

31. Des infirmières face au sida.

Impact de l'épidémie sur les rôles professionnels dans un service de pédiatrie du Burkina Faso ¹

Alice Desclaux

Les études des sciences sociales menées auprès des professionnels de santé en Afrique de l'ouest se sont intéressées essentiellement aux attitudes des médecins vis-à-vis de nouvelles procédures liées au VIH, telles que le conseil et l'annonce (Collignon *et al.* 1994). Par contre, les paramédicaux ², n'ont été concernés dans la plupart des pays que par des enquêtes CACP, (Connaissances, Attitudes, Croyances, Pratiques) portant sur leur niveau de connaissances biomédicales, leurs attitudes face aux malades, et leur perception du risque de transmission au cours des soins (Sicard *et al.* 1990 ; Rouamba 1991 ; Bouvet *et al.* 1992). Ces travaux reposent souvent sur des présupposés rationalistes qui associent l'adoption des nouvelles précautions techniques à la connaissance des modes de transmission du virus ou de sa sensibilité aux antiseptiques ; mais ils ne prennent pas en compte les perceptions subjectives des personnels paramédicaux sur l'applicabilité de mesures évoquées par des études qualitatives relatives à d'autres continents (Barbour 1994 ; Giami *et al.* 1994 ; Horsman *et al.* 1995 ; Berkowitz *et al.* 1996).

Pourtant les paramédicaux n'échappent pas aux divers aspects de l'épidémie : ni à son emprise directe — les taux de séroprévalence du VIH sont élevés parmi les adultes jeunes dont ils font partie —, ni aux bouleversements du fonctionnement des institutions sanitaires dans lesquelles ils travaillent. Des économistes, préoccupés par la diminution des effectifs infirmiers alors que la charge de travail est croissante dans les services de soin, ont abordé l'impact "macrosocial" du sida sur les infirmières sous l'angle de la gestion des structures de santé (Foster *et al.* 1995) ; mais les changements induits par le sida au niveau "micro-social" des structures sanitaires ont été peu analysés jusqu'à présent pour les paramédicaux en Afrique.

Partant de l'étude monographique d'un service hospitalier pédiatrique accueillant des enfants atteints par le VIH au Burkina Faso, cet

¹ Nous remercions Éric de Roodenbeke et Bernard Taverne pour leur lecture critique.

² Nous comprenons sous ce terme les infirmiers (surveillants, infirmiers diplômés d'Etat, infirmiers brevetés), en excluant dans cet article les agents de santé (filles de salle, manœuvres, secouristes et bénévoles) qui participent aux soins à l'hôpital, mais ne partagent pas le même statut.

article a pour objectif d'examiner l'évolution du rôle des infirmières perceptible dans les attitudes, discours et pratiques dans un service de soin, et dans les propositions des programmes de lutte contre le sida. Les données qui servent de base à ce travail ont été recueillies dans le cadre d'une étude de l'impact de l'épidémie de sida sur la lutte contre les diarrhées et malnutritions infantiles ¹, dont l'approche, la méthode et les principaux résultats ont été décrits par ailleurs (Desclaux 1995).

Le contexte

Le Burkina est l'un des pays les plus affectés par l'épidémie en Afrique de l'ouest. Sa séroprévalence, estimée à 8 %, le place en troisième position après la Côte-d'Ivoire et le Ghana. À Bobo Dioulasso, 12,7 % des femmes enceintes étaient séropositives en 1995 (Anonyme 1995). Le service de pédiatrie du Centre Hospitalier National Sanou Souro de Bobo Dioulasso comprend 138 lits, dispose d'une équipe de 6 médecins, 14 infirmiers, 4 filles de salle et plusieurs agents, et accueille chaque année 15 000 consultants et plus de 4 000 enfants hospitalisés, ce qui correspond à une activité importante. L'hôpital est de rang national, il reçoit les enfants orientés par les hôpitaux de district de huit provinces (soit près de 3 millions d'habitants), et les centres de soins de la province du Houët (centres médicaux et centres de santé et de promotion sociale) sont censés lui adresser les enfants suspectés d'être atteints par le VIH.

Le premier cas de sida a été diagnostiqué dans le service de pédiatrie en 1986. En 1990-91, le taux de séroprévalence était de 4,7 % chez les enfants hospitalisés âgés de 1 à 3 ans (Tall *et al.* 1993) et de 14,5 % chez les enfants malnutris hospitalisés (Prazuck *et al.* 1993). Au moment où cette étude a été réalisée, environ deux enfants séropositifs au VIH étaient dépistés dans le service, en moyenne, chaque semaine. Ces enfants sont presque tous des enfants admis pour des pathologies associées (malnutrition sévère, infections cutanées, pneumopathie, diarrhée persistante) dont la gravité, l'intrication, le caractère récurrent ou la résistance au traitement évoquent une défaillance immunitaire. Lorsque ces signes sont constatés, un dépistage du VIH par les tests Elisa et Western Blot est proposé aux parents, mais n'est pas systématiquement réalisé du fait de son coût ². Aussi le nombre des enfants dont on connaît la séropositivité est largement inférieur au nombre des enfants infectés par le VIH accueillis par le service. Il n'existe pas de protocole standardisé de prise en charge du VIH, ni de programme spécifique de soutien médico-social dans le service, et la

¹ L'étude sur "L'impact de l'épidémie de sida sur la lutte contre les diarrhées et malnutritions infantiles à Bobo Dioulasso, Burkina Faso" a été réalisée de 1992 à 1994. Elle a été financée par l'ANRS (Agence nationale française de recherches sur le sida).

² Seul examen paraclinique non compris dans le forfait d'hospitalisation pédiatrique, le test VIH coûtait 2 000 FCFA au moment de l'enquête et jusqu'en 1995, ce qui correspond à un dixième du montant du salaire minimum mensuel ; son prix a été réduit à 500 FCFA (1 F CFA = 0,01 FF).

prise en charge effectuée comprend essentiellement le traitement des infections opportunistes et le traitement nutritionnel de l'enfant. Les pédiatres sont confrontés d'une part aux aspects psychologiques du conseil qui dépassent leur rôle habituel, d'autre part aux problèmes économiques courants qui limitent la réalisation des traitements prescrits, enfin à l'échec thérapeutique face à cette pathologie. Les facteurs économiques expliquent en grande partie les "évasions" (ou sorties contre avis médical) d'enfants hospitalisés, et le recours toujours important aux praticiens du secteur traditionnel et aux médicaments du marché illicite (Desclaux 1996b). Les stratégies qui ont été mises en place dans le service face à l'épidémie de sida comprennent, au moment de l'enquête, la réalisation d'une session de formation du personnel et l'instauration de mesures de prévention telles que la restriction des indications de transfusion, l'introduction de matériel d'injection à usage unique et la généralisation de précautions dans les actes techniques. Pour préserver les enfants malades de la divulgation de leur atteinte par le VIH, les médecins du service ont décidé en 1991 d'éviter que les paramédicaux aient connaissance de ce diagnostic.

