



Equipe de recherche

Transition de la fécondité et

Santé de la reproduction

NOTES ET PROJETS N° 4

**SIDA ET SANTÉ DE LA REPRODUCTION
EN AFRIQUE SUB-SAHARIENNE**
Une revue commentée de la littérature

Annabel DESGREES DU LOU



L'INSTITUT FRANÇAIS DE RECHERCHE SCIENTIFIQUE
POUR LE DEVELOPPEMENT EN COOPERATION

Paris, Février 1997

Annabel DESGREES DU LOU, démographe à l'Orstom, membre de l'Equipe de recherche inter-département MAA-DES « Transition de la fécondité et santé de la reproduction » (ETS)

ORSTOM, 04 BP 293, Abidjan 04, Côte-d'Ivoire

Tel : (225) 35 70 67. Fax : (225) 35 40 15

Email : annabel@abidjan.orstom.ci

© ETS/Orstom 1997

ISSN1274-9516

Eléments de catalogage :

Sida et santé de la reproduction en Afrique sub-saharienne. Une revue commentée de la littérature / Annabel DESGREES DU LOU - Paris : ETS, Orstom, 1997, 25 p. ; 30 cm. (Equipe de recherche Transition de la fécondité et santé de la reproduction. Notes et Projets n° 4, ISSN 1274-9516).

INTRODUCTION

Nul n'est besoin de rappeler la gravité de l'épidémie de sida en Afrique. Compte tenu de l'ampleur de l'épidémie et la gravité de la maladie, celle-ci bouleverse les dynamiques des populations : dans certaines grandes villes africaines, le sida apparaît comme la principale cause de mortalité chez les adultes (GARENNE *et al.*, 1995 ; DELCROIX et GUILLAUME, 1995) et certaines études prévoient une augmentation de la mortalité infantile d'un tiers à trois quarts dans les pays les plus touchés (US BUREAU OF THE CENSUS, 1994 ; DELCROIX et GUILLAUME, 1995). Les services sanitaires, qui déjà disposaient d'un nombre limité de moyens financiers et humains avant l'épidémie, sont débordés par l'afflux de malades et le coût supplémentaire représenté par cette longue maladie. Il est un domaine qui est particulièrement touché par cette épidémie, à tous les niveaux, c'est la santé de la reproduction. On définit sous cette appellation les besoins de santé concernant tous les aspects de la reproduction humaine. Par analogie avec la définition de la santé faite par l'OMS comme « un état de bien-être complet à la fois physique, mental et social », la santé de la reproduction est définie non seulement comme l'absence de maladies ou de difficultés au cours du processus reproductif, mais encore comme l'ensemble des conditions dans lesquelles le processus reproductif peut s'accomplir dans un état de bien-être aussi bien physique, mental que social. En d'autres termes, c'est la possibilité pour les femmes et pour les hommes d'avoir une activité sexuelle sans risque, qu'une grossesse soit désirée ou non, et lorsque celle-ci est désirée, la possibilité pour la femme de la mener à terme dans de bonnes conditions sanitaires, de donner naissance à un enfant bien portant, et le voir grandir en bonne santé (OMS, 1992 ; PACHAURI, 1994). A tous les niveaux de cette définition, l'épidémie de sida intervient : avoir une activité sexuelle sans risque devient, dans le contexte du sida en Afrique, difficile. Désirer une grossesse devient aussi problématique, lorsqu'un des deux partenaires est séropositif. Donner naissance à un enfant bien portant, lorsqu'une femme sur dix qui arrive en consultation prénatale (comme c'est le cas en Côte-d'Ivoire) est séropositive, est loin d'être évident, et enfin, le nourrir au sein peut être dangereux si la mère est séropositive, puisque le virus peut être transmis par le lait maternel.

Nous avons voulu ici faire une revue de la littérature de ces différentes conséquences du sida sur la santé de la reproduction en Afrique. Nous n'avons nullement la prétention d'en avoir fait une revue exhaustive, car chacun de ces aspects est un thème largement abordé, mais nous avons tenté de synthétiser l'état des connaissances et de la recherche concernant les répercussions de l'épidémie de sida sur la sexualité et la procréation. Tout d'abord, nous décrivons le contexte familial et sexuel dans lequel se développe l'épidémie de sida en Afrique. Puis, nous verrons quelles sont les conséquences directes de l'épidémie de sida, en particulier dans les relations sexuelles au sein des couples, et dans le domaine de la fécondité. Enfin, nous analyserons les interactions entre la prévention du sida et la santé de la reproduction.

CONTEXTE FAMILIAL ET SEXUEL

Contexte familial dans lequel se développe l'épidémie de sida

Lorsque la recherche sur le sida a commencé à se développer en Afrique, la majorité des études ont été menées auprès de groupes dits « à risque », qui sont par définition des groupes qui n'appartiennent pas à la logique familiale : prostituées, camionneurs, hommes partis en migration de travail dans les grandes villes, etc. Ces études portaient en grande majorité sur l'étude des relations sexuelles, puisque la transmission du VIH en Afrique se fait essentiellement par voie hétérosexuelle. Très peu de travaux étaient faits sur la transmission sexuelle du virus dans le cadre de la famille et sur ses répercussions, car les relations sexuelles dans ce cadre étaient considérées comme marginales dans la dynamique de l'épidémie. Mais l'épidémie s'est rapidement développée et toutes les couches de la population, toutes les classes d'âges sont aujourd'hui concernées : dans les consultations prénatales où sont installés les postes sentinelles de l'OMS pour surveiller la progression de l'épidémie, on observe fréquemment des taux de séropositivité de 10 % ou plus dans les grandes villes : à Abidjan, ce taux est actuellement d'environ 15 % de séropositives chez les femmes enceintes (DJOMAND *et al.*, 1995 ; WELFFENS-EKRA *et al.*, 1996). Il devient donc nécessaire, pour lutter contre l'épidémie de sida, de l'étudier non plus seulement sous l'angle des groupes considérés comme ayant des comportements à haut risque, mais aussi au travers des familles. C'est d'autant plus vrai que l'organisation des relations sexuelles, qui est au centre de l'épidémie de sida en Afrique, ne peut se comprendre hors du contexte de l'organisation de la famille et de la procréation, comme le soulignent Marianne Hogsborg et Peter Aaby pour introduire une étude sur les relations sexuelles à Bissau (HOGSBORG et AABY, 1992).

Même si les situations varient beaucoup d'un pays à l'autre, quelques grandes lignes directrices apparaissent. Les sociétés africaines sont fréquemment polygames : en Afrique au Sud du Sahara, plus du tiers des femmes sont en union polygame, avec cependant une grande variabilité selon le pays et selon l'âge (KLISSOU, 1995) : selon les Enquêtes Démographiques et de Santé, la proportion de femmes mariées qui sont en union polygame dépasse les 50% au Togo (AGOUNKE *et al.*, 1989), elle est de 57% au Burkina Faso (KLISSOU, 1995), 36% au Niger (KOURGUENI *et al.*, 1993) et seulement 14% au Rwanda (BARRÈRE, 1994). Cette proportion augmente avec l'âge, diminue avec le niveau d'instruction, et est plus forte en milieu rural qu'en milieu urbain. A ce niveau élevé de polygamie s'ajoute une forte mobilité conjugale. Le divorce est fréquent : à Bissau, une étude a montré que 30 à 40 % des premiers mariages se soldent par un divorce (HOGSBORG et AABY, 1992). Cette mobilité conjugale est facilitée par la polygamie qui assure le remariage de la plupart des femmes ayant rompu leur première union (KLISSOU, 1995). L'abstinence sexuelle pendant la période du post-partum est aussi une caractéristique importante du contexte familial dans les pays africains. Dans la plupart des sociétés, chaque naissance vivante est en effet suivie d'un temps prolongé d'abstinence sexuelle, pendant toute ou partie de la durée d'allaitement, sachant qu'un enfant est allaité près de deux ans. Cette abstinence prolongée après chaque naissance est souvent citée comme source principale de la polygamie (KLISSOU, 1995).

Autre caractéristique, récente celle-là, des familles africaines : la fréquence grandissante des femmes chefs de ménage. L'instabilité matrimoniale, la fréquence des migrations de travail qui éloignent les hommes du foyer, la polygamie qui conduit certains hommes à avoir plusieurs femmes dans des endroits différents, placent de nombreuses femmes dans le rôle de chef de ménage, rôle qui ne leur était pas traditionnellement dévolu. Mêmes mariées, les femmes ne vivent pas toujours sous le même toit que leur mari, et ce phénomène augmente avec le rang

d'union de la femme : seules 55 % des femmes qui sont des épouses de rang 3 ou plus vivent dans la même maison que leur mari selon l'étude de Bissau (HOGSBORG et AABY, 1992). Les statistiques concernant les femmes chefs de ménages sont très incomplètes, mais permettent cependant d'apprécier l'ampleur du phénomène : on estime à entre 15 et 25% la proportion des femmes chefs de ménage dans la plupart des pays d'Afrique sub-saharienne pour les années 1980-1990 (PILON, 1996a). L'accroissement de ce phénomène est porteur de profonds changements au sein des sociétés, en particulier dans les structures familiales et dans les relations entre sexes (PILON, 1996b), déterminantes dans le cadre de l'épidémie de sida.

La structure des familles et leur « répartition géographique » ont en effet des répercussions importantes sur le nombre de partenaires sexuels des individus. En particulier, la non-cohabitation des époux sous le même toit, qui on l'a vu est de plus en plus fréquente en Afrique sub-saharienne, conduit à une augmentation du nombre de partenaires sexuels d'un même individu à un moment donné. Dans l'étude de Bissau, il apparaît que les hommes âgés de 25 à 40 ans ont en moyenne 3 à 4 partenaires s'ils sont célibataires, et 2 à 3 s'ils sont mariés (en incluant les hommes mariés à une seule femme) (HOGSBORG et AABY, 1992).

Rajoutons à ces quelques traits caractéristiques un niveau élevé d'infections par les maladies sexuellement transmissibles (MST) : à Bissau, 16 % des hommes de plus de 29 ans avaient eu une MST au cours de l'année précédente. L'interdit sexuel du post-partum, plus ou moins bien suivi selon les populations, peut contribuer à cette augmentation du nombre de partenaires sexuels. Marianne Hogsborg et Peter Aaby (1992) ont montré à Bissau que, dans certains groupes où l'abstinence était très bien suivie (80 % environ des enquêtés déclaraient l'avoir respectée jusqu'à la fin de l'allaitement), elle était associée à une augmentation du nombre de partenaires irréguliers, les hommes se tournant parfois vers d'autres partenaires pendant l'allaitement.

On observe depuis quelques années une augmentation de l'activité sexuelle hors mariage due à l'évolution démographique : en effet, des enquêtes récentes sur la nuptialité et la sexualité ont montré un recul de l'âge au mariage ou de l'entrée en union (CARAËL, 1995a ; CLELAND et FERRY, 1995 ; LAGARDE *et al.*, 1996a ; DELAUNAY, 1994). Parallèlement, l'âge au premier rapport sexuel diminue : il y a donc une augmentation substantielle de l'exposition sexuelle avant le « mariage », période de haut risque pour la transmission des MST et du sida. Emmanuel Lagarde *et al.* montrent ainsi, dans la zone de Mlomp au Sénégal, que sur les trente dernières années, l'âge au mariage pour les hommes a augmenté de 7 ans, l'âge au premier rapport sexuel a diminué de 10 ans, et le nombre de partenaires avant le mariage a augmenté (LAGARDE *et al.*, 1996a).

