

RenConTres

LES COLLECTIONS DU CEPED

Sexualité et procréation confrontées au Sida dans les pays du Sud



Éditeurs scientifiques

Annabel DESGRÉES du LOÛ

Benoît FERRY

Sexualité et procréation
confrontées au Sida
dans les pays du Sud

Sexualité et procréation confrontées au Sida dans les pays du Sud

Editeurs scientifiques

Annabel DESGRÉES DU LOÛ

Benoît FERRY

IRD

Laboratoire Population-Environnement-Développement (LPED)
Unité mixte de recherche 151 IRD-Université de Provence



Paris

2006

Créé en 1988, le Centre Population et Développement (CEPED) consacre, depuis l'automne 2002, ses activités à stimuler la collaboration scientifique entre des équipes de recherche du Nord et du Sud dans le domaine de la population et du développement.

Le CEPED est un Groupement d'intérêt scientifique (GIS), composé de l'Institut National d'Études Démographiques (INED), de l'Institut de Recherche pour le Développement (IRD) et des laboratoires de démographie des Universités de Paris 1, Paris 5, Paris X, et soutenu par le Ministère des Affaires étrangères.

L'appui du CEPED aux réseaux du Nord et du Sud, autour de missions de valorisation, de formation, d'expertise et de documentation, s'exerce dans quatre champs thématiques :

- Santé de la reproduction
- Société, Famille et Genre
- Peuplement, Urbanisation, Mobilité et Environnement
- Méthodologies : Collecte et Analyse

Ses activités, coordonnées par des chercheurs expérimentés dans le domaine, sont organisées sous forme de groupes de travail afin d'aboutir à des sessions de formation, des ateliers, des séminaires et des conférences internationales.

Comité éditorial :

Courgeau Daniel	Cambrézy Luc	Belbeoch Olivier
Ferrand Michèle	Desgrées du Loû Annabel	Brugeilles Carole
Leridon Henri	Ferry Benoît	Dittgen Alfred
Mazouz Mohammed	Lelièvre Eva	Pison Gilles
		Vimard Patrice

Directeur de la publication : André Quesnel

Réalisation technique : Yvonne Lafitte

Conception Graphik : sbgraphik – www.sb-graphik.net

Photo de couverture : © IRD – Elisabeth Antheaume

Edité avec le soutien du Ministère des Affaires Étrangères – DGCID

© Copyright CEPED 2006
ISSN : 1772-0125 – ISBN : 2-87762-150-2
Centre Population et Développement
Campus du Jardin Tropical de Paris
Pavillon Indochine
45 bis, Avenue de la Belle Gabrielle
94736 Nogent-sur-Marne Cedex – France
Téléphone : 33 (0)1 43 94 72 90 – Fax : 33 (0)1 43 94 72 92
Courriel : ceped@ceped.cirad.fr
Web : <http://ceped.cirad.fr>

Remerciements

Nous tenons à remercier l'Agence Nationale de Recherches sur le sida et les hépatites virales (ANRS) qui a largement participé à la réalisation du colloque que retranscrit cet ouvrage, et qui soutient activement les recherches en sciences sociales sur le Sida menées dans les pays du Sud. Que soient également remerciées, pour leur relecture attentive et leurs commentaires avisés, Agnès Adjamagbo, Valérie Golaz, Eva Lelièvre et Valérie Delaunay.

Liste des auteurs

Agbo Hélène Sociologue	ENSEA, 08 BP 3, Abidjan 08 République de Côte d'Ivoire agbo_helene@yahoo.fr
Bajos Nathalie Socio-démographe	INSERM-INED U 569 82, rue du Général Leclerc 94276 Le Kremlin-Bicêtre Cedex – France bajos@vjf.inserm.fr
Becquet Renaud Epidémiologiste	Unité INSERM 593 ISPED, Université Victor Ségalen, Bordeaux 2 146, rue Léo Saignat 33076 Bordeaux Cedex – France renaud.becquet@isped.u-bordeaux2.fr
Briand Nelly Démographe	INED, 133 Boulevard Davout 75980 Paris Cedex 20 – France nelly.briand@ined.fr
Brou Hermann Démographe	ENSEA et IRD/LPED CEPED, Campus du Jardin Tropical de Paris 45 bis Avenue de la Belle Gabrielle 94736 Nogent sur Marne Cedex – France hermann_brou@yahoo.fr
Coulibaly Madiarra Médecin	Abidjan, République de Côte d'Ivoire madiarra73@yahoo.fr
Crochet Soizick Anthropologue	Centre de Recherche Cultures, Santé, Sociétés CReCSS/IFEHA Université Paul Césanne (Aix-Marseille U3) Maison Méditerranéenne des Sciences de l'Homme 5 rue du Château de l'Horloge 13094 Aix-en-Provence Cedex 2 – France csoizick@hotmail.com
Deschamps Marie-Marcelle Médecin	33, Boulevard Harry Truuman, Project Director Centres GHESKIO, Port-Au-Prince - Haïti mariehd@gheskio.org

Desclaux Alice Anthropologue	Centre de Recherche Cultures, Santé, Sociétés CReCSS/IFEHA Université Paul Césanne (Aix-Marseille-U3) Maison Méditerranéenne des Sciences de l'Homme 5 rue du Château de l'Horloge 13094 Aix-en-Provence Cedex 2 – France desclaux@msh.univ-aix.fr
Desgrées du Loû Annabel Démographe	IRD/LPED CEPED, Campus du Jardin Tropical de Paris 45 bis Avenue de la Belle Gabrielle 94736 Nogent sur Marne Cedex – France desgrées@ceped.cirad.fr
Enel Catherine Anthropologue	Grande Rue, Cidex 45, boîte 9 21540 Grenant-lès-Sombornon – France catherine.enel3@libertysurf.fr
Ferry Benoît Démographe	IRD/LPED CEPED, Campus du Jardin Tropical de Paris 45 bis Avenue de la Belle Gabrielle 94736 Nogent sur Marne Cedex – France ferry@ceped.cirad.fr
Grenier-Torres Chrystelle Sociologue-anthropologue	SSD/ADES, Université Victor Ségalen, Bordeaux 2 146, rue Léo Saignat 33076 Bordeaux Cedex – France jctorres@club-internet.fr
Hancart Petitet Pascale Anthropologue	Centre de Recherche Cultures, Santé, Sociétés CReCSS/LEHA Maison Méditerranéenne des Sciences de l'Homme Université Paul Cézanne (Aix-Marseille U3) 5 rue du Château de l'Horloge 13094 Aix-en-Provence Cedex 2 – France pascale.hancart@free.fr
Lallemant Camille Etudiante (santé publique et médecine)	London School of Hygiene and Tropical Medicine/Brighton and Sussex Medical School Brighton, UK C.L.Lallemant@bsms.ac.uk
Lalou Richard Démographe	IRD, BP 1386, Dakar-Hann, Sénégal richard.lalou@ird.sn
Le Cœur Sophie Médecin épidémiologiste	INED, 133 Boulevard Davout 75980 Paris Cedex 20 – France lecoeur@ined.fr
Leroy Valériane Médecin épidémiologiste	Unité INSERM 593 ISPED, Université Victor Ségalen, Bordeaux 2 146, rue Léo Saignat 33076 Bordeaux Cedex – France Valeriane.Leroy@isped.u-bordeaux2.fr

Minga Albert
Médecin

Programme PAC-CI Abidjan, 18 BP 1954, Abidjan 18
Côte d'Ivoire
albert.minga@pacci.ci

Querre Madina
Anthropologue

Centre de Recherche Cultures, Santé, Sociétés
CReCSS/IFEHA
Université Paul Césanne (Aix-Marseille U3)
et
SSD/ADES, Université Victor Ségalen, Bordeaux 2
146, rue Léo Saignat
33076 Bordeaux Cedex, – France
Minaquer@aol.com

Sobngwi Joëlle
Epidémiologiste

INSERM U687-IFR, 69 Saint-Maurice – France
joelle.tambekou@st-maurice.inserm.fr

Thairu Lucy
Sociologue

Center for African Studies, Stanford University, USA
Int3@cornell.edu

Tijou Traoré Annick
Anthropologue

SSD/ADES, Université Victor Ségalen, Bordeaux 2
146, rue Léo Saignat
33076 Bordeaux Cedex – France
tjoutraora@yahoo.fr

Sommaire

Introduction

Sexualité et procréation confrontées au Sida. Permanences et adaptations dans les pays fortement touchés par l'épidémie. <i>Annabel Desgrées du Loû et Benoît Ferry</i>	1
--	---

1 - SEXUALITÉ ET COMPORTEMENTS SEXUELS FACE AU RISQUE DE VIH/SIDA

Sexualité et prise de risque face au VIH/Sida <i>Nathalie Bajos</i>	19
Les épidémies du VIH/Sida en République du Congo dans un contexte d'après guerre : disparités géographiques et pluralité des environnements à risque <i>Richard Lalou, Christophe Rogier et Marie Francke Puruenhce</i>	27
La vulnérabilité des femmes face au VIH en République du Congo : les composantes des environnements à risque <i>Catherine Enel et Madina Querre</i>	59
Evolution des comportements sexuels à risque de patients infectés par le VIH-1 à date de séroconversion estimée, cohorte ANRS 1220 PRIMO-CI, Abidjan, Côte d'Ivoire, 2000-2004 <i>Albert Minga, Lambert Dohoun, Yao Abo, Gwénola Gourvellec, Charlotte Huët, Ali Coulibaly, Seidou Konaté, François Dabis, Roger Salamon et l'équipe du projet ANRS 1220 PRIMO-CI</i>	79
Impact de l'utilisation du préservatif sur l'infection au VIH, à l'HSV-2 et les ulcérations génitales déclarées : une étude parmi de jeunes hommes dans une ville d'Afrique du Sud <i>Joëlle Sobngwi, Anna Ndiaye, Adrian Puren, Dirk Taljaard Goliath Gumede, Zodwa Nkosi, Marie Poupard, Sylvia Males Emmanuel Lagarde et Bertran Auvet</i>	87

2 - CHOIX CONTRACEPTIFS ET REPRODUCTIFS ET PRÉVENTION DU VIH/SIDA

La contraception face au VIH/Sida dans les pays du Sud : enjeux médicaux, sociaux et comportementaux <i>Valériane Leroy</i>	93
Choix contraceptifs en <i>post-partum</i> chez des femmes infectées par le VIH en Thaïlande : la place de la stérilisation <i>Camille Lallemand, Nelly Briand, Sophie Le Cœur et Marc Lallemand</i>	109

Dialogue, gestion des risques de transmission du VIH et choix reproductifs au sein de couples sérodifférents résidant à Abidjan (Côte d'Ivoire) <i>Annick Tijou Traoré</i> pour le groupe Ditrane Plus 3/ANRS 1253	121
Pratiques contraceptives dans le <i>post-partum</i> immédiat en relation avec les modalités d'alimentation infantile chez des mères infectées par le VIH. Expérience du projet Ditrane Plus ANRS 1201/1202 à Abidjan en Côte d'Ivoire <i>Renaud Becquet</i> pour le groupe Ditrane Plus ANRS 1201/1202	137
Pluralité de situations de vie au cœur de l'épidémie de Sida : étude d'itinéraires reproductifs de femmes de Bouaké, Côte d'Ivoire <i>Chrystelle Grenier-Torres</i>	151

3 - LES PROGRAMMES DE RÉDUCTION DE LA TRANSMISSION MÈRE-ENFANT DU VIH : LIEUX D'UNE PRÉVENTION GLOBALE

La prévention de la transmission mère-enfant du VIH en 2005 : des aspects médicaux aux aspects socio-comportementaux <i>Sophie Le Coeur</i>	173
Une perspective « intime » sur les soignants. Prévention de la transmission mère-enfant du VIH dans un hôpital de district en Inde du Sud <i>Pascale Hancart Petitot</i>	189
L'opérationnalisation du programme de prévention de la transmission mère-enfant du VIH en Haïti. Obstacles et perspectives <i>Marie Marcelle H. Deschamps</i>	209
Quelques réflexions sur la mise en place d'un programme opérationnel de réduction de la transmission mère-enfant (PTME) à Abidjan (Côte d'Ivoire) <i>Madiarra Coulibaly, Valentin Noba et Jean-Loup Rey</i>	213
Conséquences du dépistage du VIH en prénatal chez des femmes VIH- à Abidjan, Côte d'Ivoire : dialogue avec le conjoint et adoption de comportements préventifs. Approche quantitative et qualitative <i>Hermann Brou, Héléne Agbo et Annabel Desgrées du Loû</i> pour le groupe Ditrane Plus 3/ANRS 1253	217
Le « choix informé » des femmes séropositives qui doivent alimenter leur enfant : interprétations locales, limites et nouvelles questions <i>Alice Desclaux, Soizick Crochet, Madina Querre et Chiara Alfieri</i>	245
Influences socio-culturelles sur les décisions d'alimentation des enfants nés de mère séropositive <i>Lucy N. Thairu, G.H. Pelto, N.C. Rollins, R.R. Bland et N. Ntshangase</i>	263

Introduction

**Annabel Desgrées du Loû
Benoît Ferry**

Sexualité et procréation confrontées au Sida *Permanences et adaptations dans les pays fortement touchés par l'épidémie¹*

L'épidémie de Sida continue en ce début du 21^e siècle d'être un des problèmes de santé majeurs auquel doit faire face le monde, et en particulier le monde en développement. En 2004, l'ONUSIDA estimait à 38 millions le nombre de personnes infectées par le VIH sur la planète, dont 35 dans le monde en développement (UNAIDS, 2004). Malgré la mise en place d'instances internationales et souvent nationales spécialement dédiées à la lutte contre cette épidémie, malgré l'ampleur des efforts et des fonds consacrés à cette lutte, de nombreuses zones d'ombre demeurent : le dépistage du virus du VIH est encore peu généralisé notamment en Afrique, continent le plus touché ; l'accès à des traitements efficaces est encore coûteux, et dans de nombreux pays en développement il reste confidentiel. La perspective d'un vaccin existe mais pas avant de très longues années. La prévention de nouvelles infections reste donc un souci prioritaire dans cette lutte contre l'épidémie.

Le virus du VIH peut se transmettre par trois types de voies : par relations sexuelles, de la mère à l'enfant (au cours de la grossesse, de l'accouchement ou de l'allaitement), ou par la voie sanguine (transfusions, acte invasif avec un objet ayant été en contact avec du sang infecté). Le CEPED a organisé les 22 et 23 novembre 2004, avec le soutien financier de l'ANRS et du LPED, un colloque sur « La santé de la reproduction confrontée au Sida. Enjeux sociaux et comportementaux dans les pays du Sud », qui a rassemblé des chercheurs de plusieurs continents s'intéressant aux liens entre l'épidémie de Sida et les comportements sexuels et reproductifs, conséquences des deux premières voies de transmission citées. En effet, parce qu'il se transmet par voie sexuelle et de la mère à l'enfant au cours de la grossesse, de l'accouchement et de

¹ Les grandes lignes de ce texte ont fait l'objet d'une Chronique du CEPED : *Sexualité et procréation face aux risques du Sida. Permanences et adaptations dans les pays fortement touchés par l'épidémie*. Mai 2005 - Numéro 49.

l'allaitement, le VIH/Sida et les campagnes de lutte qu'il suscite questionnent et modifient, depuis une quinzaine d'années, l'ensemble de la sphère sexualité-contraception-procréation. C'est tout le domaine de la santé de la reproduction, tel qu'il a été défini depuis les années 1990 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 » (Fathalla, 1992), qui est malmené dans ce contexte épidémique : comment avoir « une activité sexuelle sans risque » dans un contexte de forte prévalence du VIH/Sida ? Quelle est la possibilité pour les femmes et les hommes de désirer une grossesse et de la mener à terme dans de bonnes conditions sanitaires lorsqu'un des deux partenaires est infecté par le VIH, ou lorsqu'aucun des deux partenaires ne connaît son statut sérologique par rapport au VIH ? Que deviennent les recommandations d'allaitement au sein exclusif dispensées par l'OMS et l'UNICEF chez les femmes infectées par le VIH ?

Si la crainte de l'infection tend à modifier les comportements sexuels et les comportements reproductifs, les programmes de lutte contre le Sida constituent aussi un élément non négligeable de ce nouveau paysage de la santé reproductive. Les programmes de réduction de la transmission mère-enfant du VIH, en particulier, se généralisent car ils sont efficaces, peu coûteux et relativement faciles à mettre en œuvre (Ekouevi *et al.*, 2005 ; Dabis et Epkini, 2002). Ces programmes impliquent un dépistage du VIH, avant ou pendant la grossesse, et de nouvelles recommandations en matière d'alimentation du nourrisson. Ils ont donc des répercussions tant en termes de comportements sexuels qu'en termes d'allaitement, ou de choix contraceptifs et de procréation.

L'ouvrage que nous proposons ici explore, à partir des principaux travaux présentés lors du colloque du CEPED, ces trois domaines : les liens entre l'épidémie de Sida et les comportements sexuels, les liens entre l'épidémie et les choix de contraception ou de procréation, et enfin les répercussions et les enjeux socio-comportementaux des programmes de réduction de la transmission mère-enfant du VIH.

1. Les comportements sexuels face au Sida

La sexualité est universellement sous le contrôle des cultures, des traditions, des morales, des religions, des législations... et à l'intérieur même du couple, les relations sexuelles sont soumises aux rapports de genre. D'un côté, nécessaire à la procréation et donc à la constitution d'une descendance, elle détermine en partie la place sociale de l'individu. De l'autre côté des règles plus ou moins contraignantes se sont toujours efforcées de réguler l'activité sexuelle pour en contrôler le corollaire naturel, la survenue des enfants. Au-delà de ces règles, des techniques diverses ont été utilisées pour permettre la sexualité en écartant la grossesse. Ce n'est finalement que récemment, par la contraception moderne, qu'il est devenu possible de dissocier sexualité et procréation et d'élargir éventuellement les règles et les contrôles sociaux qui entourent l'activité sexuelle. En effet, outre sa nécessité biologique et sociale de

reproduction, la sexualité reste du domaine du plaisir, de l'affectif, de l'aventure, voire du risqué et de la transgression.

Les infections transmises par l'activité sexuelle, malgré leurs conséquences, avaient été depuis longtemps prises en compte et intégrées à ces règles et ces contrôles. Elles étaient acceptées comme une fatalité, et, depuis la deuxième moitié du XX^e siècle, de mieux en mieux dépitées et traitées au sein des services de santé.

Or, à la fin du XX^e siècle, dans le même temps où la contraception moderne et les traitements des maladies sexuellement transmissibles (MST) permettaient d'envisager une distanciation entre la procréation et la sexualité, donnant à celle-ci une plus grande autonomie et une libéralisation, le VIH/Sida a réintroduit brutalement un risque mortel dans les relations sexuelles, et sans que l'on dispose jusqu'à présent d'un vaccin ou d'un traitement pour éliminer l'infection une fois qu'elle a été contractée.

Elément du domaine de l'intime, la sexualité avait peu été considérée par les chercheurs comme un objet de recherche, que ce soit dans le domaine de la santé ou des sciences sociales, jusqu'à l'arrivée de l'épidémie de Sida. Avec l'émergence de ce virus qui se transmet par voie sexuelle ou sanguine et contre lequel on ne disposait d'aucun médicament au départ, il est devenu urgent de mieux comprendre les comportements sexuels dans les différents pays touchés pour développer une prévention adéquate de la transmission sexuelle (Bozon et Leridon, 1993 ; Hubert *et al.*, 1998 ; Cleland et Ferry, 1995). De nombreuses enquêtes ont alors été menées sur le sujet, et des progrès considérables sur la mesure des comportements sexuels ont été faits dans les deux dernières décennies. Il est apparu à travers le monde une plus grande homogénéité qu'on ne le pensait généralement, en termes de fréquence des rapports ou de nombre de partenaires par exemple.

Si l'arrivée du Sida a été un déclencheur des recherches sur la sexualité, les relations entre recherches sur la sexualité et recherches sur le Sida n'en demeurent pas moins complexes. Une façon simpliste de voir les choses serait de penser que la dynamique de l'épidémie de Sida dans un pays vient du type de comportements sexuels de la population de ce pays, et inversement que la menace du Sida, et les campagnes de prévention autour de cette épidémie, se traduiraient par un changement immédiat des comportements sexuels dans ce pays.

Pour mieux comprendre les déterminants des taux différentiels de prévalence du VIH en Afrique, une étude multi-sites a été réalisée de façon comparative dans quatre villes africaines, Cotonou au Bénin, Yaoundé au Cameroun, Kisumu au Kenya et Ndola en Zambie, caractérisées par des prévalences du VIH très différentes et des contextes socioculturels variés (Caraël et Holmes, 2001). Cette étude très poussée a observé les déterminants liés aux comportements et ceux liés aux facteurs biologiques auprès de très larges échantillons représentatifs de la population générale.

Il en ressort que les différences de prévalence du VIH entre les sites ne peuvent être expliquées par les seules différences d'exposition au VIH, et notamment par des différences notables dans les comportements sexuels de la population générale (Ferry *et al.*, 2001). Il semble que les facteurs liés à l'infection, qui sont du domaine du biologique, jouent un rôle plus important. En effet, cette étude n'est parvenue à découvrir l'existence d'une association avec des taux de VIH plus élevés qu'avec

l'herpès génital et la non-circconcision (Auvert *et al.*, 2001). En venant s'ajouter à d'autres facteurs non étudiés (notamment génétiques), ces déterminants suffiraient à expliquer des intensités différentes de transmission et par-là des dynamiques épidémiques et des niveaux très différents de prévalence comme ceux observés en Afrique (Buvé *et al.*, 2001).

Il en résulte que, dans des populations générales, le niveau, la diffusion ou l'accroissement du VIH, lorsque l'épidémie a dépassé la phase initiale, sont largement indépendants de l'organisation sociale de la sexualité, de son intensité et des systèmes d'échanges sexuels. De telles conclusions étaient totalement inattendues. Elles nécessitent de reconsidérer les hypothèses couramment admises sur le rôle majeur que l'on attribuait aux comportements sexuels des populations générales dans les niveaux de prévalence du VIH et la dynamique des épidémies de Sida. La grande difficulté est d'avoir pensé que c'était principalement l'activité sexuelle qui déterminait les niveaux de prévalence du VIH. Cette incertitude sur les déterminants majeurs de la prévalence du VIH ne remet cependant pas en cause les stratégies de prévention au niveau individuel : lorsque la transmission est principalement sexuelle, ce ne sont que lors d'échanges sexuels que l'individu s'expose et que la transmission peut avoir lieu. Le VIH/Sida est une maladie essentiellement sexuellement transmissible et ce sont donc les comportements des individus qui impliquent ou non leur exposition personnelle au VIH.

Or, la prévention individuelle de la transmission sexuelle qui implique une adaptation des comportements sexuels face au risque de VIH, reste difficile. Les premières études menées sur ce sujet il y a dix ans ont bien montré comment, malgré les efforts d'information et de prévention en matière de Sida, les changements de comportements sexuels ne sont qu'extrêmement lents. Les recommandations morales ou sanitaires n'ont que peu de prise en matière de sexualité (Bajos et Ludwig, 1995 ; Calvez, 1995). C'est sur ce point de cadrage extrêmement important que commence cet ouvrage : Nathalie Bajos nous propose une réflexion synthétique sur la façon dont on définit le risque dans la sexualité. Elle montre que cette définition peut suivre deux logiques très différentes qui impliqueront non seulement des types de recherche mais aussi des conclusions fort différentes. La logique sanitaire va définir comme « risque objectif » le risque au sens médical : s'expose au risque celui qui met en danger sa santé, ici celui qui prend le risque d'être infecté par le VIH. Cette approche dite objectiviste permet de décrire la prise de risque, et de la mettre en relation avec les variables socio-démographiques, économiques, psychologiques, médicales. Cependant, elle est généralement insuffisante pour comprendre le *pourquoi* de cette prise de risque. Une autre approche, dite constructiviste, va considérer le risque non pas à partir du seul « fait sanitaire », mais comme une construction sociale qui intègre les intérêts, savoirs et pratiques des différents intervenants. La prise de risque, dans une telle approche, devient révélatrice de rapports sociaux. C'est en améliorant notre connaissance de ces rapports sociaux que l'on comprendra ce qui pousse un individu à prendre le risque d'être contaminé par le VIH, alors même qu'il est informé de ce risque.

Ce rappel étant fait, il est clair que l'ouvrage que nous présentons ici ne prétend bien évidemment pas être une somme exhaustive sur ce sujet extrêmement riche des rapports entre sexualité et VIH/Sida. Il propose, à partir d'études originales, des

illustrations de quelques types d'articulations en la matière, dans des pays du Sud fortement touchés par l'épidémie. Les deux études respectivement quantitative et qualitative menées au Congo-Brazzaville et que présentent Richard Lalou, Catherine Enel et leurs collègues, montrent comment dans le domaine de la sexualité (et cela sera vrai aussi dans le domaine de la procréation) la prise en compte du contexte est indispensable à la compréhension de l'épidémie. Richard Lalou *et al.* mettent en relation les prévalences élevées du VIH dans certaines régions de ce pays avec le climat de violence qu'ont connu ces régions : violences militaires, mais aussi violences sexuelles liées à la guerre et à la crise sociale qu'elle a engendrée. Le cas des villes champignons de l'industrie du bois est très illustratif aussi de ce poids du contexte : le texte de Catherine Enel et Madina Querre montre clairement comment la création *ex-nihilo*, sans tissu social préexistant, d'une petite ville où afflue l'argent du fait de l'industrie de bois, crée les conditions d'une diffusion rapide de l'épidémie de VIH.

Globalement, il semble que l'évolution du rapport à la sexualité est due aux changements des sociétés plus qu'à l'épidémie de Sida. La sexualité hors mariage, ou hors union stable, se généralise ; elle est liée aux changements qui affectent la nuptialité d'au moins deux manières. Tout d'abord, dans les pays du Sud la précocité sexuelle augmente dans toutes les populations, alors que l'âge au mariage devient plus tardif, laissant une période préconjugale plus longue (Bozon et Hertrich, 2004). Le contrôle social avant le mariage est moins fort qu'auparavant, les jeunes sont plus autonomes sous l'effet de l'instruction, des migrations, de l'urbanisation. La sexualité avant le mariage est plus fréquente qu'auparavant. Cette sexualité des jeunes qui se développe sous l'influence des pairs, bien souvent dans une certaine précarité économique et sociale, et qui est vécue comme une des étapes initiatiques du passage à l'âge adulte, est fréquemment le moment de prise de risques. Par ailleurs, de la même façon, les formes du mariage évoluent et se diversifient, les divorces augmentent, conduisant les adultes à vivre de larges périodes hors du cadre strict du mariage.

Parallèlement à ces évolutions dues aux changements de société, le Sida semble peu modifier les comportements sexuels. Tout d'abord, le dépistage du VIH reste encore rare dans les pays du Sud. Toutefois cela n'empêche pas les populations d'être très conscientes du risque d'infection par le VIH au cours des relations sexuelles. En fait, sans bouleverser pour autant les comportements en la matière, il semble que la menace que fait peser cette épidémie sur la sexualité entraîne ou accélère des modifications dans les mentalités et les attitudes vis-à-vis de certains domaines de la sexualité. En particulier, considérés comme des situations plus à risque que la sexualité dans le cadre du couple stable, le multipartenariat et les relations occasionnelles sont moins bien acceptés par les femmes (Orbuloye *et al.*, 1997).

C'est ce que l'on observe dans l'étude présentée dans cet ouvrage chez des femmes de Côte d'Ivoire qui ont accepté le dépistage du VIH pendant la grossesse et qui savent qu'elles ne sont pas infectées par le VIH : presque toutes, à l'issue de ce dépistage, abordent avec leur partenaire la question des rapports extraconjugaux. Une fois qu'elles sont rassurées sur leur propre statut sérologique, la perspective que leur partenaire aille « voir ailleurs » devient leur principale crainte, car elles y voient la porte d'entrée du VIH dans leur couple.

Chez les individus dépistés et séropositifs pour le VIH, on retrouve encore cette tendance à une diminution des rapports occasionnels ou extraconjugaux, comme cela est décrit dans l'étude présentée par Albert Minga sur la Côte d'Ivoire. Mais, si la menace du Sida tend à modifier les rapports sexuels extraconjugaux, la prévention de la transmission sexuelle au sein du couple est plus difficile : Annick Tijou Traoré, à partir d'une enquête menée auprès de couples séro-différents en Côte d'Ivoire, montre comment la préservation du lien conjugal, considérée prioritaire, passe parfois par le renoncement au préservatif : le préservatif étant perçu comme un danger pour la relation entre les partenaires est abandonné au mépris de la logique sanitaire. C'est ainsi que l'on arrive à une situation où les rapports sexuels les plus à risque, car les plus difficiles à protéger, sont peut-être bien ceux qui sont le moins pris en compte dans la plupart des campagnes de prévention actuelles : les rapports sexuels conjugaux.

Et voici le dernier point, mais non le moindre, de l'articulation sexualité/VIH : le préservatif. Faute de vaccin, et en l'attendant, les mesures préventives proposées ont été le recours au préservatif dans les « situations à risque » et la fidélité dans le cas contraire. Cette approche préventive a connu quelques succès dans les pays développés, notamment auprès des communautés homosexuelles et chez les jeunes pour la première méthode et chez les couples mariés pour la seconde. Mais l'extension de cette stratégie à l'ensemble de la planète, auprès de populations ayant des cultures, des pratiques, des morales, des religions et traditions diverses, s'est avérée un échec et n'a pas permis d'endiguer la transmission sexuelle du VIH, l'épidémie continuant de se développer de façon dramatique, en majorité par la voie sexuelle. On est loin de l'utilisation systématique du préservatif, « *magic bullet* » selon certains pour infléchir les épidémies de VIH au Sud. Malgré une augmentation significative de sa diffusion dans les pays du Sud, son utilisation reste très faible. Si la connaissance des populations des pays du Sud concernant les modes de transmission et les messages de prévention s'est en effet vite diffusée, les pratiques de prévention sont restées très en deçà des seuils qui permettraient un effet significatif sur l'épidémie. Comme on l'a déjà dit, la connaissance du risque et des moyens de prévention ne suffit pas, et la distance entre normes et pratiques reste considérable.

