

CHAPITRE 7

SANTÉ DE LA REPRODUCTION ET EFFETS DU SIDA

Annabel DESGRÉES DU LOÛ

*Chargé de recherche à l'Institut de recherche pour le développement (IRD)
Chercheur à l'École nationale supérieure de statistique
et d'économie appliquée d'Abidjan (ENSEA)*

Par analogie avec la définition de la santé de l'OMS (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. Le concept de santé de la reproduction, qui concernait au départ essentiellement le couple mère-enfant, s'est en effet récemment élargi et prend en compte aujourd'hui toutes les étapes de vie (naissance, adolescence, procréation, ménopause), chez les hommes comme chez les femmes¹.

À tous les niveaux de cette définition de la santé de la reproduction, l'épidémie de sida intervient, puisque les relations sexuelles, mais aussi l'ensemble du processus de procréation (grossesse, accouchement, allaitement) sont potentiellement des mécanismes de transmission de l'infection. Inversement, tous les efforts de prévention du sida sont susceptibles d'avoir des conséquences sur les différents aspects de la santé de la reproduction dès lors qu'ils concernent la même sphère, celle des relations sexuelles et de la procréation. Les programmes d'amélioration de la santé de la reproduction et de lutte contre le sida devraient donc prendre en compte cette intrication, mais c'est loin d'être toujours le cas. C'est pourquoi dans ce chapitre, après avoir analysé les différents aspects de la santé de la reproduction (droit à la santé de la reproduction, sexualité et maternité sans risque, planification familiale et avortement), nous mettrons l'accent sur les recherches en

¹ KHANNA J. *et al.*, 1992. – *Reproductive health, a key to a brighter future. Biennial report 1990-1991*. – Genève, OMS, 171 p.

matière de prévention de la transmission du VIH et leurs applications dans les programmes de santé publique relatifs à la santé reproductive et familiale.

Le droit à la santé de la reproduction

Le droit à la santé de la reproduction représente 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. Il s'agit donc de rappeler le droit fondamental des couples et des individus de décider librement et avec discernement du nombre de leurs enfants et de l'espacement de leurs naissances. Le respect de ces droits implique en général le respect des valeurs individuelles et collectives, et en particulier :

- l'information parfaite de l'individu, et en particulier de la femme, quant à tout ce qui touche à la procréation ;
- l'équité et l'égalité des hommes et des femmes dans la gestion de leur sexualité et de leur procréation ;
- la définition de politiques de population non coercitives qui laissent le libre choix à l'individu.

En 1994, lors de son discours à la CIPD, Madame Simone Veil a, au nom de la France, insisté sur tous ces points et souligné qu'un des premiers efforts à mener pour garantir ces droits à la santé de la reproduction est de promouvoir l'éducation, et en particulier l'éducation des filles, de façon à améliorer le statut de la femme qui est au centre de toutes ces préoccupations.

Une sexualité sans risque

Le premier pas vers une sexualité sans risque est la lutte contre les maladies sexuellement transmissibles (MST). On estime aujourd'hui à 333 millions le nombre de nouveaux cas annuels de MST dans le monde, avec de fortes variations selon les pays². Les pays en développement sont les plus touchés : on observe des taux de prévalence allant jusqu'à 40 % pour la syphilis en Ouganda, 30 % pour les chlamydiae au Kenya, avec de fortes variations entre pays. Outre une altération de

² TSUI A. *et al.*, 1997. – *Reproductive health in developing countries. Expanding dimensions, building solutions.* – Washington, National Academy Press, 314 p.

l'état de santé général, ces maladies peuvent être à l'origine de stérilités ultérieures ou d'infections chez les nouveau-nés. De plus, le fait d'être infecté par une MST augmente de 2 à 5 fois le risque de transmission du VIH lors d'un rapport sexuel.

La principale difficulté dans la prise en charge des MST vient de ce qu'elles sont souvent asymptomatiques (surtout chez les femmes), donc ignorées par l'individu infecté. Leur réduction passera donc par une formation du personnel de santé pour les détecter dans toutes les occasions de contact avec le patient (consultation de soins de santé primaires, de planification familiale ou prénatale), et les traiter. Des algorithmes de traitements syndromiques des MST ont été développés par l'OMS à cet effet.

