mais elle n'était pas capable de nous répondre. Nous avons réalisé qu'il devait être très difficile de soigner des gens qui ne sont pas coopérants en ce qui concerne leur propos. Ce genre d'attitude mettait le personnel médical sous une tension perpétuelle, car il devait toujours remettre en doute les dires des patients. Les relations entre les gens sont donc parasitées par la méfiance ou par les mensonges. Maintenant, nous pouvons aisément réduire ces relations à l'échelle des couples et imaginer le relationnel qui en découle. Nous avons alors creusé pour comprendre encore mieux ce que peuvent vivre les Gabonais dans leur couple et nous avons appris que les hommes se méfient des femmes, car ils sont persuadés qu'elles sont malignes, vicieuses et qu'elles font des manigances en cachette. Elles représentent donc un danger pour un homme qui ne se méfie pas. Nous ne connaissons pas assez la mentalité des Gabonaises pour savoir sur quels événements se basent ces considérations, bien qu'elles nous paraissent quelque peu excessives, mais cela pourrait expliquer pourquoi les hommes considèrent la femme comme inférieure.

Pour illustrer cet état de fait nous avons l'exemple d'un couple rencontré à l'hôpital. La femme s'était rendue à la maternité suite à des pertes de sang en début de grossesse. Elle avait donc subi un curetage. Nous avons fait sa connaissance et elle nous a présenté son mari. Elle nous a alors expliqué que depuis son quatrième enfant, elle n'arrivait plus à en avoir. Son mari s'empressa de confirmer et ajouta qu'il n'y était pour rien et que le problème venait de sa femme. Nous étions assez surpris d'entendre une chose pareille et nous lui avons demandé pourquoi il disait cela. Il nous a répondu que puisque la femme portait l'enfant si ça ne marchait pas, le problème venait d'elle. De plus, il ajouta qu'elle pouvait très bien prendre des choses en cachette pour interrompre la grossesse et qu'il fallait se méfier des femmes. Nous en avons profité pour remettre deux ou trois notions biologiques au clair et, par la même occasion, préciser le rôle de l'homme dans l'infécondité, notamment par le biais des MST qu'il peut transmettre à sa femme et la rendre stérile. Mais nous étions surtout témoin de problèmes quotidiens dans la vie des couples gabonais tel celui du manque de confiance, mais aussi celui du manque de dialogue et de compréhension réciproque. Dans ce cas, où la femme après ces quatre enfants n'en voulait effectivement plus, elle n'était pas comprise par son mari et avait recours à des moyens invasifs en cachette. Son mari quant à lui, ne cherchait pas à comprendre les besoins de sa femme et restait sur la pulsion de lui faire encore des enfants. On retrouve de nouveau le problème de l'ignorance au sujet de la fécondité et du rôle des deux partenaires, car s'il avait conscience de son implication, l'homme ne se permettrait pas de porter certaines accusations. C'était attristant de réaliser combien l'ignorance fait des ravages.

Nous voulons profiter de cet exemple pour parler de la communication entre l'homme et la femme dans un couple. Notre enquête nous a donné quelques chiffres à propos de la question "parlez-vous de sexualité avec votre partenaire?". Sur les cent femmes interrogées soixante-cinq ont répondu oui, dix-sept ont dit non et quinze n'ont rien répondu. Nous étions surpris en bien, mais nous étions aussi conscients que cette question était assez vague dans sa mise en forme. Nous avons alors demandé de quels sujets ils parlaient. Les plus abordés sont celui de l'infidélité et celui du préservatif. Trois femmes nous ont avoué parler de plaisir, d'amour et des douleurs liées aux rapports. Nous n'avons pas été surpris de voir le peu de femmes parlant de plaisir avec leur partenaire. Par contre, nous étions heureux de découvrir que le sujet des préservatifs est souvent abordé.

Finalement, pour pousser notre étude sur les relations de couples, nous avons demandé à vingt-sept femmes de préciser si elles avaient déjà été frappées par leur conjoint. Neuf ont répondu n'avoir jamais été tapées et dix-huit ont avoué avoir été frappées une ou plusieurs fois. Parmi ces dix-huit femmes, deux ont dû se rendre à l'hôpital et une a été violée par son

conjoint. Ces chiffres parlent d'eux-mêmes, nous n'avons rien à ajouter si ce n'est que nous aurions souhaité pouvoir poser cette question à un plus grand nombre de femmes. Nous aimerions particulièrement, souligner le manque de douceur entre les conjoints, mais aussi dans le reste des relations humaines, y compris dans le domaine de la santé. Ce qui nous a d'abord choqué c'est le langage excédé ou alors une froideur excessive utilisé parfois par le personnel médical. Mais aussi la façon de penser que le patient d'une manière générale ne comprend rien. Cela s'est révélé faux, puisque dans les contacts que nous avons eu avec les patients, nous avons eu l'occasion de donner des explication très appréciées. Nous avons remarqué que beaucoup de femmes sont curieuses d'apprendre et nous avons souvent senti leur désir d'obtenir des informations qui ne trouvaient pas satisfaction.

Le manque de tendresse et la rudesse des relations se retrouve évidemment aussi entre les parents et leurs enfants. Jamais nous n'avons vu des parents prendre leur progéniture dans les bras ou leur faire un bisou sur la joue. Cela ne fait pas partie de l'éducation. Il nous est d'ailleurs arrivé d'apprendre à un enfant de trois ans ce qu'était un bisou. En aucun cas nous avons vu en l'espace de six semaines un couple se tenir par la main et encore moins deux amoureux s'embrasser. Les Gabonais sont chaleureux mais pas tendres. Heureusement nous avons quelques commentaires extraits de notre questionnaire qui nous permettent de croire que la douceur existe quand même : "Mon fiancé est un homme gentil, compréhensif, bavard, serviable" ou "mon gars et moi sommes bien... il m'aime quand je ne suis pas enceinte car si je suis enceinte il me chasse de chez lui" et encore "J'ai été battue une foi par mon mari mais par contre nous discutons beaucoup."

Pour conclure, nous constatons qu'il règne un climat difficile dans beaucoup de couples autant en ce qui concerne la sexualité qu'au niveau du respect du conjoint. La méfiance réciproque nuit à la sérénité des couples et à la bonne entente, à l'épanouissement de tout le monde dans des conditions agréables. Heureusement, nous avons rencontré des couples qui paraissaient heureux d'être ensemble et avaient réussi à créer un lien de complicité. Mais apparemment, ce sont des exceptions qui confirment la règle.

MATERNITE

Au Gabon, la maternité est au centre de la vie des femmes. Une femme qui a beaucoup d'enfants est plus respectée, de même que plus une famille est nombreuse, plus elle a de pouvoir. Par ailleurs, le Gabon est très faiblement peuplé (environ 1,2 mio d'habitants) ce qui pousse l'opinion publique à encourager une forte natalité, d'autant plus que la religion officielle est le catholicisme qui valorise les familles nombreuses et condamne la contraception.