Une partie de l'échec du préservatif vient de sa mauvaise image en termes de plaisir sexuel (Bond et Dover, 1997). Mais une raison non moins importante à cet échec est due aux types de message qui ont été véhiculés dans les campagnes de promotion du préservatif dans le cadre de la lutte contre le Sida. En effet, l'utilisation de préservatif a été conseillée en cas de rapports « à risque », les rapports à risque étant définis comme les rapports sexuels avec des partenaires occasionnels, ou dans le cadre de la prostitution, etc. Ainsi l'image du préservatif est-elle associée à celle de multipartenariat, de relation de courte durée, sans lendemain. Les travaux de Joëlle Tambekou-Sobngwi et Bertran Auvert montrent effectivement les meilleurs taux d'utilisation de préservatifs à l'occasion de ce type de relation éphémère. Dès que la relation s'installe dans la durée, le préservatif est abandonné sans pour autant que les deux partenaires n'aient fait de test de dépistage. C'est aussi pour cette raison qu'il est très difficile de proposer le préservatif dans un contexte conjugal, alors qu'une partie des femmes africaines séropositives ont été infectées par leur conjoint (Cohen et Reid, 1999).

En 2005, même si l'horizon est un peu moins sombre qu'il n'a été, avec l'espoir d'un accès aux traitements du Sida généralisé à tous les pays et plus seulement l'apanage des pays riches, une prévention efficace et soutenue reste indispensable. Une réponse apportée actuellement à ces difficultés de prévention est constituée par la stratégie ABC (*abstinence, be faithful, condom if necessary*), abstinence, fidélité, préservatif si nécessaire, prônée maintenant par nombre de pays et de religions, sous l'impulsion des Etats-Unis. Cette stratégie inquiète une partie des acteurs de la lutte contre le Sida car il est à craindre qu'elle ne facilite guère l'accès à la prévention des jeunes célibataires, groupe de population particulièrement vulnérable par rapport au risque de Sida.

Le succès de ces nouvelles directives reste non seulement à discuter mais aussi à évaluer, et il convient de rester extrêmement vigilant sur cette prévention de la transmission sexuelle du VIH qui reste un des enjeux majeurs de la lutte contre l'épidémie dans les pays du Sud actuellement, et sur lequel le monde n'a pas le droit à l'erreur. La gestion individuelle, collective, sociale et politique du risque de transmettre le VIH ou de s'infecter est une équation complexe qui dépend sans doute plus de la prise en compte des dimensions et des contextes culturels et sociaux que d'une prévention alarmiste ou moralisatrice. Il est important de garder à l'esprit que, dans un environnement de sous-développement et de pauvreté, les risques sont multiples, et que leur gestion compétitive ne place pas nécessairement le risque du Sida comme prioritaire car il n'est souvent pas ressenti comme le plus immédiat ou le plus vital.

2. Fécondité et procréation dans des contextes marqués par le Sida

Le Sida a-t-il un impact sur la fécondité ? Dans un contexte de déclin général de la fécondité dans les pays en développement, y compris à présent en Afrique, l'impact du VIH/Sida sur les niveaux de fécondité sera sans doute plus important que l'on ne l'envisageait il y a quelques années. Cependant les mécanismes en jeu étant particulièrement complexes, la façon dont le VIH/Sida agit sur les déterminants et les niveaux de fécondité n'est pas encore complètement éclaircie et n'a pu être mesurée de façon précise. Les relations entre Sida et fécondité sont en effet de deux ordres : elles mettent en jeu d'une part, les interactions biologiques entre l'infection par le VIH et la fertilité de la femme et de l'homme, mais aussi d'autre part, les comportements des couples face à la menace du Sida. Globalement cette épidémie engendre une réduction de la fécondité, tout d'abord du fait des conséquences physiologiques de l'infection par le VIH sur la santé des femmes et des hommes, diminuant leur fécondabilité (aptitude à démarrer une grossesse et à la conduire à son terme) (D'Ubaldo *et al.* 1998, Gray *et al.*, 1998), et ensuite du fait de l'adoption de comportements de protection par rapport au risque d'infection par le VIH (retard de l'entrée en vie sexuelle, diminution de l'activité sexuelle, utilisation de préservatifs...). Le Sida induit en fin de compte

une modification des attitudes qui concernent l'ensemble des variables de la santé de la reproduction (Zaba et Gregson, 1998).

Cependant, dans les pays africains, la lutte contre le VIH/Sida qui s'accompagne d'une lutte contre les MST, parce que ces maladies favorisent l'infection par le VIH, peut aller dans le sens d'une augmentation de la fécondité. En effet les MST, maladies répandues et souvent mal soignées, en particulier à cause de leur caractère asymptomatique chez la femme, sont à l'origine d'une certaine infertilité. Or, la prise en charge des MST via les programmes de lutte contre le Sida est susceptible de réduire cette infertilité liée aux MST et donc d'aller dans le sens d'une augmentation de la fécondité au niveau de la population générale.

L'épidémie de VIH/Sida peut ainsi agir de diverses manières, parfois opposées, sur la fécondité, et ces interactions restent en fait encore mal connues, car si l'on s'est intéressé tôt aux répercussions du VIH/Sida en termes de mortalité, la communauté scientifique a mis plus de temps à s'interroger sur les répercussions de cette épidémie sur la fertilité et la fécondité, le lien étant moins évident. Pour donner un ordre de grandeur de « l'effet global », des démographes anglais ont estimé que, dans un pays où 10 % de la population est infectée par le VIH, la fécondité globale diminue d'environ 4 %. A chaque augmentation de 1 % de la prévalence du VIH, on peut s'attendre à une diminution de 0,4 % de la fécondité (Zaba et Gregson, 1998). Toutefois les principales conséquences du Sida sur la fécondité, au-delà des baisses attendues, seront surtout indirectes du fait du bouleversement des ménages et des structures de reproduction et d'élevage des enfants.

Si l'on peut ainsi estimer l'impact négatif du VIH/Sida sur la fécondité globale des populations, au niveau des comportements individuels les choses sont très différentes. Face à la menace du Sida on pourrait s'attendre à une réduction volontaire de la fécondité chez les personnes qui se savent VIH+ : dans les enquêtes sur les perceptions et attitudes, on observe en effet dans tous les pays du monde l'opinion selon laquelle les personnes qui se savent infectées par le VIH/Sida devraient éviter toute nouvelle grossesse pour éviter de donner naissance à un enfant qui pourrait être infecté ou qui pourrait se retrouver orphelin quelques années plus tard.

Les programmes qui suivent des femmes infectées par le VIH délivrent d'ailleurs des conseils en ce sens. Dans cet ouvrage, Valériane Leroy dresse un bilan de ce qui est proposé comme méthodes contraceptives, après la grossesse, aux femmes dépistées dans le cadre d'un programme de prévention de la transmission mère-enfant. Si les équipes médicales ont pour mission de respecter le désir d'enfant des femmes infectées par le VIH et de l'accompagner dans les meilleures conditions possibles, elles se doivent aussi de tout mettre en oeuvre pour éviter chez ces femmes la survenue de grossesses non désirées. Les mois qui suivent l'accouchement constituent une période particulièrement vulnérable en la matière : afin d'éviter tout risque de grossesse non désirée, il faut que les femmes aient une protection contraceptive avant la reprise des rapports sexuels, ce qui n'est pas toujours le cas. Renaud Becquet *et al.* examinent, à partir d'un programme mené à Abidjan, les besoins spécifiques des femmes en matière de contraception lors de cette période *post-partum* et les réponses envisageables.

Dans ce contexte de dépistage du VIH en consultation prénatale et de mise à disposition de méthodes contraceptives pour les femmes VIH+, on observe dans de nombreux pays, en France par exemple, qu'effectivement l'annonce de l'infection par le VIH est un frein net aux projets de procréation (Fourquet *et al.*, 2001). En Thaïlande, on retrouve le même phénomène. L'étude présentée ici par Camille Lallemand et ses collègues, qui révèle un fort taux de stérilisation chez des femmes après qu'elles aient été dépistées VIH+, en est une claire illustration. En Afrique la situation est très différente : le dépistage du VIH et l'information qui l'accompagne (conseils de protection des rapports sexuels et de contraception, délivrance gratuite des préservatifs et contraceptifs), ne sont pas suivis d'un arrêt ou d'un ralentissement de la procréation chez les femmes séropositives. Une étude menée au Rwanda il y a dix ans avait au contraire montré que les femmes qui avaient moins de quatre enfants se « dépêchaient » alors de faire un autre enfant, comme s'il fallait atteindre un nombre idéal d'enfants, malgré cette découverte de leur infection par le VIH (Allen *et al.*, 1993 ; Keogh *et al.*, 1994). On a retrouvé la même chose en Côte d'Ivoire (Aka Dago *et al.*, 1999 ; Desgrées du Loû *et al.*, 2002), et cette difficulté des femmes à remettre en cause leur projet de procréation, face à la menace du VIH, est confirmée et illustrée dans cet ouvrage par l'analyse menée par Annick Tijou Traoré auprès de couples séro-différents à Abidjan.

En effet sur le continent africain, la fécondité reste un élément central de l'identité de la femme. Cela apparaît dans l'analyse d'itinéraires de femmes de Bouaké, en Côte d'Ivoire, proposée par Chrystelle Grenier-Torres : même si l'on voit émerger des changements dans la condition de la femme en Afrique, au sein des rapports de genre en particulier, la procréation reste un des piliers de l'identité féminine.

Il est ainsi difficile pour une femme de décider de ne plus avoir d'enfant sans s'exposer à d'importants risques sociaux : celui d'être rejetée par le partenaire, par la belle famille, mais aussi celui d'être étiquetée comme « malade » puisque non fertile. Au contraire, une nouvelle grossesse rassure l'entourage, mais aussi la femme elle-même, sur sa santé et sa fécondité. L'enfant est ainsi à la fois gage de solidité pour le couple et gage de survie pour l'individu. Aussi, le projet de procréation, loin d'être remis en cause par l'annonce de l'infection par le VIH, en est ravivé. Il ne faut pas voir là un aveuglement total des femmes africaines ou une méconnaissance absolue des risques que représente le fait d'avoir un enfant en étant infectée par le VIH, mais le choix du « moindre risque » : le plus souvent bien portantes, même si elles sont séropositives, ces femmes espèrent qu'elles vivront suffisamment pour élever un enfant qui leur est nécessaire. Elles comptent sur les solidarités familiales en cas de malheur, et elles attendent surtout des programmes de prévention de la transmission mère-enfant, au sein desquels elles ont été dépistées pour la plupart, qu'ils les aident à donner naissance à un enfant sain.

3. Les programmes de prévention de la transmission mère-enfant du VIH : éléments-clés de la lutte contre l'épidémie dans les pays du Sud

Une femme enceinte infectée par le VIH peut transmettre le virus à l'enfant à plusieurs moments successifs : au cours de la grossesse, au cours de l'accouchement, et aussi après la naissance via le lait maternel. On estime qu'en l'absence de tout traitement, environ un enfant sur quatre né de mère infectée par le VIH sera lui-même infecté.

Sophie Le Coeur fournit dans cet ouvrage une très bonne synthèse de l'histoire récente et des potentialités actuelles en matière de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant. Depuis 1999, il existe en effet des programmes de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, peu coûteux et applicables dans des contextes de pays en développement. La transmission au cours de la grossesse se faisant majoritairement à la fin de la grossesse et lors de l'accouchement, les programmes actuels consistent en l'administration d'une combinaison d'anti-rétroviraux au cours du dernier mois de la grossesse et lors de l'accouchement.

Depuis 1999, également, le risque de transmission du VIH par le lait est lui aussi pris en compte, même dans les contextes d'allaitement maternel généralisé comme c'est le cas en Afrique. Toutefois les recommandations internationales restent très prudentes en la matière : les femmes infectées par le VIH doivent être « aidées à utiliser des aliments de remplacement pour éviter le lait maternel lorsque c'est possible », et, surtout, doivent décider librement du mode d'alimentation de leur enfant après avoir été informées du risque de transmission postnatal du VIH. En pratique, le sevrage précoce est recommandé lorsque l'allaitement artificiel dès la naissance n'est pas possible (WHO/UNICEF/UNFPA/UNAIDS, 2003).

Le risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant, de plus de 20 % en l'absence de traitement, tombe grâce à ce type de programme à moins de 6 % dans des contextes d'allaitement maternel généralisé, et à moins de 2 % lorsqu'il n'y a pas d'allaitement maternel.

Ces programmes de prévention de la transmission mère-enfant, relativement faciles à mettre en oeuvre et actuellement en extension à large échelle, font de la consultation prénatale un lieu privilégié d'une prévention globale des risques du Sida, notamment parce qu'ils introduisent une proposition de dépistage du VIH qui touche un large public. En effet, encore aujourd'hui, le dépistage volontaire reste rare dans les pays du Sud les plus touchés par l'épidémie, en particulier en Afrique. Avec le développement à large échelle des programmes de prévention de la transmission mère-enfant du VIH, les consultations prénatales deviennent un des lieux majeurs du dépistage du VIH : on y propose aux femmes enceintes un dépistage pour pouvoir, en cas d'infection par le VIH, les faire bénéficier du traitement permettant de réduire le risque de transmission du virus à leur enfant. Les mêmes femmes qui auraient refusé le dépistage en d'autres

lieux l'acceptent en prénatal « pour leur enfant ». Ce dépistage en prénatal a des conséquences sur la santé de l'enfant à venir, mais permet aussi une prévention de la transmission sexuelle : les femmes apprenant qu'elles sont séropositives reçoivent un traitement pour limiter le risque de transmission du virus à l'enfant, mais elles reçoivent aussi le conseil de protéger leurs rapports sexuels pour éviter d'infecter leur(s) partenaire(s). Quant aux femmes qui apprennent à l'occasion de ce dépistage qu'elles sont séronégatives, l'étude présentée par Hermann Brou dans la troisième partie de cet ouvrage montre clairement comment, suite à cette « bonne nouvelle », elles instaurent de façon quasi systématique un dialogue autour du VIH avec leur conjoint pour éviter d'être infectées par la suite. En particulier, cette étude montre comment ce dépistage proposé en prénatal permet d'atténuer les disparités sociales de la prévention conjugale en donnant aux femmes les moins instruites les moyens d'établir un dialogue au sujet du VIH.

En créant une opportunité de dépistage et de conseils de prévention VIH au sein des structures prénatales, non habituellement dévolues à la prévention du Sida et recevant une grande partie de la population adulte féminine, les programmes de prévention de la transmission mère-enfant constituent ainsi un nouvel espoir pour le développement de la prévention du Sida.

Les grands absents de ces consultations prénatales restent bien sûr les hommes qui parfois, mais rarement, y accompagnent leurs conjointes et qui, de ce fait, sont encore peu touchés par cette proposition de dépistage. Cela crée des difficultés dans les couples concernés, les femmes hésitant à se confier à leur partenaire lorsqu'elles sont VIH+, bien qu'elles le souhaitent. Quelques projets pilotes tentent d'ailleurs, lorsque c'est possible, de proposer le dépistage au couple et pas seulement à la femme, tout en garantissant le respect de la confidentialité individuelle (Baiden *et al.*, 2005 ; Semrau *et al.*, 2005).

Outre cet aspect du dépistage proposé aux femmes enceintes, outil de prévention de la transmission sexuelle du VIH, ces programmes dits de PTME ont pour objectifs, comme leur nom l'indique, d'éviter que les enfants nés de mère VIH+ ne soient infectés par le VIH. Comme le montre Sophie Le Coeur, cette prévention de la transmission verticale, bien que facile à mettre en oeuvre en théorie, n'est pas toujours au rendez-vous, tant à cause de facteurs sociaux et culturels qu'à cause de blocages internes aux systèmes de santé des pays concernés. Le chapitre de Pascale Hancart-Petitot explique ainsi comment, en Inde, le personnel médical peut être un frein à l'efficacité d'un programme de PTME, dans un contexte de fort ostracisme par rapport à l'infection par le VIH. Deux expériences de passage à grande échelle de tels programmes de PTME nous sont proposées, à Haïti (Marie-Marcelle Deschamps *et al.*) et à Abidjan (Madiarra Coulibaly *et al.*), et esquissent quelles sont les conditions de réussite d'une telle opérationnalisation de programme pilote (volonté politique, coordination entre les différents services...) et quels en sont, au contraire, les obstacles (stigmatisation du service de PTME au sein de la structure de santé, ruptures de la confidentialité, craintes des femmes de la réaction de leur conjoint si elles se découvrent infectées par le VIH...). Le chapitre de Alice Desclaux et de son équipe nous conduit enfin à réfléchir sur les difficultés de ce « choix informé » que sont censées faire les femmes séropositives en ce qui concerne l'alimentation de leur

enfant. Ces chercheurs s'interrogent sur la faisabilité d'un tel choix selon l'environnement culturel, les risques de stigmatisation, les risques biologiques et la relation soignant-soigné. Les travaux de Madina Querre en Afrique de l'Ouest, de Soizick Crochet au Cambodge et de Lucy Thairu en Afrique du Sud rappellent les difficultés sociales et financières que rencontrent les femmes VIH+ qui souhaitent éviter l'allaitement maternel, et montrent quelles stratégies peuvent adopter les femmes pour éviter la transmission postnatale du VIH par le lait, malgré ces obstacles culturels, sociaux et économiques.

Conclusion

Cet ouvrage rassemble les contributions de chercheurs de diverses disciplines (anthropologues, sociologues, démographes, épidémiologistes) ainsi que quelques contributions de médecins en charge de programmes opérationnels. Cette diversité de culture scientifique induit une grande diversité dans la forme des travaux présentés. Plutôt que de « lisser » ces différences, nous les avons respectées, considérant qu'elles sont aussi la marque de la pluridisciplinarité qui a fait la richesse d'une telle rencontre.

Ces différentes approches convergent vers un constat commun : sexualité et procréation sont très liées, et constituent les deux principales voies de transmission du VIH sur le continent africain, le plus touché par l'épidémie ; il est, dès lors, indispensable aujourd'hui de ne plus compartimenter les types de prévention du Sida dans des programmes verticaux ciblés sur des « groupes à risque », mais au contraire de profiter de toutes les opportunités pour prévenir toute transmission du VIH, qu'elle soit horizontale ou verticale. Ainsi, la prévention du Sida peut et doit être menée à tous les niveaux des programmes de santé reproductive : au sein des programmes de lutte contre les MST, bien sûr, comme cela est fait depuis toujours, mais aussi dans les consultations prénatales et postnatales où il est possible de développer à la fois une prévention de la transmission sexuelle et de la transmission mère-enfant, ou encore dans les programmes de planification familiale. Vu l'ampleur de l'épidémie et les difficultés rencontrées par les programmes de prévention, toutes les synergies entre les campagnes d'information et de prévention doivent être développées dans cette sphère sexualité-procréation.

Bibliographie

- Aka-Dago-Akribi H., Desgrées du Loû A., Dossou R. et Msellati P., 1999 - Issues surrounding reproductive choice for women living with HIV in Abidjan, Côte d'Ivoire. *Health Reproductive Matters*, 7 : 20-29.
- Allen S., Meizen-Derr J., Kautzman M. *et al.*, 2003 - Sexual behavior of HIV discordant couples after HIV counseling and testing. *AIDS*, 17, 5 : 733-40.
- Allen Susan, 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.
- Auvert B., Buvé A., Ferry B., Caraël M., Morison L., Lagarde E., Robinson N.J., Kahindo M., Chege J., Rutenberg N., Musonda R., Laourou M., Akam E., 2001 - for the Study Group on the Heterogeneity of HIV Epidemics in African Cities. "Ecological and individual level analysis of risk factors for HIV infection in four urban populations in sub-Saharan Africa with different levels of HIV infection". *AIDS*, 15, suppl. 4 : S15-S30.
- Baiden F., Remes P., Baiden R., Williams J., Hodgson A., Boelaert M., Buve A., 2005 - Voluntary counseling and HIV testing for pregnant women in the Kassena-Nankana district of northern Ghana: is couple counseling the way forward? *AIDS Care*, 17 : 648-57.
- Bajos N., 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.* ANRS.
- Bond V. and Dover P., 1997 - Men, women and the trouble with condoms : problems associated with condom use by migrant workers in rural Zambia. *Health Transition Review*, suppl. vol. 7 : 377-391.
- Bozon M. et Leridon H., 1993 - Les constructions sociales de la sexualité. *Population*, 5 : 1173-1196.
- Bozon M. et Hertrich V., 2004 - Sexualité préconjugale et rapports de genre en Afrique : une comparaison avec l'Amérique Latine. in *Santé de la reproduction au temps du Sida en Afrique*, Guillaume A. et Khlat M. (Eds). Les Collections du CEPED, série Rencontres, 35-53.
- Buvé A., Lagarde E., Caraël M., Rutenberg N., Ferry B., Glynn J.R., Laourou M., Akam E., Chege J., Sukwa T., 2001 - for the Study Group on Heterogeneity of HIV Epidemics in African Cities. Interpreting sexual behaviour data: validity issues in the multicentre study on factors determining the differential spread of HIV in four african cities. *AIDS*, 15, suppl. 4 : S117-126.

- 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.* ANRS.
- Caraël M. et Holmes K., 2001 - The multicentre study of factors determining the different prevalences of HIV in sub-Saharan Africa. *AIDS*, 15, suppl. 4, 132 p.
- Cleland J. and Ferry B. (Eds), 1995 - *Sexual Behaviour and AIDS in the Developing World*. London, Taylor and Francis, 245 p.
- Cohen D. et Reid E., 1999 - The vulnerability of women : is this a useful construct for policy and programming ? in *Vivre et penser le SIDA en Afrique*, Becker *et al.* (Eds). Codesria-Karthala-IRD, 377-388.
- Dabis F., Ekpini E.R., 2002 - HIV-1/AIDS and maternal and child health in Africa. *Lancet*, 359 (9323) : 2097-2104.
- Dabis F., Newell M.L., Fransen L., Saba J., Lepage P., Leroy V. *et al.*, 2000 - Prevention of mother-to-child transmission of HIV in developing countries: recommendations for practice. *Health Policy Plan*, 15, 1 : 34-42.
- Desgrées du Loû A., Msellati P., Viho I. *et al.*, 2002 - Contraceptive use, protected sexual intercourse and incidence of pregnancies among African HIV-infected women. Ditrane ANRS 049 project, Abidjan, 1995-2000. *Int. J. STD AIDS*, 13, 7 : 462-8.
- D'Ubaldo C., Pezzotti P., Rezza G. *et al.*, 1998 - Association between HIV1 infection and miscarriage : a retrospective study. *AIDS*, 12 : 1087-93.
- Duerr A., Hurst S., Kourtis A.P., Rutenberg N., Jamieson D.J., 2005 - Integrating family planning and prevention of mother-to-child HIV transmission in resource-limited settings. *Lancet*, 366 (9481) : 261-263.
- Ekouevi D., Tonwe-Gold B., Dabis F., 2005 - Advances in the prevention of mother-to-child transmission of HIV-1 infection in resource limited settings. *The AIDS Reader* : 479-492.
- Fathalla M.F., 1992 - Reproductive health in the world: two decades of progress and the challenge ahead. in *Reproductive health: a drey to a brighten future*, Khanna J., Van Look P.F.A. and Griffin P.D. (Eds). Biennal raport 1990-1991, special 20th anniversary issue. Geneva ,World Health Organisation, 3-31.
- Ferry B., Caraël M., Buvé A., Laourou M., Kanhonou L., de Loenzien M., Akam E., Chege J., Kaona F., 2001 - for the Study Group on Heterogeneity of HIV Epidemics in African Cities (2001). Comparison of key parameters of sexual behaviour in four African urban populations with different levels of HIV infection. *AIDS*, 15, suppl. 4 : S41-S51.
- Fourquet F., Le Chenadec J., Mayaux M.J. et Meyer L., 2001 - for the SEROCO and SEROGEST Group. Reproductive behaviour of HIV infected women being in France according to geographical origin. *AIDS*, 15, 16 : 2193-96.
- Gray R., Waver M., Serwadda *et al.*, 1998 - Population-based study of fertility in women with HIV-1 infection in Uganda. *The Lancet*, 351 : 98-103.

- Hubert M., Bajos N. et Sandfort, T., 1998 - *Sexual behaviour and HIV/AIDS in Europe. Comparisons of national surveyx*. London, Taylor and Francis.
- Keogh P., Allen S., Almedal C., Temahagili B., 1994 - The social impact of HIV infection on women in Kigali, Rwanda : a prospective study. *Soc. Sci. Med.*, 38, 8 : 1047-53.
- Orubuloye I.O., Caldwell J., Caldwell P., 1997a - Men's sexual behavior in urban and rural Southwest Nigeria : its cultural, social and attitudinal context. *Health Transition Review*, suppl. vol. 7 : 315-328.
- Semrau K., Kuhn L., Vwalika C., Kasonde P., Sinkala M., Kankasa C., Shutes E., Aldrovandi G., Thea D.M., 2005 - Women in couples antenatal HIV counseling and testing are not more likely to report adverse social events. *AIDS*, 19 : 603-9.
- UNAIDS, 2004 - Report on the global AIDS epidemic - 4th Global Report. Geneva, UNAIDS. Report UNAIDS/04.16E.
- Zaba B. and Gregson S., 1998 - Measuring the impact of HIV on fertility in Africa. *AIDS*, 12, suppl. 1 : S41-S50.

Première partie

**SEXUALITÉ ET COMPORTEMENTS SEXUELS
FACE AU RISQUE DE VIH/SIDA**

Sexualité et prise de risque face au VIH/Sida

Nathalie Bajos

Les travaux présentés dans cette partie « sexualité et comportements face au risque de VIH/Sida » explorent différents enjeux des liens complexes entre sexualité et prise de risque. Ce texte propose un cadre conceptuel pour analyser ces liens et mieux mettre en perspective des résultats qui portent sur des aspects complémentaires de la prise de risque et sur différentes populations.

Dans un premier temps, seront présentées deux grandes approches d'analyse de la prise de risque en santé publique : l'approche objectiviste et l'approche constructiviste et leur complémentarité sera discutée. Puis, je proposerai une problématique sociologique d'analyse des comportements sexuels face au risque qui peut se décliner dans des contextes variés et auprès de différentes populations.

Les différentes approches du risque en Santé Publique

Le concept de risque est un concept central en Santé Publique, qu'il s'agisse de décrire l'état de santé d'une population, d'identifier des facteurs de risque, d'analyser la façon dont les individus s'adaptent à un risque donné et dont la société y répond, ou de s'interroger sur les logiques socio-politiques qui président à la gestion sociale du risque (Castel, 1981 ; Friedson, 1984 ; Memmi, 2000). Le terme de risque est extrêmement polysémique (Assailly, 1992) et cette polysémie dépasse le cadre des frontières disciplinaires (épidémiologie, démographie, sociologie, économie, psychologie). S'agissant de rendre compte du décalage entre les pratiques concrètes et le discours public sur un risque donné, différentes orientations de recherche peuvent être développées selon le statut que le chercheur accorde au risque. On peut retenir deux orientations principales, en reprenant la distinction proposée par Augé et Herzlich (Augé et Herzlich, 1984) entre deux paradigmes fondateurs pour les sciences sociales (Bajos, 1997).

La définition institutionnelle du risque : un postulat pour l'analyse

D'une part les recherches qui considèrent la définition médicale du risque comme un postulat pour l'analyse; dans ces recherches dites « objectivistes », la dimension sociale du problème de santé est constituée de l'ensemble des facteurs qui viennent affecter le fait biologique premier, ici l'exposition au risque. Les recherches de ce type font l'hypothèse implicite que la protection de sa santé est la logique la plus déterminante pour rendre compte du comportement d'un individu. L'analyse consiste alors à expliquer les écarts au comportement de protection (ne pas s'exposer à un facteur de risque) qui a un statut premier et rationnel. Même si d'autres logiques de comportement sont explorées, leur rôle est interprété au regard d'une logique sanitaire. On cherche ainsi à identifier les facteurs individuels d'exposition au risque et de prise de risque, ce qui caractérise la démarche adoptée en épidémiologie, en psychologie sociale (Paicheler, 1993) et en économie (Moatti *et al.*, 1997). S'agissant plus précisément des risques liés à l'activité sexuelle, et en particulier le risque de transmission sexuelle de l'infection à VIH, le risque est défini comme l'absence d'utilisation de moyens de protection lors d'un rapport sexuel. De fait, comme le souligne Marcel Calvez (Calvez, 2004), le risque est *naturalisé*, car « défini en dehors de toute détermination sociale » et aussi *neutralisé* par « l'attention portée à la vulnérabilité des individus qui neutralise les débats sur les attributions de responsabilité à autrui » (qu'il s'agisse du partenaire sexuel, ou des décideurs politiques) ; chaque individu devient responsable pour lui-même.

Cette perspective de l'individualisation des risques qui caractérise la société du risque (Beck, 2001) connaît un succès croissant depuis quelques années dans le domaine de la santé publique. Si ces approches objectivistes, où la prévision prime sur la compréhension (*black box epidemiology*), permettent une bonne description de la prise de risque, en fonction de variables sociales, démographiques, économiques, psychologiques, médicales, elles souffrent souvent d'un manque d'explications compréhensives (Peretti-Wattel, 2004), que le recours à des modèles d'analyse multivariée qui intègrent des variables sociales ne supplée pas.