D'autre part, la sexualité sans risques implique l'absence de violences ou de mutilations sexuelles. En matière de violences sexuelles, les lois évoluent lentement, mais le viol et les abus sexuels sur les femmes et les enfants restent encore fréquemment impunis. L'excision est une mutilation sexuelle qui touche encore deux millions de jeunes filles chaque année. Cette coutume concerne une trentaine de pays africains, sept pays du Moyen Orient et quatre pays asiatiques. Faite dans de mauvaises conditions sanitaires, elle expose les fillettes à des risques, parfois mortels, d'infection et d'hémorragies, et à des problèmes sexuels, urinaires, génitaux et obstétricaux par la suite, comme cela a été rappelé au cours de la CIPD. Des lois contre l'excision ont été récemment adoptées dans plusieurs pays : Burkina Faso, Kenya, Sénégal, République centrafricaine, etc., ou sont en cours d'adoption (Côte d'Ivoire), mais l'adoption de la loi n'est pas toujours suivie de l'arrêt de la pratique³.

L'accès à la planification familiale

L'accès à la planification familiale dépend de l'accès à l'information sur les méthodes de planification familiale, de l'accès aux services, de l'adéquation entre les services proposés et la demande du client, et enfin du suivi du client et de l'adaptation des méthodes proposées à chaque phase de la vie reproductive. Le taux de prévalence contraceptive (proportion de femmes qui utilisent une méthode de contraception à un moment donné) donne une indication de l'accès à la planification familiale⁴. Mais cet indicateur⁵ ne renseigne pas, en particulier, sur l'adéquation entre l'offre et la demande. Les indicateurs de "besoins insatisfaits en planification familiale" sont à ce titre plus informatifs. On estime ainsi qu'aujourd'hui 230

³ LOCOH T., 1998. – "Pratiques, opinions et attitudes en matière d'excision en Afrique", *Population*, n° 6, p. 1227-1240.

⁴ Sur cette question, on pourra se reporter au chapitre 5, "Baisse de la fécondité, développement humain et politiques de population".

⁵ On pourra consulter dans le tableau en annexe les indicateurs concernant la planification familiale et les autres points traités dans ce chapitre.

millions de femmes, soit une femme sur 6 en âge de procréer, ne disposent pas d'une méthode efficace de contrôle des naissances alors qu'elles souhaiteraient retarder ou éviter de futures naissances. Ces femmes dont les besoins en contraception ne sont pas satisfaits représentent entre 20 et 40 % des femmes (selon les pays) en Afrique subsaharienne et dans les pays d'Amérique latine, environ 20 % des femmes en Afrique du Nord et au Moyen Orient, entre 8 et 28 % des femmes dans les pays asiatiques, entre 10 et 17 % des femmes dans les pays développés. Ainsi, même dans les pays développés où les services de planification familiale sont facilement accessibles, il demeure une proportion non négligeable de femmes dont les besoins en la matière ne sont pas satisfaits.

Trois éléments déterminent la qualité de l'accès à la planification familiale :

- l'existence d'une offre effective de services de planification familiale : il faut tout d'abord que ces services soient disponibles, qu'ils soient intégrés dans le système de santé global, ou dispensés par des organisations privées. Dans ce domaine, il a été montré que la volonté politique est prépondérante : les quelques pays d'Afrique subsaharienne où la prévalence contraceptive dépasse les 25 % (Bostwana, Zimbabwe, Kenya) sont tous des pays avec une politique de population forte. La stabilité politique du pays est aussi un élément majeur : ainsi, dans les nombreux pays en guerre du continent africain, on assiste à une dégradation des services disponibles ;
- l'accessibilité de ces services : il faut que les couples, ou les femmes, aient la possibilité d'avoir recours à ces services. Cela dépend essentiellement de deux facteurs, le niveau d'éducation et le niveau d'urbanisation, qui tous deux influent sur le statut des femmes et leur autonomie. Le taux de prévalence contraceptive est ainsi fortement lié au taux de scolarisation des filles, et il est largement plus élevé dans les zones urbaines. Ces services doivent enfin être accessibles à tous financièrement, donc proposés à prix très modérés. Cela pose la question du recouvrement des coûts : en effet, il est souhaitable que les utilisateurs supportent une partie du coût, pour assurer la pérennité du service, et éviter en particulier que ces services ne s'effondrent lors du retrait des bailleurs initiaux ou en cas de crise financière qui affecte l'État (exemple de l'Indonésie), mais parallèlement ceux-ci doivent rester accessibles aux plus pauvres et au plus grand nombre. La participation financière des usagers ne peut être atteinte que progressivement, une fois que ces derniers auront pris conscience des bénéfices qu'ils retirent de ces services ;
- l'adéquation de l'offre aux besoins des consultants : différents types de méthodes doivent être disponibles, pour respecter les spécificités culturelles, familiales et biologiques des consultants. Ceux-ci doivent être pleinement informés de l'éventail de méthodes disponibles, doivent pouvoir choisir librement la méthode qui leur convient et bénéficier d'un suivi personnalisé et adapté à chaque phase de la vie.