Le rôle des infirmières de pédiatrie face au sida

Avant l'épidémie de sida, les taux de mortalité infantile élevés dans le service confrontaient quotidiennement les infirmières au décès de leurs malades. Par l'accueil des enfants atteints de malnutritions sévères, la prise en charge de pathologies chroniques au devenir aléatoire était une activité habituelle. Enfin, la fréquence de maladies infectieuses telles que les méningites, les hépatites et les tuberculoses exposait les soignants à la contagion dans le cadre de leur travail. En quoi, dans ce contexte, la prise en charge du sida est-elle spécifique pour les infirmières ?

Le service de pédiatrie tient à la fois de l'hôpital, dont il a les caractéristiques fonctionnelles, et des services de Santé Maternelle et Infantile : les paramédicaux y sont en très grande majorité des femmes, et leur rôle comprend non seulement la réalisation des gestes techniques spécialisés (prélèvements divers incluant les ponctions lombaires, pose de voies veineuses, de sondes, transfusions, etc), l'administration ou la distribution des traitements, l'enregistrement des malades et des prescriptions, mais aussi les conseils aux accompagnants et "l'éducation des mères", individuellement ou collectivement (au centre de renutrition attenante au service). La réalisation des gestes techniques et l'"éducation des mamans" constituent les éléments fondateurs du rôle des infirmières telles qu'elles le décrivent. Par contre, l'alimentation, l'hygiène de l'enfant hospitalisé, ainsi qu'une part importante de la surveillance des traitements sont assurées par l'accompagnant. L'aide psychologique à l'enfant ou au couple mère-enfant ne fait pas davantage partie du rôle décrit ou revendiqué par les infirmières.

Avec les enfants

Pour la majorité des infirmières, la spécificité du sida tient au fait qu'elles ne sont pas "officiellement" au courant du diagnostic. Elles déclarent cependant : "*Les médecins ne nous donnent pas les résultats mais bien sûr on s'en doute*", "*On soupçonne*", "*On s'en rend compte*". Les termes utilisés évoquent une connaissance tantôt imprécise, tantôt très affinée, qui se fonde d'une part sur des indices obtenus dans le service, d'autre part sur l'expérience clinique et sur le savoir acquis par la formation en matière de sida, enfin sur des éléments "d'épidémiologie populaire". Lorsqu'un examen sérologique VIH est prescrit, les infirmières ou les filles de salle peuvent en avoir connaissance "accidentellement", en assistant à la consultation médicale, par le type d'examen paraclinique demandé (avec mention, codée ou pas, du test VIH), ou en accompagnant le malade ou son parent dans les services administratifs ou au laboratoire. Dans le service, le personnel évoque ces cas : "*On en parle entre nous*". Une information officieuse autour des enfants ayant subi un test, donc "suspects" d'être atteints, circule parmi le personnel du service. Les signes évocateurs du sida sont d'abord pour elles l'importance de la diarrhée ou la gravité de l'amaigrissement, la résistance au traitement, la notion de maladie ou de décès des parents, leur séjour en Côte-d'Ivoire ou leur appartenance aux catégories sociales "aisées" ou "éduquées" : "*Par exemple quand c'est un enfant de quelqu'un qui travaille, par exemple quelqu'un de la fonction publique, qui arrive pour malnutrition, automatiquement je pense à une possibilité de séropositivité. Parce que quand même, ce sont des gens qui comprennent... Ceux qui sont ignorants, je leur attribue la malnutrition, quand il y a les moyens de nourrir les enfants, là il y a doute*". Certains de ces critères infirmiers, tels que le retour de Côte-d'Ivoire, correspondent aux représentations populaires du sida, le sida étant appelé *Abidjan bana* (maladie d'Abidjan) à Bobo Dioulasso. L'amaigrissement et la diarrhée correspondent aux signes cliniques les plus facilement perceptibles des critères de Bangui définis par l'OMS et utilisés par les médecins pour établir un diagnostic de sida (WHO 1989). Enfin, des critères comme la catégorie sociale telle qu'elle est comprise dans la dernière citation sont plus spécialisés, et résultent du savoir et de l'expérience professionnelle propre des infirmières. Comme un diagnostic populaire, ce diagnostic infirmier a été construit par l'assemblage d'éléments hétérogènes définis en grande partie par l'observation empirique et sélectionnés sur la base de leur sensibilité plus que de leur spécificité. D'usage interne au groupe des personnels paramédicaux, il n'est pas évoqué avec les médecins. Dans certains cas, il amène les infirmières à considérer comme "suspects" des enfants dont l'atteinte par le VIH n'a pas été envisagée par les médecins. Tous les enfants séropositifs leur paraissent *a priori* atteints, alors qu'entre leur naissance et 18 mois, environ deux enfants séropositifs sur trois sont indemnes, et seulement porteurs des anticorps maternels. Enfin, les enfants hospitalisés pour d'autres pathologies (paludisme, etc.) ne sont pas considérés comme "suspects" par les infirmières, alors que le taux

élevé de séroprévalence dans la population générale permet de penser qu'un certain nombre d'entre eux sont atteints par le VIH. C'est ce "diagnostic infirmier" qui détermine en partie les attitudes des paramédicaux.