Enfin l'épidémie de sida, si elle se développe dans un certain contexte familial et sexuel, a des retentissements sur ce même contexte : la structure des familles atteinte par la maladie en est modifiée (DELCROIX et GUILLAUME, 1995). On observe une disparition des familles de type nucléaire, une évolution fréquente vers un modèle monoparental, ou des cas où les enfants se retrouvent seuls, en cas de décès ou de départ de l'un ou des deux parents. Au sein de la famille élargie aussi, les structures évoluent : les enfants de parents malades sont parfois pris en charge par les grands-parents, oncles et tantes. Les malades eux-mêmes déménagent pour chercher un soutien physique et financier auprès de leurs frères, soeurs ou parents.

Etude des relations sexuelles

Une importante littérature est consacrée aux relations sexuelles. En Afrique, l'essentiel de la transmission du sida se fait par voie sexuelle, et définir les pratiques à risque revient donc à étudier les comportements sexuels. Citons tout d'abord, sur cet aspect de la recherche, l'ouvrage de synthèse « Sexualité et sida. Recherches en Sciences Sociales » publié par l'ANRS, qui présente les recherches menées sur ce sujet dans le cadre de l'ANRS. Bien que cet ouvrage ne porte pas spécifiquement sur l'Afrique, il me paraît donner un cadre conceptuel important dans ce type de recherches sur la sexualité, et mérite qu'on s'y arrête.

Cet ouvrage en effet, présente une réflexion sur la sexualité en tant qu'objet de recherche. Comme Michel Bozon l'explique, ce n'est effectivement pas un sujet de recherche anodin. « La sexualité humaine, parce qu'elle est saturée de significations et enfermée dans une « enclave d'intimité », n'est pas à la portée de l'observation ordinaire » (BOZON, 1995). Il faut donc trouver de nouvelles « voies et stratégies d'observation », et c'est pourquoi, avec l'épidémie de sida, s'ouvre un champ de recherches jusqu'ici peu exploré. Ce champ s'est aujourd'hui bien ouvert, et on compte actuellement de nombreuses enquêtes sur les croyances, attitudes et pratiques en matière de sexualité. L'OMS en particulier a mené des enquêtes de comportement sexuel (enquêtes KABP - Knowledges, attitudes, beliefs and practices - et PRS - Partner Relations Surveys - (CARAËL, 1995a)) dans la population générale de 15 pays en développement (en se limitant aux aspects directement liés à l'épidémie de sida). Ces enquêtes ont été réalisées entre 1989 et 1991 auprès d'échantillons représentatifs de la population générale (de 1 000 à 4 000 personnes) âgées de 15 à 49 ans. Sur les 15 enquêtes, 9 concernaient des pays d'Afrique. Elles s'intéressaient particulièrement à l'activité sexuelle prémaritale, considérant que la période précédant l'entrée en union est celle de plus grande exposition au risque de contracter le VIH ou une autre MST. Les résultats de ces enquêtes sont très hétérogènes : pour ce qui est de l'expérience sexuelle des jeunes (15-19 ans), selon les pays et les régions, 1 à 69 % des garçons et 0 à 56 % des filles déclarent des relations sexuelles avant le mariage (CARAËL, 1995a). Il n'existe pas de généralisation possible sur les écarts entre les zones urbaine et rurale. Cependant, au sein d'un même pays, le comportement sexuel des jeunes dans toutes les agglomérations reste étroitement lié à ceux qui ont cours dans les zones rurales. Le facteur le plus lié à l'activité sexuelle prémaritale est le niveau d'instruction (lié positivement), mais cela reste sans généralisation possible. Pour les autres facteurs, on observe une grande hétérogénéité de situation. Un volet de ces études concernait la virginité au moment de la première liaison régulière. Pour l'estimer, on observait le nombre de sujets ayant déclaré des âges identiques au premier rapport sexuel et au premier mariage. Une telle estimation reste approximative, car il existe très vraisemblablement une sous-déclaration des rapports sexuels avant le mariage chez les femmes ; elle permet cependant de tirer quelques conclusions. Il apparaît que la virginité avant le mariage chez les filles reste élevée et est corrélée à un faible niveau d'activité sexuelle extra-maritale par la suite : c'est donc un bon indicateur de la puissance du contrôle social sur la sexualité féminine. Par contre, ces indicateurs ne sont pas corrélés chez les hommes. D'autre part, ces enquêtes révèlent une assez faible fréquence des rapports sexuels avec le partenaire régulier dans la population générale, résultat retrouvé dans d'autres enquêtes ponctuelles faites par d'autres équipes : Emmanuel Lagarde *et al.* (1996a), dans une enquête menée en zone rurale du Sénégal, ont décrit une moyenne de deux rapports par mois parmi les couples réguliers. Uche Isiugo-Abanihe (1993), au Nigeria, observe une fréquence plus importante : environ deux rapports par semaine.

Les rapports extra-maritaux, dans toutes les enquêtes analysées, concernent une partie importante de la population. D'après celles de l'OMS, ils concernent 10 à 50 % des hommes, selon les pays, et 0 à moins de 20 % des femmes. Les hommes déclarent toujours plus de rapports extra-maritaux

et un plus grand nombre de partenaires que les femmes (CARAËL, 1995b). Au Nigeria, en milieu urbain, plus de la moitié des hommes et 2 femmes sur 5 ont déclaré avoir eu des relations extra-maritales (ISIUGO-ABANIHE, 1993). Ces chiffres varient selon la religion, l'instruction (les relations extra-conjugales sont fréquentes dans les classes très instruites), la nature polygame ou monogame de l'union : les hommes polygames auraient tendance à être plus fidèles que les monogames car ils trouvent la diversité sexuelle dans leur mariage, mais par contre les femmes monogames sont plus fidèles que leurs comparses polygames car elle ont un mari pour elles seules (ISIUGO-ABANIHE, 1993). Les migrations saisonnières sont un facteur important d'augmentation de l'activité sexuelle « occasionnelle », que ce soit avec des prostituées ou non (PISON *et al.*, 1993). Emmanuel Lagarde (1995) a montré que, dans le village de Mlomp en Casamance, 42 % des hommes qui partent de leur village comme saisonniers pour récolter du vin de palme ont des rapports avec des partenaires occasionnelles contre 13 % chez ceux qui restent au village. Notons que, en ce qui concerne les rapports extra-maritaux, il apparaît très difficile de distinguer les rapports dits « commerciaux » de ceux qui ne le sont pas. En effet, il serait faux de classer comme prostitution tout rapport sexuel qui a donné lieu à un échange de cadeaux ou d'argent ; les relations qui s'accompagnent de cadeaux sont fréquentes en Afrique et à distinguer de la prostitution proprement dite. Actuellement, avec la crise économique, il semble que des femmes de plus en plus nombreuses ont ainsi des relations extra-maritales assorties de cadeaux, qui les aident à améliorer le quotidien, sans que ces femmes ne se considèrent elles-mêmes, ni ne soient considérées comme des prostituées (LAGARDE *et al.*, 1996a ; ISIUGO-ABANIHE, 1993). On rencontre ce phénomène en particulier chez les femmes seules (veuves, divorcées), qui n'ont pas le secours financier d'un mari (LAGARDE *et al.*, 1996a), et chez les adolescentes, qui ont besoin de payer leurs études, et dont John Caldwell dit qu'elles sont souvent livrées à elles-mêmes, les pères étant fréquemment absents des foyers, parce qu'ils travaillent ailleurs ou vivent chez une autre femme (CALDWELL *et al.*, 1993).

Enfin, on ne peut clore cette rapide description du contexte des relations sexuelles en Afrique sub-saharienne sans rappeler la forte proportion d'individus touchés par les maladies sexuellement transmissibles, qui sont un facteur de risque important pour la transmission du VIH. La proportion d'hommes adultes ayant contracté au moins une fois dans leur vie une maladie sexuellement transmissible est d'environ 30 % dans les pays africains, et ces maladies sont encore loin d'être toujours traitées (FERRY, 1995). En ce qui concerne les femmes, on ne dispose pas de données fiables sur la prévalence des MST car ces maladies sont largement sous-déclarées par les femmes qui les connaissent rarement et chez qui elles passent souvent inaperçues. Sachant que la situation est ainsi vraisemblablement bien pire que ce qui est observé, car les MST sont largement sous-déclarées, Benoît Ferry (1995) insiste sur l'urgence qu'il y a à détecter et à prendre en charge ces maladies, dans les programmes de lutte contre le sida.

PREMIÈRES CONSÉQUENCES DU SIDA SUR LA SANTÉ DE LA REPRODUCTION

Sida et modifications des relations sexuelles au sein des couples

Comme on l'a dit plus haut, le thème des modifications des relations sexuelles au sein des couples sous l'influence du sida est assez peu étudié, au regard de l'importante littérature qui traite des relations sexuelles dites « à risque » (relations occasionnelles, avec des prostituées, etc.). I.O. Orobulo *et al.* (1993) interprètent cette absence de plusieurs façons. D'abord par un

souci des anthropologues de ne pas tomber dans le « voyeurisme » lorsque ce thème n'avait pas de nécessité médicale. Ensuite, si aujourd'hui, avec la prévalence observée des MST, et plus encore avec le développement de l'épidémie de sida, de telles recherches deviennent légitimes, les chercheurs ont pu auparavant reculer devant des enquêtes sur la sexualité dans les familles par peur de rentrer dans un domaine trop privé, où l'on croyait que les connaissances acquises ne pourraient déboucher sur aucune action de prévention : a) parce qu'il n'est pas éthiquement possible d'influencer les comportements sexuels ; b) parce qu'on pensait que les traitements médicaux n'étaient pas envisageables en Afrique (ce qui est contestable car les traitements contre les MST existent depuis longtemps) ; c) parce qu'on partait du présupposé que les femmes n'avaient aucun pouvoir décisionnel en la matière, et qu'aucune action n'était donc envisageable (OROBULOYE *et al.*, 1993). Selon Caldwell *et al.* (1993), les unions ne sont pas en effet toujours fondées sur les liens affectifs entre époux, et les activités sexuelles extra-conjugales des hommes ne regardent pas leurs épouses. La plupart des femmes porteuses du VIH ont ainsi été infectées par leur mari, et pourtant il leur est difficile d'exiger le préservatif lors des relations sexuelles conjugales, même si elles savent que leur mari a des relations sexuelles avec d'autres partenaires. De façon générale, il y a peu de communication sur les sujets sexuels entre époux, entre co-épouses, et entre générations (CALDWELL *et al.*, 1993 ; AONON, 1996).

Cependant, ces jugements sont sans doute un peu hâtifs. En effet, quelques enquêtes ont montré que la situation pouvait évoluer. I.O. Orobuloeye *et al.* (1993), à partir d'enquêtes menées chez les Yoruba au Nigeria dans les années 1990, montrent que la femme a un certain pouvoir de décision dans les relations sexuelles avec son mari. Il existe tout d'abord des interdits sexuels codifiés par la communauté : pendant les menstruations, la période post-partum ou lorsque la femme devient grand-mère, les relations sexuelles sont interdites. La femme peut donc s'appuyer sur ces interdits pour refuser parfois une relation sexuelle et elle trouvera alors le soutien de la communauté en cas de mauvaise réaction du mari. Que se passe-t-il, en dehors de ces périodes d'interdits communément admises, lorsque la femme veut refuser une relation sexuelle ? I.O. Orobuloeye *et al.* observent que sur 600 femmes interrogées, 580 ont déjà refusé une fois une relation sexuelle avec leur mari, 21 % en prétextant l'interdit communautaire cité plus haut, mais pour 23 % d'entre elles la raison fournie au mari était qu'elles étaient en colère contre leur mari, et pour 56 % qu'elles n'en avaient pas envie. La femme a donc le pouvoir de dire non. Il est vrai que la réaction des maris est souvent dure : seuls 32 % l'acceptent calmement, les autres se mettent en colère ou vont voir une autre femme. Ce risque de voir son mari se tourner vers une autre femme constitue apparemment, pour la femme Yoruba qui vit dans une société polygame où les hommes peuvent facilement trouver une autre partenaire, le principal obstacle à son pouvoir de refuser une relation sexuelle.