Aujourd'hui, même dans les pays où la couverture en service est acceptable, la qualité des services reste généralement à améliorer. Les expériences passées ont ainsi montré que des programmes qui sont exclusivement basés sur la fourniture de contraceptifs et de services de planification familiale et qui ne prennent pas en compte les spécificités culturelles et structurelles du pays sont voués à l'échec. La Coopération française ne participe donc pas à de tels programmes qui se limiteraient à la seule offre de produits contraceptifs, et ses actions vont donc plus dans le sens d'un appui à la formation et à la recherche dans les pays africains (via le CEPED, l'IRD, l'INED et les Universités françaises), et d'une aide pour assurer une plus grande présence des pays africains lors des débats internationaux sur la population, de façon à ce que les programmes de planification familiale soient issus des pays eux-mêmes et intégrés à l'ensemble des soins de santé, plutôt qu'importés. La contribution volontaire de la France au FNUAP n'est ainsi pas très élevée : 6 MF en 1998 sur un budget annuel du FNUAP de 320 MF (la France est au 14^e rang des donateurs). Cependant il semble que l'engagement de la France dans des programmes de population dans les pays en développement, en collaboration avec le FNUAP, s'intensifie actuellement : deux projets, d'un montant de 5 MF chacun, pour la mise en place de programmes pilotes en Côte d'Ivoire et à Madagascar, ont été ainsi adoptés. Mais l'optique de la France reste de soutenir des programmes qui intègrent la planification familiale à l'ensemble du secteur de santé et en particulier qui l'associent à la promotion d'une sexualité sans risque (prévention des MST, du VIH et de l'avortement). Enfin le dernier axe poursuivi par la Coopération française est de favoriser une coopération Sud-Sud afin que les pays qui ont une certaine avance dans les programmes de population (Tunisie, Indonésie) puissent en faire bénéficier les autres.

Le recours à l'avortement, indicateur de besoins non satisfaits en planification familiale ?

De nombreux pays ont légalisé l'interruption volontaire de grossesse depuis 30 ans. Cependant, dans les pays en développement, si l'on exclut la Chine et l'Inde où le recours à l'avortement est légalisé, seules 19 % des femmes vivent dans des pays où l'avortement est légal, 52 % des femmes vivent dans des pays à la législation plus ou moins souple où l'avortement est restreint à certaines conditions de nature juridique ou socio-économique, et 28 % vivent dans des pays où l'avortement est illégal, sauf lorsque la vie de la mère est menacée. Cela représente 174 millions de femmes qui vivent dans des pays où l'avortement est généralement illégal, ces pays étant situés en Afrique subsaharienne, en Asie du Sud (excepté l'Inde), au Moyen Orient et en Amérique latine.

Cependant, même dans les pays où le recours à l'avortement est autorisé, les femmes n'y ont pas toujours accès dans des conditions sanitaires satisfaisantes : des

études au Brésil et en Inde ont montré que, bien que l'avortement soit légal dans ces pays, le matériel est rarement disponible, le personnel mal formé, et les techniques utilisées peuvent s'avérer dangereuses (curetage systématique avec risque de perforation de l'utérus).

Rappelons que, dans les pays où l'avortement est illégal, très peu d'informations existent à ce sujet. Les seules informations généralement disponibles proviennent de données ponctuelles, ou de données hospitalières concernant les complications d'avortement : on a donc une estimation des conséquences graves du recours à l'avortement provoqué mais aucune vision d'ensemble du niveau de cette pratique dans l'ensemble de la population. Ces données suggèrent cependant qu'il existe un recours fréquent à l'avortement provoqué, en particulier aux jeunes âges, avant le mariage et chez les jeunes filles encore scolarisées ou étudiantes : selon les enquêtes disponibles dans quelques villes d'Afrique de l'Ouest (Accra, Abidjan), on obtient des chiffres de un quart à un tiers des jeunes femmes ayant déjà eu recours à l'avortement provoqué avant 20 ans⁶. Il ne s'agit donc pas d'un phénomène marginal, même s'il n'est pas reconnu par la loi et si l'ampleur réelle du phénomène reste mal connue. Cette généralisation du recours à l'avortement est assez récente. On l'observe essentiellement en ville. Il semble qu'aujourd'hui, la majorité des avortements soient réalisés clandestinement en structure sanitaire, cette pratique étant assez lucrative pour le personnel de santé, tant public que privé. Cependant une part importante des avortements est encore faite à domicile, avec des méthodes traditionnelles dangereuses pour la santé de la femme, et on estime ainsi que plus de la moitié des décès maternels seraient consécutifs à des avortements provoqués faits dans de mauvaises conditions⁷.