Afin de poser le cadre, nous commencerons par quelques repères statistiques et culturels concernant la maternité. D'une manière générale, la femme gabonaise a son premier enfant relativement jeune. Selon les résultats de nos questionnaires, 7% des femmes ont entre 10 et 15 ans à la première naissance, 64% ont entre 16 et 19 ans et 29% ont entre 20 et 30 ans. Selon une enquête nationale (Enquête Démographique et de Santé du Gabon 2000), l'âge médian à la première naissance est estimé à 18,7 ans. Au quotidien, il ne nous a pas été rare de rencontrer des jeunes femmes de moins de 20 ans qui avaient déjà plusieurs enfants. Il nous semble que la cause principale de ce phénomène est le manque d'information. La sexualité reste un sujet très tabou dans les familles (même si, paradoxalement, nous avons eu beaucoup de facilité à l'aborder lors de nos discussions avec les Gabonais qui se sont montrés très ouverts), les parents n'en parlent quasiment pas à leurs enfants qui doivent tout découvrir par eux-mêmes. Ainsi, près de 60% des femmes que nous avons interrogées ne savaient pas « comment on fait les bébés » lors de leur premier rapport sexuel. Nos chiffres sont légèrement moins catastrophiques pour les hommes (9 sur 21) mais ce résultat n'est pas forcément significatif étant donné le très petit nombre d'hommes interrogés. Ces jeunes femmes ne sont donc pas du tout averties des conséquences de leurs actes et tombent enceintes très rapidement après leur premier rapport, sans bien comprendre ce qui leur arrive. L'une d'entre elles nous disait n'avoir saisi la relation entre les rapports sexuels et le fait de tomber enceinte qu'à sa troisième grossesse.

Par ailleurs, les jeunes Gabonais font leurs premières expériences sexuelles très jeunes, on nous a parlé d'une moyenne d'âge de 12-13 ans au premier rapport, ce qui ne correspond pas tout à fait à nos statistiques (2% entre 10 et 12 ans, 24% entre 13 et 15 ans et 63% entre 16 et 18 ans). Nous n'avons pas bien réussi à savoir si cette différence était due au fait que les femmes interrogées ne nous ont pas dit la vérité, ou si ce phénomène concerne avant tout la nouvelle génération et que les femmes de plus d'une trentaine d'années avaient eu leur premier rapport plus tard, ce qui aurait pu tirer notre moyenne vers le haut. En effet, selon l'enquête nationale, la moyenne d'âge est de 16,1 ans pour les femmes et de 16,9 ans pour les hommes, ce qui ressemble déjà plus à nos chiffres. De plus, le premier rapport était non-protégé pour 90% des femmes et pour 18 hommes sur 19. De nouveau, ce résultat doit être pondéré par le fait que le préservatif n'est disponible au Gabon que depuis une dizaine d'années, beaucoup des personnes interrogées ont donc eu leur premier rapport avant cette époque et n'ont pas eu le choix.



Jeunes Gabonaises

Le manque d'information mis à part, la médiocre popularité du préservatif et de la contraception en général contribue également fortement aux grossesses précoces, mais nous approfondirons ce phénomène dans le chapitre dédié à la contraception. Autant concernant l'information que le préservatif, c'est l'épidémie de SIDA qui a été le moteur d'efforts d'amélioration. Des cours d'éducation sexuelle ont été mis en place, les mères parlent un peu plus de sexualité à leurs enfants pour qu'ils se protègent, mais la carence reste énorme. A ce propos, Charlotte se souviendra toujours comme l'un des moments les plus forts du stage de la discussion qu'elle a eue avec une jeune fille de 16 ans qui vendait des bananes et des piments au petit marché de l'hôpital Schweitzer alors qu'elles répondaient ensemble à l'un de ces fameux questionnaires. La jeune fille était encore vierge, et, à la question : « Est-ce que vous saviez comment on tombe enceinte avant votre premier rapport sexuel ? », elle a répondu par la négative. Elle était d'accord d'en parler avec l'étudiante blanche alors Charlotte s'est lancée dans une explication, aussi simple que possible, de l'anatomie, du cycle menstruel, de la fécondation, etc. Difficile d'évaluer ce qu'elle en aura retenu, mais elle posait quand même des questions et, surtout, avait l'air très touchée. Vers la fin de l'explication, la jeune fille s'est en effet mise à pleurer, et Charlotte n'a d'abord pas compris pourquoi, peut-être avait elle pris peur, ou peut-être était elle triste et n'aurait jamais rien voulu savoir de tout cela. En fait, cette discussion avait créé un lien intime et privilégié, que la jeune fille n'avait visiblement eue avec personne d'autre et celle-ci exprimait là sa tristesse à l'idée que cette relation se termine (« Tu vas partir, et on ne se verra plus ! »), d'autant plus que nous étions à deux jours de notre départ. Le lendemain, elle est venue tirer la blanche hors de son lit pour parler (« Raconte-moi, comment c'est chez vous ? »), elle lui a offert un bracelet acheté au marché en signe d'amitié. Par contre, elle refusait l'idée de transmettre ce que Charlotte lui avait expliqué à ses amies qui avaient déjà eu des rapports, elle estimait que celles-ci ne voudraient pas en parler avec elle. Elle a par contre raconté cette discussion à sa mère qui a juste dit que c'était bien.

En plus d'être de jeunes mères, les femmes gabonaises font beaucoup d'enfants. En effet, l'enquête nationale révèle qu'elles donnent naissance, en moyenne, à 4,3 enfants durant leur vie. Si l'on se réfère à nos statistiques, la moyenne est de 2,8 enfants par femme, mais la plupart des femmes concernées étaient encore en âge de procréer et allaient encore avoir d'autres enfants. Trois femmes sur la petite centaine qui ont répondu au questionnaire avaient eu 9 enfants, ce qui était le maximum. Les raisons de ces grossesses multiples sont bien

connues. Parmi celles-ci on peut relever une mortalité infantile relativement importante (durant la période 1995-2000, 89 enfants sur 1000 sont décédés avant leur 5^e anniversaire¹, selon les statistiques officielles et sur les 119 personnes que nous avons interrogées, 18 avaient perdu un enfant) ; l'absence de système de retraite qui conduit les Gabonais à considérer les enfants comme une richesse ; la considération sociale et le respect accordés aux femmes et aux hommes qui ont beaucoup d'enfants ; sans parler de la médiocre popularité du préservatif et des méthodes de planification familiale.

Tout cela n'est pas sans conséquences pour la santé maternelle : la mortalité maternelle est de 519 morts pour 100'000 naissances, ce qui est 20 fois plus que dans les pays occidentaux. En bref, le risque de mourir de causes maternelles est de 2,3%, ce qui fait de la maternité un réel problème de santé publique.

Nous allons maintenant décrire avec plus de détails les trois périodes de la maternité, à savoir la grossesse, l'accouchement et la période suivant l'accouchement. Pour ce faire, nous nous baserons sur la prise en charge des mères à l'hôpital Albert Schweitzer telle que nous avons pu l'observer et nous compléterons le tableau par des considérations plus culturelles.