Que se passe-t-il lorsqu'un des conjoints est infecté par une MST ? Tout d'abord, seul un tiers des individus qui avaient une MST l'ont dit à leur conjoint. Généralement, c'était sur la demande du médecin, qui explique à l'individu infecté que le traitement n'est efficace que si l'homme et la femme sont traités en même temps. Lorsque la femme apprend que son mari est infecté, dans 3 cas sur 4 elle refuse les rapports sexuels jusqu'à la fin du traitement. Vis-à-vis de la communauté, ce refus est facilement légitimable chez les Yoruba où les relations sexuelles sont proscrites dans les situations « d'impureté », puisque une MST peut y être assimilée. Dans 16 % des cas les rapports continuent mais avec des préservatifs, qui sont connus dans cette population comme moyen de contraception. Il semble que ce refus soit bien accepté par le mari dans la mesure où le traitement est court. Dans le sens contraire, c'est-à-dire lorsque la femme est porteuse de MST, seul 1 homme sur 3 a interrompu les rapports sexuels avec sa femme en attendant la fin du traitement, et 1 homme sur 24 a divorcé. Il semble que, dans cette société, les hommes acceptent mieux que les femmes d'apprendre que leur conjointe est infectée car ils se sentent souvent responsables de l'infection. Les femmes Yoruba ont donc un certain contrôle de leur sexualité

dans le mariage, dans la mesure où elles peuvent refuser les relations sexuelles lorsque leur partenaire est infecté, ou demander à ce que celui-ci utilise un préservatif. Cela dit, elles risquent toujours de se heurter à une mauvaise réaction (infidélité, colère) du mari, voire à son départ. D'autre part, il n'est question dans cette étude que de MST, et pas de l'infection par le VIH, pour lequel, à la différence des autres MST, il n'existe pas de traitement, encore moins de traitement court, et avec lequel il faut composer pendant toute la vie. Enfin, on remarque le faible taux d'utilisation du préservatif : en cas d'infection, c'est l'abstinence qui est adoptée, pendant la durée du traitement ; solution inapplicable dans le cas de l'infection par le VIH, qui dure toute la vie. Ces travaux ouvrent cependant une voie dans la prévention du sida au sein des couples, puisqu'ils montrent qu'il peut exister un dialogue entre conjoints dans ce domaine. On remarque que dans la population étudiée, la femme, si elle a un certain pouvoir dans ses relations sexuelles avec son mari, n'a aucun pouvoir, apparemment, pour convaincre son mari de se protéger lorsqu'il a des rapports avec d'autres femmes. Les auteurs de l'étude recommandent une action dans ce sens (ORUBULOYE *et al.*, 1993).

Une enquête qualitative menée à Abidjan auprès de couples dont un des conjoints est séropositif révèle que, actuellement, on rencontre tous les types de situation (VIDAL *et al.*, 1994) : l'individu séropositif annonce ou n'annonce pas sa séropositivité à son partenaire. Lorsqu'il l'annonce, les réactions sont diverses : souvent les conjoints continuent à vivre sous le même toit, mais sans relations sexuelles, et le conjoint non infecté a des partenaires « à l'extérieur ». Dans quelques rares cas, le couple a des relations sexuelles systématiquement protégées par préservatif. Un couple déclare avoir eu des relations toujours protégées, sauf pendant une période courte, afin que la femme (séronégative) puisse être enceinte, car ils désiraient un enfant. Dans de nombreux cas, le partenaire infecté ne l'annonce pas à son conjoint. Dans ces cas-là, soit il continue à vivre comme si de rien n'était, dans l'idée que, de toutes façons, son conjoint est forcément déjà infecté, et que l'utilisation des préservatifs ne servira à rien, soit il trouve des arguments pour utiliser le préservatif, sans pour cela évoquer le risque de sida : grossesse à éviter, maux de ventres, etc. Cette étude est très intéressante ; elle montre la complexité des situations au sein des couples discordants. Il serait pertinent de mener le même type d'enquête sur les comportements sexuels au sein des couples touchés par le VIH, mais cette fois-ci avec un aspect quantitatif.

Une enquête prospective sur une cinquantaine de femmes séropositives entre 1988 et 1991 à Kigali, dont l'objectif était de déterminer les besoins de ces femmes en matière de conseils et de services sociaux conduit aux mêmes conclusions : trois ans après le début de l'enquête, 21% des femmes n'avaient toujours pas informé leur partenaire de leur statut. Pourtant, les réactions des partenaires, lorsque les femmes les ont informés, sont meilleures que celles attendues : compréhension et acceptation sont fréquentes. Moins de la moitié de ces partenaires ont demandé à être testés. L'utilisation du préservatif dans le couple était deux fois meilleure lorsque le partenaire avait été mis au courant du résultat du test, mais, même parmi ces couples, encore un tiers n'utilisaient pas de préservatifs. L'incidence des grossesses n'a d'ailleurs pas diminué après que les femmes aient connu leur infection. En général, la communication au sein du couple pour ce qui est de l'infection par le VIH (à propos du test, du préservatif, des enfants à venir, des relations sexuelles, etc..) reste très mauvaise. Les auteurs de l'article, à la faveur de ces résultats, plaident donc pour le développement d'un « counseling » au niveau des couples, et non pas seulement au niveau des individus (KEOGH *et al.*, 1994).

L'utilisation du préservatif au sein du couple, en effet, reste toujours problématique, en particulier au sein du couple légitime. Les campagnes de prévention doivent être améliorées en ce sens, car elles ont parfois délivré des messages ambigus. Ainsi, Marianne Hogsborg et Peter Aaby ont observé que les campagnes de prévention en Guinée Bissau avaient diffusé comme message : « utilisez le préservatif avec des partenaires que vous ne connaissez pas » En conséquence, les

individus n'utilisaient pas le préservatif dès qu'ils pensaient connaître leur partenaire, et les femmes se sentaient humiliées si un homme leur proposait un rapport avec préservatif, et le refusait (HOGSBORG et AABY, 1992).

Autre conséquence de l'épidémie de sida dans ce domaine : la peur de l'infection, fortement présente dans les pays à forte prévalence, qui entraîne la peur des relations sexuelles, et la peur du mariage. En Ouganda, par exemple, Jackson Mukiza-Gapere et James Ntozi (1995) ont ainsi montré que les jeunes refusent de se marier, craignant de trouver « la mort dans le mariage ». Parallèlement, parmi ceux qui sont mariés, certains décident d'éviter systématiquement les partenaires extérieurs, pour éviter le risque d'infection.

Sida et fécondité

Les relations entre le sida et les comportements de fécondité sont rarement évoquées dans les études sur la sexualité. Dans l'ouvrage de synthèse de l'ANRS « Sexualité et sida, recherches en Sciences Sociales », par exemple, jamais les interactions entre fécondité, désir d'enfant et risque de transmission du VIH ne sont mentionnées dans les articles de synthèse. Dans la liste des travaux présentés, seule une équipe s'y intéresse, mais uniquement sous forme d'une revue de la problématisation du discours sur le sida dans le discours médical, avec une rapide estimation de sa prise en compte dans la pratique gynécologique (PLAZA, 1995). On peut s'étonner de cette pauvreté de la littérature sur le sujet. Il est certain que le problème se pose de façon beaucoup plus aiguë dans les sociétés africaines, où les idéaux en matière de fécondité sont en faveur d'une forte fécondité, que dans les sociétés occidentales.

Par contre, diverses projections de l'incidence de l'épidémie de sida sur l'évolution de la fécondité ont été tentées. Simon Gregson, dans un article de synthèse sur le rôle possible de l'épidémie de VIH dans la fécondité en Afrique sub-saharienne, rappelle que, d'après les modèles, l'épidémie n'aurait pas ou très peu de conséquences directes sur les taux de fécondité, tant que les taux de prévalence restent bas. Il faut atteindre des taux de prévalence de 25-30 % chez les femmes de 15 à 45 ans pour observer une baisse significative du taux de fécondité (GREGSON, 1994). Par contre, de nombreuses conséquences indirectes de l'épidémie de sida sur la fécondité sont à attendre, car les interactions possibles entre cette maladie et les déterminants de la fécondité sont nombreuses et complexes : l'épidémie intervient tout d'abord en modifiant la structure par âge de la population, puisque la maladie touche de façon variable les différents groupes d'âge, les groupes les plus atteints étant les adultes en âge de procréer et les enfants en bas âges. La réduction de l'effectif des groupes en âge de procréer va dans le sens d'une baisse de la natalité, tandis que l'augmentation de la mortalité des très jeunes enfants, au contraire, peut aller contre une éventuelle baisse de la fécondité car le décès d'enfant suscite un besoin de remplacement, dans des pays où une forte fécondité répond à une nécessité économique et à une demande sociale (DOZON et GUILLAUME, 1994).

Les relations entre le désir d'enfant et le contexte d'épidémie de sida, par ailleurs, s'avèrent très complexes : le désir d'avoir des enfants peut être remis en cause par la peur de les contaminer ou qu'ils deviennent orphelins, mais inversement, Damien Rwegera a pu observer en Côte-d'Ivoire que, pour les malades du sida, l'enfant jouait le rôle d'instrument de survie familiale (RWEGERA, 1995). La naissance d'un enfant est gage de solidité pour le couple touché, et pour l'individu séropositif, augmenter sa descendance est une façon d'éloigner la mort. C'est ainsi que l'on peut se demander comment la gestion de la fécondité va évoluer, dans les pays fortement touchés par l'épidémie, sachant de plus que les méthodes préventives du sida, les préservatifs, ont un rôle

contraceptif, qui peut jouer comme tel, ou au contraire constituer un frein à l'utilisation des préservatifs pour les couples désirant avoir des enfants (DELCROIX et GUILLAUME, 1995).

Citons encore le problème de l'allaitement : lorsque la mère est séropositive, l'allaitement est un facteur important de transmission du sida de la mère à l'enfant. Cependant il n'était pas remis en cause jusqu'à présent dans les pays en développement, quel que soit le statut sérologique de la mère, car l'OMS estimait que les risques liés à l'allaitement artificiel seraient plus importants que le risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant. Cette position est actuellement en cours de révision, une étude ayant montré les résultats contraires (GRAY *et al.*, 1996), et l'allaitement artificiel va vraisemblablement être préconisé de façon systématique si la mère est séropositive (ONUSIDA, 1996). Il faut noter que cela va poser des problèmes d'espacement des naissances (l'allaitement jouant un rôle contraceptif) dont il faudra tenir compte.