Ce recours à l'avortement croissant confirme l'existence d'un besoin en planification familiale encore insatisfait. Cependant la question des avortements, même si elle intervient dans le contexte global de la planification familiale, doit être traitée comme un problème spécifique de la santé maternelle et non comme le simple corollaire d'une demande non satisfaite en méthodes contraceptives. En effet Laurent Toulemon et Henri Leridon ont montré dans les pays du Nord que "*contraception et avortement apparaissent comme deux comportements différents, souvent complémentaires, et non comme les termes d'une alternative*"⁸. En effet, si le développement des méthodes de contraception contribue à réduire le nombre de grossesses non désirées, simultanément les échecs de cette planification familiale sont aussi moins bien acceptés, et les mêmes femmes qui utilisent des méthodes contraceptives auront recours à l'avortement en cas d'échec de la méthode utilisée.

⁶ DESGRÉES DU LOÛ A., MSELLATI P., VIHO I. et WELFFENS-EKRA C., 1999. – "L'évolution récente du recours à l'avortement dans la ville d'Abidjan : une des causes de la baisse de fécondité ?", *Population*, vol. 54, n° 3, p. 427-446.

⁷ THONNEAU P. *et al.*, 1996. – "The persistence of a high maternal mortality rate in the Ivory Coast", *American Journal of Public Health*, vol. 86, n° 10, p. 1478.

⁸ TOULEMON L. et LERIDON H., 1992. – "Maîtrise de la fécondité et appartenance sociale : contraception, grossesses accidentelles et avortements", *Population*, n° 1, p. 1-46.

Maternité sans risque

Le concept de maternité sans risque désigne un idéal qui est l'absence totale du risque de mortalité et de morbidité au cours de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum, pour la mère et pour l'enfant. Il est évident que les risques ne peuvent pas être totalement évacués, mais l'exemple des pays du Nord a montré qu'ils pouvaient être largement réduits. L'écart entre pays développés et pays sous-développés est considérable en la matière : dans les pays en développement, environ une femme sur 48 meurt d'une complication de la grossesse, de l'accouchement, du post-partum, ou de complications d'avortement (TMM⁹ = 480 pour 100 000 naissances vivantes), tandis que ce chiffre est de une femme sur 1 800 dans les pays développés (TMM = 27 pour 100 000 naissances vivantes). Au sein des pays en développement, c'est en Afrique que le risque de mortalité maternelle est le plus élevé (il touche une femme sur 16), puis en Asie (une femme sur 65) et enfin en Amérique latine (une femme sur 130). Les causes de la mortalité maternelle peuvent être directes (événements survenus pendant la grossesse ou l'accouchement) ou indirectes (affections antérieures à la grossesse mais aggravées par celle-ci).

Quatre axes doivent être développés pour prévenir la mortalité maternelle et tendre vers une maternité sans risque :

- développer l'accès à la planification familiale, pour éviter deux types de grossesses à risque : les grossesses chez les très jeunes filles dont l'organisme n'est pas encore prêt pour une grossesse, ainsi que les grossesses trop rapprochées qui affaiblissent l'organisme ;
- améliorer le suivi prénatal, pour prévenir et traiter les épisodes morbides au cours de la grossesse et détecter les complications requérant des soins plus lourds et la prise en charge de la femme dans des unités spécialisées. Le suivi prénatal permet : a) de détecter et de traiter à temps deux causes majeures de mortalité maternelle : l'anémie et l'hypertension, b) de vacciner la femme contre le tétanos, ce qui protégera aussi à la naissance l'enfant (qui bénéficie des anticorps de sa mère) contre le tétanos néonatal, c) d'informer la femme enceinte sur la conduite à tenir et les structures où elle doit se rendre en cas de complications graves ;
- améliorer les conditions d'accouchement, et en particulier la prise en charge des urgences obstétricales. En effet les complications graves de

⁹ Taux de mortalité maternelle, défini par l'OMS comme "le nombre de décès de femmes survenus au cours de la grossesse, de l'accouchement ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivés, mais ni accidentelle ou fortuite", pour 100 000 naissances vivantes.

l'accouchement sont rarement prévisibles, et doivent donc pouvoir être soit traitées sur place (ce qui suppose l'existence d'un bloc opératoire, des médicaments et des instruments adéquats), soit référées vers de plus grosses unités qui disposent de l'équipement nécessaire, mais dans un délai très court. Pour une prise en charge adéquate de ces urgences, il est donc nécessaire d'instaurer un système efficace de transfert des petites unités aux grosses unités, par des ambulances obstétricales, ainsi qu'un suivi des femmes d'une structure à l'autre, afin qu'une femme qui arrive aux urgences ne reste pas plusieurs heures avant d'être césarisée, cas fréquent en Afrique par exemple et à l'origine de nombreux décès en couche ;

- réduire le nombre d'avortements effectués dans de mauvaises conditions sanitaires, enfin, car ces avortements seraient responsables de plus de la moitié de la mortalité maternelle (voir supra).