GROSSESSE

A la maternité de l'hôpital Albert Schweitzer, les lundis, mardis et mercredis sont dédiés aux consultations prénatales auxquelles les femmes enceintes (« en grossesse » comme ils disent) doivent consacrer toute une journée. Ces consultations sont en effet organisées en « stations », où les femmes passent l'une après l'autre, dans l'ordre d'arrivée, avant de passer à la station suivante. Etant donné qu'il n'y a pas de gynécologue à l'hôpital Albert Schweitzer, ces consultations sont gérées par les sages-femmes. A leur arrivée à la maternité vers 7h30, les futures mamans sont d'abord pesées par une infirmière qui leur prend également la tension. Elles passent ensuite auprès des sages-femmes qui, dans le cas d'une première consultation, remplissent un carnet de maternité, un carnet bleu édité par le ministère de la santé, que la mère doit acheter et qui la suit jusqu'à l'accouchement. Il contient des informations générales sur la mère (nom, prénom, date de naissance, nombre d'accouchements, nombre de grossesses, nombre d'avortements et leurs dates respectives), la date des dernières règles, la date du terme présumé, et tous les résultats d'analyses et d'examen concernant la grossesse y sont transcrits. Ce carnet sert en fait de « dossier portable », au cas où la mère consulterait ou accoucherait ailleurs. En plus du carnet, les sages-femmes remplissent un bon pour le laboratoire d'analyse. Les analyses qui se font d'office sont les suivantes : hémogramme, groupe sanguin, goutte épaisse (paludisme), RPR et TPHA (syphilis), albumine et glucose. La demande de test HIV ne se fait qu'avec l'accord de la patiente, après une petite séance d'information commune pour la dizaine de femmes présentes à la consultation et animée par la Doctoresse Diallo, responsable de la médecine communautaire. Au cours de cette séance, la Doctoresse Diallo mentionne quelles sont les analyses effectuées lors de la consultation et précise leur utilité, en insistant sur la syphilis, le paludisme et, bien entendu, le HIV. Elle explique aux patientes que le test HIV est gratuit pour les femmes enceintes, de même que la trithérapie, en cas de résultat positif, à partir de la 36^e semaine d'aménorrhée jusqu'à l'accouchement pour la mère et de la naissance jusqu'à l'âge de 6 semaines pour l'enfant. Elle profite également de l'occasion pour faire un peu de prévention concernant le SIDA en

¹ En Suisse, la mortalité périnatale en 2003 était de 5 pour 1000.

général et pour leur rappeler les moyens à disposition pour éviter la transmission du virus à l'enfant, à savoir le traitement de la mère pendant la grossesse, le traitement de l'enfant après la naissance et ne pas allaiter l'enfant (la césarienne n'est donc pas forcément indiquée). Après cela, elle demande aux futures mamans si elles veulent faire le test et, le cas échéant, remplit les bons. D'une manière générale, la plupart des patientes acceptent de le faire, elles semblent en effet plus sensibles à la problématique du SIDA que la population générale, peut-être parce qu'elles se responsabilisent par rapport à leur enfant, alors qu'elles ne feraient pas forcément le test pour elles-mêmes. Lorsque nous sommes arrivés à l'hôpital Albert Schweitzer, cette séance n'avait lieu que le mardi matin, le seul jour où la Doctresse Diallo était disponible. Le test HIV n'était donc proposé qu'aux patientes du mardi. Dans le souci d'améliorer cette situation, la Doctresse Diallo a formé Marie-Flambeau, une des sages-femmes, pour qu'elle puisse à son tour prendre en charge ces séances, de même que l'annonce des résultats qui a lieu l'après-midi, afin que le test HIV soit proposé les trois jours de consultation, à toutes les femmes enceintes.

Mais reprenons le parcours de la consultation : après l'étape « test HIV », les patientes se rendent avec leur bon au laboratoire d'analyse se trouvant dans le bâtiment de la policlinique où on leur fait une prise de sang puis elle reviennent à la maternité. Là, elles reçoivent une injection de vaccin anti-tétanique (elles devraient idéalement en recevoir trois au cours de la grossesse parce qu'elle n'ont en général pas été vaccinées dans leur enfance) et subissent un petit examen physique, effectué par une sage-femme : inspection des conjonctives, des seins, recherche d'œdèmes pré-tibiaux, mesure de la hauteur utérine, détermination, selon l'âge de la gestation, de la position fœtale, auscultation du cœur du fœtus à l'aide d'un stéthoscope de Pina (sorte de cornet acoustique en bois), toucher vaginal permettant de déterminer la position du col utérin, sa consistance, son ouverture et d'apprécier la présence de leucorrhées, pathologiques ou non. En cas de leucorrhées pathologiques, les sages-femmes font une ordonnance de Flagyl à la patiente. Comme nous le reverrons dans le chapitre sur les MST, la plupart des traitements se font de manière empirique, les infections étant tellement fréquentes que la probabilité que le traitement soit efficace est très grande. Cet examen physique, sans spéculum, se fait très rapidement, un peu à la chaîne, et la sage-femme ne discute pas vraiment avec les patientes, si ce n'est pour demander des précisions sur les mouvements fœtaux ou d'autres détails concernant leur grossesse. Elle n'explique pas ce qu'elle fait ou ce qu'elle va faire et parfois les patientes nous ont semblé un peu désorientées, ne savaient pas comment s'allonger sur le lit d'examen, s'il fallait qu'elles enlèvent leur culotte, et là elles se faisaient rudoyer par le personnel soignant. Au cours de l'un de ces examens, Anne a proposé à l'une de ces femmes de palper la tête de son bébé, chose que celle-ci n'avait visiblement jamais faite puisque son visage s'est illuminé quand elle a senti la tête, tellement émerveillée d'avoir accès à ce qui se passait dans son corps. Quant aux échographies, elles ne sont bien entendu pas systématiques mais sont disponibles lorsque la date des dernières règles est inconnue, lors de douleurs pelviennes, de saignements ou d'autre complication de la grossesse, ou lors de grossesse gémellaire. Seuls deux médecins font les échographies à L'hôpital Albert Schweitzer : le Docteur Justin (interniste) et le Docteur Kwasi (chirurgien).



Mesure de la hauteur utérine



Auscultation à l'aide du stéthoscope de Pina

Cette station terminée, les patientes s'en vont, mangent quelque chose si elles le peuvent, se promènent un peu dans l'hôpital, et reviennent à la maternité à 14h30 pour le résultat des analyses. A ce moment là, elle reçoivent des petits sachets en plastique contenant des comprimés de fer, d'acide folique et de vitamines pour un mois, date à laquelle elles sont censées revenir pour une nouvelle consultation. Pour la prophylaxie du paludisme, elles reçoivent deux doses de Fansidar (sulfadoxine pyrimetamine) au cours de la grossesse, la première entre la 16^e et la 24^e semaine d'aménorrhée, et la deuxième entre la 28^e et la 34^e semaine. Maintenant, si la goutte épaisse s'est révélée positive, les sages-femmes font une ordonnance de quinine, de paracétamol et de Valium (pour éviter les contractions) et si des leucorrhées ont été mises en évidence dans la matinée, elles prescrivent du Flagyl. Les patientes se rendent alors avec leur ordonnance à la pharmacie de l'hôpital qui se trouve dans le bâtiment de la policlinique pour chercher leurs médicaments. D'autre part, elles vont chercher le résultat de leur test HIV auprès de la Doctoresse Diallo qui les reçoit une par une. Celle-ci en profite pour refaire un peu de prévention (« Tu as peur ? Tu aurais peut-être dû y penser avant. Qu'est-ce que tu pourrais faire pour te protéger?... »). Au Gabon 6% des femmes enceintes et 8% de la population générale sont séropositifs pour HIV.

Le rallye de la consultation prénatale se termine ici. Idéalement, les femmes enceintes devraient s'y rendre une fois par mois, ou du moins aux 3^e, 6^e, 8^e mois de gestation et 15 jours avant le terme présumé. En pratique, la moyenne est plutôt de deux à trois consultations par grossesse. L'enquête démographique, quant à elle, relève que 95% des naissances bénéficient de soins prénatals auprès de personnel formé, ce qui est considérable et montre bien que ces consultations prénatales sont bien implantées, non seulement à l'hôpital Albert Schweitzer mais aussi à l'échelle nationale. Nos statistiques confirment cette tendance puisque 93% des grossesses avaient été suivies. Il faut par contre relever que les femmes n'ont bien entendu pas de suivi gynécologique régulier, elles ne consultent donc que lors de leurs grossesses ou lors d'autres problèmes médicaux.