Enfin, quelques études menées dans divers pays africains laissent supposer qu'il existerait une infécondité liée à la séropositivité au VIH. Chez les hommes, l'infection VIH, au stade symptomatique, s'accompagne d'une diminution de la capacité fécondante du sperme (SETEL, 1995). Chez les femmes, quelques études sur des cohortes de femmes infectées par le VIH montrent une diminution de la fécondité chez ces femmes. A Nairobi, une enquête menée en 1985 auprès de prostituées a permis de montrer que la séropositivité au VIH était associée à une moindre fécondité (SIMONSEN *et al.*, 1990). Au Zaïre, on retrouve cette association entre une fécondité basse et l'infection VIH chez des femmes enquêtées entre 1986 et 1989 (BATTER *et al.*, 1994). Au Gabon, toujours dans les années 1990, une enquête sur la séroprévalence des infections rétrovirales selon la fécondité a montré une association positive entre la séroprévalence au VIH et l'infécondité primaire (SCHRIJVERS *et al.*, 1991). Cette sous-fécondité observée chez les femmes infectées par le VIH peut s'expliquer en partie parce que les femmes séropositives sont plus fréquemment célibataires, ont moins de rapports sexuels lorsqu'elles sont malades et sont éventuellement plus susceptibles d'utiliser la contraception lorsqu'elles ont été conseillées en ce sens. Mais ces facteurs n'expliquent pas complètement cette différence, d'autant plus que, nous l'avons déjà vu, le conseil donné aux femmes séropositives de ne plus avoir d'enfants est très peu suivi. Il semble que cette moindre fécondité des femmes séropositives soit donc en partie due à des facteurs biologiques. L'association fréquente qui existe entre MST et VIH peut expliquer partiellement ce phénomène, car certaines MST sont causes d'infécondité. Quoiqu'il en soit, cette piste d'une moindre fécondité biologique liée à la séropositivité au VIH, peu explorée jusqu'ici, mérite d'être poursuivie.

Ainsi, un vaste champ de recherche s'ouvre sur les interactions entre sida et fécondité, qui sont complexes. Philip Setel (1995), dans un article de synthèse sur les travaux et les connaissances disponibles actuellement sur ce sujet, conclut que l'épidémie de sida va vraisemblablement entraîner une diminution de la fécondité dans les pays africains, au niveau des individus comme au niveau des groupes, mais que cette évolution tiendra plus aux retentissements physiologiques de l'infection VIH sur la fécondité des femmes et des hommes qu'à des choix de la part des personnes infectées. La proportion d'individus infectés qui connaissent leur infection est en effet trop faible pour qu'un changement de comportement reproductif chez ces personnes, s'il existe (ce qui reste à étudier), modifie la fécondité globale. Cela est d'autant plus vrai que l'homme et la femme sont impliqués dans ces décisions, alors que, en Afrique, le partenaire est encore rarement informé lorsqu'un individu apprend son infection. Une meilleure connaissance et une meilleure compréhension des interactions qui existent entre infection VIH et fécondité reste ainsi nécessaire, en particulier pour pouvoir définir des programmes où seraient intégrés prévention sida, planification familiale et santé de la reproduction (SETEL, 1995).

La remise en question du lévirat

L'épidémie de sida remet parfois en question une pratique largement répandue en Afrique : le lévirat ou héritage des veuves. Lorsqu'un homme meurt, dans de nombreuses populations africaines, son ou ses épouses sont remariées à un de ses frères, voire à un fils d'une co-épouse de la mère. Annie Le Palec (1994), à Bamako, a montré que les médecins, face au décès d'un homme par sida, préviennent souvent un frère aîné de l'homme décédé, afin que les femmes de ce dernier ne soient pas remariées au sein de la même lignée et ne « continuent d'endeuiller la famille ». On assiste ainsi à une situation particulière où les femmes du défunt ne sont pas toujours prévenues de la maladie de leur mari, ni de leur éventuelle séropositivité, mais où la belle-famille est prévenue « contre elles ». Annie Le Palec (1994) et Bernard Taverne (1996) montrent les dangers de cette méthode, qui ne conduit qu'à remettre sur le marché sexuel et matrimonial des femmes potentiellement contaminantes, sans qu'elles-mêmes n'aient la moindre idée de leur sérologie, alors que la coutume du lévirat pourrait être, moyennant les précautions nécessaires, une bonne solution de prise en charge des femmes séropositives et de leurs enfants, en leur permettant de rester dans le lignage au sein duquel elles ont eu des enfants. Bernard Taverne (1996) met ainsi en garde contre les associations abusives faites entre certaines pratiques traditionnelles (lévirat, excision) et le sida : le sida devient parfois un argument pour lutter contre des pratiques qui étaient déjà remises en cause avant le développement de cette épidémie, mais cela peut avoir des conséquences néfastes et conduire à de fausses interprétations sur les modes de diffusion de la maladie, ou à des comportements d'exclusion des malades. Ainsi, la lutte contre le lévirat, qui a pour objectif une plus grande liberté des femmes dans le choix de leur conjoint et de leur vie conjugale, conduit, lorsqu'elle est associée au sida, à l'effet inverse : loin d'être plus libres, les femmes dont les maris sont morts du sida sont privées de tout soutien familial, bannies, accusées d'être les vecteurs de la maladie, bref, chassées comme coupables au lieu d'être soutenues comme victimes.

LUTTER CONTRE LE SIDA DANS UNE OPTIQUE DE SANTÉ DE LA REPRODUCTION : QUELLE PRÉVENTION ?

Cibler les actions de prévention

Définir la connaissance du risque

Les enquêtes KABP de l'OMS, décrites plus haut, comportaient des questions sur la connaissance du sida et de ses modes de transmission, ainsi que sur la gravité de cette maladie et le devenir des malades (soins, prise en charge...). Le niveau de connaissance du sida dans la population apparaît très lié à l'accès au média, ainsi qu'à l'instruction. Ce sont les jeunes qui sont les mieux informés sur cette maladie, et parmi eux les plus instruits. La connaissance du sida est en général moins bonne chez les femmes que chez les hommes, et chez les individus mariés précocement. Parmi les personnes qui ont entendu parler du sida, une forte proportion sait que le sida peut être transmis par une personne apparemment saine (71 à 88 %). Ce résultat est étonnant car l'idée de maladie asymptomatique mais infectante, le fait que des individus puissent être porteurs du virus sans développer la maladie, est un concept non évident a priori. Il faut vraisemblablement y voir un succès des campagnes d'information et de prévention menées dans ces pays, d'autant plus que ce résultat est positivement lié à l'accès aux médias. La notion de transmission par contact sexuel est

bien assimilée (à plus de 90 %), avec là encore un fort effet de l'instruction. De même, la connaissance d'une transmission possible du sida par transfusion ou par injection, et la transmission de la mère à l'enfant pendant la grossesse, sont connues à plus de 80 % dans les groupes étudiés. Il faut souligner cependant que le degré de connaissance de la transmission périnatale, assez élevé dans les enquêtes auprès de la population générale, baisse fortement lorsque les enquêtes sont menées auprès de femmes enceintes. On retrouve ce phénomène dans deux enquêtes : une enquête menée au Rwanda, à Kigali (LADNER *et al.*, 1996) et une autre menée à Kinshasa (HEYWARD *et al.*, 1993) : alors que des enquêtes précédentes dans les mêmes villes avaient indiqué que 90 % ou plus des femmes d'âge fécond connaissaient le risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant, 30 à 50 % des femmes enceintes semblaient ne pas connaître ce risque dans les enquêtes ultérieures. Ces différences peuvent provenir des méthodes d'enquêtes, mais peuvent aussi s'expliquer par le fait que les femmes enceintes acceptent difficilement l'existence d'un tel risque de transmission du sida. Le risque de transmission du virus de la mère à l'enfant par l'allaitement est, quant à lui, très peu connu. Au cours d'une enquête récente à Abidjan, dans la commune de Yopougon, sur les connaissances et pratiques en matière de planification familiale et santé de la reproduction, moins de 7% des personnes interrogées ont cité la transmission par l'allaitement comme une des voies de transmission du virus aux enfants (TOURE *et al.*, 1997). Cette méconnaissance s'explique en grande partie par le silence observé à ce sujet dans les campagnes de prévention : en effet, le choix de la stratégie à adopter en matière d'allaitement face au sida est complexe en Afrique. Devant les risques de malnutrition liés à l'allaitement artificiel, le coût économique de cet allaitement artificiel et les aspects symboliques de l'allaitement maternel, les instances de lutte ont pendant longtemps hésité à prôner l'arrêt de l'allaitement maternel en cas d'infection de la mère, et ont donc limité la diffusion de l'information sur cette transmission du VIH par l'allaitement (DESCLAUX, 1995).

Parallèlement, cependant, les fausses croyances quant à une transmission possible par les gestes de la vie quotidienne sont très élevées : 50 à 90 % des personnes croient que le sida peut s'attraper en touchant le corps d'un séropositif, 20 à 60 % pensent qu'on peut l'attraper en partageant sa nourriture ou en portant des habits qu'il a portés, et plus de 70 % des gens, enfin, pensent que le sida se transmet par les moustiques. Il semble que, si les campagnes d'information ont été un succès pour sensibiliser les populations à l'existence du sida et aux risques de transmission, elles n'ont pas réussi à dissiper les idées qui se réfèrent à la théorie locale de la contamination à propos de cette maladie (INGHAM, 1995).

Le degré de connaissance de la sévérité de la maladie est assez faible : dans la moitié des pays enquêtés, plus de 15 % des gens pensent que le sida peut être guéri, et seulement 40 à 80 % des enquêtés croient que le sida est une maladie mortelle (INGHAM, 1995). On retrouve des résultats similaires dans des enquêtes ponctuelles (LINDAN *et al.*, 1991).

Nous ne décrivons pas ici en détail ni ne discuterons toutes les enquêtes menées sur la perception du risque, car c'est un sujet à part entière qu'il serait trop long de développer ici. Citons seulement les résultats des enquêtes KABP de l'OMS en la matière : d'après ces enquêtes, une partie importante de la population considère l'épidémie de sida comme un problème majeur de santé (environ les deux tiers des enquêtés) et comme un risque personnel (plus de la moitié des personnes enquêtées). Parallèlement, les individus déclarent avoir changé leurs comportements sexuels en conséquence : réduction du nombre de partenaires, diminution des rapports avec les prostituées, fidélité au partenaire habituel... L'utilisation du préservatif, par contre, n'est que très rarement citée (CLELAND, 1995). Le nombre important de personnes déclarant un changement de comportement (plus de 50 % des hommes qui connaissent le sida, et environ 30 % des femmes) est cependant à considérer avec prudence. Tout d'abord, il s'agit uniquement de déclarations, ensuite les questions portant sur les changements de comportements venaient, dans les enquêtes

KABP, peu de temps après les questions portant sur le degré de connaissance du sida comme maladie grave. Cela a pu biaiser les réponses, les personnes enquêtées pouvant difficilement admettre qu'elles n'avaient nullement modifié leur comportement lorsqu'elles venaient de reconnaître qu'elles ressentaient le sida comme une menace importante pour elles et pour la population. Il semble donc plus sage de ne considérer ces déclarations que comme une mesure de la perception du sida et non comme une mesure des changements effectifs de comportements qui en résultent.