La construction sociale de la définition du risque

D'autre part, dans une perspective complémentaire, les recherches dites « constructivistes » considèrent que le risque n'est pas une donnée préalable à l'expérience sociale des acteurs et l'appréhendent comme une construction sociale produite par la confrontation des intérêts, savoirs et pratiques des différents acteurs sociaux. Les individus élaborent leur propre définition du risque qui ne se résume pas nécessairement à une opposition binaire : risque présent/absent, mais qui peut intégrer différents niveaux de risque (de très faible à très important), en fonction du contexte microsocial et épidémiologique dans lequel ils se trouvent. Selon le degré de concordance entre cette définition et la définition sociale du risque, l'individu peut s'inscrire dans un processus de déni du risque ou, au contraire, peut adhérer à cette

définition, sans que la conscience du risque ne le conduise d'ailleurs nécessairement à se protéger. Contrairement aux approches dites objectivistes, aucune prééminence n'est en effet accordée *a priori* à la logique sanitaire qui n'en demeure pas moins une logique d'analyse. Mais il s'agit d'étudier comment elle s'articule à d'autres logiques sociales, culturelles, psychologiques, considérant qu'elle peut entrer en contradiction avec elles, ou au contraire les renforcer (Douglas et Calvez, 1990). Ces approches permettent une analyse de la gestion individuelle, mais toujours socialement construite, de la prise de risque. Dans le domaine du Sida, la prise en compte de la dimension relationnelle de la gestion d'un risque lié à la sexualité a été favorisée par les résultats des recherches dites objectivistes, qui mettaient en évidence la diversité des pratiques préventives selon le type de partenaires. A partir de ce constat, des approches relationnelles se sont développées depuis les années 90, montrant que la survenue d'un rapport sexuel non protégé prenait sens comme un élément, certes particulier, de la relation. La prise de risque peut ainsi faciliter la construction d'une nouvelle identité, une quête de reconnaissance, et permettre des actions qui visent à consolider la relation ou la conduire à son terme (Van Campenhoudt, 1997). En outre, cette prise de risque se construit dans l'interaction sexuelle et dépend des capitaux que chacun des partenaires va y mobiliser. Dans cette optique, il ne s'agit pas de nier les déterminations sociales et culturelles mais de considérer qu'elles fonctionnent à travers le filtre des expériences relationnelles.

La perspective constructiviste conduit à appréhender la prise de risque non plus comme *l'élément central* de l'analyse scientifique mais bien comme le *révélateur* des rapports sociaux qui structurent l'activité sexuelle appréhendée comme une activité sociale. Ce qui implique de renverser le paradigme : comprendre ce qui structure la sexualité pour appréhender la prise de risque et non comprendre les pratiques de prise de risque en tenant compte de la sexualité (Simon et Gagnon, 1986).

Approche sociologique des pratiques sexuelles et préventives

Dans une perspective sociologique, c'est le « non sexuel » qui donne sa signification au sexuel et non l'inverse (Godelier, 1995) et la sociologie de la sexualité, qui traite des actes, des relations et des significations, vise à établir les relations multiples entre des phénomènes sexuels et d'autres processus sociaux (Bozon, 2002). En rupture avec les approches naturalisantes qui posent le comportement sexuel comme résultant de conflits entre les pulsions sexuelles et la société qui fonctionnerait comme loi et principes répressifs canalisant l'instinct sous une forme acceptable, la sociologie de la sexualité permet ainsi de rendre compte de la diversité des pratiques sexuelles, diversité établie dès les années 30 par les travaux anthropologiques (Mauss, 1950) et plus récemment par les grandes enquêtes sur les comportements sexuels (Cleland et Ferry, 1995 ; Hubert *et al.*, 1998).

Le cadre théorique proposé par les sociologues dans la théorie des scripts sexuels (Gagnon et Simon, 1973) peut être sollicité pour comprendre ce qui se joue dans l'acte sexuel (Bajos, 2005). Pour ces auteurs, un acte ne peut être vécu comme sexuel que s'il est déjà défini socialement comme tel. La société est ainsi conçue comme un principe de production des conduites et motivations, qui attribue à un certain nombre de conduites et de contacts corporels des significations sexuelles : elle édicte les scénarios possibles de la sexualité et ceux qui sont socialement prescrits. Si cette production normative était auparavant le fait de grandes institutions (Eglise, Famille), les sources de production et de contrôle social sont aujourd'hui beaucoup plus diversifiées (médecine, psychologie, école, media, pairs...) et donc possiblement contradictoires entre elles. Dans le cadre du processus de civilisation qui s'opère avec le passage de la contrainte sociale à l'auto-contrôle (intérieurisation des contraintes et auto-contrôle des pulsions) (Elias, 1975), l'individu a de plus en plus à gérer ces contradictions normatives (Foucault, 1975 ; Ehrenberg, 1998 ; Marquet, 2004). La dimension contradictoire du contexte normatif dans le domaine de la sexualité tient aussi de la juxtaposition de deux grands modèles de référence : celui d'une sexualité dont la légitimité renvoie au contexte statutaire dans lequel elle s'exerce à celui d'une sexualité dont la légitimité renvoie avant tout au consentement des partenaires, ce passage ayant été autorisé par la disponibilité récente de la contraception médicale qui introduit une véritable rupture dans la manière de vivre la sexualité, en particulier pour les femmes (Héritier, 1996 ; Bajos et Ferrand, 2004).

Ces scénarios culturels de la sexualité ne sont certes pas entièrement prédictifs des conduites effectives ; ils en sont le cadre de référence. Ils sont interprétés par les acteurs sociaux qui élaborent, au niveau intrapsychique, des « scripts » qui s'appuient sur des éléments très divers qui renvoient à leur expérience réelle ou fantasmée, et, au niveau interpersonnel, des « scripts » qui tiennent compte de ce qu'ils savent ou pensent possible avec certains partenaires. Les scripts intrapsychiques et interpersonnels sont rappelés au moment de la négociation des conduites entre les partenaires. Ils peuvent être pensés ou joués : un rapport ou une pratique (sexuelle ou préventive) peut être souhaité mais non proposé, proposé et non réalisé, proposé et réalisé, non souhaité et réalisé. Ce qui va finalement se produire (y aura-t-il un rapport sexuel ? Quelles en seront les caractéristiques ? Le rapport sera-t-il protégé ?), dépend de la négociation, qu'elle soit implicite ou explicite, qui est commandée par les conditions sociales de l'interaction. Cette négociation fait intervenir deux acteurs aux ressources et au pouvoir inégaux et qui ne font pas nécessairement la même lecture des scénarios culturels.

C'est peut-être l'absence de développement théorique autour de la négociation qui a conduit les auteurs de la théorie des scripts sexuels à poser comme implicitement symétriques les positions des partenaires sexuels et à laisser de côté une dimension fondamentale des scénarios culturels et des scripts, celle des conséquences des actes sexuels, essentielle dans les travaux sur les risques inhérents à la sexualité, qu'il s'agisse des enjeux préventifs ou contraceptifs. Cela conduit à souligner que si Gagnon et Simon invitent à rompre avec une approche naturaliste et biologisante de la sexualité, ils n'intègrent cependant pas, dans ce travail de dénaturalisation, ce qui est toujours mis en avant comme le plus naturel, c'est-à-dire la différence homme/femme.

Ils laissent ainsi de côté le caractère inéluctablement sexué de la construction sociale des significations sexuelles (Bajos et Ferrand, 2004).

Comme toute pratique sociale, les pratiques sexuelles s'inscrivent en effet simultanément dans plusieurs rapports sociaux, et notamment des rapports de genre, de classes et de générations. Pour analyser les scripts culturels, interpersonnels et intrapsychiques d'une part, et pour rendre compte des conditions de la négociation d'autre part, les rapports de genre apparaissent les plus structurants, tant d'un point de vue théorique (Godelier, 1995 ; Bourdieu, 1998 ; Héritier, 1996) que de celui de l'observation (Cleland et Ferry, 1995 ; Hubert *et al.*, 1998). Cette prééminence de la dimension de genre renvoie au fait que, comme le souligne Michel Bozon, « la reproduction a fait partie intégrante de l'ordre social et de l'ordre du monde et a continué à influencer les représentations de la sexualité, même quand la procréation a cessé d'en être le cœur » (Bozon, 2002). Cette conception d'une opposition « incommensurable » entre les hommes et les femmes est toutefois récente ; jusqu'au XVII^e siècle dominait la pensée aristotélicienne d'un continuum hiérarchisé entre les humains : les femmes étaient « seulement » des êtres moins aboutis physiquement, intellectuellement, moralement et donc socialement (Laqueur, 1992). Au XVIII^e siècle, les apports de la biologie, discipline alors en cours de constitution, posent l'idée d'une incommensurable différence des sexes liée à la spécificité de leur rôle dans le processus de reproduction (Laqueur, 1992) et rendent caduque cette justification métaphysique de la prééminence du masculin sur le féminin.

Grâce aux enquêtes récentes sur les comportements sexuels (Cleland et Ferry, 1995 ; Hubert *et al.*, 1998), on peut caractériser les scénarios culturels qui prévalent aujourd'hui dans une société en reprenant le quadruple rapport entre masculin et féminin proposé par Maurice Godelier (1995) ; ce rapport structure les représentations implicites qui permettent aux rapports sociaux de genre de se produire et de se reproduire, ou de s'atténuer. Le rapport de *complémentarité* peut renvoyer au primat de la pénétration (pénétrant/pénétré-e), celui d'*opposition* au primat de la norme hétérosexuelle, celui de *hiérarchie* au rôle dominant de l'homme dans l'acte sexuel (qu'illustre le fait que c'est le plus souvent à l'homme que revient la décision de solliciter l'acte sexuel) et enfin celui d'*englobement* (ou d'assimilation) au primat du plaisir sexuel masculin à l'aune duquel est souvent pensé celui de la femme dont la sexualité reste largement cantonnée au registre de l'affectivité. Ce système de sexe serait à l'œuvre au niveau des scénarios culturels mais aussi des scripts intrapsychiques et interpersonnels par intériorisation et expérimentation de ces normes et pratiques (Bajos, 2005). Il évolue au cours du temps, sous la pression des mutations sociales que connaissent les sociétés (notamment en rapport avec l'évolution des scolarités féminines, le développement de la contraception médicalisée, entrée des femmes sur le marché du travail, etc.). Ainsi, par exemple, un certain rapprochement des attentes et des pratiques des femmes et des hommes en matière de vie sexuelle a pu être observé entre les années 70 et les années 90 dans plusieurs pays européens (Hubert *et al.*, 1998), même si le clivage sexualité masculine/sexualité féminine reste de mise autour d'un axe plaisir/affectivité.

Toutefois, les rapports sociaux de genre, s'ils sont sans doute les plus structurants, ne sont pas les seuls à modeler les pratiques sexuelles. Comme le souligne Michel Bozon

(1998), le comportement sexuel est une élaboration de plus en plus progressive qui reçoit des interprétations et des ré-interprétations tout au long des trajectoires biographiques. L'acquisition de cette expérience renvoie tout autant à l'âge qu'à la génération et se constitue différemment selon l'appartenance sociale des individus.

En outre, dans la capacité d'exprimer ses attentes et dans la négociation implicite ou explicite qui se tiendra en cas de non concordance des attentes des deux partenaires, d'autres éléments qui relèvent de l'affectif, de l'émotion, du désir et du plaisir peuvent venir médier fortement, dans certaines configurations relationnelles, le jeu des rapports sociaux. La compréhension des pratiques sexuelles ne saurait donc se résumer à une prise en compte des rapports sociaux, fussent-ils de sexe, et d'autres capitaux que les capitaux sociaux doivent être convoqués. En outre, ce qui se joue dans l'échange sexuel n'est pas autonome des autres champs sociaux. La sexualité peut s'échanger contre du non sexuel, au-delà des rapports dits de prostitution (Tabet, 1985), et permettre par exemple à un couple de se maintenir.

Le sens et les conditions de cet échange sont loin d'être figés et dépendent de la valeur attribuée à la sexualité et des cadres sociaux, économiques et politiques dans lesquels elle s'exerce.

Cette approche microsociale de la sexualité permet d'appréhender le poids des rapports sociaux de sexe dans le champ particulier des pratiques sexuelles et préventives, dont on peut penser qu'ils se construisent différemment que dans les autres champs. En effet, d'une part des éléments émotionnels et de plaisir interfèrent dans le jeu des rapports sociaux, d'autre part, la diversification des normes des expériences sexuelles pourrait favoriser l'adoption de pratiques subversives socialement au sens où elles « se situent en dehors -du système de sexe qui fonde le genre comme processus social » (Lefevre, 2003).

Au total, l'approche objectiviste permet d'identifier les caractéristiques des personnes, voire des relations, concernées par les risques liés à l'activité sexuelle. L'approche constructiviste de la prise de risque permet, quant à elle, d'appréhender les scénarios culturels et les scripts de la sexualité (pratiques, normes et relations), qui intègrent les scénarios préventifs (utilisation du préservatif, pratiques non pénétratives, etc.) et contraceptifs (norme contraceptive). En s'appuyant sur la théorie des scripts, réaménagée de manière à tenir compte des rapports sociaux, de sexe en particulier, on peut ainsi saisir ce qui se joue dans les rapports sexuels et la place possible des pratiques préventives. L'approche constructiviste permet ainsi d'analyser pourquoi le risque n'est pas pris en considération par les partenaires ou, s'il l'est par l'un des partenaires au moins, comment les conditions de la négociation permettent ou non d'adopter finalement une pratique préventive.

Bibliographie

- Assailly J., 1992 - *Les jeunes et le risque*. Paris, Vigot.
- Augé M., Herzilch C., 1984 - *Le sens du mal*. Paris, Editions des archives contemporaines.
- Bajos N., 1997 - Social factors and the process of risk construction in HIV sexual transmission. *AIDS Care*, 9, 2 : 227-237.
- Bajos N., Ferrand M., 2004 - La contraception : levier réel ou symbolique de la domination masculine ? *Sciences sociales et Santé*, 22, 3 : 117-140.
- Bajos N., 2005 - *Sexualité et santé publique*. Mémoire pour l'Habilitation à Diriger des Recherches, Paris XI.
- Beck U., 2001 - *Risk Society, towards a new modernity*. London, Sage Publications.
- Bourdieu P., 1998 - *La domination masculine*. Paris, Seuil.
- Bozon M., 1998 - Amour, désir, durée. Cycle de la sexualité conjugale et rapports entre hommes et femmes. in *La sexualité aux temps du Sida*, Bajos N., Bozon M., Ferrand M., Giami A. et Spira A. (Eds). PUF, Paris, 175-234.
- Bozon M., 2002 - *Sociologie de la sexualité*, Nathan.
- Calvez M., 2004 - *La prévention du Sida, Les sciences sociales et la définition des risques*. Presses Universitaire de Rennes.
- Castel R., 1981 - *La gestion des risques*. Paris, Les éditions de Minuit.
- Cleland J. and Ferry B. (Eds), 1995 - *Sexual behaviour and Aids in the developing world*. London, Taylor and Francis.
- Douglas M. and Calvez M., 1990 - The self as a risk taker: a cultural theory of contagion in relation to AIDS. *The Sociological Review*, 38, 3 : 445-464.
- Ehrenberg A., 1998 - *La fatigue d'être soi. Dépression et société*. Odile Jacob.
- Elias N., 1975 - *La dynamique de l'Occident*. Calman-Levy.
- Ferrand M., 2004 - *Féminin, Masculin*. La Découverte.
- Friedson E., 1984 - *La profession médicale*. Paris, Payot.
- Gagnon J. and Simon W., 1973 - *Sexual Conduct*. Chicago, Aldine.
- Godelier M., 1995 - Sexualité et société. Propos d'un anthropologue. in *Sexualité et Sida*, Bajos N., Bozon M., Giami A., Doré V., Souteyrand Y. (Eds.). Paris, ANRS, collection Sciences Sociales et Sida, 117-122.
- Héritier F., 1996 - *Masculin/Féminin, La pensée de la différence*. Odile Jacob.
- Hubert M., Bajos N., Sandfort T., 1998 - *Sexual behaviour and HIV/Aids in Europe. Comparisons of National Surveys*. UCL Press.
- Laqueur T., 1992 - *La Fabrique du sexe. Essai sur le corps et le genre en Occident*. Gallimard.
- Lefevre N., 2003 - *Penser la dynamique du genre*. Mémoire pour l'habilitation à diriger des recherches, Université de Toulouse 2 Le Mirail.
- Marquet J., 2004 - *Normes et représentations*. Presses Universitaires de Bruxelles.
- Mauss M., 1950 - Les techniques du corps. in *Sociologie et Anthropologie*. PUF.
- Memmi D., 2000 - Vers une confession laïque ? La nouvelle administration étatique des corps. *Revue française de science politique*, 50, 1 : 3-19.

- Moatti J.P., Hausser D. and Agrafiotis D., 1997 - Understanding HIV Risk-related Behaviour: A Critical Overview of Current Model. in *Sexual Interaction and HIV Risk. New Conceptual Perspectives in European Research*, L. Van Campenhoudt, M. Cohen, G. Guizzardi and D. Hausser (Eds.). London, Taylor and Francis, 100-126.
- Paicheler G., 1993 - Comportements individuels ou autonomie sociale : la place des sujets dans la prévention. in *Adolescence et risque*. Paris, Syros, 215-222.
- Peretti-Watel P., 2004 - Du recours au paradigme épidémiologique pour l'étude des conduites à risque. *Revue Française de Sociologie*, 45, 1 :103-132.
- Simon W., Gagnon J., 1986 - Sexual scripts: permanence and change. *Archive of sexual Behaviour*, 15 : 97-120.
- Tabet P., 1985 - Fertilité naturelle, procréation forcée, in *L'arraisonnement des femmes*, Mathieu. Collection Cahiers de l'homme, eds. de l'EHESS, 61-146.
- Van Campenhoudt L., Cohen M., Guizzardi G., and Hausser D. (Eds.), 1997 - *Sexual Interaction and HIV Risk. New Conceptual Perspectives in European Research*. London, Taylor and Francis.

Les épidémies du VIH/Sida en République du Congo dans un contexte d'après guerre : disparités géographiques et pluralité des environnements à risque

Richard Lalou

Christophe Rogier, Marie Francke Puruenhce

et l'équipe d'investigation du Secrétariat Exécutif du PNL Congo¹

Introduction

En Afrique, comme ailleurs, la lutte contre le Sida s'est structurée à partir d'un classement des risques qui dessina, au moins au début de l'épidémie, des frontières discriminantes entre les groupes sociaux. Ces contours distinguaient généralement une sexualité décrite comme très permissive, et pour laquelle le multipartenariat, la fréquentation des professionnelles du sexe, le partenariat occasionnel et les réseaux d'échange en étaient – et en sont encore souvent – les marques les plus sollicitées (Caldwell *et al.*, 1989 ; Hrды, 1987 ; Rushton et Bogaert, 1989). Des segments de population, plus ou moins stables et circonscrits, ont très rapidement été considérés du fait de leurs comportements sexuels ou de leurs styles de vie, comme plus susceptibles de transmettre le VIH. Le remplacement du risque par la vulnérabilité, dans les discours scientifiques et des professionnels de la santé publique² a certes induit l'élargissement du répertoire des déterminations, avec la pauvreté et le statut des femmes comme critères de vulnérabilité. Reste que malgré cette évolution, les relations hétérosexuelles, déclarées comme le principal mode de transmission du VIH en Afrique subsaharienne, font toujours de l'activité sexuelle le seul paradigme vraiment utilisé pour l'analyse et pour la prévention du Sida sur ce continent (Packard et Epstein, 1991).

¹ H.J. Parra, B. Atipo, J.P. Nkouendolo Metouakebosso, B. Bikandou, S. Saragossi et M. Etchepare.

² Dans le langage de l'intervention, on parle alors de « groupes vulnérables prioritaires ».

Pourtant plus sans doute qu'ailleurs, le Sida est également, en Afrique, une maladie de l'exclusion sociale et des violences. Les taux d'infection sont en grande partie liés aussi aux conditions et aux contextes macroscopiques dans lesquels ces rapports ont lieu. Tous les pays africains fortement touchés par l'épidémie du Sida décrivent des histoires coloniales et post-coloniales, faites de déplacements massifs (et parfois forcés), de déstructuration économique, de corruption, de guerres civiles (souvent « ethnicisées »), d'inégalités sociales (parfois institutionnalisées) et sexuelles, de mauvaises gouvernances, de changements radicaux dans la culture et dans les modes de vie... (Barnett et Whiteside, 2002 ; Setel, 1996), autant de transformations qui ont profondément altéré la cohésion sociale et qui définissent aujourd'hui des environnements à risque et des populations à grande vulnérabilité.

Dans un environnement marqué par le VIH, le risque bien évidemment définit plus qu'une sexualité qui facilite la transmission du virus ; il exprime un ensemble de facteurs qui, à différentes échelles, agissent sur le rythme de propagation de l'épidémie. Ces facteurs sont en outre de natures diverses, disant autant des caractéristiques physiologiques, comportementales ou démographiques que des aspects macrosociaux, macroéconomiques, politiques ou écologiques. Enfin, l'analyse de l'épidémie du Sida par le prisme de ses « environnements » doit prendre en compte la variabilité du risque dans le temps et sur le territoire. Le risque attaché à un environnement n'est pas une donnée permanente ; son intensité et ses facteurs évoluent au gré des retournements de l'histoire et se construisent sur la carte sociale, culturelle et économique d'un pays ou d'une région. En somme, comme l'écrivent Barnett et Whiteside (2002) « chaque épidémie "nationale" n'est qu'un résumé artificiel de toutes les différentes sous-épidémies qui affectent des groupes sociaux ou des zones géographiques spécifiques ».

L'exemple de la République du Congo éclaire sans doute cette réflexion. Ce pays connaît depuis plus de deux décennies une crise structurelle profonde qui, à l'occasion du processus de démocratisation et du multipartisme engagé en 1991, a généré trois conflits armés successifs fortement dévastateurs. Ces conflits ont à leur tour aggravé la détérioration des conditions des populations, détruit la cohésion sociale et accentué la désorganisation des services de l'Etat. Pour autant, l'ensemble du territoire congolais n'a pas été affecté de la même façon par les guerres civiles et les bouleversements économiques. La capitale, Brazzaville, et la région du Pool ont été le théâtre des affrontements les plus longs et les plus violents. Le « Grand Niari » (soit les régions de Bouenza, Lekoumou et Niari), au sud-ouest du pays, a subi des attaques (y compris étrangères) pour les contrôles des populations rebelles et des richesses nationales (industrie pétrolière de Pointe-Noire). Enfin, le nord du pays, où se concentre une grande partie de l'industrie du bois, resta dans son ensemble à l'écart des conflits, mis à part sans doute quelques incursions militaires sporadiques (notamment dans la région des Plateaux). Contrairement à la guerre du Rwanda, contemporaine, les conflits de la République du Congo n'ont donc mobilisé ni toute la population³ ni tout le territoire national.

³ Les milices des différents belligérants (Cobras, Ninjas et Zoulous) ont enrôlé essentiellement de jeunes urbains de Brazzaville et du Pool, souvent marginalisés, déscolarisés et sans emploi (Dorier-Apprill, 1996)

Notre propos est donc d'interroger, à partir des enquêtes comportementales et de séroprévalence à VIH, ces disparités en caractérisant les différents environnements à risque. Pour cela, nous posons l'hypothèse que la détérioration plus ou moins forte de la cohésion sociale a produit, selon les environnements, des changements différents dans les pratiques sexuelles et une plus ou moins grande porosité des réseaux sexuels.

L'étude présentée ici examine explicitement les déterminants de l'infection à VIH en utilisant un cadre d'analyse qui tient compte (1) des pratiques et des croyances individuelles, (2) des disparités des contextes sociopolitiques et (3) des effets d'interaction produit par le genre sur chacun des systèmes d'explication. Le niveau macrosocial est ici approché par une analyse stratifiée selon de grands ensembles régionaux du Congo, diversement touchés par les guerres civiles de la fin du XX^e siècle.

Dans une première étape, nous présentons les concepts, les données et les méthodes utilisés dans notre étude après avoir exposé brièvement les contextes économiques et socioculturels du Congo d'après guerre. Dans un second temps, nous examinons les disparités géographiques de l'infection à VIH en comparaison avec celles des connaissances, des perceptions et des pratiques sexuelles. Nous discutons enfin du rôle de l'environnement social et politique (mobilité forcée, violences sexuelles, religion) sur les niveaux d'infection en République du Congo.

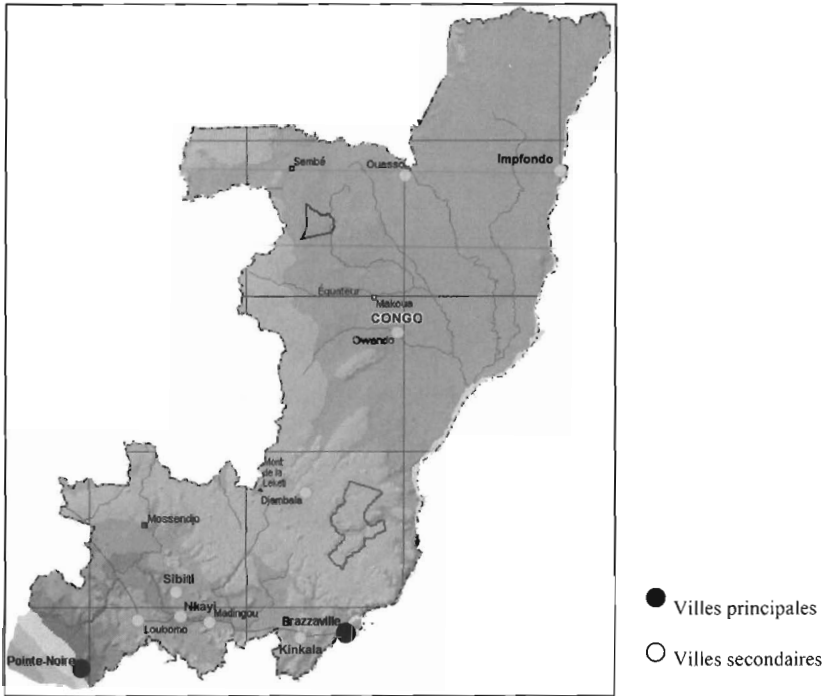
La république du Congo après la guerre : effondrement économique et rupture de la cohésion sociale

Dix ans de guerre civile sur fond d'ethnicisme et de régionalisme

Depuis la chute du parti unique, en 1991, et l'avènement de la démocratie, la République du Congo n'a cessé d'être déchirée par des guerres fratricides. Trois guerres civiles se sont succédé dans les années 90 (1993-94, 1997 et 1998-99), toutes interprétées sur le mode du tribalisme et des rivalités « pseudo-ethniques ». Avec le multipartisme, la classe politique s'est engouffrée dans l'argumentation ethnique qui a souvent servi d'unique programme pour les partis. Ainsi lors des élections présidentielles de 1992, toutes les formations politiques ont cherché à recruter leur électorat sur une base communautaire. Denis Sassou Nguesso, d'origine Mbochi, s'appuya sur les provinces du centre et du nord ; Bernard Kolélas, d'ethnie Lari, recruta ses partisans dans la région du Pool, et le Président nouvellement élu, Pascal Lissouba, fit appel à l'identité « Nibolek » ; une ethnie créée de toute pièce durant la campagne électorale. Le mot même est inventé à partir des premières lettres de trois régions administratives du Sud du pays : le Nlari, la BOuenza et le LEKoumou. Bien

évidemment, ce regroupement ne correspond alors à aucune identité réelle, ces trois régions au découpage purement administratif rassemblant des groupes culturels très divers. Si l'on ajoute que les Lari, comme les « Nibolek » se revendiquent « sudistes », contre les « nordistes » de D. Sassou Nguesso, la confusion entre appartenance ethnique, politique et régionale est alors totale et délibérément entretenue.

Figure 1 – Villes enquêtées en République du Congo



Loubomo est le nouveau nom de Dolisie

Ces confrontations ethniques trouvèrent leur inscription spatiale jusque dans les quartiers de Brazzaville, terrain privilégié des affrontements entre les milices. La population se distribua dans la capitale de façon à dessiner, entre les quartiers, une géographie des tensions partisans. B. Kolelas trouva un fief naturel dans les quartiers sud de Baongo et de Makékélé ; le quartier de Mfilou fut le bastion de P. Lissouba ; quant à D. Sassou Nguesso, il trouva appui sur les quartiers de Ouenzé et Talangaï au nord de la capitale. Brazzaville résuma donc l'ancrage spatiale que les partis politiques menèrent sur l'ensemble du pays (Dorier-Apprill, 1996).

Les deux dernières guerres (1997 et 1998-99) consacrèrent néanmoins la vieille opposition Nord/Sud, héritée des processus coloniaux de production de l'ethno-régionalisme et qui se figea dans les esprits avec la guerre de 1959, opposant les « Mbochis » de Opangault, pour le Nord, aux « Lari » de Youlou, dans le Sud

(Bernault, 1996 ; Tonda, 1998). La résurgence du vieux conflit fondateur, quarante ans plus tard, était donc pour les miliciens et les dirigeants, l'abcès qu'il fallait crever ; Sassou-Nguesso a déclaré à ce sujet qu'il n'y a qu'« une seule vérité politique, celle qui oppose le Nord et le Sud » (cité par Tonda, 1998).

Ces conflits, alimentés par la haine ethnique, ont eu toute une série de conséquences funestes, notamment pour la population civile. Les violents affrontements à Brazzaville et dans le Pool, puis dans les régions du sud-ouest, ont produit le déplacement d'environ 800 000 Congolais, soit 27 % de la population totale⁴ (Norwegian Refugee Council/Global Internally Displaced People Project, 2003). De nombreux actes de violence ont contribué à la désintégration des familles, à l'augmentation du nombre d'enfants abandonnés et orphelins et de personnes traumatisées, en particulier les femmes victimes de viol. Selon les sources, entre 10 000 et 50 000 personnes ont été tuées au cours de ces conflits et 27 à 30 000 femmes et jeunes filles ont été victimes de viols, notamment sur les routes de l'exode et dans les grandes villes du sud (Global IDP Project, 2004). Plusieurs observateurs et intervenants humanitaires ont alors parlé de « nettoyage ethnique ». Plus globalement, ces conflits ont produit une fragilisation du tissu social et de la cohésion communautaire. De plus, les systèmes administratifs, sanitaires et financiers de l'Etat ont été fortement désorganisés. Enfin, rappelons que la République du Congo est située au cœur d'une zone géopolitique qui a connu, ces dernières années, de nombreux troubles politiques et militaires. Des pays frontaliers instables (République Démocratique du Congo, République Centrafricaine et Rwanda) ont amené leurs flots de réfugiés dans le pays, soit environ 110 000 personnes, selon le Norwegian Refugee Council/Global Internally Displaced People Project (2003).