Patientes de la consultation prénatale

La maternité mise à part, les femmes des villages plus éloignés ont accès à des consultations par le biais de la PMI mobile (la Protection Maternelle et Infantile, qui se déplace 2 jours par semaine dans les villages). Cependant, ces consultations sont moins complètes puisqu'il n'y a pas de laboratoire d'analyse à disposition et qu'il n'y a pas toujours d'endroit tranquille pour faire un examen physique. En effet, l'équipe s'installe parfois dans une cour au milieu d'un village.

Au niveau de la société, les Gabonais cherchent idéalement à préserver les femmes enceintes : leur conjoint les aide dans les tâches ménagères, elles doivent éviter les travaux difficiles et se mettre au repos. Mais le quotidien de beaucoup de femmes est bien différent, elles ne peuvent souvent pas s'arrêter de travailler et on les voit dans les champs, courbées en deux, avec un gros ventre et un enfant sur le dos. Elles doivent aussi manger plus mais ne doivent pas manger n'importe quoi, certains aliments sont associés à toutes sortes de croyances et leur sont interdits. Elles ne doivent par exemple pas manger de tortue ou leur enfant aurait les pieds palmés, ni d'ananas ou celui-ci risque la gale. Les œufs sont aussi défendus, le bébé serait chauve à la naissance. Dans le même ordre d'idée, une femme enceinte ne doit pas se tenir à côté d'un singe, ou son enfant fera des grimaces. Quoi qu'il en soit, la maternité est socialement très valorisée et les femmes enceintes sont par conséquent bien considérées.



Affiche d'information aux futures mamans

ACCOUCHEMENT

Actuellement, la grande majorité des Gabonaises accouchent dans des établissements sanitaires (85% selon l'enquête démographique), ou du moins avec l'assistance de personnel formé (87%). Nos chiffres sont encore plus optimistes (93% ayant accouché à l'hôpital) mais ne sont pas représentatifs de la population générale puisque la plupart de ces femmes étaient patientes de l'hôpital Albert Schweitzer ou faisaient partie du personnel. En fait, cette proportion varie selon les régions et selon le degré d'instruction, les accouchements à domicile étant plus fréquents, comme on pouvait s'y attendre, en milieu rural. Par ailleurs, 87% des accouchements ont eu lieu par voie basse, contre 13% de césariennes, et dans les statistiques de la maternité de l'hôpital Albert Schweitzer, il y a eu 15 césariennes pour 73 accouchements au total au cours du mois de mai 2005 (ce qui fait environ 20%). Etonnamment, ces chiffres sont tout à fait comparables aux statistiques suisses (environ 15 à 20% de césariennes) et cela est certainement dû au fait que l'hôpital Albert Schweitzer est un hôpital qui a des moyens et un bloc opératoire qui fonctionne très bien. Nous n'avons pas eu accès à la moyenne nationale du nombre de césariennes mais on pourrait imaginer qu'elle soit un peu plus basse, faute de moyens chirurgicaux et faute de diagnostic de souffrance fœtale.

Durant notre stage à l'hôpital Albert Schweitzer, nous avons eu la chance de pouvoir assister à plusieurs accouchements, qui ont été des moments très forts (Stefano qui criait avec la mère peut en témoigner). Il y a en moyenne deux accouchements par jour à l'hôpital Albert Schweitzer. Il n'y a qu'une seule salle d'accouchement à la maternité et elle peut contenir jusqu'à trois accouchements en même temps. Ceux-ci sont pris en charge soit par une sage-

femme soit par une infirmière, étant donné qu'il n'y a pas de gynécologue-obstétricien. Les césariennes quant à elles sont faites au bloc opératoire, par un chirurgien et le plus souvent sous rachianesthésie. La future maman doit venir avec tout son matériel : pagnes pour se coucher dessus, sur le lit d'accouchement, et pour se couvrir, habits du bébé, lotions pour nettoyer le bébé... Quand elle n'est pas seule, la mère vient en général accompagnée de sa propre mère ou d'une sœur, très rarement par le père, soit parce qu'il travaille ou qu'il vit ailleurs, mais surtout parce que l'accouchement est une affaire de femmes. En général, le père vient plus tard, pour voir la mère et l'enfant une fois que tout est fini.



La salle d'accouchement

Un accouchement est un moment très animé, où l'on peut assister à des cris, à des rires. En général, les sages-femmes ou les infirmières présentes ne ménagent pas la parturiente (« Mais pousse ! Tu ne fais rien ! »). La tendresse n'est pas de mise et les cris sont d'autant plus perçants que la péridurale n'est jamais proposée. L'accoucheuse (qu'elle soit sage-femme ou infirmière), suit l'évolution du travail et l'ouverture du col par des touchers vaginaux, les futures mamans ne sont pas mises sous monitoring pour suivre les battements du cœur fœtal. Nous ne savons pas si c'est par manque de matériel, ni comment est évaluée une potentielle souffrance fœtale, tous les accouchements que nous avons vus se sont déroulés sans complications. Une fois le bébé sorti et le cordon coupé, il est placé sous une lampe chauffante, nettoyé et frictionné, habillé. Aucune des mamans que nous avons vues n'a demandé à voir son enfant, c'est comme si, à force d'avoir tellement d'enfants, elles en devenaient presque blasées. Il y a peu de contact physique entre la mère et l'enfant, celui-ci ne reste pas sur le ventre de sa mère, il est tout de suite emporté, et il n'y a pas de mise au sein immédiate.



Soins au nouveau-né



Une mère et son 11^e enfant après l'accouchement



Une césarienne

PERIODE SUIVANT L'ACCOUCHEMENT

Après un accouchement par voie basse, sans complications, la mère reste à la maternité pendant environ trois jours, le temps de déclarer la naissance de l'enfant, que le pédiatre le voie et que la mère aille avec ce dernier à la PMI pour les premières vaccinations (polio oral et BCG) et pour inaugurer le carnet de santé qui le suivra durant toute son enfance. A la maternité, les patientes reçoivent tous les matins la visite des chirurgiens et du pédiatre.

Au sortir de la maternité, la coutume veut que la jeune maman se rende avec son bébé pendant environ trois mois chez ses parents ou chez sa belle-famille où elle s'isole et reste séparée de son conjoint et du reste de la société. Là, elle est dorlotée et n'a pas d'autre tâche que de faire sa toilette et celle du bébé. Des amis et des membres de la famille lui apportent des repas, ainsi, la jeune mère peut prendre jusqu'à dix repas par jour. Après trois mois, une cérémonie est organisée après laquelle la jeune mère et son enfant peuvent sortir de la maison et se réintégrer à la société. Cependant, la plupart des mères n'ont plus l'occasion de vivre cela, la tradition se fait moins forte et les femmes sont forcées de travailler. C'est aussi pendant cette période que l'accouchée « fait l'eau chaude ». La famille lui chauffe des seaux d'eau sur le feu de bois et elle s'asperge, se masse le ventre, le dos, le bassin, se lave avec celle-ci. Ces massages à l'eau chaude favorisent la contraction de l'utérus, diminuent les douleurs, évitent les infections, « ça remplace vos antibiotiques » nous ont ils expliqué. Ces bains ont lieu trois fois par jour pendant le premier mois, puis ils sont espacés à deux fois par jour. Il est visiblement très important pour les accouchées de « faire l'eau chaude », certaines font des kilomètres pour rentrer dans leur famille et pouvoir le faire. Nous n'avons pas de statistiques sur le sujet mais il nous semble que toutes les jeunes mères le font.