En ce qui concerne l'enfant, la morbidité et la mortalité périnatales sont étroitement liées à la santé de la mère au cours de la grossesse et au déroulement de l'accouchement. On estime à 7,6 millions le nombre de décès périnataux par an dans les pays en développement, et la moitié des décès d'enfants entre 0 et 5 ans se situe dans le premier mois de vie. D'après des études menées en Asie du Sud et aux Philippines, environ 20-25 % des décès périnataux sont liés à des complications de la grossesse, 20 % sont dus à des pratiques d'accouchement inadéquates, et plus d'un tiers viennent d'une mauvaise santé et de carences nutritionnelles chez la mère. Ces trois facteurs (carence nutritionnelle de la mère, complications de la grossesse et de l'accouchement), lorsqu'ils n'entraînent pas le décès de l'enfant, peuvent être responsables de sévères et irréversibles handicaps : paralysies ou handicaps mentaux causés par l'asphyxie du nourrisson pendant un accouchement trop long, déficiences auditives, visuelles et problèmes neurologiques chez des enfants nés hypotrophiques par suite d'un mauvais état de santé de la mère.

La notion de maternité sans risque doit donc nécessairement être intégrée dans une approche globale de la santé de la femme, car l'amélioration du statut nutritionnel de la femme, la lutte contre l'anémie (qui passe par la lutte contre le paludisme), et l'espacement des grossesses sont des facteurs de réduction de la morbidité et de la mortalité maternelle et périnatale aussi importants que l'amélioration des soins obstétricaux.

Une contribution importante de la France en ce domaine est l'enquête multicentrique sur la morbidité maternelle grave conduite en Afrique de l'Ouest dans six pays : Côte d'Ivoire, Burkina Faso, Mali, Mauritanie, Niger, Sénégal. Cette enquête, menée à partir de 1995, financée par la Coopération française et coordonnée par l'INSERM U149, a permis de suivre environ 3 000 grossesses par pays avec pour objectif de déterminer les différents facteurs de risque de la morbidité maternelle grave pouvant être dépistés au cours d'une consultation

prénatale. À la suite de cette enquête, des recommandations sont actuellement en cours de finalisation¹⁰.

La prévention de la transmission du VIH et ses articulations avec les autres programmes d'amélioration de la santé de la reproduction

La prévention de la transmission sexuelle

Pour réduire la transmission du VIH¹¹ 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 la prévention de la transmission par voie sexuelle du VIH. En effet, ce sont les lieux les plus appropriés pour toucher les personnes actives sexuellement, on y trouve de plus un personnel qualifié et le matériel nécessaire aux relations sexuelles sans risque. Ces centres, 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, et enfin de nombreuses leçons tirées de l'expérience de la planification familiale peuvent être utilisées dans la lutte contre le sida¹².

Cependant, l'intégration n'est pas évidente, car 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 délicats¹³. Ainsi, dans la plupart des cas, les centres de planification familiale, même s'ils s'appuient sur le concept de santé de la reproduction, ne prennent souvent pas en compte les problèmes strictement liés à la sexualité et en particulier la santé sexuelle de leurs clients. De plus, bien que ces programmes s'adressent théoriquement à tous les individus d'âge reproductif, en pratique ils ne concernent fréquemment que les femmes mariées, et rarement les adolescentes, les femmes sans enfants et les

¹⁰ INSERM U149, 1998. – Morbidité maternelle en Afrique de l'Ouest. – Ministère des Affaires étrangères, Coopération française, 116 p.

¹¹ Pour une analyse de l'état de l'épidémie, le lecteur se reportera au chapitre 8 sur "La diffusion du sida et son impact sur la croissance démographique" qui lui est en partie consacré.

¹² PACHAURI S., 1994. – "Relationship between AIDS and Family planning programmes: a rationale for developing integrated reproductive health services", *Health Transition Review*, vol. 4, p. 321-347.