Face à la maladie

De l'avis du personnel soignant, le diagnostic médical d'atteinte par le VIH modifie le propos de la prise en charge, dominé pour les infirmières par l'échec thérapeutique et le découragement. La multiplicité des pathologies et la difficulté à les traiter confrontent surtout les parents de manière répétitive au coût des traitements. L'intervention des infirmières est ainsi directement soumise aux capacités économiques des parents à acheter les produits pharmaceutiques prescrits. Leur impuissance face à ces contraintes qui limitent l'efficacité de leur travail retentit sur leurs attitudes, qui s'échelonnent entre la compassion et la condamnation des mères (Desclaux 1996a). Ces attitudes sont souvent ambivalentes et porteuses d'une charge émotionnelle importante, qui semble être observée dans des contextes très variés de soins infirmiers auprès de malades du sida (Giami et Veil 1992). Elles conduisent aussi à des stratégies d'évitement, qui consistent pour l'infirmière à ne pas interroger la mère sur les médicaments qu'elle n'a pas pu acheter pour éviter que soient révélées au grand jour la double impuissance du soignant et du parent, selon un schéma interactionniste (Goffman 1974). Cet évitement peut aussi dépasser le cadre de la communication entre une infirmière et une mère pour retentir sur des attitudes plus générales de résistance face aux tâches à accomplir, qui ont été décrites dans d'autres hôpitaux africains (Hours 1985). Pour certaines infirmières le coût de la prise en charge, qui ne pourra pas à terme empêcher le décès de l'enfant, est en contradiction avec l'intérêt de sa famille et remet en question l'utilité de l'hospitalisation. Même lorsque toutes les difficultés de la prise en charge hospitalière ont pu être résolues et ont permis un certain niveau d'amélioration clinique, les enfants demeurent, dans les représentations des infirmières, des enfants qui ne guériront pas, alors que les médecins du service observent des cas d'adolescents porteurs du VIH et asymptomatiques, qui remettent en question les pronostics médicaux pessimistes habituels en Afrique.

Avec les mères

L'intervention éducative auprès des mères occupe une place importante dans le rôle que s'assignent les infirmières, qu'elle ait lieu au cours de séances collectives ou dans la communication interindividuelle entre infirmières et parents, et dépasse le niveau d'une simple information. L'analyse des perceptions que les mères ont des messages délivrés autour de la malnutrition et des diarrhées infantiles banales montre que les notions apprises à l'hôpital leur permettent d'attribuer un sens aux événements pathologiques plus souvent qu'elles ne déterminent les pratiques. En cas d'atteinte par le VIH, les

messages éducatifs demeurent inchangés, passant sous silence le sida pédiatrique ou l'abordant de manière abstraite, l'objectif n'étant pas de permettre aux mères de suspecter ce diagnostic. Face au sida, les infirmières ne peuvent plus informer la mère sur les causes et le pronostic de la maladie, ni affirmer l'efficacité d'une conduite élémentaire à tenir. Leur perception très pessimiste du pronostic et l'absence de "messages" clairement identifiés qu'elles pourraient transmettre aux parents d'enfants atteints invalident leur rôle éducatif. Pour la mère, l'attribution de sens en rapport avec les concepts biomédicaux n'est plus effective.

De plus, outre le fait qu'elles ne connaissent pas "officiellement" le statut sérologique de l'enfant, les infirmières ignorent lesquels, parmi les parents, ont été informés de ce statut, tout en sachant que certains parents "soupçonnent" l'atteinte. Les stratégies de réponse des soignants consistent alors à évoquer la conduite à tenir en cas de diarrhée ou malnutrition "simples", à répondre de manière évasive, à éviter les questions : "*On ne va pas se familiariser beaucoup avec les malades*". De l'avis de la majorité des infirmières, les parents devraient être avertis du diagnostic pour permettre la communication dans le service. Mais cela ne suffit pas : la communication soignants-mères, de par la place importante qu'elle accorde à l'intervention éducative, ne peut avoir lieu sans la définition de "messages" destinés aux parents d'enfants atteints par le VIH, qui suppose de redéfinir le sens de la prise en charge médicale.

Face à la mort

Lorsqu'elle est évoquée verbalement, la mort d'un enfant fait l'objet de métaphores : "*Il n'est plus là*", "*Il est parti*". Ces précautions oratoires reflètent des usages attestés dans la plupart des groupes sociolinguistiques d'Afrique de l'ouest (Thomas 1982), auxquels les institutions sanitaires ne dérogent pas. Comme le décès de l'enfant, un mauvais pronostic fait partie des thèmes sur lesquels la communication entre parents et soignants est évitée, car celui qui annonce serait, selon les infirmières, considéré par les parents comme celui qui provoque le malheur. Les parents interrogent pourtant les paramédicaux sur le pronostic pour leur enfant. Dans l'impossibilité de donner un pronostic défavorable et d'évoquer les aspects biomédicaux de la maladie, les paramédicaux répondent aux questions et demandes indirectes des parents par ce qu'ils considèrent comme une forme d'encouragement et de "soutien moral", ayant pour fonction de maintenir une communication lorsque la plupart des thèmes habituellement abordés dans la relation de soins doivent être évités. L'importance d'un discours de ce type a été décrite dans d'autres institutions, telles qu'un hôpital de jour pour malades du sida en France (Boiron et Licht 1993) et une institution spécialisée dans la prise en charge du cancer au Québec (Saillant 1988). Au-delà des enjeux de la communication, le décès de l'enfant dans le service ne fait pas l'objet d'interventions de la part des soignants, à l'exception de la dépose du petit matériel médical (perfuseurs, sondes). Les parents

emportent alors le corps de leur enfant aussi rapidement que possible. Bien que les décès d'enfants y soient très fréquents, le service n'est pas considéré comme un lieu où la mort est acceptée et gérée, et la notion d'anticipation de la mort permettant "l'assistance en fin de vie" n'y est pas recevable.

Confrontées au VIH

S'il ne doit théoriquement pas influencer sur les rôles, le risque de contamination par le VIH dans le service retentit en permanence sur les attitudes et les pratiques des infirmières. Les mesures de protection mises en œuvre dans l'hôpital correspondent aux "précautions universelles" recommandées par l'OMS (Anonyme 1988) : utilisation de matériel à injection jetable, procédures de désinfection, suppression du recapuchonnage des aiguilles, port des gants lors des actes sanglants, etc. Mais ces mesures sont soumises à des interprétations, favorisées par l'imprécision de la stratégie nationale dans ce domaine, par l'insuffisance de l'information des personnels paramédicaux et par les difficultés matérielles à appliquer les règles. La majorité des infirmières ignorent la valeur du risque statistique de contamination lors d'une piqûre avec une aiguille souillée par du sang contaminé, estimé dans les pays tropicaux à 0,49 % (Veeken *et al.* 1991). Ce risque leur semble majeur, et provoque une crainte permanente. Par contre, les infirmières semblent surestimer l'efficacité protectrice des gants, alors qu'il est établi que la précaution la plus efficace est le fait de ne pas recapuchonner l'aiguille utilisée. Mais pour elles, le port des gants est une protection (pour elles-mêmes) plus efficace que les précautions (à visée plus abstraite). Aussi, l'absence de gants ou leur nombre insuffisant (ou perçu comme tel) sont-ils ressentis de manière particulièrement aiguë par les infirmières, qui ne se sentent pas protégées par les autres mesures. Elles prennent donc des précautions supplémentaires, sélectives, vis-à-vis des enfants pour lesquels le "diagnostic infirmier" de sida a été porté ou dont la séropositivité est connue. L'impact de cette catégorisation porte d'abord, dans les discours, sur les attitudes, résumées par l'énonciation : "*On se méfie, on n'a pas la même réaction*".