Une économie saccagée et une population fragilisée

En dépit de ses réserves pétrolières, le Congo est aujourd'hui considéré comme un des pays les moins développés ; il est classé, par la Banque Mondiale, parmi les pays à faible revenu et ne parvient pas à assurer son autonomie alimentaire (les importations alimentaires étaient estimées à 75 milliards de francs CFA en 1999). Avec un indice de développement humain de 0,533, en 1999, le Congo se plaçait au 135^e rang parmi les 174 pays analysés par le PNUD (République du Congo, 2002). Cet indice est en régression continue depuis les deux derniers conflits armés. Le Congo se caractérise en outre par une faiblesse du secteur privé, un état désastreux des infrastructures, une situation financière très difficile et une économie qui repose presque uniquement sur la rente pétrolière et la production de bois. La production de pétrole (environ 10 millions de tonnes par an) représente 60 % des recettes budgétaires et 93 % des exportations. Le Congo possède aussi près de 10 % des forêts denses d'Afrique. Elles couvrent près de 60 % du territoire national. La filière bois, pourvoyeuse d'emplois salariés, occupe la deuxième place dans l'économie congolaise. Il s'agit donc d'une « économie de rente », faiblement diversifiée et structurée.

⁴ On estime la population de la République du Congo, en 2000, à 2 850 000 habitants (République du Congo, 2002).

Les contraintes de l'économie congolaise tiennent en partie à une répartition inégale tant spatiale que structurelle. La majorité des entreprises sont implantées dans la partie sud du pays et dans l'extrême nord (les régions de la Sangha et de Likouala, pour l'exploitation du bois). L'enclavement, le délabrement des infrastructures de communication et l'absence de production électrique maintiennent ainsi plusieurs régions du centre et du nord à l'écart du développement. Rappelons aussi que plus de 80 % de la population congolaise se concentrent dans la partie sud du pays, soit entre Brazzaville et Pointe-Noire.

La déficience d'éthique au sein de la classe politique congolaise constitue également une contrainte forte au développement du pays. L'attribution des responsabilités publiques selon des critères exclusivement partisans, et au détriment de la probité morale et des compétences, est devenue une règle de la classe politique, parfaitement entretenue par le clientélisme. Ces usages ont intégré si fortement le mode de fonctionnement des personnels politiques, qu'ils sont désormais perçus par la société comme le plus sûr moyen d'accéder à l'enrichissement ; les politiciens procédant souvent à une gestion privée des richesses publiques, et notamment de la rente pétrolière.

Dans ce contexte de crise économique post-guerre, on assiste de plus en plus à des situations de forte pauvreté et d'exclusion sociale ; ainsi, selon les données du PNUD (2002), plus de 50 % de la population vit en dessous du seuil de pauvreté. En outre, la fragilisation des réseaux de solidarité a rendu difficile toute réinsertion économique et sociale dans la communauté de base, tout particulièrement pour les déplacés de guerre. De façon concomitante, on assiste au gonflement de la masse des jeunes sans emploi et à l'augmentation du nombre de jeunes déscolarisés.

Pour les Congolais, en perte de repères, largement marginalisés et fragilisés par la misère et les guerres, les églises du réveil qui se développèrent avec la liberté du culte après 1991 deviennent de nouvelles formes de solidarité et de sociabilité. Tout d'abord, la plupart des leaders de ces nouveaux ministères appartiennent à la génération de la crise (économique et politique) qui a connu la faillite des stratégies classiques d'accumulation et d'ascension sociale. L'affiliation à ces mouvements religieux leur permet d'atténuer en partie leur échec et d'acquérir un statut social : celui de pasteur. Pour les adeptes, ces églises se présentent comme les garantes de la sécurité et de valeurs morales perdues, comme une communauté où ils se reconnaissent et retrouvent espoir. Le désir de se trouver une nouvelle « famille » n'est toutefois pas la seule motivation. On entre aussi dans ces Eglises pour rechercher la solution à des problèmes matériels : argent, santé, travail, amour, enfants, etc., voire pour se refaire une « nouvelle virginité », après des années de vie dissolue. Les églises du réveil sont donc au Congo un phénomène social majeur et essentiellement urbain, un refuge pour les meurtris de la guerre et de la crise économique. A Brazzaville, on compterait aujourd'hui plus de cinq cents églises (ou micro-églises) du réveil.

Données et méthodes d'analyse

Les enquêtes de séroprévalence et socio-comportementales

L'étude statistique repose sur des données collectées par questionnaire (enquête ESC-CACP, 2^e génération), couplées à une enquête de séroprévalence du VIH. Cette étude a été réalisée en population générale adulte (15-49 ans) dans onze villes principales de la République du Congo. L'enquête a été menée en novembre 2003, sur un échantillon représentatif de 3 455 personnes âgées de 15 à 49 ans. Afin d'optimiser les probabilités d'inclusion des villes secondaires, nous avons procédé à un sondage en grappes stratifiées (cf. le plan d'échantillonnage en annexe).

Brazzaville, Pointe-Noire et neuf autres villes secondaires (Ouessou, Impfondo, Owando, Djambala, Kinkala, Madingou, Sibiti, Dolisie et Nkayi)⁵ constituent les trois strates de cette enquête. Les échantillons ont été établis pour être représentatifs à l'intérieur de chacune des strates.

Questionnaires et détermination des statuts sérologiques

Le questionnaire individuel fournit des informations sur les caractéristiques socio-démographiques et économiques de l'individu et sur sa mobilité au cours des deux derniers conflits. Il renseigne aussi sur l'histoire sexuelle de l'enquêté au cours des douze derniers mois précédant l'enquête, abordant séparément les relations avec des partenaires réguliers, avec des partenaires occasionnels et avec des professionnelles du sexe. Les femmes ont été interrogées sur les violences sexuelles qu'elles avaient subies au cours de leur vie et plus particulièrement pendant les guerres civiles. Enfin, l'enquêté a été interrogé sur ses connaissances et ses perceptions vis-à-vis du Sida.

Le statut sérologique des individus prélevés a été initialement déterminé au Laboratoire National de Santé Publique de Brazzaville et confirmé, dans le cadre d'un contrôle externe de qualité, à l'hôpital Bichat à Paris, sur tous les sérums initialement déclarés positifs (à Brazzaville) et sur un échantillon de 471 sérums initialement déclarés négatifs. Ce contrôle externe a montré que la qualité des tests réalisés au LNSP de Brazzaville était satisfaisante. La séropositivité VIH a été définie comme la présence de deux résultats positifs au test DC Gold HIV1+2 et au test Determine® HIV-1/2 effectués sur un même prélèvement.

Au total, plus de 95 % des ménages sollicités ont accepté de participer à l'étude. Au moment du passage des enquêteurs, au mois de novembre 2003, 75 à 85 % des membres des ménages visités et éligibles pour l'étude ont été interrogés et prélevés. Le taux d'absence variait de 10 à 17 %, le taux de refus de 0 à 7 % et le taux d'échec de

⁵ Contrairement à ce qui était prévu et en accord avec les autorités locales, l'enquête n'a pas été effectuée à Ewo (capitale de la région Cuvette-Ouest) en raison d'une épidémie à virus Ebola.

prélèvement de 0 à 8 % selon l'équipe et la grappe. 3 441 personnes ont ainsi été testées et interrogées.

Stratégie d'analyse et présentation de l'échantillon

En République du Congo, les populations des villes du sud-ouest, de Brazzaville et de la région du Pool ont subi plus fortement les ravages des trois guerres civiles, tandis que les villes du centre et surtout du nord n'ont été que très rarement le théâtre d'affrontements, souvent sporadiques. Pour autant, certaines villes des régions de la Sangha et de Likouala, fortement enclavées, sont marquées par une forte migration masculine de travail vers les concessions d'exploitation forestière ; une situation dont nous savons depuis longtemps qu'elle favorise la séparation des familles, entretient la précarité sociale et économique du migrant et suscite en conséquence, et comme exutoire à un travail pénible et dangereux, des relations avec des partenaires sexuelles multiples et avec des professionnelles du sexe. Enfin, nous pouvons distinguer les risques produits par les deux grandes villes congolaises (Brazzaville et Pointe-Noire) de ceux induits par des villes secondaires du pays. L'existence de grandes industries (comme celle du pétrole à Pointe-Noire), l'anonymat des grandes villes qui augmente la liberté sexuelle et la présence importante de professionnelles du sexe constituent sans doute quelques-uns des facteurs qui particularisent les risques des grandes villes.

Pour évaluer l'effet modificateur du contexte urbain, nous avons analysé les facteurs associés à l'infection VIH séparément pour les résidents des deux grandes villes Pointe-Noire et Brazzaville et pour les villes secondaires de l'étude. Dans ce second modèle, une variable distingue les villes du sud (Dolisie, Sibiti, Nkayi et Madingou), des villes du centre (Kinkala et Djambala) et des villes du nord (Owando, Ouesso et Impfondo). Enfin, les analyses ont été conduites séparément pour les hommes et pour les femmes. Trois raisons à cela : 1) les variations selon l'âge de la séroprévalence VIH différaient entre les hommes et les femmes, 2) certaines variables recueillies ne concernaient que les hommes (par exemple : fréquentation des professionnelles du sexe) et d'autres que les femmes (par exemple : antécédents de rapports sexuels forcés) et 3) de nombreuses réponses à l'enquête comportementale différaient significativement selon le genre.

Les variables indépendantes testées considèrent les caractéristiques socio-démographiques des enquêtés : l'âge, le niveau d'étude et la localité (qui constituaient les variables forcées dans les modèles), la religion, le statut matrimonial déclaré et « réévalué » (dans ce dernier statut matrimonial, les individus s'étant déclarés célibataires, divorcés ou veufs et cohabitant avec un partenaire depuis plus d'un an ont été considérés comme vivant maritalement), l'activité économique et la consommation d'alcool. Une série de neuf variables sur les connaissances et les croyances ont été prises en compte. Par ailleurs, les modèles ont intégré des informations sur les pratiques sexuelles et les perceptions des risques personnels et collectifs face au VIH/Sida, soit également neuf variables. Enfin, quatre informations sur les violences sexuelles, survenues lors des deux guerres civiles et au cours de la vie, et sur les déplacements forcés ont été considérées.

La liaison de chaque variable indépendante avec l'infection à VIH a été testée individuellement (test de Wald) sans et avec contrôle de l'effet de l'âge, du niveau d'études et de la localité de résidence. Les variables qui étaient associées à la séroprévalence VIH avec un degré de signification inférieur à 0,25 (après contrôle de l'effet de l'âge, du niveau d'études et de la localité), ont été conservées dans un modèle global initial. Celles qui n'étaient pas significativement associées à la séroprévalence VIH indépendamment des autres variables du modèle en étaient retirées une à une, par ordre de degré de significativité décroissant (démarche pas à pas descendante). Seules les variables de contrôle forcées et les variables significativement ($p < 0,05$) associées à la séroprévalence VIH, indépendamment des autres variables ont été conservées dans le modèle final ajusté séparément pour les hommes et pour les femmes.

Disparités géographiques de la prévalence du VIH : des niveaux contrastés

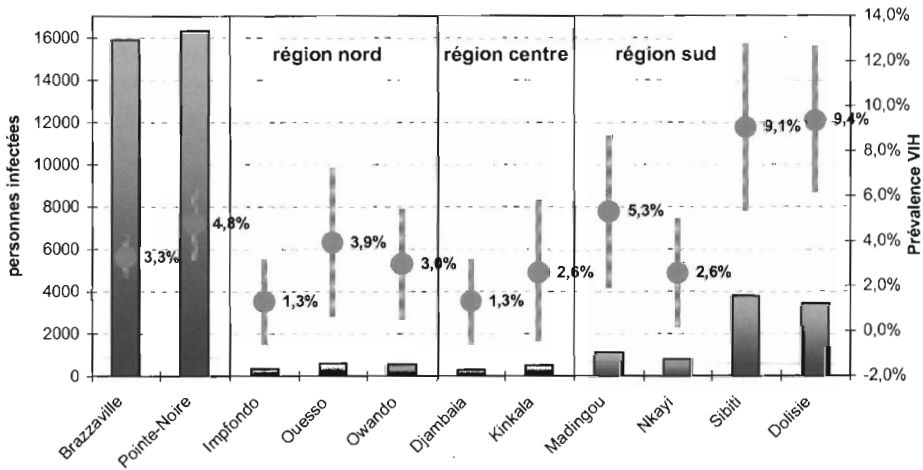
Une sérologie VIH positive a été trouvée chez 144 personnes sur 3 453 personnes testées. Le taux de prévalence de l'infection à VIH dans les principales villes de la République du Congo était donc estimé à : 4,1 % (IC95 % : 3,5-4,8), soit un niveau un peu inférieur aux estimations internationales de 4,9 % (ONUSIDA *et al.*, 2004).

Les niveaux de séropositivité à VIH selon la localité enquêtée indiquent des situations très contrastées (figure 2). Les villes les plus touchées étaient toutes situées dans le sud du pays : Dolisie (9,4 %), Sibiti (9,1 %), Madingou (5,3 %) et Pointe-Noire (4,8 %), tandis que le taux de séroprévalence à VIH était de 3,3 % à Brazzaville et de 2,6 % dans les villes du nord (Impfondo, Ouesso et Owando) et de 2,0 % dans celles du centre du pays (Djambala et Kinkala).

Le risque de séropositivité était significativement supérieur dans les régions sud (Dolisie, Sibiti, Nkayi, Madingou) par rapport à Brazzaville : $OR_{brut} = 2,12$; $p < 0,001$, aux régions du nord (Impfondo, Ouesso et Owando : $OR_{brut} = 2,70$; $p = 0,006$) ou aux régions du centre (Djambala, Kinkala : $OR_{brut} = 3,48$; $p = 0,004$). Le risque de séropositivité était supérieur (non significativement) à Pointe-Noire comparé à Brazzaville ($OR_{brut} = 1,48$; $p = 0,09$) et dans les régions du sud comparé à Pointe-Noire ($OR_{brut} = 1,43$; $p = 0,06$).

Lorsque nous considérons l'infection à VIH selon l'âge et le sexe, nous notons que le risque de séropositivité était légèrement supérieur (non significativement) chez les femmes (4,7 %) par rapport aux hommes (3,6 %) ($OR_{brut} = 1,35$; $p = 0,089$). De même, quel que soit le sexe considéré, le risque de séropositivité augmentait significativement avec l'âge. Globalement, les adultes de plus de 30 ans étaient les plus touchés par l'épidémie de VIH/Sida (prévalence d'environ 10 % chez les hommes âgés de 35 à 49 ans et 7 % chez les femmes âgées de 25 à 39 ans).

Figure 2 - Taux de séroprévalence VIH, selon la localité urbaine
République du Congo, novembre 2003*



Source : Enquête CONGOVIH, 2003

* : Les effectifs enquêtés dans les villes secondaires sont faibles, mais représentatifs car tirés au sort de façon proportionnelle. Si l'intervalle de confiance de l'estimation du taux de prévalence VIH par ville est parfois d'assez grande amplitude, les analyses au niveau régional produisent des résultats clairement plus robustes.

Le risque de séropositivité augmentait avec l'âge plus précocement chez les femmes que chez les hommes (effet modificateur significatif, $p < 0,001$). Ce risque était maximum entre 20 et 39 ans chez les femmes, et entre 35 et 49 ans chez les hommes. Chez les femmes, ce risque augmentait significativement entre les âges de 15-19 ans (1,2 %) et de 20-24 ans (4,8 % ; $OR_{brut} = 4,42$; $p = 0,006$) alors qu'il n'augmentait significativement chez les hommes qu'entre les âges de 30-34 ans (3,0 %) et de 35-39 ans (8,7 % ; $OR_{brut} = 3,06$; $p = 0,025$). Finalement, avant l'âge de 35 ans, les femmes étaient 2,8 fois plus touchées que les hommes.

Ces différences dans la structure par âge de la séropositivité à VIH jouent un rôle particulièrement important dans la dynamique de l'épidémie du Sida, notamment quand l'écart d'âges entre les partenaires sexuels est conséquent. En fait, ces informations disent la capacité de l'épidémie à passer des générations anciennes aux générations les plus jeunes.

Afin d'appréhender en partie cet aspect, nous avons considéré la différence d'âges entre les partenaires occasionnels, selon les zones de résidence. Dans l'ensemble, nous observons que 22 % des femmes de la région sud déclaraient avoir eu des rapports sexuels occasionnels au cours des douze mois précédant l'enquête. Cette proportion

était significativement inférieure à celle de la région nord (45 % ; $OR_{brut} = 0,35$; $p < 0,001$) qui indiquait le niveau le plus élevé. Néanmoins, nous constatons que le pourcentage de femmes dont le partenaire occasionnel était plus âgé était au sud significativement plus élevé (24,6 %), en comparaison de la région nord (9,3 % ; $OR_{brut} = 3,18$; $p = 0,029$). Les différentiels avec les autres régions ne sont pas significatifs.

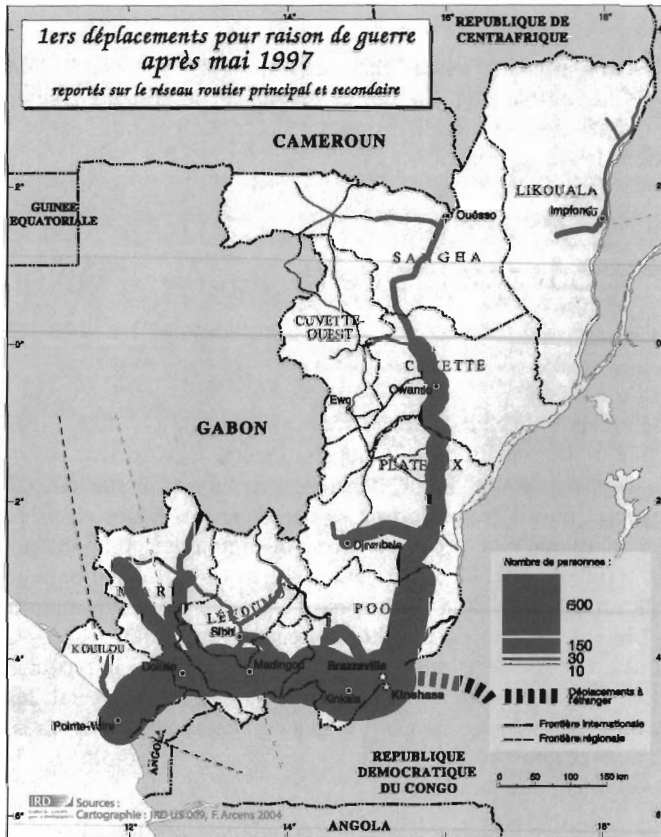
En somme, si le partenariat occasionnel est relativement moins important parmi les femmes des villes du sud du Congo, la fréquence des relations sexuelles avec des hommes plus âgés permet une diffusion du virus, des générations les plus anciennes aux générations les plus jeunes.

Guerre, mouvements de déplacés et violences sexuelles

Depuis la découverte du Sida, l'observation montre que la diffusion géographique du virus reste liée à la circulation des hommes (Decosas et Adrien, 1997 ; Hunt, 1989 ; Kane *et al.*, 1993 ; Lalou et Piché, 1994 ; Soskolne et Shtarkshall, 2002). Plusieurs auteurs suggèrent que la migration ne se cantonne pas à son rôle de véhicule de la maladie, mais participe à un processus de changement des comportements sexuels qui favorise l'infection du VIH chez le migrant. De façon élémentaire, la personne mobile est avant tout un étranger, dont l'anonymat dans le milieu de destination augmente sa liberté sexuelle et réduit ses possibilités de rencontre. En outre, l'adaptation au milieu d'accueil peut créer des pressions et des stress qui facilitent le recours à des relations occasionnelles et à la prostitution. Par rapport à ce schéma général, les déplacements pour raison de guerre augmentent, à l'évidence, les situations de stress (favorables à une sexualité à risque) et autorisent les violations des droits de la personne, et notamment la violence sexuelle.

Afin d'appréhender les déplacements de population produits par le dernier conflit armé, nous avons interrogé les enquêtés sur leurs déplacements survenus entre mai 1997 et décembre 2002. Pour être considéré, le déplacement doit avoir entraîné un changement de résidence et un séjour sur le lieu de destination d'au moins deux mois. Le dernier conflit armé ayant produit des déplacements de population d'une région à l'autre, à l'intérieur d'une même région, mais aussi entre certains quartiers urbains, comme à Brazzaville, nous avons convenu que l'enquêté devait avoir changé de localité ou de quartier, pour les villes de Brazzaville et de Pointe-Noire, pour considérer le déplacement. La figure 3 propose une représentation de ces mouvements de déplacés.

Figure 3 – Premiers déplacements pour raison de guerre, entre 1997 et 2002 (flux reportés dans l'échantillon sur le réseau routier principal et secondaire). République du Congo, 2003*



Source : Enquête CONGOVIH, 2003

* : La carte représente les déplacements déclarés pour raison de guerre entre 1997 et 2002. Les effectifs reproduits ici ne sont pas extrapolés, mais néanmoins représentatifs et proportionnels.

Nous avons recueilli plusieurs informations relatives au premier déplacement : son lieu de destination, son motif et les rapports sexuels que l'enquêté a pu avoir avec des partenaires occasionnels et des professionnelles du sexe au cours du voyage et du séjour.

Selon notre définition, 35 % des personnes enquêtées se sont déplacées entre 1997 et 2002 en raison de la guerre civile. Ces déplacements ont été motivés en majorité par le conflit armé, à la fois à Brazzaville (61 %) et dans les régions du sud (24 %) du

Congo. Les personnes déplacées se sont réfugiées essentiellement dans la partie sud du Congo (Niari, Bouenza, Kouilou) et dans le Pool (30 %). Le nord n'a été une destination refuge que pour 20 % des personnes déplacées. Enfin, 55 % de ces déplacements se sont dirigés vers le milieu rural, et 15 % des déplacements des Brazzavillois et des Ponténégrins ont été intra-urbains.

Déplacements forcés et sexualité

Globalement, environ un tiers des déplacements a donné lieu à des rapports sexuels avec des partenaires occasionnels et des professionnelles du sexe. Entre 40 et 50 % des hommes qui se sont déplacés ont eu des rapports sexuels avec des partenaires occasionnelles. Cette proportion est sensiblement plus faible chez les femmes, variant entre le quart et le tiers, selon la zone d'enquête.

L'analyse des comportements sexuels selon le motif de la migration indique que les déplacements pour raison de guerre ne permettent pas plus de relations avec des partenaires occasionnels que les autres déplacements. Bien au contraire, nous observons que la fréquence de ces comportements sexuels est toujours plus faible lorsque le déplacement est provoqué par les affrontements armés. Cette prévalence oscille, selon le lieu d'enquête, entre 25 et 35 %. Par contre, lorsque le déplacement est motivé par d'autres raisons (raisons économiques, familiales, études...), c'est entre deux et trois déplacements sur cinq qui donnent lieu à des rapports sexuels avec des partenaires occasionnels. Ces différences sont significatives dans les strates de Brazzaville (OR = 0,32 ; p=0,000) et « Autres villes » (OR = 0,47 ; p=0,000), soit celles qui ont été les plus fortement touchées par la guerre.

Le déplacement permet sans doute la rencontre sexuelle, mais plus encore la rencontre du risque. En effet, l'examen de l'utilisation du préservatif en situation migratoire montre que le préservatif reste très peu utilisé. Seuls 7 à 20 % des enquêtés déclarent avoir utilisé systématiquement le préservatif lors d'un déplacement. Là encore, il est difficile de comparer cette pratique avec les comportements de protection adoptés, dans les mêmes circonstances, en milieu d'enquête. Les questions posées ne sont pas totalement équivalentes. Cependant, les éléments dont nous disposons permettent de suggérer que l'évitement des risques sexuels est plus difficile en migration que sur les lieux d'enquête. L'utilisation du préservatif à chaque rapport est généralement trois fois plus faible en migration que sur le lieu d'enquête. Toutes ces différences sont statistiquement significatives.

Par conséquent, si les déplacements occasionnés par la guerre ne sont pas nécessairement des situations qui augmentent les opportunités sexuelles avec des partenaires occasionnels, ils en favorisent néanmoins, comme les autres déplacements, fortement les risques.

Guerre et violences sexuelles envers les femmes

Les guerres autorisent généralement un grand nombre d'exactions et de violences contre les populations civiles, et les femmes, particulièrement vulnérables, en sont souvent les victimes principales. Les violences sexuelles en période de conflit armé, associées à la mobilité des militaires en campagne et des populations réfugiées, font sans doute des guerres un des moteurs de l'épidémie du Sida sur le continent africain.

L'enquête socio-comportementale réalisée en population générale tente d'apporter quelques éléments à cette problématique, dans le contexte congolais. Le sujet des viols de guerre est particulièrement sensible et nécessiterait sans doute l'emploi de méthodes d'enquête plus favorables à la confiance. Conscients des limites de cette approche, nous avons tenté néanmoins d'évaluer, au travers de questions fermées, la proportion des femmes qui ont subi un viol au cours de leur vie et pendant le dernier conflit armé. Sans pouvoir être totalement catégorique, il est probable que les prévalences présentées ici soient sous-évaluées.

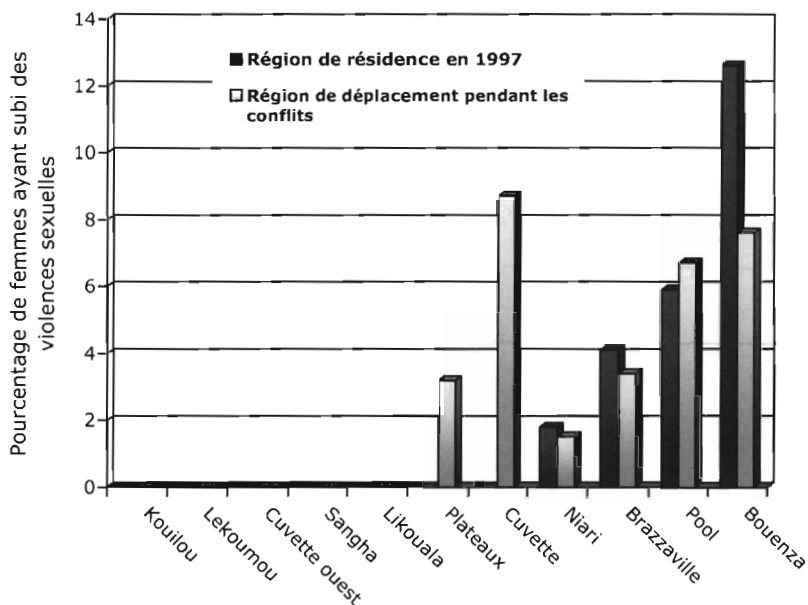
A la question « Vous a-t-on obligée, par la force physique, à un rapport sexuel au cours du dernier conflit armé ? », environ 4 % des répondantes ont admis avoir subi cette violence sexuelle, ce qui correspond à peu près aux estimations de 27 à 35 000 viols faites par MSF et d'autres organisations internationales. La figure 4 représente la prévalence des violences sexuelles subies au cours de la guerre, parmi les femmes déplacées et selon leur région de résidence en 1997 et leur lieu de déplacement. D'après cette figure, on note que les violences concernent essentiellement les femmes qui se sont déplacées dans les régions de la Bouenza, du Pool, de Brazzaville et de la Cuvette (entre 4 et 8 %) et originaires de la Bouenza, du Pool, de Brazzaville et du Niari. Les régions les plus au nord ainsi que le Kouilou et le Lekoumou ne signalent pas ces violences.

Par ailleurs, nous observons que dans la région du Pool, le déplacement pour cause de guerre présente une association forte, positive mais non significative avec les viols de guerre (OR = 4,3 ; p=0,145). En comparaison, la proportion des femmes sexuellement actives ayant subi un rapport sexuel sous contrainte au cours de la vie (22 %) ne varie pas significativement entre les villes, même si des écarts sensibles apparaissent particulièrement dans les villes d'Owando (36 %), dans la région Cuvette, et de Madingou (30 %), dans la Bouenza.

Perception du risque d'infection par le VIH

Dans les processus du changement de comportement, les perceptions du risque ont indéniablement une fonction centrale dans la plupart des théories comportementales ; ces perceptions s'élaborant notamment à partir des connaissances et des croyances. En fait, la perception de sa propre vulnérabilité est souvent considérée comme une condition initiale au changement de comportement.

Figure 4 – Violences sexuelles^a subies pendant les conflits armés^b par les femmes déplacées, selon leur région de résidence avant les conflits et leur région de déplacement. Congo, 2003



Source : Enquête CONGOVIH, 2003

a : Les violences sont rapportées aux femmes âgées de 15 à 49 ans au moment de l'enquête.

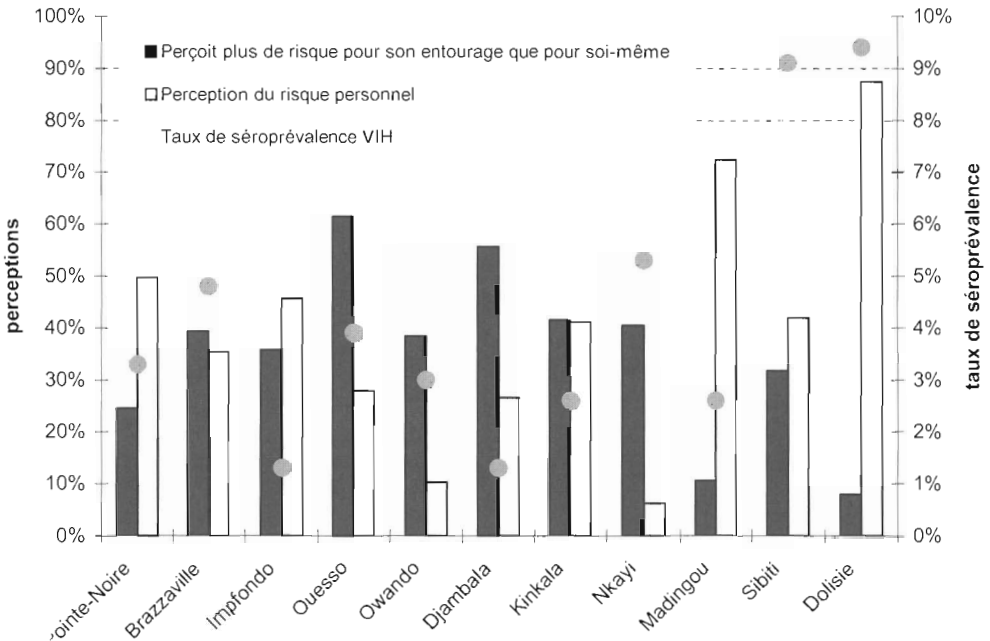
b : Les derniers conflits ont eu lieu en 1997 et en 1998/99. Les déplacements forcés se sont poursuivis jusqu'en 2002, notamment dans la région du Pool.