¹³ DESGRÉES DU LOÛ A., 1998. – "Santé de la reproduction et sida en Afrique subsaharienne : enjeux et défis", *Population*, n° 4, p. 701-730.

hommes. L'exemple du programme familial indien est révélateur : organisé au départ pour prendre en compte tous les aspects de la santé reproductive, ce programme a dérivé vers un objectif de réduction de la population, et aucune place n'était plus accordée aux besoins des adolescents, des célibataires, aux questions de l'infécondité, des infections génitales ou des grossesses non désirées.

Dans les pays en développement, où les moyens financiers sont restreints, le principe de programmes intégrés, où tous les aspects de la santé de la reproduction sont pris en charge, suscite des inquiétudes en termes d'allocations des ressources, et ce en particulier à cause du coût que représente la lutte contre le sida. Ainsi les programmes de prévention du sida sont-ils généralement indépendants des programmes de planification familiale. En Afrique en particulier, l'intégration entre les deux types de programme, même si elle est parfois souhaitée sur le papier, est pratiquement inexistante, mais cela est aussi imputable au faible développement des programmes de planification familiale dans les pays africains. Les programmes de lutte contre le sida s'organisent donc à part avec des financements propres, et il existe une dichotomie nette entre la lutte contre le sida et les autres aspects de la santé de la reproduction. Cependant des expériences pilotes, en particulier en Amérique latine, ont montré qu'une telle intégration était possible et efficace, et des efforts devraient être menés dans ce sens.

La prévention de la transmission mère-enfant

La prévention de la transmission mère-enfant du VIH est aujourd'hui un des enjeux majeurs des programmes de santé maternelle et infantile : avec un taux de transmission d'environ 30 % en l'absence de prévention, l'infection pédiatrique à VIH, dans les pays fortement touchés, risque d'annuler tout ou partie des améliorations de la survie des enfants obtenues au cours des dernières décennies.

Le VIH peut être transmis de la mère à l'enfant pendant la grossesse, au cours de l'accouchement, et après la naissance par le lait maternel, ce dernier mode de transmission étant responsable d'environ un tiers des infections. Mais la recherche a fait de récentes avancées en ce domaine. En 1994, a été mis au point en Europe et aux États-Unis un traitement par l'AZT pendant la grossesse, l'accouchement et six semaines après la naissance de l'enfant, qui réduit de 66 % le risque de transmission mère-enfant du VIH chez des femmes non allaitantes. Ce traitement étant inapplicable financièrement et pratiquement dans les pays en développement, des régimes simplifiés ont été étudiés. Dans le courant de l'année 1998, plusieurs essais cliniques menés en Thaïlande et en Afrique ont montré que de tels régimes simplifiés d'antirétroviraux administrés aux femmes enceintes réduisent de façon significative la transmission du VIH au cours de la grossesse et de l'accouchement : l'administration d'AZT par voie orale (600 mg/jour) pendant quatre semaines à la fin de la grossesse et pendant l'accouchement réduit la transmission de la mère à l'enfant de 50 % chez des femmes non allaitantes. Cependant dans la majorité des

pays en développement, l'allaitement maternel est le principal mode d'alimentation des nouveau-nés. Le même régime (dit régime court d'AZT) chez des femmes allaitantes a conduit à une réduction du risque d'infection de 38 % chez des enfants de 6 mois : ce régime reste donc efficace mais dans une moindre mesure à cause de la transmission par le lait maternel. Les résultats préliminaires d'un essai récent mené en Ouganda ont montré une efficacité à 6 semaines de 50 % avec un régime encore plus simple et beaucoup moins coûteux : 1 comprimé de névirapine à la mère en début de travail et une dose de sirop de névirapine à l'enfant à 72 heures de vie. Mais ces résultats restent encore à confirmer¹⁴. En ce qui concerne le risque de transmission postnatale du VIH, trouver des alternatives à l'allaitement maternel lorsque la mère est infectée sans pour autant augmenter le risque de malnutrition et d'infections chez l'enfant devient une des priorités de la recherche, et, depuis fin 1998, l'OMS et l'UNICEF ont revu leurs recommandations en matière d'allaitement, préconisant la recherche de solutions adaptées dans le cas des mères infectées par le VIH¹⁵.

L'Agence nationale de recherche sur le sida (ANRS) a une part active dans ces recherches menées sur la transmission du VIH, aussi bien transmission sexuelle que transmission mère-enfant. Un programme commun Coopération française et ANRS a été créé, l'Action coordonnée 12, pour développer des programmes de recherche clinique, épidémiologique ou en sciences humaines, qui répondent aux problèmes spécifiques des pays du Sud¹⁶.