Les enquêtes ponctuelles, menées à petite échelle et contemporaines des enquêtes PR et KABP de l'OMS, révèlent d'ailleurs peu de changements : à Bissau¹, peu d'habitants se sentaient concernés par le risque du sida en 1990, et seule une minorité déclarait avoir utilisé un préservatif, et ce seulement quelques fois (HOGSBORG et AABY, 1992). A Mlomp, en zone rurale au Sénégal, presque un adulte sur trois a déclaré avoir eu au moins un partenaire occasionnel au cours de l'année précédent l'enquête de 1994. Parmi eux, encore un tiers déclarait utiliser des préservatifs « la plupart du temps ». Les groupes qui ont les comportements sexuels les plus à risque (femmes veuves ou divorcées, migrants saisonniers) sont aussi ceux qui prennent le moins de précautions, en particulier qui utilisent le moins les préservatifs lors des rapports occasionnels (LAGARDE *et al.*, 1996b).

Notons, dans les enquêtes KABP, l'absence totale de questions portant directement sur la famille, le fait qu'un individu infecté peut transmettre la maladie à son conjoint et à ses enfants, les stratégies envisagées pour protéger son conjoint et ses enfants de cette maladie, etc. Le sida est toujours envisagé en terme de « comportements sexuels à risque », c'est-à-dire de relations sexuelles avec des prostituées ou avec des « étrangers », et jamais en terme de maladie susceptible de toucher toutes les couches de la population et d'exister au sein des couples et des familles.

Le problème du décalage entre connaissance du risque et adaptation des comportements

Comme le décrit très bien Marcel Calvez (1995), améliorer la connaissance du risque de transmission du sida dans la population, et en particulier dans les groupes « à risque » (qu'on aura pu déterminer à partir d'enquêtes de comportements sexuels) ne suffit pas, car connaître un risque ne signifie pas nécessairement qu'on le prendra en compte, surtout dans le domaine de la sexualité. L'enquête sur les comportements sexuels d'individus mariés faite au Nigeria en ville illustre bien ce paradoxe : dans la population enquêtée, Uche Isiugo-Abahine (1993) a observé un très fort taux de relations sexuelles hors mariage, et dans le même temps un bon niveau d'information sur le sida et ses modes de transmission. Les enquêtés citaient les relations sexuelles occasionnelles comme un facteur de risque majeur pour attraper le sida, mais seul un tiers d'entre eux pensaient que la peur du sida avait modifié les comportements sexuels extra-maritaux, et la plupart ne se sentaient pas concernés par l'épidémie et déclaraient continuer à avoir des rapports occasionnels sans précaution. On retrouve encore le même type d'observation dans les enquêtes de l'OMS (INGHAM, 1995) et dans d'autres enquêtes ponctuelles : au Sénégal, Emmanuel Lagarde *et al.* observent que les groupes qui ont les comportements sexuels les plus à risque sont aussi les mieux informés sur le sida (LAGARDE *et al.*, 1996).

Pour mieux comprendre ces contradictions, Marcel Calvez propose une réflexion sur la sexualité en tant qu'objet de recherche. En effet, il ne faut pas perdre de vue que l'activité sexuelle se situe

¹ A Bissau, le virus présent est le VIH2 avec une prévalence d'environ 5 % en 1990.

dans un environnement affectif, et qu'il n'est donc pas envisageable, même dans une optique de prévention, de la considérer uniquement en termes de prise de risque, car « ce qui apparaît déterminant la sphère de l'intimité relationnelle, ce n'est pas la préservation de la santé, mais la reconnaissance mutuelle que se procurent les partenaires au plan affectif » (CALVEZ, 1995). Peu d'études sur la notion de risque, et sur l'amélioration de la prévention, prennent en compte cet aspect de la sexualité. Nathalie Bajos et Dominique Ludwig font ainsi une revue critique des travaux effectués sur le risque et l'adaptation au risque, en classant ces travaux en deux grands groupes (BAJOS et LUDWIG, 1995). Un premier groupe part d'une approche individualiste en accordant une forte prééminence aux préoccupations sanitaires des individus, avec pour postulat que, pour un individu, « le comportement de préservation de la santé est naturel et premier ». Sous cette optique, les comportements à risque proviennent d'une mauvaise perception du risque. Ce type d'analyses est nécessairement réducteur pour plusieurs raisons : tout d'abord, il part du principe selon lequel la décision de changement de comportement appartient à un individu, indépendamment du contexte relationnel, des rapports sociaux et en particulier des rapports de genre, et du contexte dans lequel se produit le rapport sexuel. Ensuite, il n'y a souvent aucune prise en compte de l'histoire sexuelle de l'individu, alors que celle-ci a des conséquences directes sur l'adoption de nouvelles pratiques. Enfin, les modèles utilisés sont souvent simplistes, avec une variable à expliquer dichotomique (préservatif : oui/non) qui cadre mal avec la diversité des stratégies d'adaptation au risque.

Le second groupe de travaux, par contre, prend en compte les logiques qui président à la construction d'une définition socio-culturelle du risque par les individus. L'élaboration d'une définition du risque est cette fois-ci étudiée comme la combinaison d'une expérience, d'une identité sociale et personnelle et d'un discours épidémiologique et préventif. Il n'y a plus de prééminence de la logique sanitaire. Les travaux de Benoît Bastard et Laura Cardia-Vonèche appartiennent à ce dernier groupe. La sexualité n'y est pas définie comme un objet en soi, mais comme une composante d'un ensemble plus vaste, « la relation d'ordre affectif et sexuel qui a cours entre deux personnes ». Leur étude montre que seul un très petit nombre d'individus conçoit la sexualité en termes de santé. La majorité des personnes voient la sexualité uniquement en terme d'intimité et de plaisir, et le désir d'engager de nouvelles relations l'emporte largement, quand il ne les exclut pas totalement, sur les préoccupations de santé (BASTARD et CARDIA-VONÈCHE, 1995). Cela remet en cause toute une logique de prévention dont le principal moteur était la préservation de la santé individuelle.

On retrouve cette critique des modèles d'analyse des comportements à risque fondés uniquement sur la perception individuelle du risque dans l'article de Jean-Paul Moatti *et al.* Ces auteurs montrent que les modèles utilisés, très rationnels, ne conduisent souvent qu'à des résultats tautologiques, où les facteurs explicatifs « ne sont en réalité qu'une autre forme de déclinaison de la variable dépendante qu'ils prétendent expliquer », et où les croyances présentées comme causes des comportements ne sont bien souvent que des efforts de rationalisation a posteriori desdits comportements. Enfin ces modèles partent toujours du postulat selon lequel la norme sociale est le risque nul, ou la sécurité totale, ce qui est inexact car il existe des logiques qui peuvent rendre rationnelle la prise de risque, en particulier dans le domaine affectif. Par le modèle économique dit de « l'utilité espérée », ces auteurs montrent que l'adoption d'une protection maximale face au risque de transmission du VIH est loin d'être toujours l'alternative la plus rationnelle pour l'individu. Ils font une proposition intéressante : il semble que, plus que de réfléchir sur la prise de risque éventuelle, l'individu évalue les sentiments de regrets qu'il sera susceptible d'expérimenter après tel ou tel comportement. On pourrait donc orienter la prévention dans ce sens, avec par exemple « des messages sur le préservatif capables de maximiser l'anticipation de regret en cas de non-utilisation avec un partenaire dont on ne connaît pas le statut sérologique » (MOATTI *et al.*, 1993).

Toute cette discussion sur la prise de risque et l'importance d'intégrer les facteurs affectifs dans la prise de risque face au sida me paraît très intéressante dans une optique familiale, où les dynamiques affectives et relationnelles l'emportent facilement sur le souci de préserver sa propre santé. Parallèlement au risque de contracter le virus du sida, il existe dans les familles africaines le risque pour une femme de se voir rejetée par son mari, ou inversement, et celui de ne plus avoir d'enfants (qui paraît parfois pire que le risque d'avoir un enfant malade).

Définir et améliorer les programmes de prévention.

Interactions avec la planification familiale

Pour réduire la transmission du VIH par voie sexuelle, trois axes doivent être envisagés : informer les individus sur les modes de transmission de la maladie afin qu'ils modifient leurs comportements lorsque ceux-ci sont à risque, prévenir et guérir les MST, et promouvoir le préservatif. Les centres de planification familiale, à première vue, paraissent tout indiqués pour ce type d'actions. En particulier, l'intérêt de ces centres est qu'ils touchent les femmes, qui ont habituellement un moindre accès que les hommes aux autres sources d'information (médias, campagnes de prévention, etc.), surtout lorsqu'elles n'ont pas été scolarisées (RUTENBERG *et al.*, 1994). Cependant, bien qu'ils traitent de la même sphère de relations - les relations sexuelles - les programmes de planification familiale n'ont pas la même fonction que les programmes de lutte contre le sida, puisqu'ils sont orientés vers la maîtrise de la fécondité, et que les rapports entre fécondité et relations sexuelles, certes étroits, n'en sont pas moins délicats. Plusieurs études ont donc été menées pour observer les interactions existantes entre planification familiale, changements des comportements et lutte contre la transmission du VIH.

Saroj Pachauri, dans un très bon article de synthèse sur les relations entre sida et programmes de planification familiale, explique que les centres de planning familial, même s'ils s'appuient sur le concept de santé de la reproduction, ne prennent pas souvent en compte les problèmes strictement liés à la sexualité et en particulier la santé sexuelle de leurs clients. Par exemple, il n'existe pas, la plupart du temps, dans ces centres, de service de dépistage et de soin des MST ou des infections de la filière génitale, alors même que ces infections ont des répercussions importantes sur la fécondité, ou plutôt l'infécondité, des individus. Avec le développement de l'épidémie de sida, les pouvoirs publics se sont intéressés aux traitements des MST, mais MST et planning familial constituaient bien souvent deux programmes verticaux, sans interactions, au lieu d'un seul programme où les différents aspects de la santé reproductive sont intégrés (PACHAURI, 1994). Quelques expériences d'intégrations ont été menées, mais rarement avec succès. Sous la pression des priorités économiques et démographiques, le danger est grand d'une dérive de ces centres qui retournent souvent à des programmes verticaux. L'exemple du Programme Familial Indien est révélateur : organisé au départ pour prendre en compte tous les aspects de la santé reproductive, ce programme s'est orienté résolument vers un objectif de réduction de la fécondité, et aucune place n'était plus accordée aux besoins des adolescents, des célibataires, au problème de l'infécondité, des infections génitales ou des grossesses non désirées. Dans des pays en développement, où les moyens financiers sont restreints, est-il en effet envisageable de développer des programmes intégrés, où tous les aspects de la santé de la reproduction soient également pris en charge, et ceci à l'heure du sida, sachant le coût que représentent la lutte contre le sida et contre les MST ? Avant la mise en place de tels centres, il est important de réfléchir à ce que cela signifie en particulier, en termes de réallocations des ressources. Les détracteurs d'une telle intégration partent du fait que la lutte contre le sida est chère, compliquée, et que l'insérer dans les programmes de planification familiale aurait pour effet de stigmatiser ces derniers. Les

partisans, au contraire, avancent que les centres de planification familiale sont les lieux les plus appropriés pour toucher les personnes actives sexuellement, et qu'on y trouve de plus un personnel qualifié et le matériel nécessaire au développement de relations sexuelles sans risque (préservatifs, spermicides, etc.).

Saroj Pachauri a examiné les différents aspects de ce projet. Il apparaît tout d'abord indispensable d'intégrer le dépistage et le traitement des infections génitales au sein des programmes de planification familiale, car ils agissent en synergie : l'existence d'infections génitales peut mener à l'échec de la contraception, soit directement parce que le patient rend la contraception responsable de son infection, soit indirectement parce que, les infections étant un obstacle à la fécondité, les individus hésitent à réduire volontairement une fécondité qui leur paraît incertaine.