Les individus ont été interrogés sur leur propre risque à être contaminé par le VIH. Les modalités de réponse étaient formulées ainsi : « aucun risque », « risque très faible ou faible », « risque modéré », « risque élevé » ou « ne sait pas ». Pour l'analyse, les catégories « faible » et « modéré » ont été cumulées.

En novembre 2003, les deux tiers des Congolais interrogés estimaient se sentir personnellement menacés par le Sida, que ce risque soit perçu faible, modéré ou élevé. Par ailleurs, la moitié des enquêtés à Pointe-Noire (50 %) et dans la région sud (52 %) pensaient qu'ils avaient un risque élevé d'attraper le Sida : à Brazzaville, cette fréquence étant de 35 % et les différentiels avec la capitale significatifs. En revanche, les populations des villes du nord se percevaient dans l'ensemble moins à risque que les populations des autres villes du Congo : 46 % des enquêtés dans la région nord ne percevaient aucun risque, soit une proportion significativement plus élevée qu'à Brazzaville (39 %, $OR_{brut} = 1,31$; $p=0,044$). En outre, comme l'indique la figure 5, cette auto-évaluation du risque se doublait d'un biais d'optimisme, dans la mesure où

48 % des enquêtés estimaient avoir moins de risque d'être infectés par le VIH que leur entourage proche. Cette attitude se retrouvait également dans la région centre (52 %). Ces proportions sont significativement différentes de celles relevées dans la région sud (26 %).

Figure 5 – Risques d'infection au VIH perçus par l'enquêté pour son entourage et pour lui-même^a, selon la ville d'enquête. République du Congo, 2003



Source : CONGOVIH, 2003

^a : le risque personnel peut être faible, modéré ou élevé. Il s'oppose à une absence de perception du risque.

Observer un lien positif entre le niveau d'infection au VIH dans une localité et la perception de cette menace, pour l'individu comme pour la collectivité, est somme toute assez normal. Cependant, cette perception semble davantage se construire à partir d'un ensemble de croyances, qu'à partir des connaissances médicales et des pratiques individuelles.

Afin de mieux comprendre ces attitudes, nous avons procédé à l'analyse des facteurs associés aux perceptions d'un risque élevé et d'un risque nul d'être infecté par le VIH. Nous ne présentons ici que les principaux résultats de ces régressions logistiques binaires. Ces analyses ont été conduites séparément pour les hommes et pour les femmes, et séparément pour les capitales politique et administrative et pour les villes

secondaires. Les variables incluses dans les modèles expriment les caractéristiques socio-démographiques des enquêtés (âge, instruction, religion, lieu de résidence, activité professionnelle, consommation d'alcool), leurs connaissances médicales sur les modes de transmission et de protection du VIH, leurs croyances en matière de Sida, leurs comportements sexuels, leur connaissance d'une personne infectée et l'infection par d'autres IST.

Quelle que soit la strate d'analyse (hommes/femmes ; villes principales/villes secondaires), les connaissances médicales ne sont jamais associées à la perception d'un risque élevé d'attraper le Sida. Pourtant au Congo, comme souvent ailleurs en Afrique, les modes de transmission du VIH et de protection sont bien connus. Qu'il s'agisse de la transmission par voie sexuelle (à l'occasion d'un rapport non-protégé), de la transmission au moyen d'une aiguille souillée (après contact avec une personne infectée) ou encore de l'infection par transfusion de sang contaminé, tous ces modes de contamination sont connus par plus de neuf Congolais sur dix. Les enquêtés sont également entre les deux tiers et les trois quarts à savoir que l'on peut éviter de contracter le VIH en utilisant des préservatifs et en ayant toujours des rapports sexuels avec un partenaire unique, fidèle et non infecté.

De même, l'association entre les comportements sexuels et la perception du risque n'est que faiblement conforme à celle attendue. Chez les femmes comme chez les hommes, seule une pratique de l'abstinence au cours des douze derniers mois réduisait significativement la probabilité de se percevoir à risque (pour les femmes : OR = 0,69 ; $p=0,049$ – pour les hommes : OR = 0,53 ; $p=0,002$). Par contre, les comportements de fidélité et de protection ne réduisaient pas, bien au contraire, le sentiment d'être à risque. Autrement dit, le sentiment qui semble dominer parmi les enquêtés est que tout rapport sexuel est à risque, qu'il soit ou non protégé et quel que soit le partenaire.

Malgré les bonnes connaissances sur les modes effectifs de transmission du VIH, persistent de fausses croyances qui sont liées à une perception forte du risque d'infection. Ainsi, chez les hommes, plus que chez les femmes, et dans les villes secondaires, plus que dans les grandes villes, le fait de croire que le Sida est un sort jeté par un sorcier ou qu'il se transmet par la piqûre d'un insecte sont significativement associés à une perception d'un risque élevé d'attraper le Sida. Ces croyances indiquent sans doute que le Sida est pour ces populations une maladie contagieuse qui vient d'un environnement hostile et incontrôlable. Rappelons à ce sujet que 58 % des enquêtés pensaient que le Sida est une maladie sorcière et que 42 % croyaient qu'il peut se transmettre par la piqûre d'un insecte.

Deux derniers facteurs associés à la perception d'un risque élevé de contracter le VIH doivent enfin être signalés : la religion et les rapports sous contrainte. L'appartenance à une assemblée du réveil réduisait, chez les hommes des villes secondaires, la probabilité qu'ils se perçoivent à risque (OR = 0,60 ; $p=0,031$). Par ailleurs, les femmes qui avaient subi des rapports sexuels forcés au cours de leur vie estimaient, plus souvent que les autres femmes, avoir un risque élevé d'attraper le Sida (OR = 1,42 ; $p=0,042$).

Finalement, la perception personnelle du risque semble se façonner à partir autant d'une menace collectivement ressentie (la ville de résidence est ici un facteur déterminant) que des croyances sur les modes de transmission du Sida. Malgré les connaissances médicales (connues, mais sans doute mal intégrées) cette maladie est, ainsi, généralement perçue comme un danger que l'on peut difficilement éviter. Les habitants de Pointe-Noire et des villes secondaires étaient d'ailleurs 17 % à penser que l'on ne pouvait pas se protéger contre le Sida. Rien de surprenant alors à ce que les personnes qui déclaraient avoir eu des rapports sexuels avec un partenaire occasionnel n'aient, pour les deux tiers, pas utilisé de préservatif lors du dernier rapport.

Séropositivité au VIH : entre la sexualité risquée des hommes et la vulnérabilité des femmes

A l'échelle de l'individu, l'analyse des risques associés à la séropositivité dégage des systèmes d'explication sensiblement différents entre les hommes et les femmes et, parmi les femmes, entre les résidentes des grandes villes et les autres zones urbaines ; et ceci alors que les niveaux de séroprévalence étaient équivalents entre ces sous-populations féminines.

Dans la population masculine, le niveau d'infection était assez clairement associé au risque sexuel (tableau 1). L'infection à VIH était significativement supérieure chez les hommes ayant eu cinq partenaires ou plus au cours des douze derniers mois (OR = 1,9 ; IC95 % : 1,00-3,59) ou ayant fréquenté une professionnelle du sexe durant cette même période (OR = 2,1 ; IC95 % : 1,05-4,36). De même, la présence des symptômes d'autres infections sexuellement transmissibles était significativement associée au risque de séropositivité VIH (OR = 2,0 ; IC95 % : 1,01-4,10). Pour autant, la variable composite sur les comportements sexuels à risque n'était pas significativement associée à la séropositivité ($p=0,273$).

Par ailleurs, les aptitudes cognitives des enquêtés favorisaient une réduction du risque d'infection. Les hommes ayant atteint un niveau d'étude supérieur ou égal au secondaire étaient moins susceptibles d'être infectés (OR = 0,45 ; IC95 % : 0,25-0,78). Néanmoins, cette capacité à éviter le risque d'infection n'apparaissait pas clairement liée aux connaissances acquises sur le Sida. De même, le risque de séropositivité VIH n'était pas significativement inférieur (OR = 0,56 ; $p=0,081$) chez les hommes qui rejetaient les deux principales fausses croyances concernant la transmission (par piqûre d'insecte ou un sort jeté par un sorcier). L'analyse des représentations a montré, par ailleurs, que si les Congolais ont un bon niveau de connaissances sur les modes de transmission et de protection du Sida, celles-ci sont fortement brouillées par la persistance de fausses croyances.

Le niveau d'infection au sein de la population augmentait la susceptibilité individuelle d'être infectée. Ainsi, toutes choses égales par ailleurs, les hommes résidant dans les villes secondaires du sud du Congo, là où la prévalence VIH était la plus élevée, avaient un risque de séropositivité significativement supérieur (OR = 2,5 ; IC95 % :

1,39–4,44). Il est à noter que cette liaison ne s'observait pas parmi les femmes enquêtées (tableau 2). Enfin, comme l'indiquaient les analyses précédentes, le risque d'infection était très nettement et significativement supérieur entre 35 et 49 ans.

Dans la population féminine, les facteurs associés au statut sérologique VIH sont globalement moins nombreux et différents de ceux relevés chez les hommes. Aucune association statistique n'a été relevée avec les pratiques sexuelles à risque ou potentiellement risquées, avec la présence de symptômes d'autres IST ou encore avec les villes les plus touchées par l'épidémie. Les niveaux d'étude et de connaissance sur le Sida n'étaient pas non plus associés au risque de séropositivité (tableau 2).

En revanche, nous notons qu'en plus de l'âge, le statut matrimonial, la perception du risque au sein de la collectivité et la religion avaient un effet sur le risque d'infection. Ainsi, les femmes divorcées ou veuves étaient plus susceptibles d'être infectées (OR = 3,0 ; IC95 % : 1,21–7,44). Pour être convenablement interprétée, cette association statistique nécessite des analyses complémentaires et spécifiques. Elles pourraient être engagées notamment pour vérifier un éventuel effet de la précarité économique de ces femmes qui recouraient plus souvent au soutien financier d'hommes établis et généralement d'âge mûr. Indiquons, par ailleurs, au sujet du statut matrimonial, que le célibat ne semble pas constituer, ni pour les femmes ni pour les hommes, une situation qui majore le risque d'infection, contrairement à ce qui est généralement suggéré dans la littérature.

Les femmes qui percevaient le Sida comme une menace importante pour la collectivité avaient moins de risque d'être séropositives. Ce résultat conforme à une certaine rationalité des pratiques de protection signale aussi l'insuffisance des autres leviers du changement de comportement. Il est, en effet, significatif que l'évitement du risque d'infection au VIH passe par la perception plus ou moins confuse et générale que le Sida est une menace pour la collectivité, plutôt que par la perception du risque individuel ou par les connaissances acquises sur le Sida (voir les développements de la section précédente).

Enfin, nous observons parmi les femmes une association statistique avec la religion. Les femmes appartenant à l'église évangélique étaient significativement plus souvent infectées (OR = 2,2 ; IC95 % : 1,08–4,48). Ce résultat doit, là encore, être considéré avec prudence. Son interprétation est, en effet, également délicate car cette association ne signifie pas nécessairement une attitude de rejet du préservatif, cette variable ayant été testée dans le modèle. Cela peut révéler l'attraction possible qu'ont pour ces églises les femmes qui se sentent malades, ou vulnérables et fragilisées par des conduites à risque dans le passé.

A partir des disparités observées dans la répartition géographique de l'infection VIH, nous avons voulu voir dans quelle mesure ces collectivités urbaines, qui ont été traversées par les crises politiques et économiques de ces dernières décennies selon des intensités différentes, ont induit aussi des risques distincts pour les individus. Pour évaluer l'effet modificateur du contexte urbain, nous avons analysé les facteurs associés à l'infection VIH séparément pour les résidents des deux grandes villes de Pointe-Noire et de Brazzaville et pour les villes secondaires de l'étude.

Globalement, le modèle ajusté ne diffère entre les deux ensembles urbains que pour la population féminine. La localité n'entraîne pas d'effet modificateur important sur les facteurs associés au risque d'infection chez les hommes. Cette stratification de l'analyse, au sein de la population féminine, produit sans doute une diminution de la puissance de l'analyse et de la précision des estimations des coefficients (les intervalles de confiance sont particulièrement étendus). Néanmoins, ceci ne remet en cause ni la signification statistique ni le sens des associations trouvées.

Lorsque l'on considère les femmes résidant à Brazzaville et à Pointe-Noire, les seuls facteurs qui présentent une liaison statistique avec l'infection à VIH sont la religion et la consommation d'alcool au cours du mois précédant l'enquête (tableau 3).

Les femmes évangélistes étaient ainsi plus susceptibles d'être infectées (OR = 2,4 ; IC95 % : 1,06-5,41). Cependant, il faut noter qu'à la différence du modèle général, dans les grandes villes du Congo, les femmes regroupées dans les catégories « Autres religions » et « Sans religion » indiquaient également un risque majoré d'infection au VIH, même si ces associations n'étaient pas significatives (respectivement : OR = 3,8 ; $p=0,064$ et OR = 2,6 ; $p=0,086$).

De plus, parmi les femmes de Brazzaville et de Pointe-Noire la consommation d'alcool était assez fortement liée au risque de séropositivité (OR = 2,1 ; IC95 % : 1,11-4,10). Cette association devrait suggérer moins une diminution de la conscience du risque sexuel qu'une plus grande difficulté à négocier un rapport protégé, l'effet de ce facteur ne se retrouvant pas au sein de la population masculine. En outre, cette association semble plutôt spécifique aux villes de Brazzaville et de Pointe-Noire.

Enfin et à l'instar du modèle général, les pratiques sexuelles n'expliquaient pas le risque d'infection, pas plus que les niveaux de connaissance du Sida, ce qui rejoint les résultats de l'enquête multisite menée en Afrique sur comportements sexuels et prévalence du VIH (Ferry *et al.*, 2001).

Les explications de l'infection à VIH sont sensiblement différentes lorsque l'on considère seulement les femmes des neuf autres villes du Congo. L'effet du statut matrimonial, trouvé dans le modèle sur l'ensemble des femmes, se maintient ici : les femmes divorcées ou veuves, en union libre et célibataires étaient toutes plus à risque d'être infectées que les femmes mariées, mais cette association n'était significative que pour les femmes divorcées ou veuves et celles cohabitant avec un partenaire régulier (tableau 4).

L'association entre le niveau de connaissance du Sida et le risque de séropositivité, jusque là absente des modèles précédents, apparaît ici significative. Les femmes qui croient que le Sida se transmet par piqûre d'insecte avaient plus de risque d'être infectées (OR = 3,2 ; IC95 % : 1,31-7,89). Cette liaison signale sans doute la perception du Sida comme une maladie contagieuse et relativement incontrôlable.

Enfin, l'expérience d'un rapport contraint et un écart d'âge de plus de cinq ans avec le premier partenaire sexuel étaient des facteurs fortement associés à une séropositivité des femmes habitant les villes secondaires du Congo (respectivement OR = 2,9 ; IC95 % : 1,18-7,20 et OR = 2,1 ; IC95 % : 1,00-4,38). Ces associations caractérisent sans doute de façon globale des situations de vulnérabilité où les femmes résidant dans les petites villes du Congo subissent la domination économique, sociale et physique

des hommes. Par ailleurs, la guerre a sans doute favorisé (ou amplifié) les situations de violence sexuelle. On retrouve ainsi une association positive, mais non significative, lorsque l'on substitue l'expérience d'un rapport contraint au cours de la vie à l'expérience d'un rapport forcé pendant la guerre (OR = 3,4 ; $p=0,086$). Les rapports de domination de l'homme sur la femme et la guerre semblent donc être des facteurs explicatifs notables de l'épidémie du Sida parmi les femmes des villes secondaires du Congo.

Ces analyses des facteurs associés à l'infection à VIH montrent assez clairement que la séropositivité est plutôt associée à une prise de risque sexuel chez les hommes, alors qu'elle relève davantage de critères de vulnérabilité chez les femmes, et plus particulièrement chez les congolaises des petites villes, la guerre ayant augmenté leurs risques d'infection et renforcé leur précarité. Dans tous les cas, les connaissances sur le Sida demeurent mal intégrées et concurrentes à des fausses croyances. Enfin, les villes secondaires constituent à l'évidence des environnements à risque spécifiques, notamment au sud du Congo.

Conclusion

En novembre 2003, l'enquête congolaise de séroprévalence à VIH indiquait des niveaux élevés d'infection, de l'ordre de 4,1 % en population générale (15-49 ans). Bien qu'inférieurs aux estimations internationales : 4,9 % (ONUSIDA *et al.*, 2004), ces taux suggèrent une généralisation de l'épidémie. Les données socio-comportementales signalaient, pour leur part, des niveaux de comportements sexuels à risque plutôt élevés et des réseaux sexuels sans doute étendus et ouverts, induisant également des conditions favorables à une diffusion de l'épidémie à VIH. Ainsi, les personnes qui avaient eu des relations sexuelles avec des partenaires occasionnels représentaient 60 % des hommes et 27 % des femmes. Les hommes et les femmes ayant déclaré des partenaires occasionnels sont près de la moitié à indiquer plus de cinq partenaires. Enfin, seulement 18,5 % des Congolais enquêtés déclaraient éviter le risque d'infection par l'utilisation du préservatif.

Pour autant l'analyse des disparités géographiques de la séropositivité à VIH permet de discerner des environnements régionaux ou locaux diversement susceptibles de diffuser le Sida. La région du sud-ouest, la plus touchée par l'épidémie, se caractérise par une des plus fortes densités de population et par la présence d'un important secteur industriel, avec notamment les entreprises d'exploitation forestière et l'industrie pétrolière (à Pointe-Noire) : une activité économique longtemps prospère et qui a favorisé le développement du commerce du sexe. Mais au cours de cette dernière décennie, cette région a aussi été ravagée par les guerres civiles produisant des tueries « ethniques », des déplacements massifs de population, et des viols à grande échelle, autant dans les villes que dans les campagnes.

Brazzaville, capitale de la République du Congo, a longtemps présenté la particularité d'une jeunesse presque totalement scolarisée, et ce depuis l'indépendance. Il s'agit

aussi d'une ville où les connaissances sur le Sida sont les mieux assimilées même si, comme ailleurs au Congo, les fausses croyances restent assez prégnantes. Mais cette jeunesse brazzavilloise a été aussi la victime d'une double violence : d'abord la violence de la crise économique qui leur a massivement interdit la réussite économique, puis la violence armée dans laquelle elle a été jetée au moment des guerres civiles. Cinq ans après la dernière guerre civile, cette violence devenue presque culturelle, pour certains groupes comme les ex-miliciens, régit encore souvent les rapports sociaux et, notamment les rapports entre les hommes et les femmes. Cette violence qui s'est pérennisée après les conflits a été et constitue sans doute encore un des ressorts importants de l'épidémie du Sida à Brazzaville.

Dans la région du nord du Congo, les données épidémiologiques indiquent un niveau relativement faible de l'épidémie, malgré des comportements sexuels et des croyances en matière de Sida qui prédisent un risque très élevé. Le développement de l'industrie du bois et la migration de nombreux travailleurs allochtones, a permis le peuplement et l'urbanisation rapide d'espaces forestiers jusque là très faiblement habités. Certaines de ces villes se sont donc développées sans cohésion sociale, c'est-à-dire sans véritable communauté de valeurs et d'expériences qui favorise la coopération et l'intégration normative⁶. Autour de la communauté des forestiers et des notables bien nantis gravitent ainsi marginaux et exclus que la pauvreté conduit parfois aux comportements les plus risqués. Reste qu'à la différence du sud, la violence de la guerre n'a pas atteint cette partie du Congo et que les mouvements migratoires entre ces deux extrémités du territoire demeurent encore difficiles, ce qui peut expliquer que le niveau de l'épidémie de VIH y demeure bas.

Les guerres civiles n'ont certainement pas introduit le Sida au Congo, mais les violences qu'elles ont engendrées en ont incontestablement accéléré sa diffusion dans la population et sur le territoire. La violence est bien sûr d'abord directe, physique et immédiate : ce sont les meurtres et les viols. Mais, elle est aussi structurelle dans la mesure où certaines institutions ont produit à la fois le rejet politique et social d'une partie de la population, définie sur des bases ethniques et régionales, et l'exclusion économique des jeunes générations. Enfin, cette violence, notamment envers les femmes, a permis une transgression des normes et des prescriptions sociales qui se maintient après la guerre et au-delà des enjeux politiques (Ossebi, 1998).

Globalement, les guerres civiles ont donc annihilé cette nouvelle cohésion sociale que le processus démocratique tentait difficilement de retrouver.

Face à ce déficit de repères moraux et de solidarités communautaires, les Eglises prophétiques constituent de nouvelles structures de sociabilité, dont l'influence et l'importance ne cessent de croître. Ces Eglises procurent tout à la fois un sentiment d'appartenance, une reconnaissance, une légitimité et une nouvelle règle de vie. Dorier-Apprill écrit au sujet des églises du réveil de Brazzaville que « l'adhésion à ces Eglises entraîne une rupture radicale à l'égard des modes de vie quotidiens. Il ne s'agit pas seulement de "renoncer aux fétiches", mais de changer radicalement de comportements sociaux » (Dorier-Apprill, 1997). Cette capacité à accueillir et à

⁶ Cette question est développée dans cette première partie, dans le chapitre de C. Enel et M. Querre, autour de l'exemple de la ville de Pokola.

soutenir des populations déstabilisées par une décennie de guerre et le fléau du Sida explique sans doute en partie le lien statistique trouvé entre la séropositivité et l'appartenance à une Eglise. Pour autant, ces Eglises pourraient être des entraves à une lutte efficace contre le Sida parce qu'elles rejettent, pour nombre d'entre-elles, le préservatif, parce qu'elles alimentent les croyances en des liens entre sorcellerie et Sida et parce qu'elles maintiennent l'idée que la prière et le sacrifice peuvent guérir de cette maladie.

Tableau 1 – Facteurs associés à la séropositivité à VIH chez les hommes. République du Congo, 2003

Caractéristiques	Modalités	Hommes					
		Effectifs	Prév. VIH+%	95 %	OR Ajusté (1)	p	IC 95 %
Groupe d'âges	15-19 ans	332	1,0	<0,1- 2,5	1,00	-	-
	20-24 ans	422	1,2	0,2- 2,2	0,83	0,834	0,15- 4,70
	25-29 ans	357	2,4	0,9- 4,0	1,81	0,489	0,33- 9,76
	30-34 ans	257	3,0	0,7- 5,4	2,50	0,298	0,44-14,08
	35-39 ans	190	8,7	4,7-12,7	10,58	0,002	2,47-45,27
	40-44 ans	135	11,8	6,4-17,2	14,80	0,001	3,13-69,90
	45-49 ans	102	7,3	2,0-12,6	7,68	0,020	1,39-42,48
Niveau d'études	Collège ou moins	1057	4,1	2,9- 5,4	1,00	-	-
	Lycée ou supérieur	732	2,7	1,6- 3,8	0,45	0,005	0,25-0,78
Localité	Brazzaville	552	2,9	1,7- 4,1	1,00	-	-
	Pointe-Noire	530	3,6	2,2- 5,1	1,05	0,861	0,58-1,90
	Nord	236	1,5	0,1- 2,8	0,50	0,206	0,17-1,46
	Centre	142	2,0	<0,1- 4,9	0,68	0,641	0,13-3,45
	Sud	335	7,3	5,0- 9,7	2,49	0,002	1,39-4,44
Statut matrimonial réévalué	Marié	328	4,9	2,8- 7,1	1,00	-	-
	Union libre	470	5,5	3,4- 7,6	1,80	0,087	0,92-3,53
	Célibataire	884	2,4	1,4- 3,3	1,31	0,441	0,65-2,64
	Divorcé/veuf	34	6,5	<0,1- 15,3	1,04	0,961	0,23-4,64
Nombre de partenaires occasionnels	Aucun	707	3,4	2,0- 4,7	1,00	-	-
	1 à 5	588	3,2	1,8- 4,6	1,10	0,774	0,58-2,07
	plus de 5	422	5,0	3,1- 7,0	1,90	0,050	1,00-3,59
Rapports sexuels avec professionnelles du sexe	Aucun	1080	3,3	2,4- 4,2	1,00	-	-
	1 ou plus	341	5,3	2,8- 7,7	2,14	0,036	1,05-4,36
Symptômes IST 12 derniers mois	Non	1451	3,0	2,2- 3,9	1,00	-	-
	Oui	331	6,2	3,3- 9,2	2,03	0,048	1,01-4,10
TOTAL		1795	3,6	2,8- 4,4			

(1) Autres variables introduites dans le modèle religion, activité professionnelle, consommation d'alcool, indicateur composite des connaissances sur la transmission, fausses croyances en matière de transmission, indicateur composite des connaissances sur la protection, attitude favorable au préservatif, âge au premier rapport sexuel, comportement sexuel à risque, perception du risque personnel, perception du risque collectif et sexualité pendant un déplacement

Tableau 2 – Facteurs associés à la séropositivité à VIH chez les femmes. République du Congo, 2003

Caractéristiques	Modalités	Femmes					
		effectifs	Prév. VIH+%	IC 95 %	OR Ajusté (1)	p	IC 95 %
groupe d'âges	15-19 ans	419	1,4	0,1- 2,7	1,00	-	-
	20-24 ans	396	5,3	3,0- 7,6	5,57	0,022	1,28-24,13
	25-29 ans	294	6,3	3,4- 9,2	5,65	0,028	1,21-26,29
	30-34 ans	208	6,6	2,7-10,6	5,38	0,031	1,17-24,68
	35-39 ans	143	5,7	1,1-10,4	3,77	0,129	0,68-20,93
	40-44 ans	101	2,5	<0,1- 5,5	2,12	0,436	0,32-14,10
	45-49 ans	86	3,9	0,4- 7,4	1,52	0,695	0,18-12,60
Niveau d'études	Collège ou moins	1249	5,2	3,8-6,6	1,00	-	-
	Lycée ou supérieur	397	2,9	1,2-4,5	0,57	0,150	0,27-1,23
Localité	Brazzaville	475	3,6	2,4-4,9	1,00	-	-
	Pointe-Noire	490	6,0	3,4-8,5	0,96	0,887	0,52-1,77
	Nord	239	3,7	1,0-6,3	0,89	0,808	0,34-2,30
	Centre	154	2,0	<0,1-4,1	0,47	0,178	0,16-1,41
	Sud	289	5,9	3,3-8,4	0,95	0,885	0,48-1,90
Religion	Catholique	535	3,5	1,9- 5,1	1,00	-	-
	Evangéliste	472	6,4	4,0- 8,8	2,20	0,029	1,08-4,48
	Assemblée du Réveil	428	2,9	1,3- 4,5	0,80	0,581	0,35-1,79
	Autres religions	57	7,0	<0,1-18,7	1,75	0,488	0,36-8,60
	Sans religion	153	9,0	2,3-11,7	2,04	0,145	0,78-5,36
Statut matrimonial réévalué	Mariée	350	4,5	2,2- 6,7	1,00	-	-
	Union libre	523	4,8	3,1- 6,5	0,96	0,904	0,481,91
	Célibataire	584	3,8	2,1- 5,5	0,79	0,643	0,302,11
	Divorcée/veuve	118	10,7	4,9-16,5	2,99	0,018	1,217,44
Perception du risque collectif	Aucun risque	232	7,7	4,0-11,5	1,00	-	-
	Faible ou modéré	296	4,9	2,3- 7,6	0,62	0,228	0,28-1,36
	Elevé	894	3,8	2,4- 5,1	0,50	0,035	0,29-0,95
TOTAL		1647	4,6	3,5-5,6			

(1) Autres variables introduites dans le modèle : activité professionnelle, consommation d'alcool, indicateur composite des connaissances sur la transmission, fausses croyances en matière de transmission, indicateur composite des connaissances sur la protection, attitude favorable au préservatif, âge au premier rapport sexuel, comportement sexuel à risque, perception du risque personnel, sexualité pendant un déplacement, rapport sous contrainte au cours de la vie, nombre de partenaires occasionnels et présence de symptômes IST au cours des douze derniers mois.

Tableau 3 – Facteurs associés à la séropositivité à VIH chez les femmes de Brazzaville et de Pointe-Noire. République du Congo, 2003

Caractéristiques	Modalités	Femmes de Brazzaville et de Pointe-Noire					
		Effectifs	Prév VIH+%	IC 95 %	OR Ajusté (1)	p	IC 95 %
Groupe d'âges	15-19 ans	218	1,5	<0,1- 3,2	1,00	-	-
	20-24 ans	246	6,0	3,2- 8,9	3,39	0,059	0,95-12,04
	25-29 ans	192	5,6	2,2- 9,0	2,60	0,189	0,62-10,99
	30-39 ans	213	6,8	2,7-10,9	3,14	0,126	0,72-13,69
	40-49 ans	96	0,8	<0,1- 2,5	0,31	0,350	0,03- 3,66
Niveau d'études	Collège ou moins	688	5,4	3,6-7,2	1,00	-	-
	Lycée ou supérieur	277	2,7	0,9-4,5	0,52	0,120	0,23-1,19
Localité	Brazzaville	475	3,6	2,3-4,9	1,00	-	-
	Pointe-Noire	490	6,0	3,4-8,5	1,06	0,832	0,59-1,91
Religion	Catholique	338	3,2	1,4- 5,0	1,00	-	-
	Évangéliste	237	6,7	3,5- 9,9	2,40	0,036	1,06- 5,41
	Assemblée du Réveil	270	2,9	1,0- 4,8	0,83	0,664	0,35- 1,98
	Autres religions	88	12,2	<0,1-25,2	3,80	0,064	0,92-15,67
	Sans religion	30	8,1	2,0-14,2	2,56	0,086	0,87- 7,49
Statut matrimonial réévalué	Mariée	204	4,7	1,8- 7,5	1,00	-	-
	Union libre	306	4,4	2,4- 6,5	0,75	0,506	0,31-1,79
	Célibataire	354	4,2	2,1- 6,3	0,92	0,864	0,34-2,47
	Divorcée/veuve	64	9,7	2,5-17,0	2,70	0,084	0,87-8,38
Consommation d'alcool	Jamais	487	3,0	1,7-4,4	1,00	-	-
	Parfois ou souvent	477	6,2	4,0-8,5	2,13	0,025	1,11-4,10
TOTAL		965	4,6	3,3-5,9			

(1) Autres variables introduites dans le modèle : activité professionnelle, indicateur composite des connaissances sur la transmission, fausses croyances en matière de transmission, indicateur composite des connaissances sur la protection, attitude favorable au préservatif, âge au premier rapport sexuel, comportement sexuel à risque, perception du risque personnel, perception du risque collectif, sexualité pendant un déplacement, rapport sous contrainte au cours de la vie, nombre de partenaires occasionnels et présence de symptômes IST au cours des douze derniers mois.