Face à leur maladie

La crainte de la contamination est évoquée clairement par la quasi-totalité des infirmières. À la crainte d'une contamination "théorique", exprimée aussi pour d'autres pathologies telles que la tuberculose, s'ajoute avec le sida la peur d'avoir soi-même été contaminée à diverses occasions, fréquentes dans le contexte (piqûre avec une aiguille souillée, contact avec une plaie non protégée), et de ne pas encore le savoir. "*Tous les jours on a peur, bien sûr*". La peur est alimentée par la fréquence en milieu tropical de pathologies qui peuvent, par leurs symptômes, évoquer des infections opportunistes : "*Dès que j'ai une petite diarrhée, je me dis que c'est ça...*". Les tests sérologiques ne sont pas perçus par les soignants comme un moyen de

suspendre l'angoisse, et les soignants y ont très peu recours (Desclaux 1996d). L'atteinte d'une infirmière du service, son entrée dans la maladie au début de 1993 et son décès quelques mois plus tard ont ravivé cette crainte générale.

L'épidémie de sida a induit chez les infirmières des perceptions dominées par des sentiments d'impuissance (liée aux échecs thérapeutiques, au caractère insurmontable des difficultés financières et à l'impossibilité de mener une intervention éducative), d'insécurité (qui persiste malgré l'adoption individuelle plus ou moins précise des précautions universelles), et d'incertitude (concernant le risque de contamination, l'intérêt de la prise en charge thérapeutique des enfants, et l'objet de la communication avec les mères). Dans le service de pédiatrie, le sida n'induit pas de nouvel acte technique qui aurait permis aux infirmières de développer leur compétence et d'accroître la reconnaissance de leur profession. Leur rôle antérieur est mis en péril sur ses deux aspects principaux et le sida, qui n'est jamais clairement mentionné, "parasite" la communication avec les médecins comme avec les mères. L'exercice quotidien de leur profession s'écarte des normes théoriques nationales concernant le sida, qui mettent en avant une sécurité des actes en partie hors du contrôle des infirmières, et une intervention de "conseil psychosocial personnalisé" qui leur est impossible du fait de l'absence d'information sur les diagnostics.

Points de vue sur le rôle des infirmières face au sida

Les changements observés dans les perceptions, les attitudes et les pratiques du personnel paramédical se font dans l'interaction avec leurs "partenaires" professionnels que sont les médecins, l'administration hospitalière, les instances nationales de lutte contre le sida et les associations professionnelles. Ils doivent être mis en rapport avec les attentes de ces partenaires.

Le rôle des infirmières et les médecins

Du point de vue des médecins du service, l'intervention du personnel paramédical face au sida est dominée actuellement par deux aspects : l'adoption de précautions dans les actes infirmiers qu'ils estiment satisfaisante, et la question de la connaissance du statut sérologique des enfants et du secret médical. De l'avis des médecins, informer les paramédicaux du statut sérologique des enfants favoriserait la mise à l'écart de certains d'entre eux ; d'autre part, cette information serait divulguée dans l'équipe soignante et au-delà, car les paramédicaux ne respecteraient pas le secret médical, essentiellement parce qu'ils n'ont pas reçu de formation initiale sur les aspects éthiques du soin. Du point de vue des infirmières, les attitudes en matière de secret médical ne tiennent pas à un manque d'information ou à une absence de respect des règles éthiques qui seraient constitutifs de leur profession, mais aux difficultés de contrôler la circulation de l'information médicale dans des services hospitaliers fréquentés par de

nombreux malades et soignants, qui ne limitent pas suffisamment leurs propos, quelle que soit leur catégorie professionnelle.

Cette question centrale du partage de la connaissance du statut sérologique par l'équipe soignante se pose dans la plupart des services de soins. Elle a été discutée lors d'un atelier national, dont le propos était de définir des protocoles de prise en charge des malades¹ ; la majorité des médecins se sont alors prononcés en faveur de l'ouverture au principe du "secret partagé", dans le cadre de nouveaux programmes où les paramédicaux élargiraient leur pratique à des visites à domicile calquées sur l'expérience des pays africains plus avancés dans l'épidémie, ou des interventions de *nursing* calquées sur les pratiques des pays développés. En attendant ce développement, les médecins du service de pédiatrie préfèrent continuer à "garder le secret", seul moyen selon eux de garantir un traitement éthique de tous les enfants. Le rôle "d'éducation sanitaire" que jouent les infirmières auprès des mères doit, pour eux, être renforcé pour les enfants atteints par le VIH, et pourrait se prolonger par un soutien psychologique régulier à domicile ayant pour objectif premier d'assurer la régularité du suivi médical.

Mais selon les médecins du service, toutes les infirmières ne sont pas également susceptibles de remplir ce rôle. La communication avec les mères demande certaines aptitudes, mais plus encore, une attitude faite d'équité et de patience : "*avoir la volonté*", qui n'est pas, d'après eux, partagée par tous les agents de santé. Qu'ils l'expliquent par l'insuffisance de la formation initiale des infirmiers, par leur absence de motivation au moment de choisir une orientation professionnelle, ou par leur refus de partager leur savoir considéré comme un privilège, les médecins estiment que les infirmiers sont généralement peu motivés par la communication avec les malades. L'aptitude à communiquer ou à s'occuper des enfants les plus "décourageants" (les enfants sévèrement malnutris étaient déjà considérés comme tels avant le sida) est alors considérée comme un trait personnel, qui dépendrait de l'origine sociale des infirmières, leur engagement politique, leur appartenance ethnique, leur engagement religieux, leur personnalité ou leur expérience individuelle. Bien que soulignant le devoir que représente pour toute infirmière la communication avec les mères, constitutive de son rôle professionnel, les médecins, par souci d'efficacité, tendent à sélectionner sur des critères personnels celles qui pourront avoir accès à des informations et assureront l'éducation et le soutien psychologique.