L'application des résultats de la recherche aux programmes de santé publique

Au cours de l'année 1999 un consensus s'est établi au sein des différentes instances internationales sur la nécessité d'appliquer les récentes avancées de la recherche aux programmes de santé publique sur une large échelle, mais cela suppose que plusieurs conditions soient remplies :

- l'existence préalable de structures de prise en charge des femmes enceintes et des accouchements (consultations prénatales, maternités). La prévention de la transmission mère-enfant du VIH doit être

¹⁴ On pourra consulter deux articles de synthèse sur ces traitements : DABIS F., LEROY V., CASTETBON K., SPIRA R., NEWELL M.L. and SALAMON R., 2000. - "Preventing mother-to-child transmission of HIV-1 in Africa in the year 2000", *AIDS*, sous presse ; DE COCK K., FOWLER M., MERCIÉ E., DE VINCENZI I., SABA J. and HOFF E. *et al.*, 2000. - "Prevention of mother-to-child HIV transmission in resource-poor countries translating research into policy and practice", *JAMA*, n° 283, p. 1175-1182.

¹⁵ DABIS F. et MSELLATI P., 1998. - "Transmission mère-enfant dans les pays en développement", *Numéro Spécial ANRS-Le Journal du Sida-Transcriptase*, Genève, p. 57-58.

¹⁶ Les projets financés dans le cadre de l'AC12 concernaient jusqu'ici essentiellement l'Afrique, avec trois sites majeurs : Abidjan, Bobo Dioulasso, Dakar, mais un nouveau site a été récemment ouvert au Vietnam, à Ho Chi Minh Ville.

envisagée comme un volet des programmes de santé mère-enfant. Or 32 % des femmes n'ont pas accès aux soins prénataux dans les PVD ;

- le dépistage VIH proposé à large échelle en consultation prénatale, de façon confidentielle et à faible coût. Actuellement, le dépistage n'est proposé en consultation prénatale qu'au sein d'essais pilotes de réduction de la transmission mère-enfant, à petite échelle. L'accès au dépistage doit donc être amélioré, et cela passera en particulier par la réduction du coût du test, mais surtout par une formation adéquate du personnel de santé au conseil et à l'annonce et une allocation spécifique de personnel à ces tâches ;
- un coût réduit des médicaments. L'industrie pharmaceutique semble accepter de participer à ces programmes en proposant l'AZT à un coût réduit. La discussion avec les laboratoires pharmaceutiques produisant les médicaments d'efficacité démontrée doit être poursuivie en ce sens ;
- la possibilité pour la mère de choisir un mode d'alimentation adapté. Une des conclusions de la Conférence sur le sida de Genève (1998) a été que les femmes doivent avoir une information complète sur les risques de transmission mère-enfant, en particulier la transmission par le lait (ce dont elles étaient peu informées jusque-là) et doivent pouvoir choisir en conséquence le mode d'alimentation de leur enfant. Cela implique qu'elles aient accès à moindre coût à l'allaitement artificiel lorsqu'elles sont séropositives, mais aussi que ce choix soit soutenu par un suivi nutritionnel étroit de l'enfant et des conseils adaptés.

Aujourd'hui, de telles intégrations de la prévention de la transmission mère-enfant dans les structures de santé maternelle et infantile n'existent dans les pays en développement qu'à très petite échelle, dans le cadre de projets cliniques, hormis en Thaïlande, où le programme de réduction de la transmission mère-enfant du VIH est déjà développé à large échelle dans plusieurs provinces du pays. Sous l'égide de l'ONUSIDA et de l'UNICEF, une douzaine de programmes pilotes de prévention de la transmission mère-enfant basés sur les nouveaux régimes courts d'antirétroviraux pendant la grossesse sont prévus ou en cours de démarrage, dans plusieurs pays d'Afrique et au Honduras. La France est engagée dans un projet de même nature en Côte d'Ivoire, depuis l'année 1999, et ce dans le cadre de la mise en place du Fonds de solidarité thérapeutique international (FSTI), créé à l'initiative de la France après la X^e Cisma de décembre 1997 à Abidjan. Le FSTI envisage la prévention de la transmission mère-enfant comme un objectif en soi mais aussi comme une porte d'entrée à une prise en charge plus globale des adultes (des femmes notamment) et des enfants.