Tableau 4 – Facteurs associés à la séropositivité à VIH chez les femmes des villes secondaires. République du Congo, 2003

Caractéristiques	Modalités	Femmes des autres villes					
		Effectifs	Prév. VIH+%	IC 95 %	OR Ajusté (1)	p	IC 95 %
Groupe d'âges	15-19 ans	201	1,1	<0,1- 2,8	1,00	-	-
	20-24 ans	150	2,5	0,0- 5,0	1,55	0,636	0,25- 9,78
	25-29 ans	102	9,3	3,9- 14,8	5,31	0,043	1,06- 26,62
	30-39 ans	138	4,4	1,1- 7,6	3,25	0,134	0,69- 15,24
	40-49 ans	91	9,3	2,7- 16,0	8,42	0,002	2,19- 32,37
Niveau d'études	Collège ou moins	561	4,6	2,8- 6,5	1,00	-	-
	Lycée ou supérieur	120	4,0	<0,1- 8,5	1,11	0,883	0,26- 4,75
Région	Nord	239	3,7	1,0- 6,3	1,00	-	-
	Centre	154	2,0	<0,1- 4,1	0,29	0,109	0,06- 1,33
	Sud	289	5,9	3,3- 8,5	1,23	0,707	0,42- 3,57
Statut matrimonial réévalué	Mariée	146	3,7	0,8- 6,7	1,00	-	-
	Union libre	217	5,9	2,7- 9,2	3,36	0,045	1,03- 10,96
	Célibataire	203	2,1	0,1- 4,1	1,79	0,463	0,37- 8,53
	Divorcée/veuve	54	13,4	4,5- 22,2	5,47	0,012	1,46- 20,45
Transmission par piqûre de moustique	Oui	337	2,6	0,8- 4,4	1,10	-	-
	Non	337	6,2	3,4- 8,9	3,21	0,012	1,31- 7,89
Age du partenaire au premier rapport	Autres différences	371	3,6	1,7- 5,4	1,00	-	-
	Plus vieux d'au moins 5 ans	242	7,2	4,1- 10,3	2,09	0,050	1,00- 4,38
Rapport sous contrainte au cours de la vie	Non	480	3,8	1,9- 5,7	1,00	-	-
	Oui	145	8,3	3,9- 12,7	2,92	0,020	1,18- 7,20
TOTAL		682	4,5	2,9- 6,1			

(1) Autres variables introduites dans le modèle : activité professionnelle, indicateur composite des connaissances sur la transmission, indicateur composite des connaissances sur la protection, attitude favorable au préservatif, comportement sexuel à risque, perception du risque personnel, perception du risque collectif, sexualité pendant un déplacement, nombre de partenaires occasionnels et présence de symptômes IST au cours des douze derniers mois.

Annexe

Plan d'échantillonnage

Trois enquêtes de prévalence couplées à des enquêtes ESC-CACP ont été réalisées en population générale adulte (15-49 ans), par sondages en grappes :

- 30 grappes tirées au sort dans la ville de Brazzaville
- 30 grappes tirées au sort dans la ville de Pointe-Noire
- 135 grappes stratifiées (15 par ville) dans les huit capitales départementales (Ouessou, Impfondo, Owando, Djambala, Kinkala, Madingou, Sibiti et Dolisi-Loubomo) auxquelles a été ajoutée la ville de Nkayi (qui serait devenue, en raison des migrations économiques internes vers l'industrie sucrière, la troisième ou quatrième ville du pays). Contrairement à ce qui était prévu dans les termes de référence et en accord avec les autorités locales (SEP/CNLS), l'enquête n'a pas été effectuée à Ewo car une épidémie à virus Ebola se déroulait dans le département. La mise en place d'une quarantaine sanitaire et le risque que l'équipe d'enquêteurs soit prise à partie par la population (il existe des antécédents tragiques datant de moins d'un an) ont amené à annuler cette partie de l'étude.

Calcul des effectifs

- A Brazzaville et Pointe-Noire, la formule $N=1,96^2$ (pour $\alpha=5\%$) $\times p \times q \times C$ (coefficient de grappe)/ d^2 a été utilisée, avec $C=2,5$, un pourcentage attendu p de 7% et une précision de $2,5\%$. Ceci donne une taille d'échantillon d'environ 1 000 personnes.

Comme le choix a été fait de coupler, lors du même passage, la prise de sang pour dépistage et l'administration du questionnaire, un tel échantillon de 1 000 personnes correspond bien à un pourcentage attendu de CACP de 50% avec une précision de 5% . Un effectif total minimum de 1 000 personnes devait donc être inclus à Brazzaville d'une part, et à Pointe-Noire d'autre part.

- Pour les autres villes du pays, le souci légitime des responsables de chacun de ces sites urbains de mieux connaître la situation du VIH a été pris en compte. Le choix d'un sondage en grappe stratifié a été fait, avec 15 grappes de 10 personnes, soit 150 personnes, dans chacune des dix cités (strates). Avec une corrélation intra-grappe égale à celle supposée dans les échantillons de Brazzaville et de Pointe-Noire pour un coefficient de grappe de 2,5 et 15 grappes de 10 personnes par strate, le coefficient de grappe dans chaque strate serait de 1,417 ; ceci permettrait d'estimer un pourcentage de 7% avec une précision de $4,8\%$ dans chaque strate. Sur l'ensemble des dix villes, en fonction des tailles relatives des cités, un tel échantillonnage permettrait d'obtenir une estimation autour de 7% avec une précision comprise entre $1,7$ et $2,2\%$.

Ainsi, cette approche permet une estimation précise du taux de prévalence sur l'ensemble des dix villes, et de disposer d'une estimation cernée d'un intervalle de confiance suffisant pour prendre des décisions pour chaque ville.

Bases de sondage

Il n'existait pas de base de sondage disponible fiable au niveau national : le dernier recensement était très ancien, d'importants flux migratoires ont eu lieu ces dernières années en raison des conflits et les listes électorales étaient inaccessibles.

Brazzaville et Pointe-Noire : constitution de bases de sondage à partir de données satellitaires

Pour les villes de Brazzaville et de Pointe-Noire, des photographies satellites datant d'environ un an ont été obtenues et analysées. Des grilles de mailles carrées et de surfaces constantes ont été tracées sur les images. Brazzaville a été couverte par 228 carrés et Pointe-Noire par 91 carrés. Le nombre de toitures a été estimé dans chaque carré de chaque ville.

Dans chacune des villes des quartiers avec un aspect urbanistique homogène (vu par satellite : surface au sol des bâtiments, densité des toitures, organisation des rues, végétation) ont pu être distingués et individualisés. Une enquête préliminaire a été menée, début octobre 2003, dans 18 points de Brazzaville et 16 points de Pointe-Noire choisis en fonction de leur aspect urbanistique (avec plusieurs points dans chacun des types urbanistiques identifiés). Dans chacun de ces points, la proportion de bâtiments habités, le nombre d'étages, le nombre de ménages et le nombre d'adultes vivant dans chaque ménage ont été estimés pour au moins dix bâtiments habités.

La population adulte habitant chaque carré des villes a été estimée en multipliant le nombre de toitures estimé dans le carré par la proportion de bâtiments habités et le nombre moyen d'habitants par bâtiment correspondant au type urbanistique majoritaire du carré considéré. Le tirage au sort des 30 grappes a été proportionnel aux effectifs estimés des carrés de Brazzaville et de Pointe-Noire. Dans chaque carré tiré au sort, le point de départ des enquêteurs a été choisi au hasard, par le point de chute d'un crayon sur la photographie. Ce point de départ a été transposé sur des cartes de Brazzaville et de Pointe-Noire remises aux enquêteurs.

Autres Villes (Capitales départementales et Nkayi) : tirage au sort sur carte

Des cartes indiquant les bâtiments ont été obtenues à l'Institut Géographique National à Brazzaville pour la totalité des villes sauf celle de Sibiti dont la carte a été obtenue auprès de la direction départementale du cadastre à Sibiti même.

Des photographies satellites des villes de Djambala, Owando et Ouesso, datant de moins de quatre ans, ont été consultées et leur examen a montré que les cartes disponibles étaient conformes à l'aspect satellitaire de ces cités. Le parcours des villes de Nkayi et de Sibiti a également montré que les cartes obtenues reflétaient toujours la réalité de l'implantation des habitations.

Les quinze grappes des dix villes ont été tirées de façon proportionnelle à la densité apparente des habitations représentées sur les cartes.

Échantillonnage

Dans chacune des villes, les équipes d'enquêteurs ont progressé selon la méthode des itinéraires aléatoires à partir des points de départ tirés au sort. Le premier ménage était choisi après tirage au sort d'un azimut et d'une distance à partir du point de départ. Le ménage suivant était le plus proche du ménage précédent. Tous les adultes âgés de 15 à 49 ans appartenant aux ménages visités étaient éligibles. Des ménages devaient être visités jusqu'à ce que le nombre d'individus prélevés soit égal ou supérieur à 34 à Brazzaville et à Pointe-Noire et à 10 dans les autres cités.

Bibliographie

- Barnett T. and Whiteside A., 2002 - *Aids in the twenty-first century. Disease and globalization*. Palgrave Macmillan.
- Caldwell J.C. and al., 1989 - The Social Context of AIDS in sub-Saharan Africa. *Population and Development Review*, 15 : 185-233.
- Decosas J. and Adrien A., 1997 - Migration and HIV. *AIDS*, 11 : 2-9.
- Dorier-Apprill E., 1996 - Jeunesse et ethnicités citadines à Brazzaville. *Politique Africaine*, 64, 73-88.
- Dorier-Apprill E., 1997 - Les enjeux sociopolitiques du foisonnement religieux à Brazzaville. *Politique Africaine*, 64 : 129-135.
- Ferry B., Caraël M., Buvé A., Laourou M., Kanhonou L., de Loenzien M., Akam E., Chgee J., Kaona F., 2001 - for the Study Group on Heterogeneity of HIV Epidemics in African Cities "Comparison of key parameters of sexual behaviour in four African urban populations with different levels of HIV infection". *AIDS*, 15, suppl.4 : S41-S51.
- Hrdy D.B., 1987 - Cultural Practices Contributing to the Transmission of Human Immunodeficiency Virus in Africa. *Reviews of Infectious Diseases*, 9 : 1109-1119.
- Hunt C.W., 1989 - Migrant Labour and Sexually Transmitted Disease : AIDS in Africa. *Journal of Health and Social Behavior*, 30 : 353-373.
- Kane F., Alary M., Ndoye I., Coll A.M., Mboup S., Gueye A., Kanki P.J. and Joly J.R., 1993 - Temporary expatriation is related to HIV-1 infection in rural Senegal. *AIDS*, 7 : 1261-1265.
- Lalou R. et Piché V., 1994 - Migration et Sida en Afrique de l'Ouest. Un bilan des connaissances. *Dossiers du CEPED* : 53 p.
- Norwegian Refugee Council/Global Internally Displaced People Project, 2003 - Profile of internal displacement : Republic of Congo (Brazzaville). Compilation of information available in the Global IDP Database of Norwegian Refugee Council.
- ONUSIDA, UNICEF and OMS, 2004 - Congo. Epidemiological fact sheets on HIV/Aids and sexually transmitted infections. p. 14.
- Ossebi H., 1998 - De la galère à la guerre : jeunes et « Cobras » dans les quartiers Nord de Brazzaville. *Politique africaine*, 72 : 17-33.
- Packard R.M. and Epstein P., 1991 - Epidemiologists, Social Scientists, and the structure of medical research on AIDS in Africa. *Social Science and Medicine*, 33 : 771-794.
- République du Congo, 2002 - Rapport national sur le développement humain. Guerres, et après ? Développement humain en situation de post conflit. Brazzaville.
- Rushon J.P. and Bogaert A.F., 1989 - Population differences in susceptibility to AIDS: An evolutionary analysis. *Social Science and Medicine*, 28 : 1211-1220.
- Setel P., 1996 - Aids as a paradox of manhood and development in Kilimandjaro, Tanzania. *Social Science and Medicine*, 43 : 1169-1178.

- Soskolne V. and Shtarkshall R.A., 2002 - Migration and HIV prevention programmes : linking structural factors, culture, and individual behaviour-an Israeli experience. *Social Science and Medicine*, 55 : 1297-1307.
- Tonda J., 1998 - La guerre dans le « Camp Nord » au Congo-Brazzaville : ethnicité et ethos de la consommation/consumation. *Politique Africaine*, 72 : 50-67.

La vulnérabilité des femmes face au VIH en République du Congo : les composantes des environnements à risque

**Catherine Enel
Madina Querre**

Introduction

Avec l'appui de l'International Development Association (IDA) et l'expertise d'un bureau de consultance en santé publique, le CREDES, en partenariat avec l'ONUSIDA, et le Secrétariat Exécutif Permanent/Conseil National de Lutte contre le Sida (SEP/CNLS) à Brazzaville, a initié, en novembre 2003, une enquête nationale de séroprévalence à VIH en République du Congo. Cette enquête a indiqué un niveau d'infection de l'ordre de 4,1 % en population générale (15-49 ans), avec des situations très contrastées d'une ville à l'autre. Une enquête quantitative socio-comportementale simultanée à celle de séroprévalence VIH a montré l'existence d'une relation entre la probabilité d'être infecté et trois types d'éléments présents dans la population du Congo Brazzaville : les violences sexuelles, l'appartenance à l'Église Évangélique pour les femmes, et les grandes industries forestières et pétrolières (Lalou *et al.*, 2005).

En complément des études de séroprévalence et socio-comportementales quantitatives effectuées en octobre-novembre 2003, une étude socio-anthropologique qualitative, menée en janvier-mars 2004, visait à clarifier les déterminants socioculturels (attitudes, croyances, valeurs, normes) et les facteurs économiques qui caractérisent la vulnérabilité à l'infection par le VIH et l'impact de la maladie Sida. Elle devait également tenter de mieux cerner la dimension genre dans la problématique du VIH/Sida et d'apprécier les changements possibles de comportements. Le SEP/CNLS a demandé que l'enquête soit faite au sein de « groupes vulnérables prioritaires », préalablement identifiés lors de séminaires sectoriels et départementaux. Il s'agissait

du milieu scolaire (élèves et étudiants, enseignants, parents d'élèves), du secteur des entreprises (forestières, sucrières, pétrolières ainsi que les brasseries), du secteur des transporteurs et de celui des professionnelles du sexe. Ces groupes avaient été définis pour mieux cibler la stratégie de communication en matière de lutte contre le VIH/Sida et atteindre les objectifs de prévention, de réduction de l'impact du Sida et de la prise en charge médico-sociale des personnes vivant avec le VIH (PvVIH).

Pour aborder le lien soulevé par l'enquête quantitative entre l'épidémie à VIH et les violences sexuelles, les appartenances religieuses et la grande industrie, nous présentons ici l'apport d'une analyse secondaire des entretiens qualitatifs recueillis.

Les méthodes d'investigation

L'enquête qualitative a été confiée aux deux auteurs de cet article, sous la responsabilité d'un référent¹ Deux enseignants de l'Université de Brazzaville² ont participé à la collecte des données. Des entretiens auprès d'informateurs clés et de facilitateurs, ainsi que des entretiens individuels et par petits groupes ont été menés auprès de membres des « groupes vulnérables prioritaires » désignés par le SEP/CNLS dans les villes de : Brazzaville, Pointe-Noire, Nkayi (Département de la Bouenza), Ouessou et Pokola (Département de la Sangha) (cf. figure 1, chapitre précédent : Lalou, Rogier et Puruenhce). Dans leur grande majorité, les entretiens ont été enregistrés sur cassette audio, puis transcrits et analysés. Une enquête spécifique auprès de prostituées à Brazzaville a été déléguée à trois enquêteurs congolais³ œuvrant pour le marketing social du préservatif au sein de l'Association de Santé Familiale de Brazzaville.

Le guide d'entretien comportait des questions sur : les caractéristiques sociodémographiques des personnes interrogées ; les activités de loisirs ; les connaissances des modes de transmission du VIH ; les modalités existantes de prise en charge de personnes de l'entourage atteintes par le VIH ; la définition d'un « comportement responsable » et d'une « sexualité malsaine », du « partenaire idéal » et du « mauvais partenaire » ; la raison de la non utilisation du préservatif ; les souhaits quant à l'amélioration des dispositifs de lutte contre le VIH/Sida.

¹ M E Gruénais, anthropologue

² R N Tary Kouka, historienne, et R. Goyendzi, sociologie

³ M. Batisa, G R Soundoulou et B. Bilombo

La violence sexuelle et son contexte socioculturel

Le thème de la violence sexuelle est très vite apparu dans les entretiens, en réponse aux questions concernant la définition d'un « comportement responsable » et d'une « sexualité malsaine », du « partenaire idéal » et du « mauvais partenaire », ou la raison de la non-utilisation du préservatif. Il a été abordé sous différents angles.

La violence dans les couples

L'enquête quantitative révèle que près d'un quart des femmes interrogées aurait subi un rapport sexuel sous contrainte au cours de la vie (Lalou *et al.*, 2005). Au début de l'enquête qualitative, lors d'un entretien avec un groupe de parents d'élèves à Brazzaville, l'un d'eux a d'emblée posé le contexte, en déclarant culturelle au Congo la violence sexuelle au sein du couple. Plusieurs autres interlocuteurs ont dit trouver acceptable le rapport forcé dans leur couple, puisque « la femme doit obéissance à son mari ». Un enseignant d'un lycée de Brazzaville a qualifié de « violence pacifique » le rapport forcé avec une épouse, le refus « hystérique » de la femme participant du jeu érotique. Un élève de terminale d'un lycée de Nkayi a présenté la violence sexuelle comme une sanction normale à une séparation décidée unilatéralement par la partenaire. Certains hommes estiment donc être dans leur droit d'imposer un rapport sexuel.

Par contre, les femmes vivent comme « malsaine » la sexualité dans la violence, quelle que soit la génération. En effet, la violence sexuelle envers les femmes ne semble pas diminuer chez les jeunes, car de nombreuses collégiennes et lycéennes ont déploré être souvent forcées aux rapports sexuels dans le cadre d'une relation stable.

Le harcèlement sexuel

Une autre forme de violence apparaît constamment dans les entretiens : le harcèlement sexuel dans les établissements scolaires. Quels que soient la ville et l'établissement où ont eu lieu les entretiens qualitatifs, garçons et filles ont déclaré que bonnes notes et passage en classe supérieure, pour les filles, peuvent s'obtenir en échange de rapports sexuels avec des enseignants. Plusieurs jeunes filles ont dit avoir fait l'objet d'avances sexuelles de la part d'enseignants, mais ne pas avoir osé en parler à leurs parents ou au directeur d'établissement, partant de l'idée que la parole de l'enseignant prime sur celle de l'élève, et aussi par crainte d'une sévérité accrue des enseignants à leur égard. Confrontés à ces déclarations, les parents d'élèves interrogés, parmi lesquels il y avait des enseignants, ont admis que ces pratiques posent problème, ajoutant que des sanctions risqueraient de porter préjudice au corps enseignant et aux élèves plutôt que d'apporter une solution. Les élèves, sans distinction de sexe, se montrent compréhensifs à l'égard des jeunes filles qui cèdent à ce chantage, expliquant que la pauvreté ne leur permet pas de s'y opposer. En revanche, si les garçons ne sont en rien

tolérants à l'égard des enseignants qui agissent de la sorte, ce n'est pas l'acte violent à l'égard des filles qu'ils condamnent, mais le frein qu'il représente pour leur propre réussite scolaire, car ils vivent la situation comme une « concurrence déloyale ».

Les entretiens menés en entreprises révèlent que les femmes sont également victimes de harcèlement sexuel en milieu professionnel, particulièrement lorsqu'elles sont en situation précaire de stage ou d'attente de poste ; certaines succombent pour obtenir la sécurité de l'emploi. Quelques responsables d'entreprise disent avoir tenté, sans succès, de mettre un terme à ces agissements.

Les violences à l'égard des prostituées

Les témoignages des professionnelles du milieu prostitutionnel confirment la très fréquente violence sexuelle dont elles sont l'objet, essentiellement dans les grandes villes du Congo ou des pays limitrophes où elles exercent aussi (RDC, RCA, Cameroun). Elles subissent cette violence sans oser demander l'aide des policiers, gendarmes ou militaires, car elles craignent par-dessus tout les « hommes en armes », les premiers, selon elles, à commettre ces maltraitances.

Elles ont souvent déclaré avoir été victimes de viols collectifs. Par exemple : un homme se présente comme client, emmène la femme dans son quartier où l'attendent ses clients auxquels il la livre. Après quoi, il encaisse l'ensemble de la recette.

La violence sexuelle pendant les conflits

Les entretiens qualitatifs confirment les résultats quantitatifs révélant le risque de violence sexuelle encouru par les populations civiles durant les périodes de guerre (Lalou *et al.*, 2005).

Ces violences nous ont été relatées à maintes reprises, surtout à Brazzaville et à Nkayi. Les témoignages révèlent des exactions graves, traumatiques tant pour les femmes qui les ont subies que pour les individus des deux sexes qui ont été contraints d'y assister. Les propos sont parfois très critiques à l'égard de la Force Publique congolaise qui aurait perpétré une grande partie de ces actes. Les entretiens attestent que, dans le Département de la Sangha où il n'y a eu ni intervention armée ni déplacement massif de population, les femmes ont été épargnées.

Les jeunes nous sont apparus encore très éprouvés aujourd'hui par les violences perpétrées durant les périodes de guerre. Garçons et filles interrogés en milieu scolaire ont rapporté la confrontation directe avec des scènes de viol individuel ou collectif de femmes de leur famille proche, comme ce petit groupe de lycéens de Nkayi : « *Il y avait beaucoup de violences, moi j'ai vu des filles se faire violer. Même une petite fille de 7 ans par un gaillard... Moi, ils ont violé ma tante devant moi... Moi, ils sont venus pour violer ma sœur de 16 ans, mais ma mère était là, elle connaissait quelqu'un, elle a réussi à négocier et elle n'a pas été emmenée... Moi, ils ont violé ma sœur, mais je n'ai pas vu* ».

Des rapports incestueux ont été imposés sous la menace, avec le suicide comme conséquence, comme l'a évoqué un lycéen : « *Avec ces moments douloureux que nous avons connus, il y a eu des rapports incestueux obligatoires, forcés par certains miliciens ou militaires. Quand ils arrivaient, étant donné qu'on n'était pas de leur obéissance politique, ils forçaient le père à avoir des relations sexuelles avec sa fille, et nous avons connu des gens qui se sont suicidés après* ».

La violence sexuelle après les conflits

La fin des conflits n'aurait mis un terme à ce type violence sexuelle ni en milieu urbain ni en milieu rural, et elle ne serait plus seulement le fait des membres des Forces Armées, mais de policiers et d'hommes de la société civile. De surcroît, plusieurs témoignages suggèrent que les viols post-conflits seraient souvent collectifs et quelques uns évoquent une banalisation du viol collectif, comme par exemple les propos d'une lycéenne de Brazzaville : « *Il y a un jeune garçon qui a violé une fille, ils étaient 5, les 4 ont déjà violé la fille, un jeune fanfan, il est dans notre classe, a dit : nous étions à 5, les 4 sont allés sur la fille et moi-même je regardais, la fille était là, alors je suis passé* ».

Différentes explications sont données à cette violence sexuelle post-conflits. D'abord, beaucoup de gens seraient animés d'un désir de vengeance, après la longue période de troubles. Ensuite, certaines personnes interrogées rendent responsable l'importante consommation d'alcool ou de drogue au Congo ; l'enquête quantitative révèle d'ailleurs, chez les femmes, un lien entre consommation d'alcool et risque de séropositivité au VIH (Lalou *et al.*, 2005). Enfin, les hommes en rendent les femmes responsables pour trois raisons essentielles : les changements récents dans le comportement féminin, le refus de rapports sexuels qu'elles opposent à leur mari et le port de vêtements « sexy ».

Des jeunes filles qui vivent dans des quartiers urbains réputés violents ont exprimé leur crainte de toutes ces violences, disant vivre recluses en dehors des allées et venues à l'école et à l'église, et éviter tout vêtement « sexy ».

Les églises jouent-elles un rôle dans le risque de propagation du VIH ?

L'enquête socio-comportementale quantitative a montré une association statistique du VIH avec la religion : les femmes appartenant à l'église évangélique apparaissent significativement plus souvent infectées (Lalou *et al.*, 2005).

Le guide d'entretien de l'enquête qualitative ne comportait pas de question sur la religion pratiquée, mais nous pouvons faire une brève analyse de ce sujet via les informations collectées indirectement dans les entretiens et les observations de terrain.

Les appartenances religieuses les plus représentées parmi les personnes qui en ont parlé sont : les Églises du Réveil (une vingtaine), l'Église Catholique (une douzaine), l'Église Évangélique, (seize, dont deux du Mouvement Pentecôtiste et quatre des Assemblées de Dieu), des Chrétiens, sans précision.

Par ailleurs, nous avons pu observer, au cours de notre enquête, l'omniprésence du religieux dans le domaine public et médical, avec une grande variété d'Églises prophétiques ayant pignon sur rue ; l'incessant prosélytisme religieux de certaines chaînes de télévision accessibles au Congo, la plupart diffusées depuis la République Démocratique du Congo ; hôtels, bars, cinémas transformés en lieu de culte dominical ; médecins ayant la Bible sur leur bureau, praticiens privés revendiquant une appartenance religieuse sur leurs panneaux publicitaires, discours du personnel médical imprégné de religion.

Les comportements des fidèles

La pratique religieuse

L'importance donnée aux activités religieuses est apparue en réponse à la question sur les loisirs. Les entretiens révèlent une pratique religieuse intense, quelle que soit la ville d'enquête, la plupart des croyants participant à la messe ou au culte dominical. Bon nombre d'adeptes des Églises autres que Catholique ont déclaré, en plus de la participation à l'office dominical, assister à des séances de prière ou de réflexion ou avoir des activités prosélytes au moins bihebdomadaires (prêche de la bonne parole dans les quartiers ou le milieu professionnel, participation à une fanfare, une chorale, etc.). Parmi les critères de sélection du/de la partenaire idéal(e), les élèves, surtout les adeptes des Églises du Réveil, prennent en considération la croyance en Dieu ou la pratique de la religion, parfois dans une même Église. Ces observations rejoignent celles de M.E. Gruénais lorsqu'il parle de pratique de l'endogamie au sein des Églises du Réveil (1999).

Le respect des préceptes

Toutes les Églises interdisent les relations sexuelles prémaritales et extraconjugales, ainsi que l'avortement provoqué ; toutes préconisent la fidélité et l'abstinence ; aucune n'est favorable à l'utilisation du préservatif. Or, ces préceptes ne sont pas scrupuleusement respectés par les croyants.

Parmi les élèves croyants et pratiquants encore célibataires, la plupart ont déjà débuté leur vie sexuelle, certains ont même connu plusieurs partenaires. Seul un témoin de Jéhovah a dit vouloir se conformer aux instructions de sa religion et attendre le mariage pour avoir les premiers rapports sexuels.

Certains hommes mariés se déclarant croyants et pratiquants disent avoir des relations extraconjugales et fréquenter les prostituées. Les femmes sont moins disertes au sujet des relations hors mariage.

Au chapitre de l'utilisation du préservatif, la plupart des personnes interrogées en acceptent le principe, certaines y ont recours. Se conformer aux recommandations d'une Église n'a jamais été donné comme cause de non-utilisation.

Des femmes, jeunes ou moins jeunes, mariées ou non, croyantes et pratiquantes, ont dit avoir eu recours à l'avortement provoqué, certaines plusieurs fois.

L'Église Évangélique, lieu de culte et lieu de soins

L'enquête quantitative socio-comportementale a montré que le fait, pour les femmes, d'être membres de l'Église Évangélique – représentante nationale de l'Église Protestante au Congo – était lié à un plus grand risque d'être infectées par le VIH. Nos entretiens étant peu informatifs sur ce thème, nous ne pouvons qu'élaborer quelques hypothèses à partir de la littérature.

La prise de position de l'activité thérapeutique par les « plantes révélées » est plus marquée au sein de l'Église Évangélique que des autres Églises du Congo, écrit J. Tonda (1999). M.E. Gruénais confirme que cette Église légitime les pratiques de la médecine révélée par les plantes (1999), à la différence des Églises du Réveil qui pratiquent des gestes thérapeutiques comme l'onction d'huile et l'imposition des mains. Le fait que l'Église Protestante ait, dès 1947, intégré les pratiques de guérison dans son ministère (Tonda, 1999) lui donne une antériorité sur le marché thérapeutique par rapport aux Églises prophétiques, d'implantation beaucoup plus récente. Par ailleurs, en Afrique Centrale, la fréquence des IST est élevée depuis bien avant l'apparition du Sida, et les Congolaises connaissent de longue date le cortège des conséquences de ces infections, notamment l'infécondité et la honte qu'elle entraîne (Boumpoto, 1999). Il semble alors plausible que les femmes victimes d'IST aient cherché tant une aide médicale qu'un soutien spirituel auprès de l'Église Protestante.

Mais il nous est impossible de dire actuellement que les femmes infectées par le VIH, ayant connaissance de leur séropositivité, et qui sans doute vivent cette infection comme une honte, dans la lignée de ce qui se passe en matière d'IST, se tourneraient prioritairement, dans leur stratégie de recours aux soins, vers l'Église Évangélique. En effet, la conscience du diagnostic de séropositivité, au Congo, est encore très limitée, le dépistage étant souvent effectué chez les donneurs de sang et les femmes enceintes se faisant suivre en consultation prénatale, et les personnes concernées ne demandant pas obligatoirement le résultat du test (Gruénais, 1996).