Le rôle des infirmières et l'administration hospitalière

Depuis le début de l'épidémie, au cours des séminaires de formation, le personnel paramédical a fréquemment soulevé la question de la prise en compte du sida comme maladie professionnelle, et de son

¹ Séminaire national pour la standardisation de la prise en charge du sida. Comité national de lutte contre le sida, Direction provinciale de la Santé du Houët, Bobo Dioulasso, 4-8 juillet 1994.

indemnisation. Le risque de contamination en milieu professionnel a été discuté par les médias à plusieurs reprises, notamment autour d'un cas d'agression d'une infirmière par un malade¹. Les instances nationales de lutte contre le sida ne se sont pas prononcées officiellement sur ce point, mais les porte-parole publics du comité avaient affirmé sa position sur ce problème : la contamination ne pourrait être considérée comme un accident du travail, ni le sida comme maladie professionnelle. Aucune procédure médico-légale (telle qu'un examen de dépistage) n'est définie en cas d'accident exposant un membre du personnel au sang contaminé. Interrogé sur les attitudes du personnel paramédical, le directeur du premier hôpital national déclarait lors d'un débat télévisé que les agents de santé atteints par le VIH "*travaillaient et participaient jusqu'à leur mort*"². Le personnel hospitalier peut légalement bénéficier de la gratuité pour les consultations médicales, de l'accès aux médicaments génériques auprès de la pharmacie de l'hôpital, d'indemnités journalières en cas de maladie, mais l'État ne peut pas totalement honorer cet engagement et ne finance pas les médicaments en quantité suffisante. Aucune mesure spécifique n'a été définie concernant le sida, et l'absence d'aide matérielle, de la part de l'administration de l'hôpital, pour certains examens coûteux et pour les traitements qui n'existent pas sous forme générique, a été ressentie avec acuité par le personnel du service au cours de l'épisode douloureux de la maladie de leur collègue. Elle est interprétée comme une absence de reconnaissance de l'appartenance des infirmières à l'institution hospitalière, qui pourrait, selon elles, se matérialiser par quelques avantages. Pour elles, une infirmière malade se trouve proche de la situation d'un malade ordinaire, confrontée aux mêmes problèmes résumés par cette observation : "*Le sida n'est pas à la portée de nos salaires*". D'autre part, les "arrangements" pris dans le service pour diminuer la charge de travail de l'infirmière malade entre les périodes d'arrêt de travail n'ont été dus qu'à la volonté du chef de service, aucune disposition administrative n'ayant été prise dans le sens d'un aménagement des postes. La seule mesure administrative fut l'émission d'une note de service invitant les membres du personnel à se rendre à ses funérailles. Deux membres du personnel étant décédés du sida à quelques jours d'intervalle, un grand nombre d'employés de l'hôpital devaient se retrouver à deux reprises pour les funérailles de l'une des leurs, ce qui ne pouvait que favoriser la prise de conscience collective de leur vulnérabilité face à la maladie. La plupart des infirmières estiment que l'administration hospitalière ne respecte pas ce qu'elles considèrent comme des devoirs envers ses employés, et se perçoivent "*envoyées par l'hôpital pour s'occuper des malades, et abandonnées lorsqu'elles sont contaminées*".

¹ Ouattara Souleymane, « L'agression d'une infirmière par un sidéen : crime ou geste de désespoir ? », *Sidwaya*, n°2089, 28 août 1992.

² Débat télévisé du 1^{er} décembre 1992, Télévision Nationale Burkinabè.

Le rôle des infirmiers dans le Programme national de lutte contre le sida

L'analyse des plans successifs de lutte contre le sida (Anonyme 1987, 1990, 1993) montre une prise en compte précoce de la transmission iatrogène, avec des interventions de formation du personnel de santé sur ce point prévues dès 1987. À partir de 1990, le personnel paramédical a été impliqué à un autre niveau, celui du soutien psychologique des personnes atteintes. Le premier plan à moyen terme prévoit de déterminer quels professionnels de santé (incluant les infirmiers) seront impliqués dans les services hospitaliers dans le soutien psychologique, d'élaborer des recommandations concernant ce soutien, de mettre en place des rencontres avec des psychologues et psychiatres pour en déterminer le contenu. En 1992, le second plan à moyen terme ne définit pas d'autre objectif concernant le personnel paramédical, mais prévoit de "recycler les agents de la santé et de l'action sociale" et de "mettre à leur disposition une documentation sur le sida". Les faibles effectifs de psychiatres et psychologues ont limité la mise en œuvre de ces décisions administratives. Des sessions de formation ponctuelles, de contenus et de durées variables, ont été effectuées auprès des personnels de santé de certaines structures sanitaires, mais le travail de définition du rôle des personnels de santé n'a pas été mené au niveau national. Si la pratique des paramédicaux n'est régulée sur ce point par aucune circulaire administrative, le fascicule *Bien connaître le sida pour mieux le combattre* (CNLS 1991) est le seul document qui présente les recommandations qui ont été définies au plan national. Ces recommandations concernent les infirmiers :

« Le personnel soignant doit changer ses habitudes et sa mentalité : ne pas condamner le malade, ne pas le rejeter, ne pas l'entourer de soins excessifs, avoir conscience des conséquences très importantes par rapport à la famille, aux amis, au milieu professionnel, etc.

Le personnel peut constituer des groupes de soutien, car le travail avec les malades et les mourants face à l'impuissance devant la maladie peut conduire à des dépressions, des situations d'épuisement (repli affectif, hostilité, cynisme...) ».

Concernant le rôle professionnel des paramédicaux, les adaptations proposées visent à éviter des effets négatifs : ceux du virus (contamination, épuisement) et ceux "des habitudes et de la mentalité" des professionnels. Les catégories professionnelles impliquées et les spécificités liées aux contextes de travail, notamment celui de la pédiatrie, posant des problèmes particuliers (Cook 1994), ne sont pas précisées. Ainsi, les changements proposés sont-ils peu définis, et présupposent que les "habitudes et la mentalité" actuelles des personnels paramédicaux constituent un frein à la prise en charge, sans reconnaître à ces personnels des compétences propres en matière de sida. Les paramédicaux ne sont pas représentés au sein du secrétariat du Comité national de lutte contre le sida.

Le rôle des infirmières et les organisations professionnelles

Le rôle des infirmiers face au sida n'a pas fait l'objet de revendications de la part des syndicats infirmiers (Syndicat de la Santé animale et humaine, Syndicat autonome des infirmiers et des infirmières) à l'hôpital de Bobo Dioulasso, mais l'Association burkinabè des infirmières (ABI) s'est engagée dans la lutte contre le sida. Cette association a notamment créé un stand d'information pour la population, multiplié les conférences et les "causeries" à Ouagadougou et Bobo Dioulasso, et cofondé le premier centre de dépistage anonyme et volontaire du Burkina Faso. Ces actions correspondent pour les infirmières à un engagement, généralement bénévole, dans la lutte contre le sida, même si elles sont en partie réalisées pendant les heures de travail avec l'accord des responsables de leurs services. Cette association, qui rassemble les infirmières dans un contexte actuel de masculinisation massive de la profession, revendique une implication des soignants auprès de la population, héritée à la fois du principe d'assistance aux souffrants qui a été développé par la première école d'infirmières du Burkina Faso créée par le Père Goarnisson, et du principe d'engagement social hérité de la participation des infirmières au travail de l'Union des femmes burkinabè dans les "secteurs" (quartiers et villages) à l'époque sankariste. L'ABI milite à la fois pour une affirmation de cet engagement des infirmières dans le cadre de leur rôle professionnel, et pour faire reconnaître ce rôle auprès des institutions de lutte contre le sida.