Les centres de Planning Familial, d'autre part, fonctionnent dans certains pays depuis une trentaine d'années et sont parmi les programmes de santé les mieux évalués et les mieux connus : de nombreuses leçons tirées de l'expérience de la planification familiale peuvent être utilisées dans la lutte contre le sida. Par exemple, qu'il est nécessaire d'offrir un large éventail de solutions aux individus pour qu'ils puissent choisir ce qui leur convient le mieux, qu'il faut développer la communication avec le ou les partenaires sexuels, l'importance du conseil, de groupes de soutien, de l'amabilité du personnel de santé, le rôle de témoins que peuvent jouer les « clients » satisfaits de ces centres.

Enfin, le sida doit être pris en compte dans les programmes de santé maternelle et infantile : tout d'abord parce que, vu les forts taux de transmission materno-foetale (10 à 50 % selon les études), le sida devient un problème grave de santé de l'enfant dans les pays fortement touchés et risque d'annuler les améliorations de la survie des enfants obtenues au cours des dernières années. D'autre part parce que, bien que peu de résultats soient disponibles sur le sujet, il semble que chez les femmes séropositives, les accouchements prématurés, les enfants de petits poids, les avortements spontanés, les décès in utero à la naissance soient plus fréquents. Enfin, on a montré l'existence du virus VIH dans le lait des mères séropositives (GRAY *et al.*, 1996), ce qui pose un grave problème de santé publique dans des pays où l'allaitement maternel est la principale et la plus sûre source d'alimentation des nouveau-nés (PACHAURI, 1994).

On ne dénombre que quelques rares expériences de telles intégrations planification familiale/lutte contre le sida au sein d'un même programme, les centres de Planning familial étant souvent réticents. Cependant, les résultats des quelques essais menés sont positifs. Citons en particulier l'expérience rapportée par Ricardo Vernon *et al.* : en Amérique latine, une grosse agence privée de planning familial a accepté d'intégrer dans ses programmes un volet de lutte contre le sida sous une triple forme : dispenser l'information sur la prévention face au sida, distribuer des préservatifs via les instructeurs de l'agence et développer des messages éducatifs dans les médias. Cet essai pilote a permis de montrer qu'il existe une forte demande d'information sur le sida, et ce non seulement dans les groupes à risque mais aussi dans le public habituel des centres de planning familial. Il est apparu, de plus, que les instructeurs des centres de planning familiaux étaient à même de répondre à ces demandes d'information. Enfin, et c'est un des résultats les plus importants me semble-t-il, l'étude a montré qu'une telle intégration d'un discours préventif sur le sida ne jetait pas d'image négative sur la planification familiale, et en particulier ne ternissait pas l'image du préservatif, qui apparaît alors comme outil prophylactique et non comme « instrument de vagabondage sexuel », comme on aurait pu le craindre. Les conclusions de cette étude sont donc très optimistes et préconisent une meilleure intégration de la lutte contre le sida dans les programmes d'éducation et de santé déjà en place (VERNON *et al.*, 1990).

Bien qu'il ne s'agisse pas de l'analyse d'un tel essai d'intégration, les travaux de Naomi Rutenberg *et al.* en Tanzanie montrent que, dans les couples mariés, les hommes qui utilisent des préservatifs avec leurs femmes sont davantage susceptibles d'utiliser des préservatifs dans leurs relations extra-conjugales (RUTENBERG *et al.*, 1994). Cela indiquerait donc que l'information délivrée par le planning familial est aussi utilisée pour les autres relations sexuelles, non maritales. Cependant, dans la même étude, il apparaît que ces hommes qui utilisent le préservatif, chez eux et en dehors, sont aussi ceux qui ont le plus de relations sexuelles extra-maritales. Comme on a vu plus haut que les groupes les plus à risque étaient souvent aussi les mieux informés, il est légitime de se demander où est la cause et où est la conséquence : ces hommes ont-ils plus de relations sexuelles hors du mariage parce qu'ils se savent protégés, grâce à l'information que leur a délivrée le planning familial, ou au contraire se protègent-ils mieux parce qu'ils ont un comportement à risque, le savent et vont donc chercher l'information là où elle se trouve (planning familial ou autre) ? Dans l'étude citée, aucune question n'est posée aux hommes pour connaître la source de leurs informations sur le préservatif. Le planning familial est pris comme source d'information a priori, mais ce n'est qu'un postulat.

Certains problèmes se posent tout de même, dans l'optique d'une fusion des deux types de programmes (PACHAURI, 1994). Tout d'abord, les groupes ciblés ne sont pas les mêmes : la planification familiale s'adresse théoriquement à toutes les femmes, mais essentiellement aux femmes mariées, rarement aux adolescentes et aux femmes sans enfants et, ce qui est problématique, rarement aux hommes. La lutte contre le sida et les MST s'adresse souvent seulement aux groupes à haut risque, pour des questions de coût et de priorité d'intervention. L'intégration de la lutte contre le sida et les MST dans les programmes de planification familiale impliquerait donc que ces programmes soient ouverts à un plus large public, avec une formation appropriée du personnel pour orienter les personnes à haut risque d'infections génitales vers les propositions adéquates. Il existe ensuite des problèmes techniques : ce ne sont pas les mêmes méthodes qui sont efficaces pour la prévention des infections génitales et la prévention des grossesses. Les contraceptifs oraux, par exemple, efficaces pour éviter les grossesses, ne protègent pas de l'infection. Il faudrait donc développer un moyen qui remplisse aussi bien ces deux fonctions, et inversement un moyen qui prévienne l'infection sans du tout être un obstacle à la grossesse, pour les couples infectés qui veulent tout de même procréer. Mais est-ce envisageable ? Enfin, les principales interlocutrices des centres de planning familial sont des femmes, et si on a vu au départ que c'est un des intérêts de ces centres, qui permettent d'atteindre les femmes mariées qui sinon ont peu accès à l'information, il faut aussi être conscient que ces femmes ont souvent peu de pouvoir décisionnel dans la relation sexuelle. Les messages développés doivent tenir compte de cette donnée et développer des actions spécifiques orientées dans ce sens. En effet, hormis les prostituées qui ont, de part la nature de la relation sexuelle qu'elles offrent, un « pouvoir de négociation », les autres femmes peuvent difficilement proposer un préservatif si l'homme ne partage pas le même point de vue (PACHAURI, 1994).

Enfin, on a vu que les femmes seules, célibataires, veuves ou divorcées forment une groupe particulièrement à risque pour la transmission de MST et du sida (LAGARDE *et al.*, 1996a ; RUTENBERG *et al.*, 1994). Or ces femmes ne sont pas a priori une cible évidente des centres de planification familiale, puisque qu'elles n'appartiennent pas véritablement au concept famille-fécondité (bien qu'effectivement elles en fassent partie). Il y a donc là une piste à creuser : observer comment ces femmes seules pourraient être prises en charge par les centres de planification familiale et par les programmes de lutte contre le sida.

Notons enfin un point qui n'a, à notre connaissance, pas encore été pris en compte dans les programmes de prévention du sida : le problème posé par l'abstinence post-partum. En effet, comme Marianne Hogsborg et Peter Aaby l'ont montré à Bissau, la longue abstinence sexuelle

post-partum recommandée traditionnellement, pour ne pas « empoisonner le lait de la mère », est un facteur de « vagabondage sexuel » lorsque cet interdit est respecté. Les hommes le respectent, mais ont, « en compensation », des relations sexuelles extra-maritales (HOGSBORG et AABY, 1992). Ces auteurs ont tenté dans leur étude de proposer le préservatif durant cette période d'allaitement, pour rendre possible la relation sexuelle tout en « protégeant » le lait de la mère, mais leur suggestion a eu très peu de succès. Cependant, cette idée est peut être à reprendre, car l'hostilité des individus face aux préservatifs a pu s'émousser sous l'effet des campagnes d'information. En tout cas, l'idée d'une action au niveau de l'abstinence post-partum est intéressante, puisque apparemment cette tradition concourt de façon importante au multipartenariat sexuel.

Diminuer la transmission mère-enfant

Un des premiers moyens pour réduire la transmission mère-enfant, puisque les moyens thérapeutiques ne sont pas actuellement disponibles en Afrique, serait de convaincre les femmes séropositives de réduire leur fécondité. Cela est loin d'être évident. Dans une étude menée au Rwanda, en zone urbaine, Susan Allen *et al.* (1993) ont montré que la prévention menée en ce sens débouchait sur un échec. Dans leur étude, 1 458 femmes en âge d'avoir des enfants étaient testées pour le sida et recevaient une formation sur la maladie, ses modes de transmission, et en particulier la transmission mère-enfant. Pendant cette phase de counselling, il était expliqué à chaque femme séropositive les risques que présenterait pour elle et pour l'enfant une grossesse, et la contraception orale était conseillée. Malgré cette information, la moitié des femmes séropositives qui utilisait la contraception orale au moment du test ne l'utilisaient plus un an après le test. Au cours des deux ans de suivi, après le test et la formation, 43 % des femmes séropositives ont commencé une grossesse. Parmi elles, les femmes qui avaient moins de 4 enfants au moment du test étaient significativement plus enclines à démarrer une nouvelle grossesse que les autres. Les tests VIH et la formation qui l'accompagnait n'ont donc pas été suivis, dans cette étude, d'une réduction de la fécondité chez les femmes séropositives. Au contraire, il semble que les femmes séropositives qui ont moins de 4 enfants se « dépêchent » de faire un autre enfant, comme s'il fallait atteindre un nombre idéal d'enfants. De plus, comme le suggèrent les auteurs de l'étude, pour une femme qui se sait séropositive, commencer une nouvelle grossesse est un moyen de continuer une vie normale malgré l'infection, une façon de réduire le risque d'être rejetée par le mari et la famille. Le conseil qui entoure le test VIH n'a donc pas une influence assez puissante, face aux obstacles culturels, psychologiques, ou tout simplement pratiques (liés au coût de la contraception) que rencontre une femme qui envisage de réduire sa fécondité. La recommandation finale de cet article est donc d'établir des liens entre la prévention du sida et les services de planning familiaux, car pour que les femmes séropositives puissent envisager de ne plus avoir d'enfants, il faut qu'elles soient spécialement soutenues par toute la communauté.

On peut cependant se poser des questions sur le bien fondé d'une telle démarche, qui persuaderait les femmes, dès lors qu'elles sont séropositives, de ne plus avoir d'enfants. En effet, on ne peut ignorer que les femmes séropositives mais au stade asymptomatique de la maladie (qui constituent la très grande majorité des femmes enceintes séropositives) ont 70 à 80 % de chances, à chaque grossesse, de donner naissance à un enfant parfaitement sain, non infecté par le VIH (DABIS *et al.*, 1993). Dans une société où la fécondité est fortement valorisée et où les femmes qui n'ont pas d'enfants sont facilement marginalisées, cela peut justifier le risque à prendre. Et ce, d'autant plus que, vues les solidarités familiales qui existent encore (même si elles évoluent) dans les sociétés africaines, certaines femmes savent qu'elles auront la possibilité de confier leur

enfant à une ou un parent pour le faire élever, et que cet enfant ne se retrouvera donc pas seul si elles décèdent.