Selon les recommandations de l'OMS, la mère doit allaiter son enfant pendant 18 mois, sans aucun autre apport que le lait maternel pendant les quatre premiers mois, puis ajouter petit à petit des aliments. Cependant, il semblerait que seuls deux tiers des enfants seraient nourris selon ces recommandations, et que 14% des enfants ne seraient pas allaités du tout. La durée médiane de l'allaitement est estimée à 12,2 mois. Parmi les femmes que nous avons interrogées, elles avaient toutes allaité leurs enfants et il nous semble quand même que l'allaitement est beaucoup plus populaire au Gabon que chez nous. Les Gabonaises ont plus de temps et emportent leur enfant partout où elles vont, alors que les Occidentales reprennent rapidement leur activité professionnelle et doivent trouver d'autres solutions (en Suisse, les femmes allaitent en moyenne entre trois et six mois, le plus souvent pour des raisons professionnelles). Par ailleurs, l'allaitement est également un moyen d'espacer les grossesses pour les Gabonaises qui ont peu de moyens contraceptifs à disposition. Malgré tout, le biberon reste à la mode, ça fait plus chic de donner un biberon de lait en poudre à son enfant que de lui donner le sein.



Affiche d'information sur l'allaitement

Selon la coutume, les rapports sexuels sont interdits pendant toute la durée de l'allaitement, pour ne pas « contaminer » le lait avec la sueur, si la mère ne se lave pas avant d'allaiter. Les trois mois que l'accouchée passe recluse ont aussi la fonction de l'éloigner de son conjoint. Même si ces traditions ne sont plus tellement respectées de nos jours, elles restent dans les mémoires et constituent une des justifications de la polygamie : comme les différentes femmes ont rarement leurs enfants en même temps, il y en a toujours au moins une qui est disponible pour satisfaire les appétits sexuels du chef de famille.

Dès ses premiers jours de vie et jusqu'à l'âge de cinq ans, l'enfant est amené régulièrement à la PMI où il se fait peser, mesurer (taille et périmètres crânien et thoracique), et vacciner gratuitement. Elle doit juste lui acheter un carnet de santé (analogue du carnet de maternité) dans lequel tout est inscrit et son poids retranscrit dans une courbe moyenne, permettant de dépister les cas de malnutrition. Le cas échéant, les infirmières ou la Doctoresse Diallo (responsable de la PMI) discutent avec la mère et lui donnent des conseils de nutrition. En effet, l'enquête démographique relève que 21% des enfants de moins de cinq ans accusent un retard de croissance. Par ailleurs, les mères ont aussi leur moyen d'apprécier la croissance de leurs enfants : elles leur attachent des bouts de ficelle autour des poignets, des chevilles et de la taille. Mais les fonctions de ces ficelles semblent être multiples, on nous a aussi dit qu'elles éloignaient les mauvais esprits, qu'elles accentuaient la cambrure des filles (dans ce cas-ci, une rangée de perles colorées remplacent souvent le bout de ficelle) ou que c'était simplement esthétique (des femmes adultes portent aussi des perles autour de la taille).

Voici le Calendrier de vaccination selon le Programme Elargi de Vaccination (PEV) mis en place par le ministère de la Santé Publique et de la Population :

Naissance	BCG (si l'enfant pèse plus de 3 Kg) Polio oral
6 semaines	Diphtérie, tétanos, coqueluche (1 ^e dose) Hépatite B (1 ^e dose) Polio oral
10 semaines	Diphtérie, tétanos, coqueluche (2 ^e dose) Hépatite B (2 ^e dose) Polio oral
14 semaines	Diphtérie, tétanos, coqueluche (3 ^e dose) Hépatite B (3 ^e dose) Polio oral
9 mois	Rougeole Fièvre jaune
1 an et 14 semaines	Diphtérie, tétanos, coqueluche (1 ^e rappel) Hépatite B (1 ^e rappel) Polio oral
6 ans et 14 semaines	Diphtérie, tétanos, coqueluche (2 ^e rappel) Hépatite B (2 ^e rappel) Polio oral
10 ans et 9 mois	Fièvre jaune (rappel)



Calendrier de vaccination, sur le mur de la PMI

Tout comme pour le rallye de la consultation prénatale, un passage à la PMI se fait par stations et prend toute une matinée. La PMI ouvre à 7h30, les mères prennent des petits cartons avec leur rang d'arrivée et sont appelées dans l'ordre pour mesurer la taille, les périmètres crânien et thoracique de l'enfant et pour le peser. Une fois que tout le monde est passé, une des infirmières donne un cours aux mamans en se basant sur une série d'images contenues dans une boîte en bois (donc facilement transportable, ce qui est nécessaire pour emmener les cours dans les villages lors de PMI mobile). Parmi les différents cours donnés, on peut citer celui sur la nutrition, dans lequel l'infirmière rappelle les recommandations de l'OMS concernant l'allaitement et donne des exemples de repas équilibrés en expliquant la fonction des différents types d'aliments (fruits et légumes, céréales, viandes et poissons). Les autres cours portent sur la tuberculose, le paludisme, le SIDA, l'allaitement, et les parasites. Durant nos semaines respectives passées à la PMI, nous avons aussi donné certains de ces cours. Stefano a parlé de la tuberculose, Charlotte de l'allaitement et Anne des parasites. Ce moment a pour objectif d'informer les mères dans un souci de prévention.



Cours à la PMI fixe...



et à la PMI mobile

Après le cours, c'est l'heure des vaccins et des larmes, selon l'âge de l'enfant par rapport au calendrier de vaccination et selon les vaccins qu'il a déjà reçu. Chacun peut ensuite rentrer chez soi, avec un rendez-vous pour le prochain vaccin.

Pour les mères et les enfants des villages éloignés (dans un périmètre d'une cinquantaine de kilomètres autour de l'hôpital), la PMI se déplace tous les mercredis et jeudis, elle passe dans une quinzaine de villages en un peu plus d'un mois. Là, l'organisation est la même qu'à la PMI fixe (à l'Hôpital Albert Schweitzer), si ce n'est que la Doctoresse Diallo propose des consultations pour les enfants malades et les femmes enceintes à 2000 francs CFA (6000 francs CFA la consultation à l'hôpital) et donne les médicaments gratuitement.



Vaccinations, au cours de la PMI mobile

Au Gabon, le PMI existe depuis 1977 et a nettement contribué à l'amélioration de l'état de santé de la population. Cependant, des progrès restent encore à faire puisque l'enquête démographique révèle que 12,5% des naissances n'ont été suivies par aucune consultation postnatale et que seulement 17% des enfants de 12 à 23 mois ont reçu toutes les doses des vaccins du PEV, la couverture vaccinale est donc très faible. Par contre, 95% des femmes que nous avons interrogées amènent leurs enfants à la PMI. Le problème semble donc plutôt être que les mères ne se rendent pas aux rendez-vous et prennent du retard dans les vaccins, qu'un problème d'accès aux structures.