Du rôle professionnel à l'implication personnelle

Les infirmières du service de pédiatrie ressentent comme un engagement très personnel l'exposition au risque de contamination dans le service, qui est indéniablement un risque vital, davantage perçu comme tel que les risques préexistants liés à d'autres pathologies. Ce risque peut provoquer des conflits entre responsabilités professionnelle et personnelle (telle que la responsabilité parentale, fréquemment évoquée) qui redoublent son importance : des infirmières déclarent par exemple qu'elles ne peuvent pas se permettre d'être malades tant que leurs enfants ne seront pas autonomes. Le risque d'être contaminé se prolonge par le risque fantasmé de devenir soi-même contaminant pour son entourage personnel : "*J'ai peur, pas pour moi mais pour ma famille*". De nombreux autres aspects de leur travail impliquent aussi les infirmières sur le plan personnel. En l'absence de service de documentation organisé dans les structures sanitaires, s'informer suppose une démarche personnelle, qui n'est pas anodine pour les infirmières, car elles pensent qu'en demandant des informations sur le sida, elles pourraient être "suspectées" d'être elles-mêmes séropositives, dans un pays où la connotation "morale" associée au sida est encore très prégnante (Desclaux 1996c). Pour une grande partie du personnel paramédical, certains aspects de l'intervention auprès des enfants atteints par le VIH, tels que l'éducation sanitaire des mères et le soutien psychologique devraient aussi relever d'une option person-

nelle de l'infirmière et être effectués par des professionnels volontaires, qui recevraient éventuellement une formation complémentaire pour cela.

Le sida engage ainsi les agents de santé paramédicaux, plus que toute autre maladie, sur un plan personnel. Cette "personnalisation" de l'intervention s'effectue, sur certains points, au détriment du rôle professionnel, lorsque la participation de certains agents, choisis ou autodésignés, dispense d'autres agents d'accomplir les activités qui leur sont assignées. Sans régulation institutionnelle, cette tendance comporte un risque de différenciation officieuse d'un personnel de santé spécifiquement attaché à la prise en charge du sida, et donc d'une "fragmentation sociale" liée au sida, observée à plusieurs niveaux dans la société burkinabè.

Conclusion

Les infirmières ont le sentiment "*d'être aux premières lignes face à la maladie*", et cependant mises à l'écart du savoir et des règles qui fondent l'appartenance au secteur médical ; le droit à des privilèges qui marqueraient leur appartenance à l'institution hospitalière leur semble refusé. Le fait d'être mises en danger par les gestes techniques et incertaines sur le sens de leur intervention suscite chez elles un sentiment de disqualification. Soupçonnées de ne pas respecter les règles de l'éthique, n'étant pas assurées de bénéficier d'un traitement particulier en cas de maladie, elles ressentent une dévalorisation de leur statut. Dans les pays occidentaux, les infirmières ont, en rapport avec l'épidémie de sida, affirmé la réorientation de leur rôle professionnel en mettant en avant leur intervention en matière de *caring*, prépondérante par rapport au *curing* dans le cas du sida (Fox *et al.* 1991)¹ : elles ont développé l'approche globale du malade, le suivi des traitements, l'entretien des fonctions vitales et l'aide psychosociale, ainsi que l'accompagnement en fin de vie. Ces nouveaux rôles n'ont pas leur place dans un service de pédiatrie africain tel que celui dans lequel nous avons travaillé, pour plusieurs raisons : les moyens limités dont disposent les soignants ne leur permettent pas de développer des activités nouvelles ; la répartition habituelle des rôles entre paramédicaux et accompagnants décharge l'infirmière de l'entretien des fonctions vitales et d'une partie du suivi des traitements ; les difficultés de la communication relative au VIH limitent les possibilités d'aide psychosociale ; enfin, la mort reste hors du champ de la prise en charge hospitalière dans la culture biomédicale burkinabè. Pourtant, leur intervention dans d'autres pathologies de l'enfant — telles que les malnutritions, dont la prise en charge n'est pas très différente de celle du sida pédiatrique — et dans d'autres contextes, tels que les actions de l'Association Burkinabè des Infirmières, illustre les capacités et les rôles possibles des infirmières face au sida.

¹ *Caring* : traiter dans l'optique de soigner, prendre soin ; *curing* : traiter dans l'optique de guérir.

Les études sociologiques ont montré comment les institutions sanitaires exigent pour fonctionner une catégorisation des individus qui en dépendent, opposant notamment malades et soignants, médecins et paramédicaux. Cette catégorisation repose sur la mise en scène de divergences entre ces groupes, non seulement par la définition des rôles, mais encore par des traits sociaux et moraux, et par la manière de se percevoir et de percevoir l'autre (Goffman 1968). Avec le sida, la menace permanente pour les paramédicaux de devenir eux-mêmes des malades et d'éprouver toutes les difficultés qu'ils observent dans le cadre de leur travail brouille cette catégorisation. Il semble nécessaire de définir des procédures en cas d'accident avec exposition au sang, justifiées sur le plan médical et importantes pour la reconnaissance du statut professionnel des paramédicaux¹. Des mesures de soutien pour les agents de santé malades pourraient aussi être mises en place à travers des consultations médicales destinées au personnel. En envisageant ces procédures, l'institution sanitaire reconnaîtrait comme un risque professionnel les situations de transmission, actuellement perçues comme une atteinte personnelle qui renvoie l'infirmier au statut de "malade ordinaire". L'importance accordée actuellement aux gants reflète peut-être la nécessité de mettre en avant des "marques" identitaires, qui, de même que la blouse blanche, symbolisent cette distinction entre infirmiers et malades, actuellement menacée par le risque du VIH.