Conclusion

L'amélioration de la santé de la reproduction implique que tous les individus aient accès à une sexualité sans risque, que les femmes aient accès à la maternité sans risque, et ce dans le respect du libre choix de chacun. En termes de services proposés, cela implique que, dès l'adolescence, tous les individus soient pleinement informés des risques d'une sexualité non protégée et aient accès aux préservatifs, que l'information et les méthodes de planification familiale soient accessibles à tous, et enfin que les femmes puissent bénéficier d'un suivi prénatal et d'une prise en charge obstétricale de qualité, en particulier dans les cas d'avortements provoqués, qui constituent un problème de santé publique croissant dans les pays du Sud. Sur ces trois points, bon nombre de pays en développement sont encore peu avancés, comme le montrent les forts taux de mortalité maternelle. Les expériences passées ayant prouvé l'échec des programmes verticaux dans ce domaine, il semble que l'effort devrait porter maintenant sur l'intégration de ces trois types de programmes à l'ensemble du secteur de santé, la lutte contre le sida intervenant elle-même à tous les niveaux de ces programmes et en synergie avec ceux-ci, puisqu'elle passe à la fois par la promotion d'une sexualité sans risque et par la réduction de la transmission mère-enfant du VIH via une prise en charge adéquate des femmes enceintes.

Pour en savoir plus

- BONNET D. et GUILLAUME A., 1999. – *La santé de la reproduction : concept et acteurs*. – Paris, ETS/IRD, 20 p. (Documents de recherche, n° 8).
- ROSEN J. et CONLY S., 1998. – *Le défi de la population en Afrique : accélérer les progrès de la santé reproductive*. – Washington DC, Population Action International, 86 p. (Série d'Études nationales, n° 4).
- NTOZI *et al.* (eds.), 1997. – Vulnerability to HIV infection and effects of Aids in Africa and Asia/India, *Health Transition Review*, vol. 7, 486 p.
- SADIK N., 1997. – *État de la population mondiale 1997. Le droit de choisir : droits et santé en matière de reproduction*. – New York, FNUAP, 76 p.
- TURMEN T., 1996. – "Reproductive health. More than biomedical interventions", *Integration*, Spring, p. 32-36.

Revue : *Health Transition Review*.

Tableau 1. Indicateurs de santé de la reproduction selon les grandes régions du monde en développement (vers 1995-1999)

	Afrique subsaharienne	Pays arabes	Asie du Sud	Asie de l'Est	Asie du Sud-Est/Pacifique	Amérique latine et Caraïbes	Ensemble PVD	Monde
Mortalité infantile (pour 1 000) (a)	104	55	74	37	48	35	65	60
Mortalité des moins de 5 ans (pour 1 000) (a)	169	73	109	46	68	43	95	88
Insuffisance pondérale néonatale (%) (a)	16	11	32	9	15	10	18	17
Insuffisance pondérale des moins de 5 ans (%) (a)	30	17	50	16	25	10	30	-
Enfants d'un an vaccinés contre : - la tuberculose (%) (a)	70	91	94	96	94	93	89	89
- rougeole (%) (a)	56	83	79	96	86	78	79	79
Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes) (a)	975	396	551	95	449	191	488	430
Recours à la contraception (%) (a)	16	37	41	82	53	64	56	58
Besoins en contraception non satisfaits (en % de femmes en âge reproductif) (b)	20 à 40*			8 à 28**		20 à 40	-	-
Indice synthétique de fécondité (c)	5,1*			2,6**		2,7	3,0	2,7
Femmes bénéficiant de soins prénatals (en %) (d)	63*			65**		73	65	68
Accouchement dans une maternité (en %) (d)	36*			37**		71	40	46
Prévalence du VIH/sida (en %) (e)	7,5*			0,7**		0,6	-	1,0

Sources : (a) PNUD, 1998. – *Rapport mondial sur le développement humain 1998*. – Economica, 254 p.

(b) TSUI A. *et al.*, 1997. – *Reproductive health in developing countries. Expanding dimensions, building solutions*. – Washington, National Academy Press, 314 p.

(c) SADIK N., 1999. – *6 milliards. L'heure des choix. État de la population mondiale 1999*. – New York, FNUAP, 76 p.

(d) SADIK N., 1997. – *Le droit de choisir : droits et santé en matière de reproduction. État de la population mondiale 1997*. – New York, FNUAP, 76 p.

(e) UNAIDS/WHO, 1998. – *Report on the global HIV/AIDS epidemic*. – 75 p.

- : Non disponible.

* : Ensemble de l'Afrique.

** : Ensemble de l'Asie.

A tall, slender wooden sculpture of a human figure with multiple heads, standing on a circular base. The figure has a long neck and thin body, with several heads stacked vertically. The top head is the largest and most prominent, with a wide, open mouth. The figure is positioned on the left side of the cover, against a white background.

POPULATION ET DÉVELOPPEMENT :

Les principaux enjeux cinq ans après la Conférence du Caire

Coordonné par

Alain LERY
et Patrice VIMARD