AVORTEMENT

Selon l'enquête démographique, 15% des femmes ont eu recours à l'avortement au moins une fois dans leur vie, nos chiffres sont à peu près similaires (20%). Ce taux, relativement important, peut être expliqué par l'association d'une activité sexuelle précoce, du vagabondage sexuel et d'un accès déficitaire aux moyens de contraception modernes, ce qui aboutit à des grossesses non désirées et donc à des avortements clandestins (ceux-ci étant illégaux) qui se soldent souvent par des complications et par des problèmes de stérilité secondaire. Les avortements semblent souvent être proposés par du personnel soignant ou du moins par des employés de structures hospitalières dans lesquelles ils dérobent du matériel et des médicaments. Cette pratique leur permet d'arrondir leurs fins de mois, même s'ils ne sont le plus souvent pas formés pour (57% des avortements ne sont pas assistés par du personnel de santé).

On peut classer les moyens d'avortement en moyens traditionnels et en moyens modernes. Parmi les moyens traditionnels on peut citer l'indigénat (décoctions de fleurs d'hibiscus par exemple) et les « curetages » à l'aide de tige de manioc. Mais les moyens modernes sont les plus populaires. Parmi eux, le Cytotec (misoprostol) est le médicament le plus utilisé. Il est souvent fourni par le personnel soignant ou peut être acheté sans ordonnance en pharmacie, bref, il est l'objet de toutes sortes de trafics. D'une manière générale, les femmes prennent n'importe quel médicament qui soit contre-indiqué en cas de grossesse, on nous a par exemple cité la Nivaquine (chloroquine) à plusieurs reprises.

Environ 50% des avortements se soldent par des complications, hémorragiques le plus souvent, parfois aussi infectieuses, sans parler des cas de stérilité secondaire. Les femmes se présentent alors à l'hôpital avec des saignements mais n'avouent en général pas qu'il s'agit d'un avortement. Les chirurgiens qui les prennent en charge doivent user de tout leur flair et de toute leur expérience pour déterminer l'origine de l'hémorragie. Par exemple, une femme enceinte qui saigne depuis plusieurs jours fera plutôt penser à un avortement, alors qu'une femme qui a eu une fausse-couche se rendrait plus rapidement à l'hôpital. Dans tous les cas, les chirurgiens de l'hôpital Albert Schweitzer effectuent un curetage, alors qu'on nous a dit que les patientes qui semblaient avoir subi un avortement n'étaient pas prises en charge dans les autres hôpitaux, ce que nous n'avons pas pu vérifier puisque nous ne sommes pas allés voir comment ça se passait en dehors de l'hôpital Albert Schweitzer.

De même que la contraception, comme nous le verrons dans le chapitre suivant, l'avortement est en général mal perçu par la population. Ceci est dû au fait, dont nous avons déjà parlé, que les Gabonais considèrent les enfants comme une richesse et valorisent la maternité et aux valeurs chrétiennes qui incitent la population à se reproduire. Mais malgré cela, cette pratique est très répandue et devient presque banale à cause du manque d'alternatives à disposition des femmes face à des grossesses non désirées.

CONTRACEPTION

Au Gabon, tout le monde connaît au moins une méthode de contraception, mais environ un tiers seulement de la population en utilise et il a été estimé que 28% des femmes ont des besoins non satisfaits en matière de planification familiale ce qui démontre qu'il y a un problème dans l'accès à ces méthodes. Il faut aussi noter que la pilule contraceptive n'a été légalisée qu'il y a trois ans et que le préservatif n'a commencé à être utilisé qu'il y a une dizaine d'années, suite au début de l'épidémie de SIDA, il faut donc plus de temps encore pour que les comportements sexuels se modifient. Néanmoins, les réponses à nos questionnaires engagent à plus d'optimisme : 69% des femmes et 19 hommes sur 21 utiliseraient un moyen de contraception, mais comme nous allons le voir, cette utilisation est parfois un peu folklorique.

La méthode la plus populaire semble être le préservatif (51% des femmes que nous avons interrogées et 18 hommes sur 21). Cependant, la moitié des femmes qui utilisent le préservatif ne l'utilisent que « parfois », c'est-à-dire qu'elles l'utilisent avec leurs amants ou au moment de l'ovulation seulement (39% des femmes « comptent les jours » de leur cycle). Le préservatif est relativement facile d'accès, du moins dans les villes, et peut être acheté pour 25 francs CFA chez les Maliens (dans les épiceries-bazars), en pharmacie, à la PMI de l'hôpital Albert Schweitzer (fixe et mobile puisque l'équipe en prend toujours une petite provision dans les villages), dans les dispensaires... A la PMI fixe, seules trois à quatre personnes par semaine, en général des hommes, en achètent. Nous nous sommes laissés dire que le degré d'acceptation du préservatif et de la contraception en général dépend du niveau d'instruction. Les jeunes en formation en sont les meilleurs utilisateurs. Une rumeur a totalement plombé la confiance des Gabonais en les préservatifs : il paraîtrait qu'un container de préservatifs aurait été retiré du commerce parce que ceux-ci étaient contaminés par le virus du SIDA. Depuis, beaucoup de personnes croient que c'est le préservatif lui-même qui peut transmettre la maladie. Visiblement cette histoire a été répandue par la télévision et a fait le tour du pays, beaucoup de personnes nous en ont parlé, le chemin de la désinformation est plus rapide que celui de la prévention. D'autre part, le préservatif est considéré comme une entrave à la puissance génitrice de l'homme, surtout dans les ethnies qui considèrent les enfants comme une richesse (les Fangs par exemple) et le fait que l'Eglise catholique, qui a beaucoup d'influence au Gabon, le réprouve n'améliore pas sa cote de popularité.

La pilule contraceptive quant à elle n'est pas très courante : 14% des femmes disent la prendre mais la constance ne semble pas être de mise (6% parfois, 5% souvent et 3% toujours). A l'hôpital Albert Schweitzer, ce sont les médecins qui la prescrivent, soit à la demande de la patiente (ce qui doit être très rare, la plupart des femmes n'étant pas assez informées pour cela) soit quand elle ne doit pas retomber enceinte pour des raisons médicales (après plusieurs césariennes par exemple), autrement ils ne la proposent pas systématiquement. Dans le cas où la patiente est mariée, le médecin peut demander l'accord de son mari avant de lui prescrire la pilule. Le Docteur Grégoire (chirurgien) nous a dit que c'était avant tout pour se protéger, pour éviter que le mari ne l'accuse d'avoir une relation avec sa femme et de vouloir empêcher une éventuelle grossesse. L'inconvénient de la pilule est que son administration est relativement complexe et pas toujours comprise, surtout par les femmes illettrées. Par ailleurs, les patientes de l'hôpital Albert Schweitzer sont habituées à recevoir leur traitement en quittant l'hôpital et ne vont pas forcément dans une pharmacie en ville pour acheter leur pilule qui n'est pas fournie par la pharmacie de l'hôpital. Ce moyen pose donc de gros problèmes de compliance, raison pour laquelle les médecins prescrivent parfois des injections de Noristérat

(noréthistérone énanthate) à renouveler toutes les 8 puis 12 semaines et pour lesquelles la patiente doit venir à l'hôpital. Ce système supprime les problèmes de compréhension mais la patiente doit se présenter à l'hôpital de manière régulière, ce qui n'est pas toujours évident. Cependant, ces injections sont encore moins courantes que la pilule (une seule femme sur les 98 en avait reçu). Les autres méthodes de contraception, par exemple le stérilet, la ligature des trompes, la vasectomie, sont encore plus rares.