La distinction entre médecins et paramédicaux est affirmée par les médecins lorsqu'ils dénie aux infirmiers la capacité de respecter l'éthique. Avec le sida, les médecins ne se considèrent plus seulement comme des "spécialistes du diagnostic et de la décision thérapeutique", mais aussi comme des "spécialistes de l'éthique" veillant à l'absence de discrimination et au respect de la confidentialité dans les relations de soin. Ils affirment désormais cette "distinction éthique", alors que le rapport entre professions médicales et paramédicales reste sensible (Gobatto 1996), du fait notamment des conflits de légitimité qui ont eu lieu pendant la période de la "Révolution" (1983-1987) ; de plus, la population assimile souvent les infirmiers à des "docteurs" (de Roodenbeke 1993), ce que la masculinisation actuelle de la profession favorise. Relativement fragiles dans leur statut professionnel, remis en question par leur impuissance thérapeutique face au sida, les médecins semblent trouver dans l'éthique médicale une nouvelle légitimité professionnelle qui leur permet à la fois d'affirmer leur différence vis-à-vis des infirmiers et de maintenir leur relation avec les malades.

Dans ce contexte, les infirmières se montrent à la fois intéressées et sceptiques face aux demandes qui leur ont été faites par les médecins d'étendre leur travail à des activités de soin à domicile comprenant le *nursing* et l'approche psychosociale des malades, ou de développer des

¹ Ces procédures doivent comprendre au minimum la déclaration et l'enregistrement de l'accident, l'accès à un test sérologique pour le soignant et pour le malade dont le sang est en cause, la possibilité d'un suivi médical pour le soignant, l'examen de mesures à mettre en place au niveau du service pour éviter qu'un tel accident se reproduise.

actions de "santé communautaire" à l'image de celles des pays tels que le Zaïre et l'Ouganda. Pour elles, affecter les paramédicaux hors des services de soins sans considérer leurs compétences en matière de sida dans les formations sanitaires pourrait être une forme supplémentaire de disqualification.

En termes d'application, on ne peut que souligner l'urgence d'une définition précise du rôle professionnel des infirmiers face au sida par les instances nationales de lutte. Il existe certes des rôles professionnels imposés et des rôles choisis, et la répartition des rôles au sein d'un service peut être effectuée en tenant compte des aptitudes et des choix personnels et en fonction de l'autonomie professionnelle accordée à chaque catégorie. Mais ces choix doivent se situer au niveau local et s'adapter au contexte. Au niveau administratif comme au niveau de la définition des politiques de lutte contre le sida, les aspects éthiques, indissociables de l'aide psychologique, doivent être considérés comme faisant partie du rôle des paramédicaux et de leurs obligations. Il est aussi essentiel que la prise en charge des enfants atteints par le VIH soit clairement définie pour que les paramédicaux puissent en percevoir la fonction positive et les limites. La variété des contextes spécifiques d'exercice des infirmiers et leur assimilation par la population à "des docteurs" ont limité jusqu'à présent la reconnaissance de leur fonction spécifique, et empêché l'émergence sociale d'un secteur paramédical clairement identifié. Les difficultés actuelles liées au sida pourraient contribuer à la structuration d'un corps professionnel, à la condition que le rôle des paramédicaux face au sida soit davantage connu et reconnu, et fasse l'objet d'une réflexion à hauteur de celle qui a été menée pour les médecins.

Bibliographie

- ANONYME, 1987, *Plan à Court Terme : 1987-1989*, Ouagadougou, Ministère de la Santé et de l'Action Sociale, Comité National de Lutte contre le Sida.
- 1990, *Plan à Moyen Terme I: 1990-1992*, Ouagadougou, Ministère de la Santé et de l'Action Sociale, Comité National de Lutte contre le Sida.
- 1993, *Plan à Moyen Terme II : 1993-1995*, Ouagadougou, Ministère de la Santé et de l'Action Sociale, Comité National de Lutte contre le Sida.
- 1995, *Étude de prévalence des MST et des infections à VIH au Burkina Faso*, Ouagadougou, Ministère de la Santé Publique, 15 p.
- ANONYMOUS, 1988, « Update : universal precautions for prevention of transmission of HIV, hepatitis B and other blood borne pathogens in health care settings », *Morbidity and Mortality Weekly Reports*, 37 : 377-382.
- BARBOUR R., 1994, « The impact of working with people with HIV/AIDS : a review of the literature », *Social Science and Medicine*, 39 (2) : 221-232.
- BERKOWITZ N.F., NUTTALL R.L., 1996, « Attitudes of pediatric nurses facing HIV risk. Research Note », *Social Science and Medicine*, 42 (3) : 463-469.
- BOIRON F, LICHT N., 1993, *Les soignants du sida. Enquête dans un hôpital de jour*, Aix-en-Provence, Université d'Aix-Marseille III (Laboratoire d'Ecologie Humaine et d'Anthropologie), 134 p.

- BOUVET E, KEITA A, BRÜCKER G., 1992, « Protection en milieu hospitalier », *Sidalerte*, 10 : 19.
- COLLIGNON R., GRUENAISS M.-E., VIDAL L. (éds), 1994, « L'annonce de la séropositivité au VIH en Afrique », n° spécial *Psychopathologie africaine*, XXVI (2) : 149-291.
- Comité national de lutte contre le sida, 1991, *Bien connaître le sida pour mieux le combattre. Guide à l'usage du personnel paramédical et des éducateurs sociaux*, Ouagadougou, Direction de l'Education pour la Santé et l'Assainissement (DESA), 38 p.
- COOK J., 1994, « L'enfant et le monde médical : une synthèse », in J. COOK et J.P. DOMMERGUES, *L'enfant malade et le monde médical*, Paris, Syros : 233-255.
- DESCLAUX A., 1995, *L'impact de l'épidémie de sida sur la lutte contre les diarrhées et malnutritions infantiles à Bobo Dioulasso, Burkina Faso. Rapport de recherche*, Paris / Aix-en-Provence, ANRS / Université d'Aix-Marseille III (Laboratoire d'Ecologie Humaine et d'Anthropologie), 330 p.
- 1996a, « De la mère responsable et coupable de la maladie de son enfant », in J. BENOIST (éd), *Soigner au pluriel. Essais sur le pluralisme médical*, Paris, Karthala : 251-280.
- 1996b, « Le traitement biomédical de la malnutrition au temps du sida », *Sciences Sociales et Santé*, 14 (1) : 73-101.
- 1996c, « La recherche anthropologique peut-elle contribuer à la lutte contre la discrimination envers les personnes atteintes par le VIH ? », in J. BENOIST et A. DESCCLAUX (éds), *Anthropologie et sida. Bilan et perspectives*, Paris, Karthala : 267-281.
- 1996d, *Enquêtes CAP et recherches en sciences sociales sur le sida au Burkina Faso. Synthèse bibliographique*, Ouagadougou, Mission française de coopération, 85 p.
- FOSTER S., BUVE A., MBWILL C., ZEKO M., MUNGO E., 1995, *Coping with the loss of nursing staff during the HIV epidemic : policies to mitigate the impact in Zambia*, Communication à la IX^{ème} Conférence Internationale sur le Sida, Kampala, 10-14 décembre 1995, Résumé TuD186.
- FOX R.C., AIKEN L.H., MESSIKOMER C.M., 1991, « The culture of caring : AIDS and the nursing profession », in D. NELKIN, D. WILLIS, D. PANIS (eds), *A disease of society : cultural responses to AIDS*, London, Cambridge University Press : 119-149.
- GIAMI A, VEIL C., 1992, « La raison trouble des infirmières », *Le Journal du Sida*, 41 : 33-36.
- GIAMI A., VEIL C., SAMALIN-AMBOISE C., VEIL-BARAT C. et le groupe RITS (Représentations des Infirmières et des Travailleurs Sociaux), 1994, *Des infirmières face au sida. Représentations et conduites — permanence et changements*, Paris, INSERM, 256 p.
- GOBATTO I., 1996, *Anthropologie de la profession médicale dans un pays en développement. Le cas du Burkina Faso*, Paris, Université René Descartes, Paris V, 457 p. (Thèse d'Anthropologie sociale et de Sociologie comparée).
- GOFFMAN E., 1968, *Asiles. Etudes sur la condition sociale des malades mentaux*, Paris, Editions de Minuit, 447 p.
- 1974, *Les rites d'interaction*, Paris, Editions de Minuit, 230 p.
- HORSMAN J.M., SHEERAN P., 1995, « Health care workers and HIV/AIDS : a critical review of the literature », *Social Science and Medicine*, 41 (11) : 1535-1567.