C'est le message de curabilité des maladies par l'absorption de tisane diffusé par l'Église Évangélique, surtout lorsqu'il s'agit du Sida, qui nous paraît alarmant, car il affaiblit les messages de prévention diffusés par ailleurs : dès lors que le Sida est pensé comme une maladie guérissable, il semble moins nécessaire de s'en protéger.

Intolérance des Églises du Réveil face aux personnes vivant avec le VIH et à la notion de risque d'infection

À la question concernant les souhaits quant à l'amélioration des dispositifs de lutte contre le VIH/Sida, les adeptes des Églises du Réveil, exceptées les prostituées exerçant à Brazzaville, répondent plus catégoriquement que les membres d'autres Églises qu'il faut exclure de la société les PvVIH. Nous avons entendu les mots incarcérer, emprisonner, cacher, éliminer, dénoncer à la police, laisser mourir, etc. Cette volonté d'ostracisme est cohérente avec le caractère sectaire des Églises du Réveil pour qui les PvVIH seraient la preuve tangible du non-respect des préceptes religieux, notamment de la transgression du message de fidélité. Les PvVIH deviennent alors des sujets « impurs », « immoraux », non admissibles au sein d'un groupe de « vrais » croyants.

Les membres des Églises du Réveil expriment aussi la certitude que le Sida ne peut les atteindre puisqu'ils croient en Dieu, ce qui ferme la porte à tout message de prévention. Ceci est particulièrement dangereux lorsque, comme nous l'avons vu plus haut, ils déclarent ne pas toujours respecter les préceptes moraux enseignés. D'autant plus que ces Églises font de plus en plus d'adeptes au Congo, notamment parmi des personnes vulnérables comme les femmes sans qualification professionnelle ou aux parcours conjugaux chaotiques, et les jeunes qui y voient avant tout la possibilité d'une ascension sociale, par ailleurs difficile dans un Congo post-conflit fort appauvri.

Les femmes Catholiques moins exposées ?

Si l'Église Catholique croit en la guérison miraculeuse, elle ne croit ni en la malédiction divine ni en la protection de Dieu face au risque de transmission de l'infection à VIH. Contrairement aux autres Églises présentes au Congo, elle n'allie pas soins et pratique religieuse. Comme elle prêche l'amour du prochain, on peut imaginer les Catholiques impliqués dans des mouvements caritatifs d'entraide, plus directement confrontés à la maladie, plus tolérants, plus avertis du risque de transmission du VIH. Il est vrai que, dans les entretiens qualitatifs, nous n'avons pas retrouvé, chez les Catholiques, le souhait d'exclusion des PvVIH de la société exprimé par les adeptes des Églises du Réveil.

Les limites de notre enquête ne nous permettent pas d'expliquer le lien statistique trouvé dans l'enquête quantitative entre l'appartenance à la religion catholique et une plus faible probabilité pour les femmes d'être infectées par le VIH (Lalou *et al.*, 2005). Mais nous pouvons parler d'une distance pragmatique prise par certains Catholiques par rapport aux consignes du Vatican en matière d'utilisation du préservatif, comme en témoignent les propos d'une religieuse catholique infirmière : « *Aux femmes au foyer, je dirais ceci : en faisant le sac de votre époux qui effectue un voyage, introduisez un paquet de préservatifs. Ce n'est pas une incitation à un mauvais comportement, c'est une précaution* ».

Pour conclure sur les relations entre Églises et VIH/Sida, rappelons que, si l'enquête quantitative a montré un lien entre Églises prophétiques et infection à VIH, nos entretiens qualitatifs, qui n'ont pas été conduits avec cette hypothèse de travail, rendent délicate toute conclusion à ce sujet. Cette relation statistique peut provenir d'un risque d'infection plus important chez les adeptes des Églises à cause d'une moins bonne prévention, mais aussi du fait que les personnes qui se savent séropositives au VIH ou qui se sentent vulnérables par rapport à cette infection se tournent vers ces Églises dont elles attendent réconfort et soutien spirituel ou communautaire. Nous pouvons simplement dire que l'emprise de la plupart des Églises du Congo dans la sphère du VIH/Sida nous est apparue dangereuse, voire mortifère, lorsqu'elles récuse l'action de prévention jusqu'ici la plus efficace, à savoir l'utilisation du préservatif. De plus, il se pourrait que la représentation de la maladie détermine les conduites religieuses et thérapeutiques ; selon les cas, les fidèles se tourneraient vers les Églises qui prétendent pouvoir guérir la maladie Sida ou vers celles qui prétendent qu'un bon croyant ne peut être touché par l'infection à VIH. Par contre, nous ne pouvons nier le soutien spirituel que les Églises, quelles qu'elles soient, sont en mesure d'apporter aux PvVIH si elles les aident à donner du sens à leur maladie.

L'environnement industriel induit un risque accru de transmission du VIH. L'exemple de l'industrie forestière de Pokola

Une enquête épidémiologique menée dans une ville minière d'Afrique du Sud révèle que les femmes ayant déclaré des relations sexuelles avec des mineurs avaient plus de risque d'être infectées par le VIH que les autres (Auvert *et al.*, 2001). C. Campbell a montré que, toujours en Afrique du Sud, les comportements sexuels des travailleurs migrants qui vivent très confinés sur les sites d'exploitation minière sont liés à leur identité sociale, marquée par leurs conditions de vie et de travail (1997). Une étude menée par Vernazza-Licht *et al.* (2001) dans une plantation d'hévéas au Cameroun, présentée comme un véritable « village », fait apparaître la mobilité sexuelle comme un facteur aggravant le risque de contamination par le VIH. Ces quelques exemples tendent à prouver que l'implantation d'une industrie induirait un risque de changements sociaux, notamment la modification des normes matrimoniales et le recours à la prostitution.

En République du Congo, l'enquête épidémiologique a montré à Dolisie, site d'exploitation forestière de la SOCOBOIS, dans le Département de la Lékoumou, une prévalence du VIH à 9,4 %, soit plus du double du taux moyen national (Lalou *et al.*, 2005). Les enquêtes qualitatives ont été menées à Pokola, petite ville de l'industrie du bois, et non à Dolisie, ville d'industrie du bois concernée par l'enquête quantitative. Cependant, les éléments de vulnérabilité par rapport au VIH, spécifiques aux structures sociales engendrées par cette industrie, que nous observons à Pokola, sont

probablement transposables aux autres villes nouvelles issues de cette industrie du bois comme Dolisie.

Pokola, pôle économique

Dans le Département de la Sangha et dans celui de la Likouala voisin, des compagnies forestières internationales⁴ exploitent le bois de la forêt particulièrement dense dans cette région du Nord du Congo.

D'un village de la forêt équatoriale habitée par de petits groupes endogènes Pygmée et Bantu, Pokola est devenue une agglomération de type semi urbain, avec une population exogène d'environ 13 000 habitants⁵ en 2003, sans véritable activité agricole de subsistance. Située sur la rive Est de la rivière Sangha, affluent du fleuve Congo, Pokola est accessible depuis Brazzaville au Sud et Bangui (RCA) au Nord, par voie fluviale presque toute l'année, et par voie aérienne jusqu'à Ouesso, puis par voie fluviale depuis Ouesso. Pokola est reliée au Cameroun et au Département de la Likouala par une piste en latérite entretenue par les compagnies forestières. La CIB, installée à Pokola depuis plusieurs décennies, écoule la plupart de sa production en grumes ou en produits débités par voie terrestre jusqu'à Douala, au Cameroun, pour expédition maritime vers l'Europe.

Les caractéristiques de la population

L'enceinte de la CIB à Pokola regroupe l'administration, une scierie et les logements des expatriés internationaux (en février 2004 : une dizaine d'Africains et une quarantaine d'Européens) et des cadres nationaux. Autour de ce site s'est développée une agglomération constituée de fonctionnaires (Douanes, Gendarmerie, Impôts, etc.), d'enseignants, de religieux ainsi que d'un grand nombre de travailleurs congolais venus des départements économiquement faibles (Cuvette Ouest, Cuvette Centrale, Plateaux) et des grandes villes (Brazzaville et Pointe-Noire). Pokola compte aussi de nombreux ressortissants d'autres pays d'Afrique Centrale ou Occidentale (République Démocratique du Congo, République Centrafricaine, Angola, Cameroun, Rwanda, Tchad, Mali, etc.) venus s'y installer comme commerçants, artisans, réfugiés politiques. La taille moyenne des ménages de cette population serait de six individus⁶, peu souvent rassemblés autour d'un couple constitué.

⁴ CIB : Congolaise Industrielle des Bois, SOCALIB Société Congo-Arabo-Lyonnaise de Bois ; IFO : Industrie des Forêts de Ouesso.

⁵ Source : recensement de 2003, selon le médecin du CMS de la CIB

⁶ Source : le médecin du CMS de la CIB, communication personnelle

La prostitution

La prostitution, importante et ancienne à Pokola, a connu depuis quelques années une évolution inquiétante. Les professionnelles du sexe ne sont plus seulement les *bassi'oyo bassalaka vie*, (les femmes qui font la vie), mais de plus en plus des *mangaya-paye*, de *mangaya*, petits poissons qui ne grossissent jamais, faisant référence aux très jeunes filles, petites et menues, qui exercent désormais ce commerce. Cette expression, a dit une prostituée de 25 ans, « ... est née avec notre génération ou quelques années avant. Il s'agissait des filles de 14 à 17 ans qui faisaient la ronde des chantiers lors des payes des travailleurs ». Ce type de prostitution a notamment été décrit par Vernazza-Licht *et al.* dans une plantation d'hévéas au Sud-Cameroun (2001). Si l'on replace ce phénomène dans le contexte historique du Congo, il serait apparu au début des conflits politiques de la décennie 1990-2000. La guerre aurait donc projeté les très jeunes filles dans la prostitution. Plusieurs types de clients attirent cette prostitution.

Les clients forestiers

Les conditions d'emploi favorables offertes aux travailleurs forestiers (salaires auxquels s'ajoutent des primes importantes, gratuité du logement, de l'accès à l'eau et à l'électricité, prise en charge médicale par le CMS⁷ d'entreprise pour les employés et leurs ayants droit) leur procurent un fort pouvoir d'achat. Tout cela a favorisé le développement des auberges et des bars, officiels ou clandestins, où les professionnelles du sexe recrutent leurs clients. Elles tournent de site forestier en site forestier, en fonction des jours de paye qui varient selon les compagnies. Elles déclarent un nombre important de partenaires pendant ces jours de pointe : « Avec les travailleurs de la CIB, la fin du mois, c'est le moment qu'il ne faut pas rater... les deux jours qui suivent la paye, il faut coucher le maximum avec eux, pour avoir beaucoup d'argent, trois à quatre clients par nuit ». Quant au coût de la passe : « ... selon leur rang, je demande 5 000 à 10 000 FCFA, et parfois plus, surtout lorsqu'il s'agit de jeunes travailleurs. Ils peuvent facilement vous lâcher 15 000 à 20 000 FCFA ». La consommation d'alcool et de sexe comme principales activités de loisirs a déjà été décrite chez des travailleurs de mines d'or en Afrique du Sud (Campbell, 1997).

Ces employés forestiers sont aussi des « maris », « copains », « fiancés » d'une partenaire régulière qui a une activité sexuelle ailleurs, en particulier celles qui restent à Pokola pendant que le conjoint travaille dans un chantier.

Les « délégations » et les chauffeurs routiers

Les « délégations », c'est-à-dire des employés de l'Etat qui viennent pour quelques jours à Pokola pour raison professionnelle, constituent une autre catégorie dont les prostituées sont à l'affût entre les périodes de paye des compagnies forestières, car ces clients dépensent facilement avec elles leurs indemnités de déplacement : « ... pour les

⁷ CMS : centre médico-social.

hommes des délégations officielles, nos tarifs augmentent : 15 000 à 20 000 FCFA. Dans ce cas, on passe toute la nuit avec le monsieur. Pour ne pas le perdre pendant son séjour à Pokola, on est obligée de l'entretenir, de faire sa lessive et parfois certaines commissions ».

La centaine⁸ de chauffeurs routiers, essentiellement camerounais, circulant régulièrement entre Pokola et le port de Douala (environ 1 000 km), sont aussi bons clients car bien rémunérés⁹ : *« Quand il s'agit d'un chauffeur long-courrier camerounais, quelle que soit la période du mois, ils sont bien payés, entre 200 000 et 500 000 FCFA. Je demande toujours 50 000 à 60 000 FCFA la passe. Je passe la nuit avec lui. La journée qui suit, je peux faire la cuisine pour lui et sa lessive. Je deviens sa femme occasionnelle ».* Ils sont les clients préférés : *« Il y a des chauffeurs camerounais qui reviennent souvent, ils amènent des cadeaux, des bananes, des gâteaux, des parfums, des savonnettes... je préfère les Camerounais, ils sont plus gentils ».* Et peut-être aussi moins violents : *« Les Congolais ne sont pas bien, ils nous insultent, ils nous appellent les "bordels". Les Camerounais ne disent pas ça. Les Congolais ne nous battent pas, mais ils nous forcent à avoir des rapports avec eux... ».*

Les chauffeurs confirment être très sollicités : *« Dans les auberges, les filles sont là pêle-mêle, c'est devenu commercial... certaines filles, les filles frivoles, c'est de l'argent qu'elles veulent. Elles ne veulent que le bâton que tu leur amènes... elle sait qu'elle peut vendre son sexe, c'est sa boutique ».* Dans leur pays d'origine, ils sont en général mariés, souvent en union polygame.

L'utilisation non systématique du préservatif

On sait que plus les femmes sont jeunes, plus elles sont vulnérables au VIH. À Pokola, ce risque est démultiplié pour les prostituées, très jeunes, très actives, ayant des clients de tous âges. Le risque s'accroît lorsque l'on sait que ces jeunes femmes n'imposent pas systématiquement l'utilisation du préservatif à leurs clients fidélisés et nantis : *« Je n'utilise pas le préservatif uniquement quand je fais l'amour avec celui que je peux dire mon copain, chauffeur camerounais, ici à Pokola ».* Or, ces clients déclarent d'autres relations, non protégées elles aussi : *« Je n'utilise pas de préservatif avec celle qui peut être considérée comme ma deuxième à 20 km de la frontière congolaise ».* Ces clients sont aussi très sollicités sexuellement au cours des étapes du trajet de plusieurs jours entre Pokola et Douala et des pannes de véhicule qui apparaissent comme des moments très à risque : *« En cas de panne du véhicule dans un village, 1 à 2 semaines, on tombe sur une villageoise. L'habitude et son hospitalité jouent contre le préservatif. C'est là le piège ».*

L'utilisation du préservatif n'est pas non plus systématique avec les clients non fidélisés : *« J'utilisais le préservatif occasionnellement, quand le client le veut ».*, même si certaines parviennent à l'imposer.

⁸ Source le directeur du personnel de la CIB, communication personnelle

⁹ Les chauffeurs camerounais interrogés nous ont parlé de salaire mensuel de 400 000 à 500 000 FCFA + indemnités de déplacement.

En plus de leur grande mobilité à l'intérieur du Département de la Sangha, les prostituées vont exercer dans d'autres villes du Congo ou au-delà des frontières, Cameroun, RCA, etc., tout comme pendant les longs trajets fluviaux (il faut au minimum une dizaine de jours pour atteindre Brazzaville en bateau) : « *Quand je prends le bateau, je couche aussi. Les hommes donnent 2 000, 5 000, parfois 10 000 FCFA ou plus* ». Un membre d'équipage confirme la grande promiscuité à bord des bateaux : « *J'ai beaucoup de rencontres occasionnelles et brusques dans le bateau, surtout en partant de Brazzaville, et quand j'ai un peu forcé sur la bière... j'ai eu plusieurs IST... la dernière fois, c'était avec une très belle fille... qui ne voulait pas de préservatif. Comme je l'avais plusieurs fois approchée et échoué, je ne pouvais plus rater une telle occasion* ».

On peut donc conclure qu'à Pokola, les vastes réseaux sexuels intriqués, et le brassage sexuel qu'ils comportent, exposent tous les partenaires, réguliers ou occasionnels, urbains et ruraux, au risque d'IST et de VIH/Sida.

Des modèles sociaux peu normatifs

Dans la population hétérogène de Pokola développée à proximité de la grande scierie de la CIB, on constate des comportements très à risque du fait de l'absence de tissu social solide. Par exemple, on ne retrouve pas les règles d'échange d'alliances que constitue le mariage dans un groupe homogène. Il s'ensuit un faible contrôle social sur la constitution des couples et sur la sexualité.

Nous avons retrouvé à Pokola l'imprécision sémantique pour désigner conjoints, partenaires et clients, perçue au cours des entretiens menés dans les autres villes, et qui reflète des normes matrimoniales floues. Les prostituées interrogées, qui vivent dans des familles éclatées, souvent avec une mère divorcée, ont une image négative du modèle masculin de référence. Elles s'engagent dans la prostitution parfois sur conseil familial : « *J'ai une sœur à Pointe-Noire. C'est elle qui m'a dit que si je ne trouvais pas l'argent, je pouvais faire ce commerce. Et j'ai fait* ». Quand on leur demande à quoi elles utilisent l'argent gagné, on entend : « *J'achète mes habits, je donne à mes petits frères qui sont ici... J'envoie à mon grand frère qui est à l'Université à Brazzaville* ».

À la question de savoir si son concubin était au courant de la provenance de l'argent qu'elle avait à disposition, une prostituée a rétorqué : « *Ça nous aide, non !* ». Et une autre de dire que sa mère, avec qui elle vit : « *... a déjà entendu les gens me traiter de "bordel", mais elle ne dit rien quand elle entend ça. Personne dans ma famille sait que je couche. Ma maman ne demande pas où j'ai l'argent, je ne sais pas si elle sait* ».

La population de Pokola étant allogène dans sa très grande majorité et les travailleurs forestiers logés dans des maisons appartenant à la CIB, il n'y a pas de patrimoine (terre, maison) à transmettre en héritage, ce qui, normalement, contribue à maintenir la construction sociale. La concurrence économique et sociale qui s'installe souvent entre des individus d'origines très variées, venus là par stratégies économiques, familiales ou individuelles, ne la favorise pas non plus.

Face à une précarité grandissante et à la faillite des stratégies d'ascension sociale traditionnelles, le modèle de jeunes femmes gagnant bien leur vie par la prostitution est tentant à imiter, et le pas vite franchi, si l'on en croit les propos d'une enseignante révélant une prostitution occasionnelle pratiquée par des collégiennes : « *Quand il y a manque de nourriture à la maison, l'enfant est obligé de faire ce qui lui plaît pour avoir de quoi se nourrir. Et surtout de quoi se vêtir, c'est ce qui explique ces absences répétées lors de ces deux mouvements dans le mois (la paye de quinzaine et la paye de fin de mois)* ». Cet itinéraire semble d'autant plus aisé que ni la famille ni l'école n'apparaissent comme instance de construction et de socialisation de l'individu et qu'elles ne dispensent aucune éducation à la sexualité. Les collégiens/collégiennes ont une vie sexuelle prémaritale active, instable, menée sans grande connaissance des risques encourus en matière d'IST et de VIH qui pourrait les inciter à la prévention. Ces jeunes ont aussi témoigné de la proposition parentale d'avortement provoqué, illégal au Congo, en cas de grossesse indésirée.

Le danger est ici que les comportements déviants des adultes référents, notamment leur consommation abusive d'alcool et de sexe, ainsi que leur laisser-faire éducatif deviennent la norme pour les jeunes.

Les risques liés à la fréquentation des structures de santé

Dans le Département de la Sangha, le risque transfusionnel de transmission du VIH reste élevé aujourd'hui, surtout à Ouesso où le Centre de Transfusion Sanguine ne possède pas de banque de sang, car non alimenté en électricité. On pratique la transfusion de bras à bras à partir de donateurs volontaires dont 7,6 % des testés en 2003 étaient séropositifs¹⁰. Le risque est sans doute moins élevé à Pokola, grâce à l'engagement de la CIB et du médecin du CMS qui teste systématiquement le sang et qui a organisé une petite banque de sang disposant d'une alimentation électrique fiable et constante. Mais le taux moyen des séropositifs chez les donateurs volontaires de Pokola, pour l'année 2003, était très alarmant : environ 10 %¹¹.

Plusieurs personnes ont déclaré usurper le « macaron » attribué par le CMS limitant la prise en charge médicale aux employés et à leurs ayants droit. Il devient alors difficile de croire à la fiabilité des dossiers médicaux, sans parler du risque de traitement inadapté à la personne qui se présente sous une fausse identité. Et l'on ne peut s'empêcher de se poser la question : comment se passe le suivi d'un patient en cas de diagnostic de séropositivité au VIH ?

¹⁰ Source la responsable du CTS, communication personnelle en présence de D D S

¹¹ Source le médecin du CMS de la CIB, communication personnelle

Peut-on généraliser l'exemple de Pokola ?

Aux termes de notre enquête à Pokola, ce site est apparu comme présentant des risques spécifiques importants de propagation d'une épidémie de VIH/Sida. L'implantation de l'industrie forestière a entraîné le développement d'une population allogène, cosmopolite, très mobile, peu structurée autour de familles constituées, concentrée dans une petite agglomération construite de toutes pièces autour du pôle économique. Des conditions d'emploi favorables assurent aux employés forestiers un niveau de vie supérieur à celui de beaucoup de Congolais, mais on constate qu'un désordre social certain s'établit autour du florissant commerce de l'alcool et du sexe qui touche toutes les catégories de la population.

En ce qui concerne les autres secteurs industriels au Congo, l'enquête menée dans des entreprises pétrolières de Pointe-Noire et dans une entreprise sucrière de Nkayi indique également qu'une partie du pouvoir d'achat des employés est souvent utilisée à l'achat de services sexuels et à la consommation d'alcool et qu'on y pratique l'usurpation aux droits à la prise en charge médicale dans les CMS d'entreprise. La différence essentielle avec Pokola est que les industries se sont développées dans des populations urbaines déjà constituées, donc au sein de structures sociales existantes, d'où un effet peut-être plus atténué.

Discussion

Il faut rappeler que l'enquête qualitative n'avait pas pour but de valider l'enquête quantitative et que le fait que les anthropologues ont travaillé sans avoir élaboré leur guide d'entretien en fonction des résultats statistiques comportementaux explique l'absence de données systématiques sur les trois thèmes sélectionnés pour cet article.

Cependant, notre enquête a permis la mise à jour, dans la société congolaise d'aujourd'hui, de deux éléments primordiaux qui participent à faire de l'activité sexuelle une activité à risque pour la propagation du VIH : la violence sexuelle et le faible niveau de connaissance de la population en matière de VIH/Sida.

La violence sexuelle dont les femmes sont l'objet au Congo est un véritable leitmotiv dans les entretiens qualitatifs. Elle apparaît sous diverses formes qui toutes induisent une grande vulnérabilité à laquelle s'ajoutent d'autres facteurs alarmants. D'une part, les rapports sexuels dans la violence ne permettent nullement la négociation de l'usage du préservatif. D'autre part, une enquête de séroprévalence dans la Force Publique Congolaise (Forces Armées, Police et Gendarmerie), réalisée en octobre 2003, a montré un taux de 3,3 % à Brazzaville sur un échantillon raisonné et opportuniste de 1 000 personnes (Bagamboula Mpassi *et al.*, 2005). Les femmes violentées sexuellement par les hommes en armes durant les périodes de conflits et depuis sont donc exposées au risque de contamination.

La violence sexuelle sous toutes les formes dévoilées par l'enquête est liée aux rapports de genre très déséquilibrés. Les violences subies par les femmes au cours de cette dernière décennie de conflits au Congo semblent avoir augmenté leur besoin de soutien spirituel, particulièrement chez les femmes violées, comme le suggère une femme de Nkayi : « *N'oublions pas que Nkayi a été durement frappé par la guerre. Les femmes ont beaucoup été violées, comme elles ont honte d'en parler, elles se confient à Dieu* ». On peut alors les imaginer particulièrement vulnérables et réceptives aux messages simplistes des leaders de certaines Églises, d'autant qu'elles sont, avec les hommes en général, dans un rapport de soumission.

Le deuxième élément essentiel dans le risque de propagation de l'épidémie à VIH que nous avons pu dégager est l'assimilation très imparfaite des connaissances médicales sur cette infection. Si ces niveaux de connaissance – relevés dans l'enquête socio-comportementale – sont relativement élevés, ils ne doivent pas néanmoins masquer le fait que, comme souvent, la connaissance médicale ne se substitue pas aux savoirs traditionnels, mais qu'elle s'y surajoute. À ce titre, l'enquête quantitative a montré que les modes de transmission du VIH/Sida sont connus par un peu plus de 90 % de la population interrogée et que plus de 50 % des personnes enquêtées croient aussi que le VIH/Sida se transmet par une piqûre de moustique et par un sorcier. De même, un peu moins de 80 % des enquêtés signalent que le VIH/Sida peut être transmis lors d'un rapport sexuel et que le préservatif constitue un mode efficace de protection. Cependant, les entretiens approfondis indiquent la croyance, récurrente chez plusieurs personnes, que le préservatif protège d'une contamination par voie sanguine, et non pas par voie séminale. Le préservatif est ainsi utilisé principalement lorsque les organes génitaux présentent des plaies, traduisant sans doute une confusion entre le risque strictement sexuel et le risque d'infection lié à une maladie génitale ulcéreuse. Enfin, comparativement aux autres modes de transmission, beaucoup moins de personnes connaissent le risque de transmission materno-fœtale (l'enquête quantitative montre que plus de 45 % des enquêtés ignorent cette voie d'infection) et peu savent qu'il existe des traitements par ARV, qu'ils sont disponibles dans les CTA¹² de Brazzaville et de Pointe-Noire et qu'ils peuvent être préconisés aux femmes enceintes séropositives.

Le recours à l'avortement provoqué, que certaines femmes interrogées ont déjà pratiqué deux ou trois fois, constitue aussi un risque d'infection par le VIH/Sida. On sait qu'un avortement provoqué dans de mauvaises conditions – ce qui est en général le cas lorsqu'il est illégal – peut nécessiter une transfusion sanguine ; nous avons vu que la population n'est pas à l'abri du risque transfusionnel de transmission du VIH.

Enfin, très rares sont les femmes qui ont mentionné le programme d'assistance aux victimes de viol mis en place à Brazzaville, en mars 2000, par l'ONG Médecins Sans Frontières (Nzele, 2003). En général, les femmes ne savent pas qu'en cas de viol, il faut faire un examen médical et qu'un traitement par ARV peut éviter le risque de transmission du VIH/Sida. La vulnérabilité physique et psychologique des femmes est aggravée par le fait qu'après un viol avec lésions corporelles, elles sollicitent tardivement une prise en charge médicale et rarement une aide psychologique.

¹² Centre de Traitements Ambulatoire.

Conclusion

Les données de l'enquête anthropologique qualitative menée dans cinq villes congolaises confirment le résultat de l'enquête quantitative socio-comportementale, à savoir que la vulnérabilité des femmes face à l'épidémie de VIH/Sida au Congo provient de leur environnement. Plusieurs éléments à haut risque déterminent cet environnement, et en premier lieu la violence sexiste à l'égard des femmes. La paupérisation du Congo d'aujourd'hui renforce la précarité des femmes qui sont confrontées au harcèlement sexuel pour obtenir qualification ou emploi. Ensuite, la relation sexuelle s'exerce souvent dans la violence, rendant impossible toute négociation de rapport protégé par le préservatif.

Se sont ajoutées les violences sexuelles envers les femmes, commises durant les conflits politico-militaires de la décennie 1990-2000, qui ont participé à la rupture de la cohésion sociale, notamment en milieu rural, traditionnellement plus protégé que le milieu urbain, avec pour conséquence le basculement dans la prostitution, particulièrement de très jeunes femmes. Les adolescents et jeunes adultes ont été tout particulièrement traumatisés par ce type de violences.

L'industrialisation « champignon » autour du commerce du bois a aggravé la vulnérabilité des femmes car elle s'est développée sans prise de conscience des conséquences du fort pouvoir d'achat qu'elle entraîne. Aucun garde-fou, comme la promotion de l'épargne salariale ou de l'accès à la propriété ou à des terres cultivables, le regroupement familial, le développement des emplois féminins, n'a été dressé pour prévenir les comportements à risque. L'absence de contrôle social due à la création *ex-nihilo* d'agglomérations autour de sites forestiers a entraîné de nouveaux modèles de comportements, notamment la mobilité, la consommation abusive d'alcool, le multipartenariat sexuel et la prostitution.

Afin d'assurer une meilleure efficacité de la prévention du VIH/Sida en République du Congo, il apparaît indispensable de mieux comprendre les déterminants de la transmission du VIH. Pour mener des actions efficaces, il ne suffit pas de cibler des « groupes vulnérables prioritaires », démarche stigmatisante et réductrice, mais de comprendre ce qui peut conduire chaque individu de la population générale à adopter un comportement à risque pour le VIH.

Remerciements

Nous remercions le SEP/CNLS de Brazzaville, et tout particulièrement le Dr. Marie Francke Puruenhce, Secrétaire Exécutive, de nous avoir autorisées à exploiter les données recueillies au cours de notre mission réalisée pour le CREDES, Paris.

Nous remercions également les Drs. Jacques Lebas et Michel Etchepare, CREDES, Paris, pour la confiance et le soutien qu'ils nous ont accordés tout au long de cette mission en République du Congo.

Enfin, nous exprimons notre reconnaissance à toutes les personnes qui ont accepté de répondre à nos sollicitations durant notre travail d'enquête.