La faible cote de popularité de la contraception nous semble être due d'une part à un manque d'information et d'autre part à cette conception gabonaise dont nous avons déjà parlé et à laquelle la religion n'est pas étrangère que la population doit se reproduire. Les médecins et le personnel soignant en général pourraient contribuer à améliorer la situation en informant et en sensibilisant non seulement les patientes mais surtout les patients. En effet, c'est apparemment l'homme qui prend la décision d'utiliser un moyen de contraception car si c'était sa femme qui prenait l'initiative, il la soupçonnerait de le tromper. Malheureusement, les hommes sont rarement sensibles à la problématique de la planification familiale et le faible taux de mariages et le vagabondage sexuel n'arrangent rien. De nombreuses femmes se retrouvent seules et enceintes, sans que le père ne prenne ses responsabilités. Le plus efficace serait donc d'éduquer les hommes, mais cela reste au conditionnel et le chemin est encore long.

MALADIES SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES

Les maladies sexuellement transmissibles représentent un problème majeur de santé publique au Gabon : les chiffres officiels parlent de 18% de femmes et 10% d'hommes ayant eu une MST ou des symptômes de MST au cours de l'année 1999-2000 et nous avons recensé 42% de femmes et 10 hommes sur 21 ayant eu une MST au cours de leur vie. Contribuant à cette situation, nous retrouvons l'infidélité endémique des Gabonais, associée à la faible utilisation du préservatif. Par ailleurs, les femmes semblent consulter tard, soit parce qu'elles attendent d'avoir l'argent nécessaire, soit parce qu'elles font d'abord recours à un ganga (« sorcier »). En effet, nous avons vu un certain nombre de patientes n'arriver à la consultation qu'après plusieurs mois de douleurs pelviennes, ce qui entraîne bien souvent des cas de stérilité secondaire, qui est très importante au Gabon. Bien entendu, les MST mal ou pas traitées ne sont pas la seule cause de stérilité secondaire, les avortements clandestins et les myomes (très fréquents) y contribuent également.

Les cas de MST sont en général vus par les chirurgiens lors des consultations de l'après-midi et ils constituent environ 30% des motifs de consultation. La chlamydie est la plus fréquente, suivie par la gonorrhée. La syphilis et le SIDA sont plus rares (6% de la population est HIV positive). Lors de ces consultations, le médecin effectue un bref recueil des plaintes et un examen physique tout aussi bref et sans examen au spéculum ni toucher vaginal systématiques (il faut dire que pour voir 15 à 20 patients en 3h30, le rythme se doit d'être soutenu). En trois semaines, nous n'avons vu qu'un seul examen au spéculum, pour lequel le Docteur Kwasi avait fait venir la patiente au bloc opératoire (c'est là que se trouvaient à la fois le médecin et le matériel). La patiente, de 52 ans, n'avait jamais vu de spéculum de sa vie.

La recherche de chlamydia est effectuée par une sérologie et non pas par une culture sur frottis endocervical, l'hôpital Albert Schweitzer ne possédant pas de laboratoire de microbiologie. Sur une cinquantaine de sérologies par mois, environ 90% sont positives. Cependant, le désavantage de la sérologie est qu'elle reste positive quand l'infection est guérie. Les gonocoques quant à eux sont recherchés par coloration de Gram des urines mais ce test est très rarement demandé et les médecins traitent le plus souvent les chlamydia et les gonocoques conjointement et de manière empirique. En effet, les patients ont bien souvent peu de moyens et le médecin préfère privilégier le traitement à l'analyse. Par ailleurs, ces infections sont tellement prévalentes que le traitement tombe le plus souvent juste. Nous avons surtout vu des femmes se présenter à la consultation avec des symptômes de MST, mais il est évident que le médecin prescrit systématiquement le traitement au partenaire sexuel également. Par contre, le problème de l'infidélité complique considérablement la situation et explique pourquoi la prévalence des MST est si grande.

En ce qui concerne le SIDA, les patients infectés se présentent de manière différente : ils ne se rendent pas à la consultation, ou du moins pas à celle de chirurgie (par contre, ils consultent certainement les internistes, que nous n'avons pas suivis), mais sont dépistés parce qu'ils présentent une infection opportuniste, vont faire un don de sang ou sont enceintes. Sur environ 130 tests par mois, une vingtaine sont demandés par les patients eux-mêmes (dépistages spontanés) et environ 25 sont positifs. Tous les Gabonais ont déjà entendu parler du SIDA mais la maladie elle-même est souvent mal connue. Ainsi, beaucoup de séropositifs ne sont pas traités et préfèrent aller voir le ganga que consulter un médecin, et, cette fois-ci, ce

n'est pas juste une question d'argent. En effet, des subventions de l'Etat gabonais et des subventions internationales permettent la gratuité de la trithérapie pour les femmes enceintes, les soignants ayant été exposés au virus, les étudiants, les chômeurs, les retraités, les indigents et les salariés recevant un salaire de moins de 100'000 francs CFA par mois (environ 230 francs suisses). Pour des salaires supérieurs, la participation financière au traitement est progressive, en fonction du revenu. Malgré cela, la maladie est souvent considérée comme un mauvais sort, jeté par quelqu'un qui vous veut du mal, et qui ne peut être conjuré que par la magie. A ce moment là, la trithérapie, même gratuite, ne sert à rien.



Affiche de prévention contre le SIDA

Pour le personnel de l'hôpital Albert Schweitzer, le test est gratuit, raison pour laquelle une forte proportion des personnes ayant répondu au questionnaire l'avait fait (40% des femmes et 14 hommes sur 21), étant donné que notre population cible se trouvait essentiellement dans l'enceinte de cet hôpital, que ce soient des patients ou des employés. L'enquête officielle quant à elle recense 20% de femmes et 25% d'hommes ayant fait le test.



Message de prévention, sur un mur de la ville

Drillés comme nous le sommes par les CC de relation médecin-malade, nous avons été frappés de constater que les médecins n'expliquent pas grand-chose à leurs patients. Ils leur donnent l'ordonnance en leur disant comment prendre le traitement mais sans prononcer le mot « chlamydia », de sorte que la moitié des femmes qui avaient eu une MST parmi celles que nous avons interrogées ne savaient pas quelle infection elles avaient eue exactement. Ce manque d'explication n'est pas spécifique aux MST ni aux consultations de chirurgie, et comme nous nous en étonnions, on nous a répondu que ça prendrait trop de temps d'expliquer et que de toute façon les patients ne comprendraient pas. Il semble toutefois y avoir une réelle demande de la part de ces derniers qui nous prenaient souvent à partie pour comprendre ce qui leur arrivait mais qui n'osaient pas poser la question aux médecins directement. Nous avons remarqué que les patients avaient souvent une attitude soumise face au médecin et peut-être que statut social du médecin gabonais, qui est encore très paternaliste, ressemble à celui qu'avaient les médecins ici il y a cinquante ans.