- HOURS B., 1985, *L'état sorcier. Santé publique et société au Cameroun*, Paris, L'Harmattan, 165 p.
- LERT F., MARNE M.J., SAMPIL M., MORCET J.F., DUTEIL M., 1993, *Pratiques et attitudes du personnel hospitalier face à la transmission du VIH au cours des soins, Rapport*, Paris, INSERM, 90 p.
- PRAZUCK T., TALL F.R., NACRO B., ROCHEREAU A., TRAORE A., SANOU T., MALKIN J.E., APAIRE-MARCHAIS V., MASSON D., DUBLANCHET A., LAFAIX C., 1993, « HIV infection and severe malnutrition : a clinical and epidemiological study in Burkina Faso », *AIDS*, 7 : 103-108.
- de ROODENBEKE E., 1993, *Enquête sur le CHNSS : résultats préliminaires concernant le grand public. Rapport*, Bobo Dioulasso, 12 p.
- ROUAMBA N., 1991, *Connaissances, attitudes et pratiques du personnel médical et paramédical face au sida au Burkina Faso*, Ouagadougou, Université de Ouagadougou, 120 p. (Thèse de Doctorat en Médecine, ESSSA, n° 9).
- SAILLANT F., 1988, *Cancer et culture. Produire le sens de la maladie*, Montréal, Editions Saint-Martin, 317 p.
- SICARD J.M., FAIVRE D., NOUGTARA A., KOUYATE B., CHAUVET D., JAFFRE Y., CHIRON J.P., 1990, *Evaluation, en matière de sida, des connaissances et des attitudes des personnels de santé et de l'action sociale au Burkina Faso*, Ouagadougou : 3 p.
- TALL F.R., CESSOUMA R., TRAORE A., NACRO B., CURTIS V., COUSENS S., MERTENS S., TRAORE E., ROCHEREAU A., CHIRON J.P., 1993, « Infection à VIH en milieu hospitalier pédiatrique du Burkina Faso : relation avec les principales pathologies de l'enfant », *Publications Médicales Africaines*, 125 : 52-58.
- THOMAS L.-V., 1982, *La mort africaine. Idéologie funéraire en Afrique Noire*, Paris, Payot, 272 p.
- VEEKEN H., VERBEEK J., HOUWELING H., COBELENS F., 1991, « Occupational HIV infection and health care workers in the tropics », *Tropical Doctor*, 21 : 28-31.
- VEIL C., 1992, « Le symptôme des gants », *Le Journal du Sida*, 41 : 35-36.

Alice DESCLAUX, *Des infirmières face au sida. Impact de l'épidémie sur les rôles professionnels dans un service de pédiatrie du Burkina Faso*

Résumé — Si l'épidémie de sida n'a pas épargné les infirmiers, son impact sur leurs pratiques, leurs rôles professionnels et leurs relations avec les autres catégories de soignants est encore peu décrit par les sciences sociales. L'étude ethnographique d'un service hospitalier de pédiatrie du Burkina Faso montre que la pratique des infirmières est dominée par l'incertitude concernant le diagnostic des enfants et l'impuissance face aux échecs des traitements. Leur rôle, jusqu'alors centré par les gestes techniques et l'éducation sanitaire auprès des mères, est remis en question par la peur de la contamination et par l'impossibilité de communiquer autour de la maladie de l'enfant. Leurs compétences propres et leur exposition au risque du VIH ne sont pas reconnues par les instances de lutte contre le sida. Cette profession semble "disqualifiée" par l'épidémie et les infirmières jouent de stratégies d'évitement pour poursuivre leur tâche dans un service très touché par le VIH. La prise en charge des malades est inévitablement affectée par la fragilité des paramédicaux.

Mots-clés : paramédicaux • rôles professionnels • pratiques de soins • pédiatrie
• service hospitalier • Burkina Faso.

Alice DESCLAUX, *Nurses in the age of AIDS. Impact of the epidemic on their professional roles in a pediatric ward in Burkina Faso*

Summary — Nurses have certainly not been spared by the AIDS epidemic; however, social scientists have to date written little about the epidemic's impact on their practices, their professional roles and their relations with other medical staff. This ethnographic study of a hospital pediatric ward in Burkina Faso reveals that nurses' practices are dominated by uncertainty concerning the diagnosis of a given child as well as a sense of helplessness in the face of the failure of treatments. Their role, which up to now had focused on technical assistance and health education for mothers, has been called into question by the fear of contamination and by the fact that it is impossible to discuss the child's illness. Their particular skills and their exposure to HIV infection are not recognised by the stop-AIDS community. It appears that this profession has been 'disqualified' by the epidemic, and nurses employ avoidance strategies so as to be able to continue to go about their tasks in a ward highly affected by HIV. It is only inevitable that the care and support of those who are ill is affected by the fragility of the paramedical staff.

Keywords: paramedical staff • professional roles • care practices • pediatrics
• hospital ward • Burkina Faso.