D'autres pistes sont peut-être à suivre pour diminuer la transmission mère-enfant : tout d'abord, et cela est du domaine de la médecine, trouver des traitements qui diminuent le risque de transmission, mais qui soient économiquement accessibles aux populations des pays en voie de développement. Un essai clinique mené conjointement en France et aux Etats-Unis a montré une réduction importante de la transmission materno-foetale après administration de zidovudine (AZT) à la mère pendant la grossesse et l'accouchement (CDC, 1994). Cependant, c'est un traitement qui coûte très cher et l'essai en question était fait chez des femmes qui n'allaitaient pas. Un tel traitement n'est donc pas utilisable tel quel actuellement en Afrique, en particulier parce que beaucoup trop coûteux. Plusieurs essais cliniques sont actuellement en cours dans les pays en développement pour tester des traitements qui sont toujours à base de zidovudine, mais plus adaptés aux contraintes techniques et économiques de ces pays (DABIS *et al.*, 1996 ; LALLEMANT, 1996). Parallèlement aux traitements par anti-rétroviraux comme l'AZT, d'autres interventions peuvent être envisagées pour réduire la transmission du VIH de la mère à l'enfant : pour diminuer la transmission au moment de l'accouchement, la désinfection vaginale ou l'accouchement par césarienne (ce dernier est à considérer avec beaucoup de précautions en Afrique à cause des risques de mortalité et morbidité maternelles qui lui sont associés) ; pour réduire la transmission postnatale, il est indispensable de trouver des alternatives à l'allaitement maternel, sans pour autant faire courir à l'enfant des risques accrus de malnutrition et d'infection. Enfin, des interventions immunologiques sont actuellement à l'étude. Tous ces types d'intervention ne sont encore qu'à l'état de propositions ou d'essais (DABIS *et al.*, 1995). On ne dispose actuellement dans les centres de santé et les hôpitaux en Afrique d'aucun moyen médical pour réduire le risque de transmission de la mère à l'enfant lorsque la femme enceinte est infectée par le VIH.

En attendant que de tels traitements soient disponibles, le counselling auprès de femmes enceintes ou de femmes en âge de procréer, dans les centres prénatals ou dans les PMI, reste une des priorités : tout d'abord parce qu'il permet de toucher les femmes qui ne sont pas encore infectées, et de prévenir des infections futures (M'PELÉ *et al.*, 1994) ; d'autre part parce qu'il permet de soutenir les femmes séropositives et de les aider à diminuer le risque de transmission à l'enfant, dans la mesure des possibilités : aujourd'hui cela peut être par une réduction du temps d'allaitement (PNLS-CI, 1996), demain, peut-être, par la proposition d'un traitement adéquat.

CONCLUSION

L'épidémie de sida représente une menace grave pour la santé de la reproduction, et ce en particulier en Afrique, où la transmission est essentiellement hétérosexuelle et touche toutes les couches de la population et tous les âges. Il est donc plus que jamais urgent de développer des politiques sanitaires efficaces orientées vers l'amélioration de la santé à toutes les étapes de la reproduction. En particulier, des collaborations entre les différents programmes concernés par la santé de la reproduction doivent impérativement être établies : programmes de planification familiale, programmes de prévention du sida et des MST, structures hospitalières qui prennent en charge les malades, etc. En ce qui concerne la recherche sur ce domaine, bien que la littérature soit assez abondante, il semble qu'elle soit toujours fondée sur les mêmes études, qui sont en petit nombre et qui elles-mêmes concernent un petit nombre d'individus (CALDWELL *et al.*, 1993).

D'autre part, les différents aspects de la santé de la reproduction sont inégalement traités : de nombreuses études ont été menées sur les relations sexuelles, mais essentiellement sur les relations avec des partenaires occasionnels, celles qui sont les plus à risque pour la transmission du sida. Peu d'enquêtes ont été faites sur les relations sexuelles au sein du couple dans un contexte de forte prévalence du sida, ni sur les relations sexuelles au sein d'un couple dont un des deux partenaires se sait séropositif. De même, très peu de travaux existent sur l'évolution de la fécondité face au VIH : éventuels changements des idéaux de fécondité face au risque de transmission mère-enfant, modifications de la fécondité des femmes séropositives, sans parler du problème du risque de transmission du sida par l'allaitement. Enfin le débat sur les interactions entre planification familiale et prévention sida/MST, s'il est ouvert depuis un certain temps, est loin d'être clos.

BIBLIOGRAPHIE

- AGOUNKE (E.), ASSOGBA (M.), et ANIPAH (K.), 1989. - Enquête Démographique et de Santé - Togo, 1988. Unité de Recherche Démographique, Direction de la Statistique, Direction Générale de la Santé, Lomé, Demographic and Health Surveys, Macro International Inc. Columbia, Septembre 1993, 169 p.
- ALLEN (S.), SERUFILIRA (A.), GRUBER (V.) *et al.*, 1993. - « Pregnancy and contraception use among urban rwandan women after HIV testing and counseling. » *American Journal of Public Health*, 83 (5) : 705-710.
- AONON (A.), 1996. - « Milieux familiaux, logiques sociales des conduites sexuelles et sida à Abidjan. » Communication au colloque « Sciences sociales et sida en Afrique : bilan et perspectives. », CODESRIA-CNLS-ORSTOM, Sali Portudal, Sénégal, 2-8 novembre 1996, 14 p.
- BAJOS (N.) et LUDWIG (D.), 1995. - « Risque construit et objectivation du risque : deux approches de l'adaptation au risque de transmission sexuelle du Sida. » in *Sexualité et Sida*, BAJOS (N.), BOZON (M.), GIAMI (A.) *et al.* (éds.), ANRS, Paris : 190-220.
- BAJOS (N.), BOZON (M.), GIAMI (A.) *et al.*, 1995. - *Sexualité et Sida*, ANRS, Paris, 382 p.
- BARRÈRE (B.), SCHOEMAKER (J.), BARRÈRE (M.) *et al.*, 1994. - Enquête Démographique et de Santé - Rwanda, 1992., Office National de la Population, Demographic and Health Surveys, Macro International Inc. Columbia, Février 1994, 218 p.
- BASTARD (B.) et CARDIA-VONÈCHE (L.), 1995. - « Choix et comportements affectifs et sexuels face au sida. » in *Sexualité et Sida*, BAJOS (N.), BOZON (M.), GIAMI (A.) *et al.* (éds.), ANRS, Paris : 251-257.
- BATTER (V.), MATELA (B.), NSUAMI (M.) *et al.*, 1994. - « High HIV-1 incidence in young women masked by stable overall seroprevalence among childbearing women in Kinshasa, Zaire : estimating incidence from serial seroprevalence data. » *Aids* 8 (6) : 811-817.
- BOZON (M.), 1995. - « Observer l'inobservable : la description et l'analyse de l'activité sexuelle. » in *Sexualité et Sida*, BAJOS (N.), BOZON (M.), GIAMI (A.) *et al.* (éds.), ANRS, Paris : 39-56.
- CALDWELL (J.C.), CALDWELL (P.), ANKRAH (E.M.) *et al.*, 1993. - « African families and AIDS : context, reactions and potential interventions. » *Health Transition Review*, sup to vol. 3, *Sexual Networking and HIV/AIDS in West Africa* :1-16.
- CALVEZ (M.), 1995. - « La sexualité dans les recherches sociologiques sur le sida : des questions de prévention à la construction d'une approche. » in *Sexualité et Sida*, BAJOS (N.), BOZON (M.), GIAMI (A.) *et al.* (éds.), ANRS, Paris : 143-158.
- CARAËL (M.), 1995a. - « La mesure de l'activité sexuelle dans les pays en développement. » in *Sexualité et Sida*, BAJOS (N.), BOZON (M.), GIAMI (A.) *et al.* (éds.), ANRS, Paris : 57-80.
- CARAËL (M.), 1995b. - « Sexual Behaviour », in CLELAND (J.) ET FERRY (B.) (éds.) *Sexual Behaviour and Aids in the Developing World*. Taylor and Francis Ltd, OMS : 75-123.
- CDC, 1994. - « Zidovudine for the prevention of HIV transmission from mother to infant. » *MMWR* 43 : 285-287.
- CLELAND (J.) et FERRY (B.) (éds.), 1995. - *Sexual Behaviour and Aids in the Developing World*. Taylor and Francis Ltd, OMS, 243 p.
- CLELAND (J.), 1995. - « Risk perception and behavioural change », in *Sexual Behaviour and Aids in the Developing World*, CLELAND (J.) et FERRY (B.) (éds.). Taylor and Francis Ltd, OMS : 157-192.

- DABIS (F.), MEDA (N.), MSELLATI (P.) *et al.*, 1996. - « Zidovudine to decrease mother to child transmission of HIV-1 : a phase-two study in West-Africa, 1995-1996 (essai ANRS 049a). » abstract TUC44 présenté à la 11^e *Conférence internationale sur le sida*, Vancouver, Canada, juillet 1996.
- DABIS (F.), MSELLATI (P.), DUNN (D.) *et al.*, 1993. - « Estimating the rate of mother-to-child transmission of HIV. Report of a workshop on methodological issues.- Ghent (Belgium), 17-20 February 1992. » *Aids* 7 : 1139-1148.
- DABIS (F.), MSELLATI (P.), NEWELL (ML) *et al.*, 1995. - « Methodology of intervention trials to reduce mother to child transmission of HIV with special reference to developing countries. » *Aids* 9 (suppl A) : S67-S74.
- DELAUNAY (V.), 1994. - *L'entrée en vie féconde. Expression démographique des mutations socio-économiques d'un milieu rural Sénégalais*. Les Etudes du Ceped n° 7, CEPED, Paris, 326 p.
- DELCROIX (S.) et GUILLAUME (A.), 1995. - Sida en Côte d'Ivoire : le devenir des familles affectées. Communication au séminaire « *Ménage et famille en Afrique : bilan, enjeux et perspectives de la recherche* », CEPED-ENSEA-INS-ORSTOM-URD, Lomé, 4-8 décembre 1995, 23 p.
- DESCLAUX (A.), 1995. - Prévention et prise en charge du sida pédiatrique. : légitimations d'une omission. Communication à l'Atelier de « *Synthèse des recherches menées en Sciences de l'Homme et de la Société sur le Sida en Afrique* ». ANRS-ORSTOM, Paris, 20-21 septembre 1995.
- DJOMAND (G.), GREENBERG (A.E.), SASSAN-MOROKRO (M.) *et al.*, 1995. - « The epidemic of HIV/AIDS in Abidjan, Côte d'Ivoire : a review of data collected by projet RETRO-CI from 1987 to 1993. » *Journal of Aids*, 10 : 358-365.
- DOZON (J. P.) et GUILLAUME (A.), 1994. - « Contextes, conséquences socio-économiques et coûts du sida ». in Vallin J. (éd.) *Populations africaines et sida*. La découverte/CEPED, Recherches, Paris : 179-223.
- FERRY (B.), 1995. - « Risk factors related to HIV transmission : sexually transmitted diseases, alcohol consumption and medically-related injections. » in *Sexual Behaviour and Aids in the developing World*, CLELAND (J.) et FERRY (B.) (éds.). Taylor and Francis Ltd, OMS : 193-207.
- GARENNE (M.), MADISON (M.), TARANTOLA (D.) *et al.*, 1995. - *Conséquences démographiques du sida en Abidjan, 1986-1992*. Les Etudes du CEPED, n° 10, CEPED, Paris, 198 p.
- GRAY (G.), MC INTYRE (J.A.) et LYONS (S.F.), 1996.- « The effect of breastfeeding on vertical transmission of HIV-1 in Soweto, South Africa ». Communication à la *Conférence internationale sur le sida*, Vancouver, Canada, juillet 1996.
- GREGSON (S.), 1994. - « Will HIV become a major determinant of fertility in Sub-saharan Africa ? » *The Journal of Development Studies*, 30 (3) : 650-679.
- HEYWARD (W.), BATTER (V.), MALULU (M.) *et al.*, 1993. - « Impact of HIV counseling and testing among childbearing women in Kinshasa, Zaïre. » *Aids* 7 : 1633-1637.
- HOGSBORG (M.) et AABY (P.), 1992. - « Sexual relations, use of condoms and perceptions of AIDS in an urban area of Guinea Bissau with a high prevalence of HIV-2. » in DYSON (T.) (ed.) *Sexual Behaviour and networking : anthropological and socio-cultural studies on the transmission of HIV*. IUSSP, Ordina éd. ; Liège
- INGHAM (R.), 1995. - « AIDS : knowledge, awareness and attitudes. » in *Sexual Behaviour and Aids in the Developing World*, CLELAND (J.) et FERRY (B.) (éds). Taylor and Francis Ltd, OMS : 43-74.