CONCLUSION

Ce voyage a été pour nous trois une expérience très enrichissante. Nous nous sommes sentis projetés dans un monde parallèle à la société occidentale, qui obéissait à d'autres règles et dans lequel le temps a une autre valeur. Cependant, nous nous sommes sentis à l'aise, notamment grâce à l'encadrement offert par l'hôpital Schweitzer qui nous a permis d'effectuer notre stage dans des conditions agréables. En effet, nous étions bien logés, bien nourris et la présence de plusieurs autres occidentaux a minimisé notre dépaysement. Nous avons pu partager nos expériences avec ceux-ci et recevoir quelques conseils de leur part. De plus, le personnel médical et administratif nous a beaucoup entouré et soutenu au cours de notre recherche et nous avons été bien des fois surpris de l'accueil chaleureux et de l'ouverture des Gabonais. Mais il est vrai que nous avons parfois eu l'impression que ceux-ci attendaient quelque chose, comme par exemple de l'argent, en retour, ce qui peut être tout à fait compréhensible.

La plus grande difficulté à laquelle nous avons été confrontés a été d'essayer de comprendre les interactions sociales et les attitudes des Gabonais. Nous avons été marqués par la rudesse des relations humaines, notamment en ce qui concerne la relation médecin-patient et la relation de couple. Au cours de notre stage, nous avons trouvé certaines explications à ces comportements, mais des énigmes demeurent toujours, probablement à cause de la courte durée de notre stage et de la trop grande différence culturelle. Cette dernière représente également une entrave à la communication, nous l'avons constaté lors de plusieurs discussions où nous nous sentions en décalage. Ce phénomène était d'autant plus marqué lorsque nous essayions de faire passer un message que quand nous cherchions à comprendre leur vie.

Nous avons remarqué une carence dans l'accès à l'information à la fois concernant la prévention des maladies mais aussi concernant la politique nationale, ou les faits importants qui se déroulent dans le pays comme dans le monde. Ce manque d'information est sans doute une explication à l'état actuel de la condition de la femme qui n'a pas beaucoup été influencé par l'émancipation de la femme occidentale. Nous avons été touché par la condition féminine qui réduit la femme à l'état de mère porteuse, ce qui compte c'est de procréer et il n'y a pas de place pour son épanouissement personnel. Elle est confinée à ce rôle qui est parfois alourdi par la responsabilité de soutenir toute la famille quand le conjoint démissionne de sa fonction.

ANNEXES

RESULTATS DES QUESTIONNAIRES FEMMES

Age	0-20 ans	18
	21-30 ans	40
	31-40 ans	19
	41-50 ans	12
	51-60 ans	6
	61ans et plus	3
Origine	Gabonaise	90
	Autre	8
Profession	santé	13
	élève-en formation	28
	autre	38
	sans	20
Nombre d'enfants	0	17
	1	20
	2	17
	3	10
	4	11
	5	8
	6	9
	7	1
	8	3
	9	3
Nombre de grossesses	0	11
	1	17
	2	9
	3	16
	4	11
	5	5
	6	7
	7	3
	8	6
	9	4
	10	5
plus	4	
Nombre d'avortements spontanés	0	68
	1	12
	2	10
	3	3
	4	5
Nombre d'avortements volontaires	0	76
	1	12
	2	8
	3	1
Age à la naissance du premier enfant	10-15 ans	6
	15-19 ans	54
	20-30 ans	24
	30-40 ans	0

Grossesses suivies	oui		83
	non		6
Enfants suivis à la PMI	oui		76
	non		4
Lieu des accouchements	au village		6
	à l'hôpital		81
Accouchements	par voie naturelle		73
	par césarienne		11
Durée de l'allaitement	pas d'allaitement		0
	1-6 mois		4
	7-12 mois		35
	13-18 mois		27
	19-24 mois		7
	plus		1
Contraception utilisée	pilule	parfois	6
		souvent	5
		toujours	3
		total	14
	préservatif	parfois	22
		souvent	10
		toujours	18
		total	50
	injections	parfois	0
		souvent	0
		toujours	1
		total	1
	compter les jours	parfois	14
		souvent	8
		toujours	16
		total	38
	prendre la température	parfois	2
		souvent	0
		toujours	0
		total	2
	total		105
	pas de contraception		30
Vie de famille	mariée		22
	concubin		51
	seule		19
	polygame		9
Fidélité	fidèle		69
	infidèle		13
Soupçon d'infidélité du conjoint	oui		55
	non		23
Age au premier rapport sexuel	10-12 ans		2
	13-15 ans		22
	16-18 ans		58
	19-20 ans		7
	21-25 ans		1
	encore vierge		2
Premier rapport protégé	oui		7
	non		75

Discussions au sujet de la sexualité avec le conjoint	oui		64
	non		18
Informée au sujet des grossesses avant le premier rapport	oui	expliqué par la mère	10
		par les sœurs	11
		par des amis	12
		à l'école	15
		autres	4
		total	52
	non		60
Age des premières règles	10-12 ans		10
	13-15 ans		70
	16-18 ans		14
	ne sait pas		2
Informée au sujet des règles avant qu'elles surviennent	oui	expliqué par la mère	24
		par les sœurs	12
		par des amis	6
		à l'école	2
		autres	6
		total	50
	non		50
Maladies sexuellement transmissibles	oui	Chlamydia	11
		Gonorrhée	3
		Syphilis	1
		Hépatite	0
		Trichomonas	2
		ne connaît pas l'agent	23
		total	40
	non		56
test HIV	oui		39
	non		58

RESULTATS DES QUESTIONNAIRES HOMMES

Age	0-20 ans	2	
	21-30 ans	6	
	31-40 ans	5	
	41-50 ans	3	
Origine	Gabonais	18	
	autre	2	
Profession	santé	1	
	élève-en formation	14	
	autres	3	
	sans	3	
Nombre d'enfants	0	6	
	1	3	
	2	4	
	3	2	
	4	1	
	5	1	
	6	0	
	7	2	
	8	0	
9	1		
Age à la naissance du premier enfant	10-15 ans	1	
	15-19 ans	4	
	20-30 ans	7	
Contraception utilisée	préservatif	parfois	3
		souvent	2
		toujours	7
		sans appréciation de fréquence	6
	total	18	
	pas de contraception	2	
Vie de famille	marié	5	
	concubin	8	
	seul	6	
	polygame	0	
	pas de réponse	2	
Fidélité	fidèle	5	
	infidèle	12	
	pas de réponse	4	
Soupçon d'infidélité du conjoint	oui	2	
	non	10	
	pas de réponse	2	
Age au premier rapport sexuel	moins de 8 ans	3	
	8-10 ans	0	
	10-12 ans	0	
	13-15 ans	5	
	16-18 ans	8	
	19-20 ans	3	
	21-25 ans	1	
	ne se rappelle pas de l'âge	2	

Premier rapport protégé	oui		1
	non		18
	pas de réponse		3
Discussions au sujet de la sexualité avec le conjoint	oui		15
	non		1
Informé au sujet des grossesses avant le premier rapport	oui	expliqué par le père	1
		par un frère	1
		par un ami	1
		à l'école	3
		autres	7
		total	13
	non		9
Maladies sexuellement transmissibles	oui	Chlamydia	0
		Gonorrhée	7
		Syphilis	2
		Hépatite	0
		Trichomonas	0
		ne connaît pas l'agent	1
	total	10	
non		11	
Test HIV	oui		14
	non		8

REMERCIEMENTS

Monsieur Damien Mougin, directeur

Madame Marie-Thérèse Besson, directrice adjointe

Doctoresse Diallo

Docteur Grégoire

Docteur Kwasi

Marie-Flambeau, sage-femme

Maman Sophie, infirmière

Christophe, intendant

David, comptable

Et tous les autres