- ISIUGO-ABANIHE (U.C.), 1993. - « Sexual behaviour in marriage : coital frequency, extra-marital relations and risk of AIDS in Urban Nigeria. » Communication à la conférence sur « la reproduction et la santé familiale en Afrique. » Abidjan, Côte d'Ivoire, 8-13 novembre 1993. Publié par l'UEPA, Dakar : 555-573.
- KEOGH (P.), ALLEN (S.), ALMEDAL (C.) et TEMAHAGILI (B.), 1994. « The social impact of HIV infection on women in Kigali, Rwanda : a prospective study. » *Social Science and Medicine*, 38 (8) : 1047-1053.
- KLISSOU (P.), 1995. - *La polygamie au Bénin, une approche régionale des tendances et déterminants*. Louvain la Neuve. L'Harmattan, Academia Bruylant : 5-28.
- KOURGUÉNI (I. A.), GARBA (B.) et BARRÈRE (B.), 1993. - Enquête Démographique et de Santé - Niger 1992. Direction de la Statistique et des Comptes Nationaux, Direction Générale du Plan, Ministère des Finances et du Plan, Niamey, Demographic and Health Surveys, Macro International Inc. Columbia, Septembre 1993, 295 p.
- LADNER (J.), LEROY (V.), MSELLATI (P.) *et al.*, 1996. - « A cohort study of factors associated with failure to return for HIV post-test counselling in pregnant women. Kigali, Rwanda, 1992-1993. » *Aids*, 10 : 69-75.
- LAGARDE (E.), 1995. - *Epidémiologie de l'infection à VIH en Afrique : analyse des facteurs démographiques, sociologiques et comportementaux. Une étude de cas en zone rurale au Sénégal*. Thèse de doctorat du Museum National d'Histoire Naturelle, Paris, décembre 1995.
- LAGARDE (E.), PISON (G.) et ENEL (C.), 1996a. - « Knowledge, attitudes and perception of AIDS in rural Senegal : relationship to sexual behaviour and behaviour change. » *Aids* 10 : 327-334.
- LAGARDE (E.), PISON (G.) et ENEL (C.), 1996b. - « A study of sexual behaviour change in rural Senegal. » *Journal of AIDS and Human Retrovirology*, 11: 282-287.
- LALLEMANT (M.), 1996. - « Evaluation clinique de la prévention de la transmission mère-enfant du virus du sida par un traitement abrégé de zidovudine. » *Sidalerte* 56 : 16-17.
- LE PALEC (A.), 1994. - « Bamako, taire le sida. » *Psychopathologie africaine*, 26 (2) : 211-234.
- LINDAN (C.), ALLEN (S.), CARAËL (M.) *et al.*, 1991. - « Knowledge, attitudes and perceived risk of AIDS among urban rwandan women : relationship to HIV infection and behaviour change. » *Aids*, 5 : 993-1002.
- M'PELÉ (P.), LALLEMANT-LE COEUR (S.) et LALLEMANT (M.), 1994. - « Aids counseling in Africa. » in Essex M. *et al.* (éds.) *Aids in Africa*, Raven Press, New York : 463-472.
- MOATTI (J.P.), BELTZER (N.) et DAB (W.), 1993. - « Les modèles d'analyse des comportements de risque face à l'infection au VIH : une conception trop étroite de la rationalité. » *Population*, 5 : 1505-1534.
- MUKIZA-GAPERRE (J.) et NTOZI (J.), 1995. - « Impact of AIDS on marriage patterns, customs and practices in Uganda. » *Health Transition Review, The Third World AIDS Epidemic*. Supplement to volume 5 : 201-208.
- OMS, 1992, Special programme of research, Development and research training in human reproduction. *Reproductive health : a key to a brighter future. Biennial report 1990-1991*. KHANNA (J.), VAN LOOK (P.F.A.), GRIFFIN (P.D.) (éds.) OMS, 171 p.
- ONUSIDA, 1996. - « VIH et alimentation du jeune enfant. Déclaration intérimaire ». *Relevé Epidémiologique Hebdomadaire de l'OMS*, 1996, 71 : 289-291.
- OROBULOYE (I.O.), CALDWELL (J.C.) et CALDWELL (P.), 1993. - « African women's control over their sexuality in an era of AIDS : a study of the Yoruba of Nigeria. » *Social Science and Medicine*, 37 (7) : 859-872.

- PACHAURI (S.), 1994. - « Relationship between AIDS and family planning programmes : a rationale for developing integrated reproductive health services. » *Health Transition Review*, sup. to vol. 4 : 321-347.
- PILON (M.), 1996. - « Les familles africaines en plein remue-ménage ». *La chronique du Ceped*, Paris, CEPED, n° 21, 4 p.
- PILON (M.), 1996. - « Les femmes chefs de ménage en Afrique : état des connaissances. » In Bisilliat (J.), *Femmes du Sud, chefs de famille*. Karthala, Paris : 235-256.
- PISON (G.), LE GUENNO (B.), LAGARDE (E.) *et al.*, 1993. - « Seasonal migration : a risk factor for HIV infection in rural Senegal. » *Journal of Aids*, 6 : 196-200.
- PLAZA (M.), 1995. - « Gynécologues, femmes et sida : du discours médical sur la femme aux pratiques préventives avec les femmes. » in *Sexualité et Sida*, BAJOS (N.), BOZON (M.), GAMI (A.) *et al.* (éds.), ANRS, Paris : 311-316.
- PNLS-CÔTE D'IVOIRE, 1996. - *Prévention de la transmission mère-enfant du VIH : éléments en vue de l'élaboration d'une politique nationale en Côte d'Ivoire*. Recommandations de la cellule de réflexion mère-enfant auprès du Programme National de Lutte contre le Sida, 6 p.
- RUTENBERG (N.), BLANC (A.K.) et KAPIGA (S.), 1994. - « Sexual behaviour, social change and family planning among men and women in Tanzania. » *Health Transition Review*, sup to vol. 4 : 173-196.
- RWEGERA (D.), 1995. - « Représentations et vécu des familles touchées par l'infection à VIH/sida en Côte d'Ivoire. » Communication à l'atelier « synthèse des recherches menées en sciences de l'homme et de la société sur le sida en Afrique », ANRS - ORSTOM, Paris, septembre 1995, 4 p.
- SCHRIJVERS (D.), DELAPORTE (E.), PEETERS (M.) *et al.*, 1991. - « Seroprevalence of retroviral infection in women with different fertility statuses in Gabon, western equatorial Africa. » *Journal of Acquired Immunodeficiency Syndromes*, 4 (5) : 468-470.
- SETEL (P.), 1995. - « The effects of HIV and AIDS on fertility in East and Central Africa. » *Health Transition Review, The Third World AIDS Epidemic*. Supplement to volume 5 : 179-190.
- SIMONSEN (J.N.), PLUMMER (F.A.); NGUGI *et al.*, 1990. - « HIV infection among lower socioeconomic strata prostitutes in Nairobi. » *Aids*, 4 (2) : 139-144.
- TAVERNE (B.), 1996. - « Stratégies de communication et stigmatisation des femmes : lévirat et sida au Burkina Faso. » *Sciences Sociales et Santé*, vol. 14, n° 2 : 87-106.
- TOURE (L.), KAMAGATE (Z.), GUILLAUME (A.) et DEGREES DU LOU (A.), 1997. - *Santé de la reproduction et planification familiale*, Rapport d'enquête, ENSEA - ORSTOM - Direction Régionale de la Santé - FNUAP - MCAC, Abidjan, janvier 1997, 66 p. + annexes.
- US Bureau of the Census, Center for International Research, 1994. - *Population Trends, Uganda*, Washington, US Bureau of the Census.
- VERNON (R.), OJEDA (G.) et MURAD (R.), 1990. - « Incorporating AIDS prevention activities into a family planning organization in Colombia. » *Studies in Family Planning*, 21 (6) : 335-343.
- VIDAL (L.), NGUESSAN (B.T.) et BLIBOLO (A.D.), 1994. - *Coûts du sida et prise en charge de la séropositivité : aspects anthropologiques et économiques de la maladie à Abidjan (Côte d'Ivoire)*. Rapport pour l'action incitative Sciences Sociales et Sida de l'ORSTOM, oct. 1994, 59 p.
- WELFFENS-EKRA (C.), MSELLATI (P.), TANO (G.) *et al.*, 1996. - « HIV testing among African pregnant women in the context of a tolerance study on AZT in Abidjan, Côte d'Ivoire. » Abstract TUC 2457 présenté à la XI^e conférence internationale sur le Sida, Vancouver, Canada, 7-12 juillet 1996.

PARUS DANS LES COLLECTIONS DE L'ETS

Documents de recherche

- n° 1 : Reconpositions familiales et transformations agraires. Une lecture de cas africains et mexicain - André QUESNEL et Patrice VIMARD, 23 p.
- n° 2 : Micro-économie de la fécondité. Quelques réflexions à partir du cas indien - Christophe Z. GUILMOTO, 22 p.
- n° 3 : Transitions démographique et familiale. Des théories de la modernisation aux modèles de crise - Patrice VIMARD, 31 p.

Notes et Projets

- n° 1 : Projet scientifique, 19 p.
- n° 2 : Santé de la reproduction et changement socio-économique dans un milieu rural sénégalais. Cadre conceptuel d'un programme de recherche - Valérie DELAUNAY, 17 p.
- n° 3 : Bibliographie des membres de l'ETS 1994-1995 - Préparée par Agnès GUILLAUME, 26 p.
- n° 4 : Sida et santé de la reproduction en Afrique sub-saharienne. Une revue commentée de la littérature - Annabel DESGREES DU LOU, 25 p.

Reproduit en France par INSTAPRINT S.A.
1-2-3, levée de la Loire – LA RICHE – B.P. 5927 – 37059 TOURS Cedex 1
Tél. 02 47 38 16 04

Dépôt légal 2^{ème} trimestre 1997

L'ETS regroupe des chercheurs de l'ORSTOM, de différentes disciplines (démographie, anthropologie, nutrition...), qui se sont réunis sur des problématiques liées à la transition de la fécondité et à la santé de la reproduction.

L'ETS publie deux séries de documents. Les *Notes et Projets* présentent les thèmes et les méthodes des programmes en cours. Les *Documents de Recherche* proposent des analyses de cas, des études comparatives et des réflexions théoriques.



ETS, ORSTOM/LPE, Case 10, Centre St. Charles,
3 place V. Hugo, 13331 Marseille Cedex 3, France.

Tél./fax : (33) 04 42 22 46 31

Email : vimard@orstom.rio.net