Bibliographie

- Abega S.C., Bley D., Pagezy H., Vernazza-Licht N., 2001 - Hiérarchies sociales et enjeux de santé dans une société à économie de plantation au Sud Cameroun. *Réseau Anthropologie de la Santé*, Bulletin n° 2, Les professionnels de la santé : pratiques, identités et déontologie, 27-36.
- Auvert B., Ballard R. Campell C. *et al.*, 2001 - HIV infection among youth in south African mining town is associated with herpes simplex virus-2 seropositivity and sexual behaviour. *AIDS*, 15, 7.
- Bagamboula Mpassi R. *et al.*, 2005 - *La séroprévalence du VIH et de la syphilis dans la Force Publique Congolaise à Brazzaville*. A paraître.
- Boumpoto M., 1999 - Sida, sexualité et procréation au Congo. in *Vivre et penser le sida en Afrique*. Codesria-Karthala-IRD, 363-375.
- Campbell C., 1997 - Migrancy, masculine identities and Aids: the psychosocial context of HIV transmission on the South African gold mines. *Soc. Sci. Med.*, 45, 2 : 273-281.
- Courtois R., Mullet E. et Malvy D., 2001 - Approche de la sexualité au Congo dans le contexte du sida. *Cahiers d'études et de recherches francophones/santé*, 11, 1 : 43-8.
- Gruénais M.E., 1996 - Être malade ou être sidéen. in *Anthropologie et sida, bilan et perspectives*. Karthala, Paris, 219-229.
- Gruénais M.E., 1999 - La religion préserve-t-elle du sida ? Des congrégations religieuses congolaises face à la pandémie de l'infection par le VIH. *Cahiers d'Études Africaines*, 154, XXXIX-2 : 253-270.
- Hunt N.R., 1999 - STD's suffering, and their derivatives in Congo-Zaire: notes towards an historical ethnography of disease. in *Vivre et penser le sida en Afrique*. Codesria-Karthala-IRD, 111-131.
- Lalou R., Atipo B., Nkouendolo Metouakebosso J.P., Bikandou B., Saragossi S., Puruehnce M.F., Etchepare M. et Rogier C., 2005 - *Les épidémies du VIH/SIDA en République du Congo dans un contexte d'après-guerre : disparités géographiques et pluralité des environnements à risque*.
- Macheke C., Campbell C., 1998 - Perceptions of HIV/AIDS on a Johannesburg Gold Mine. *South African Journal of Psychology*, 28 : 143-53
- NZELE, 2003 - *Magazine de la femme*, n° 6, mars-avril, numéro spécial Halte au viol. Brazzaville.
- Rees H. *et al.*, 2000 - Commercial Sex Workers in Johannesburg: Risk behaviour and HIV Status. *South African Journal of Science*, 96.
- Tonda J., 1999 - Les spécialistes non médicaux congolais et le problème de la connaissance scientifique du sida. in *Vivre et penser le sida en Afrique*. Codesria-Karthala-IRD, 631-643.
- Vernazza-Licht N., Ageba, S.C., Bley D. et Pagezy H., 2001 - Sida et gestion de la santé des travailleurs dans une plantation au Sud-Cameroun. *Le journal du sida et de la démocratie sanitaire*, n° 138, août/septembre : 29-34.
- Williams B. and Campbell C., 1996 - Mines, Migrancy and HIV in South Africa: Managing the Epidemic. *South African Medical Journal*, 86 : 1249-51.

- Williams B. and Campbell C., 1996 - A Model of HIV Transmission on South African Gold Mines: Implications for Control. *South African Journal of Epidemiological Infection*, 11 : 51-5. *South African Medical Journal*, 86 : 1249-51.
- Williams B., Taljaard D., Campbell C., *et al.*, 2003 - Changing patterns of knowledge, reported behaviour and sexually transmitted infections in a South African gold mining community. *AIDS*, 17 : 2099-2107.

Evolution des comportements sexuels à risque de patients infectés par le VIH-1 à date de séroconversion estimée

cohorte ANRS 1220 PRIMO-CI, Adibjan, Côte d'Ivoire, 2000-2004

Albert Minga

Lambert Dohoun, Yao Abo

Gwénola Gourvellec, Charlotte Huët

Ali Coulibaly, Seidou Konaté

François Dabis, Roger Salamon

et l'équipe du projet ANRS 1220 PRIMO-CI

Introduction

En Afrique sub-saharienne, l'ONUSIDA (UNAIDS, 2003) estimait en fin d'année 2003 à 26,3 millions le nombre de personnes infectées par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et la prévalence globale était estimée à 9 % chez l'adulte. La Côte d'Ivoire compte actuellement 16 millions d'habitants. A la fin de l'année 2002, la prévalence de l'infection par le VIH dans la population d'adultes à Abidjan était estimée à 9,7 %, ce qui en fait un des pays les plus touchés par l'épidémie liée au VIH en Afrique de l'Ouest avec une transmission essentiellement hétérosexuelle (UNAIDS, 2002). Avant 2004, les centres de dépistage gratuit et de conseils étaient pratiquement inexistantes et de nombreuses personnes adultes s'orientaient vers le Centre National de Transfusion Sanguine pour y faire un don de sang dans l'intention d'avoir accès au test de dépistage du virus du Sida. En Côte d'Ivoire l'accès au traitement antirétroviral a été organisé en 1998 grâce à l'initiative ONUSIDA (Souville *et al.*, 2003). Le coût élevé des médicaments antirétroviraux et le faible pouvoir d'achat de la majorité des patients ont cependant limité l'utilisation de ces médicaments à grande échelle au départ de cette initiative (Msellati *et al.*, 2001). Depuis fin 2004, l'accès au traitement antirétroviral semble facilité, même s'il n'est

pas encore total à Abidjan, grâce au plan d'urgence d'aide présidentielle américaine et du Fonds mondial qui préconise une prise en charge rapide des personnes vivant avec le virus du Sida et nécessitant ce traitement.

Le Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS) de Côte d'Ivoire est implanté à Abidjan, dans la commune de Treichville. Réhabilité en 1991-1992¹, le CNTS recueille actuellement un peu plus de 60 000 poches de sang par an pour des besoins estimés à 100 000 poches par an. Compte tenu de la forte prévalence du VIH parmi les personnes prélevées pour un premier don de sang (11,4 %) (Savarit *et al.*, 1992), un centre de suivi des donneurs de sang a été créé en 1992². Ce centre avait pour but de proposer à tous les donneurs dépistés positifs pour le VIH un suivi psychosocial et médical. Les personnes effectuant les dons de sang étant des sujets *a priori* asymptomatiques dans leur grande majorité, il était nécessaire de créer ce centre pour expliquer, dès les premiers contacts et à l'annonce du résultat du test de dépistage, la notion de séropositivité pour le VIH, ses conséquences médicales, les précautions à prendre pour soi-même et vis-à-vis de ses éventuels partenaires, et la nécessité d'un suivi psychosocial. C'est dans ce centre qu'une des rares cohortes d'adultes infectés par le VIH à date de contamination estimée (la cohorte ANRS PRIMO-CI 1220) a été mise en place depuis 1997 (Salamon *et al.*, 2002).

La difficulté rencontrée chez les personnes se sachant VIH+ à utiliser le préservatif avec leurs partenaires, même lorsque ceux-ci sont non infectés, a été décrite dans d'autres pays (Buchacz *et al.*, 2001 ; Ryder *et al.*, 2000). Nous proposons dans cette étude de décrire l'évolution de certains indicateurs de comportements sexuels à risque chez des personnes qui se savent infectées par le virus du Sida et qui sont suivies et prises en charge dans le cadre de cette cohorte d'adultes VIH+. Ces personnes adoptent-elles des comportements de prévention pour éviter de transmettre le VIH ?

Méthodes

L'étude concerne 76 patients sur les 197 inclus dans la cohorte PRIMO-CI entre août 2000 et mars 2004. Ont été inclus dans l'étude les 76 premiers sujets volontaires âgés de 18 ans et plus, qui ont accepté de répondre aux deux questionnaires proposés : le premier au moins six mois après l'inclusion dans la cohorte PRIMO-CI, le deuxième au moins douze mois après le premier. Dans cette cohorte, tous les patients ont bénéficié de la gratuité des soins médicaux y compris les traitements antirétroviraux prescrits selon les recommandations nationales en vigueur en Côte d'Ivoire. Il y avait une procédure active de recherche des perdus de vue. Les principales variables recueillies étaient : le sexe, l'âge, le niveau scolaire, la pratique sexuelle, le nombre de partenaires, l'utilisation de préservatif, le partage du résultat de la sérologie VIH, le désir d'enfant et le nombre de grossesses survenues entre le premier et le deuxième

¹ Grâce à l'aide financière et technique de l'Union européenne

² Avec l'appui d'une organisation non gouvernementale (ONG) ivoirienne (FonSIDA)

entretien. Le test de Mc Nemar a été utilisé pour la comparaison des réponses des deux entretiens.

Résultats

Du mois d'août 2000 au mois de mars 2004, 76 sujets dont 78 % d'hommes ont été inclus dans cette étude. Le délai médian depuis le sérodiagnostic était respectivement au premier et au second entretien de 26 mois (IIQ : 13-41) et 52 mois (IIQ : 37-66). Plus de la moitié de ces patients avaient moins de 30 ans. Ils étaient tous hétérosexuels à l'exception de deux homosexuels masculins. Quinze patients, soit 20 %, n'avaient pas achevé le cycle primaire ou étaient non scolarisés, 66 % des patients avaient un niveau secondaire et 14 % avaient un niveau supérieur : il s'agit donc d'un échantillon d'individus plutôt instruits par rapport à la population générale d'Abidjan. La majorité de ces patients étaient des célibataires ne vivant pas en concubinage et 36 % menaient une vie de couple, mariés ou union libre. La moitié (54 %) avaient au moins un enfant. Seulement 14 % de ces patients n'avaient pas d'occupation professionnelle.

Le tableau 1 compare les indicateurs de comportements des hommes entre les deux entretiens ; le tableau 2 compare ces mêmes indicateurs chez les femmes. Chez les hommes (tableau 1), on observe une diminution de la proportion d'hommes déclarant une activité sexuelle au cours du temps : 58 hommes (99 %) au premier entretien avaient eu des rapports sexuels pendant les six mois précédant l'entretien contre 40 (72 %) au second. La proportion d'hommes ayant eu plusieurs partenaires baisse aussi entre les deux entretiens, de 53 % à 36 %. Chez les hommes qui avaient une partenaire régulière, l'utilisation du préservatif a, par contre, diminué au cours du suivi.

Le désir d'enfant concernait 23 hommes au premier entretien et 29 hommes au second. Le nombre d'hommes ayant annoncé le statut VIH positif à sa partenaire régulière est passé de 21 à 27 du premier au second entretien. Parmi les 17 femmes (tableau 2) de notre échantillon d'étude, 13 avaient répondu avoir eu des rapports sexuels entre l'annonce de leur statut VIH positif et le premier entretien, et au second entretien, seulement six de ces femmes avaient continué les rapports sexuels. Le nombre de femmes qui ont déclaré protéger leurs rapports sexuels avec leur partenaire régulier est resté stable au cours du suivi (cinq femmes), ainsi que le désir d'enfant (mentionné par huit femmes au premier entretien et neuf au second). Le nombre de femmes ayant annoncé leur statut VIH positif à leur partenaire régulier est passé de trois à quatre du premier au second entretien.

Discussion

Notre échantillon est de taille limitée, en particulier pour les femmes, et du fait du type de recrutement de nos patients (parmi les donneurs de sang de la ville d'Abidjan) ; il ne représente évidemment pas la population de la ville d'Abidjan et moins encore celle de toute la Côte d'Ivoire. Il s'agit en particulier de personnes plutôt instruites. Par ailleurs, nous avons sélectionné les patients qui acceptaient d'être suivis et enquêtés au moins deux fois, donc vraisemblablement plutôt enclins à changer leur comportement. Enfin, les entretiens face à face ont été effectués par les médecins chargés du suivi médical de la cohorte PRIMO-CI au cours d'une visite. Cela a pu sous estimer les réponses en faveur des comportements à risque. Cependant, les données de cohortes de personnes récemment contaminées sont rares en Afrique et les résultats issus de cette étude exploratoire peuvent fournir des informations importantes dans la prise en charge des patients dans les pays à ressources limitées.

Cette évaluation a été menée après une médiane de 26 mois de conseils régulièrement prodigués au centre de suivi des personnes infectées par le VIH au CNTS d'Abidjan. Ces patients sont reçus en visites systématiques tous les six mois et ont accès aux consultations médicales en cas d'événements morbides. L'accès à la prophylaxie primaire par le cotrimoxazole et aux antirétroviraux était gratuit. Dans ce contexte favorable, par rapport au contexte national, nous avons pu constater une réduction du nombre de partenaires occasionnels, une augmentation du nombre de patients qui ont partagé le résultat de leur statut VIH avec leur partenaire régulier (surtout chez les hommes) et l'augmentation du nombre de personnes qui choisissent l'abstinence sexuelle entre les deux entretiens. Ces éléments plaident pour un impact positif du conseil délivré auprès de ces personnes vivant avec le VIH dans le cadre d'une telle cohorte. Une étude menée en Afrique du Sud en 2004 a, en effet, mis en évidence une association de nouvelles contaminations par le VIH au non partage du statut sérologique avec le ou la partenaire sexuel(le) habituel(le) (Myer *et al.*, 2004). Cependant certains comportements à risque persistent parmi les patients que nous avons suivis, malgré les conseils reçus régulièrement, à savoir : rapports hétérosexuels non protégés, refus de l'annonce du statut VIH au partenaire régulier, rapports extraconjugaux dans les couples stables.

Le désir de procréer est manifesté par la grande majorité de nos patients et paraît renforcé dans le temps. Ce désir d'enfant chez les personnes vivant avec le VIH a déjà été décrit dans plusieurs contextes africains (Allen *et al.*, 1993) et en particulier en Côte d'Ivoire (Aka-Dago-Akribi *et al.*, 1999) ; on le trouve également dans des pays occidentaux tels que la France (Delfraissy, 2004). Dans notre contexte, les difficultés de procréation existent particulièrement dans les couples sérodifférents désireux d'enfant lorsque l'homme est porteur du virus. En effet, lorsque c'est la femme qui est VIH+, l'insémination artificielle est possible. Lorsque c'est l'homme qui est VIH+, il n'existe pas, à ce jour, de solution disponible en Côte d'Ivoire pour rendre possible la fécondation tout en évitant la contamination du partenaire non infecté. Ce désir d'enfant doit ainsi être pris en compte dans les programmes de prise en charge des PvVIH, chez la femme, comme c'est le cas avec les programmes de prévention de la

transmission mère-enfant, mais aussi chez l'homme. Il reste primordial, dans les programmes qui suivent des personnes infectées par le VIH, de prévenir les risques de transmission du VIH au partenaire, et d'accompagner le désir de procréation, et cela sur la durée.

Tableau 1 – Comparaison des réponses aux deux entretiens chez les hommes (n=59)

	1 ^{er} Entretien		2 ^e Entretien		p
	n	(%)	n	(%)	
Nombre de partenaires					
0	1	(2)	16	(27)	0,02
1	27	(46)	20	(36)	
>1	31	(53)	20	(36)	
Port du préservatif avec le partenaire régulier					
toujours	32	(78)	25	(66)	0,15
quelquefois	4	(10)	6	(14)	
jamais	5	(12)	5	(12)	
Port du préservatif depuis l'annonce du statut VIH chez les patients ayant eu un partenaire					
toujours	40	(74)	13	(65)	0,056
quelquefois	10	(19)	6	(30)	
jamais	4	(7)	1	(5)	
Annnonce du statut VIH au partenaire régulier	21	(48)	27	(46)	0,037
Désir d'enfant avec le partenaire régulier	23	(39)	29	(49)	0,001
Séparation d'un partenaire régulier	8	(19)	0	(0)	-
Séparation liée au statut VIH	4	(57)	0	(0)	-
Aucune annonce du statut VIH à un proche	35	(83)	47	(80)	0,16
Annnonce du statut VIH à un membre de la famille	12	(21)	7	(12)	0,001
Annnonce du statut VIH à un ami	16	(28)	5	(8)	0,41

Tableau 2 – Comparaison des réponses aux deux entretiens chez les femmes (n=17)

	1 ^{er} Entretien		2 ^e Entretien	
	n	(%)	n	(%)
Nombre de partenaires				
0	4	(24)	11	(65)
1	8	(47)	1	(6)
>1	5	(29)	5	(29)
Port du préservatif depuis l'annonce du statut VIH chez les patients ayant eu un partenaire				
toujours	4	(36)	3	(60)
le plus souvent, quelquefois	7	(64)	2	(40)
jamais	-	-	-	-
Port du préservatif avec le partenaire régulier				
toujours	5	(56)	7	(68)
le plus souvent, quelquefois	4	(44)	1	(8)
jamais	-	-	-	-
Annnonce du statut VIH au partenaire régulier	3	(18)	4	(24)
Désir d'enfant avec le partenaire	8	(47)	9	(53)
Séparation d'un partenaire régulier	3	(18)	-	-
Dont la séparation est liée au VIH	2	(67)	-	-
Aucune annonce du statut	7	(41)	11	(65)
Annnonce du statut VIH à un membre de la famille	4	(25)	2	(12)
Annnonce de statut VIH à un ami	8	(47)	4	(24)
Indépendance financière	5	(29)	9	(53)

Bibliographie

- Aka-Dago-Akribi H., Desgrées du Loû A., Dossou R. and Msellati P., 1999 - Issues surrounding reproductive choice for women living with HIV in Abidjan, Côte d'Ivoire. *Health Reproductive Matters*, 7 : 20-29.
- Allen S., Serufulira A., Gruber V., Kegeles S., Van de Perre P., Carael M. *et al.*, 1993 - Pregnancy and contraception use among urban Rwandan women after HIV testing and counseling. *Am. J. Public. Health*, 83 : 705-10.
- Buchacz K., van der Straten A., Saul J., Shiboski S., Gomez C. and Padian N., 2001 - Sociodemographic, behavioral, and clinical correlates of inconsistent condom use in HIV-serodiscordant heterosexual couples. *J. Acquir. Immune Defic. Syndr.*, 28 : 289-97.
- Delfraissy J., 2004 - Désir d'enfant et assistance médicale à la procréation. in *Prise en charge thérapeutique des personnes infectées par le VIH*. Rapport Médecine-Sciences, Flammarion, 207-22.
- Msellati P., Vidal L. et Moatti J., 2001 - *L'accès aux traitements du VIH/Sida en Côte d'Ivoire. Evaluation de l'initiative ONUSIDA/Ministère ivoirien de la Santé Publique. Aspects économiques, sociaux et comportementaux*. Paris, ANRS, Collection sciences sociales et Sida.
- Myer L., Denny L., De Souza M., Baorone M., Wrigth T. and Kuhn L., 2004 - Intravaginal Practices, HIV and Other Sexually Transmitted diseases Among South African Women. *Sexually Transmitted Diseases*, 31 : 174-9.
- Ryder R., Kamenga C., Jingu M., Mbuyi N., Mbu L. and Behets F., 2000 - Pregnancy and HIV-1 incidence in 178 married couples with discordant HIV-1 serostatus: additional experience at an HIV-1 counselling centre in the Democratic Republic of the Congo. *Trop. Med. Int. Health*, 5 : 482-7.
- Salamon R., Marimoutou C., Ekra D., Minga A., Nerrienet E., Huet C. *et al.*, 2002 - Clinical and biological evolution of HIV-1 seroconverters in Abidjan, Côte d'Ivoire, 1997-2000. *J. Acquir. Immune Defic. Syndr.*, 29 : 149-157.
- Savarit D., De Cock K., Schutz R., Konate S., Lackritz E. and Bondurand A., 1992 - Risk of HIV infection from transfusion with blood negative for HIV antibody in a west African city. *BMJ*, 305 : 498-501.
- Souville M., Msellati P., Carrieri M., Brou H., Tape G., Dakoury G. *et al.*, 2003 - Physicians' knowledge and attitudes toward HIV care in the context of the UNAIDS/Ministry of Health Drug Access Initiative in Côte d'Ivoire. *AIDS*, 17 suppl. : S79-86.
- UNAIDS, 2003 - AIDS Epidemic Update 2003. (cited 2004 15 juin 2004); Available from: (en ligne)
<http://www.unaids.org/Unaid/EN/Resources/Publications/corporate+publications/aids+epdemic+update+-+december+2003.asp;2003>.
- UNAIDS, 2002 - AIDS Epidemic Update 2002. (cited 2004 March 1); Available from: (en ligne)
<http://www.unaids.org/Unaid/EN/ohther/functionality/document.pdf;2002>.

Impact de l'utilisation du préservatif sur l'infection au VIH, à l'HSV-2 et les ulcérations génitales déclarées : une étude parmi de jeunes hommes dans une ville d'Afrique du Sud

Joëlle Sobngwi
Anna Ndiaye, Adrian Puren
Dirk Taljaard, Goliath Gumede
Zodwa Nkosi, Marie Poupard
Sylvia Males, Emmanuel Lagarde
Bertran Auvert

Cette étude a été menée dans le cadre d'un essai d'intervention randomisé qui évalue l'impact de la circoncision masculine sur l'incidence des infections au VIH et à l'HSV-2.

Objectif

Les analyses présentées ici permettent d'évaluer l'impact de l'utilisation du préservatif sur les infections au VIH, à l'herpès génital (HSV-2), et les ulcérations génitales déclarées parmi de jeunes hommes âgés de 18 à 24 ans dans une ville d'Afrique du Sud. Elles permettent aussi d'identifier les déterminants de l'utilisation systématique du préservatif avec les partenaires non maritaux.

Méthodes

Les participants étaient tous des volontaires de sexe masculin âgés entre 18 et 24 ans. Les données collectées grâce à un questionnaire administré par une enquêtrice portaient sur les caractéristiques socio-démographiques, le comportement sexuel, l'utilisation du préservatif au cours des douze mois précédant l'entretien et la santé génitale. Des tests du VIH et de l'HSV-2 étaient réalisés chez tous les participants à l'issue de l'entretien. Tous les participants qui déclaraient avoir toujours utilisé le préservatif avec leurs partenaires non maritaux au cours des douze derniers mois ont été définis comme étant des « utilisateurs systématiques » du préservatif. L'impact de l'utilisation du préservatif sur les infections et les déterminants de l'utilisation systématique du préservatif ont été analysés à l'aide de modèles de régression logistique univariés et multivariés.

Résultats

L'étude portait sur 2 830 sujets de sexe masculin. Parmi ceux-ci, 97,8 % avaient un niveau d'étude supérieur au primaire et la médiane de l'âge était de 21,1 ans. 79,2 % des participants ont déclaré avoir eu au moins un partenaire non marital au cours des douze derniers mois. Parmi ces derniers, 37,5 % (IC à 95 % : 35,4-39,6) déclaraient avoir utilisé le préservatif de façon systématique ; 41,2 % (IC à 95 % : 38,9-43,5) déclaraient l'avoir utilisé de façon irrégulière et 21,3 % (IC à 95 % : 19,7-22,6) ne l'avaient jamais utilisé au cours des douze derniers mois.

Les facteurs significativement associés à l'utilisation systématique du préservatif dans le modèle multivarié étaient : appartenir au groupe d'âge 18-19 ans (OR = 1,81 ; IC à 95 % : 1,45-2,28), avoir utilisé un préservatif au cours du premier rapport sexuel (OR = 2,67 ; IC à 95 % : 2,08-3,44), être ou avoir été marié (OR = 4,17 ; IC à 95 % : 2,13-8,33), et avoir eu ce rapport sexuel à l'occasion d'une relation courte (un jour au plus) (OR = 3,35 ; IC à 95 % : 2,52-4,44).

Les jeunes hommes qui déclaraient une utilisation systématique du préservatif étaient deux à trois fois moins infectés par le VIH que les autres, (2,6 % vs 6,1 % ; OR = 0,58 (0,35-0,98) et l'HSV-2 (4,4 % vs 10,2 % ; OR = 0,52 (0,35-0,77)). Ils déclaraient également deux à trois fois moins d'ulcères génitaux durant les douze derniers mois (4,8 % vs 11,1 % ; OR = 0,44 (0,30-0,66) que ceux qui utilisaient irrégulièrement ou jamais le préservatif. L'estimation de la proportion de VIH, d'HSV-2 et d'ulcères génitaux évitée grâce à l'utilisation du préservatif était respectivement de 13,9 % (IC à 95 % : 2,4-22,0), 16,5 % (IC à 95 % : 9,6-24,6) et 20,7 % (IC à 95 % : 13,4-27,4).

Conclusion

L'utilisation systématique du préservatif a atteint un niveau important parmi ces jeunes sud-africains, en particulier dans le cadre des rapports sexuels au cours d'une relation éphémère. En dépit des réserves liées aux biais des études transversales, cette étude confirme que l'utilisation systématique du préservatif confère une protection effective contre l'infection au VIH, à l'HSV-2 et les ulcérations génitales. Une étude prospective est en cours qui permettra de préciser ces résultats et d'affiner la compréhension des déterminants de l'utilisation du préservatif par ces jeunes hommes.

Bibliographie

- Anna Ndiaye, Adrian Puren, Dirk Taljaard, Goliath Gumede, Zastri Zantsi, Zodwa Nkosi, Marie Poupard, Sylvia Males, Emmanuel Lagarde, Bertran Auvert. - Impact of condom use on HIV, HSV2 and genital ulceration. A study among young men in a township of South Africa. Soumis pour publication.
- Joëlle Sobngwi, Anna N'diaye, Adrian Puren, Dirk Taljaard, Emmanuel Lagarde, Bertran Auvert. - Consistent condom use among young men in Johannesburg, South Africa: what are the determinants and implications for prevention? Soumis pour publication.

Deuxième partie

CHOIX CONTRACEPTIFS ET REPRODUCTIFS ET PREVENTION DU VIH/SIDA

La contraception face au VIH/Sida dans les pays du Sud : enjeux médicaux, sociaux et comportementaux

Valériane Leroy

La spécificité des questions de procréation/contraception dans les pays du Sud

Les femmes ou les couples sont confrontés au problème universel du choix de procréation qui les expose à trois types de questions : celui du désir de grossesse, du choix d'une méthode contraceptive et du problème des grossesses non désirées. Cependant chacune de ces questions se posent avec une acuité tout à fait particulière dans les pays du Sud.

La fécondité est socialement très valorisée dans de nombreux pays du Sud et en particulier en Afrique. Le taux de fécondité demeure sur ce continent l'un des plus élevé au monde avec 5,1 enfants par femme en 2004 (Pison, 2005). Pourtant, il apparaît aussi que cette région du monde est la plus touchée par l'infertilité majoritairement liée aux Infections Sexuellement Transmises et aux avortements provoqués . Cette infertilité reste très stigmatisante sur le plan social.

En Asie par contre, la fécondité a un poids social moins important ; ainsi en Thaïlande, l'indice synthétique de fécondité était évalué à moins de 2 à la fin des années 1980 (Lallemant C. *et al.*, 2006).

Planification familiale et contraception dans les pays du Sud

Il y a encore près de 123 millions de femmes dans le monde, principalement dans les pays en développement, qui n'ont pas recours à la contraception bien qu'elles aient exprimé le souhait d'espacer les naissances ou de limiter le nombre de leurs enfants (Ross et Winfrey, 2002). Plusieurs facteurs contribuent à l'explication de cette faible prévalence contraceptive. Le manque d'éducation, et le jeune âge des femmes dans les pays du Sud, et particulièrement en Afrique, contribuent à la méconnaissance des moyens de contraception. A cela s'ajoute le faible accès global aux méthodes contraceptives avec une organisation insuffisante et inadaptée des services de santé reproductive. Ainsi, l'Afrique sub-saharienne est la seule région au monde où la prévalence contraceptive globale est restée basse, estimée à moins de 13 % (Bambra, 1999) avec moins de 5 % des couples qui utilisent une méthode contraceptive moderne. Ce chiffre reste bien en dessous de la prévalence contraceptive observée en Asie ou en Amérique Latine. Chez les utilisatrices, la méthode contraceptive la plus populaire est la pilule et les contraceptifs injectables suivie des méthodes naturelles comportementales (retrait, abstinence, température). Les préservatifs, masculin et féminin, malgré leur intérêt contraceptif, sont rarement utilisés à visée contraceptive et leur utilisation est plutôt perçue comme un manque de confiance au sein du couple (Allen *et al.*, 1993 ; Bambra, 1999 ; Brou *et al.*, 20003) .

La faible prévalence contraceptive chez les femmes en âge de procréer conduit à un risque élevé de grossesses non désirées dont six sur dix aboutiront à un avortement provoqué (Bambra, 1999). Ce risque est d'autant plus important que les femmes sont jeunes.

Avortement et mortalité maternelle dans les pays du Sud

L'avortement est souvent une pratique illégale dans les pays du Sud et conduit fréquemment à des pratiques d'avortement provoqué dans de mauvaises conditions.

Quel que soit leur âge, les femmes africaines sont donc exposées à une prise de risque vital liée aux complications obstétricales de l'avortement provoqué, dans un tel contexte (Thonneau *et al.*, 2004). Ainsi, en Afrique du Sud, la mortalité attribuable à la pratique d'un avortement provoqué dans de mauvaises conditions a été estimée à 91 % des cas de mortalité maternelle, avant la légalisation récente de l'avortement dans ce pays (Jewkes et Rees, 2005) .

D'après les dernières estimations, environ 529 000 femmes sont mortes des complications liées à l'accouchement et à la grossesse en l'an 2000. L'Asie et l'Afrique se partagent, pratiquement à égalité, 95 % de ces décès (FNUAP, 2004) . Il est clair que les grossesses non désirées sont à l'origine de 25 à 30 % des décès maternels en Afrique (Bambra, 1999).

A la différence du reste du monde, près de 50 % de la population africaine a moins de quinze ans avec un potentiel de fécondité qui demeure élevé mais également une immaturité sociale qui exposent les femmes au risque de grossesse non désirée.

L'Afrique de l'Ouest a par exemple le plus fort taux de grossesses chez les adolescentes au monde (Bambra, 1999) : ces situations aggravent encore la vulnérabilité sociale des femmes en les conduisant à un arrêt prématuré de leur scolarité.

La faible prévalence contraceptive, la fréquence des grossesses non désirées et des avortements provoqués sont autant de marqueurs de l'insuffisance à couvrir les besoins en santé reproductive dans les pays du Sud.

Vulnérabilité de la femme face au VIH/Sida dans les pays du Sud

Dans ce contexte de faible utilisation des méthodes de planification familiale moderne, et de forte valorisation de la fécondité, les femmes des pays du Sud, et les femmes africaines en particulier, doivent faire face depuis vingt ans à l'émergence de l'épidémie de Sida qui bouleverse de par ses modes de transmission toute la sphère de la santé reproductive.

D'après les estimations de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), 42 millions d'adultes et 1,2 million d'enfants vivaient avec le VIH à la fin de 2004 à l'échelle mondiale (World Health Organisation et UNAIDS, 2004). L'Afrique sub-saharienne arrive en tête et représente presque 70 % du total mondial dans une région qui compte à peine 10 % de la population du globe. Depuis vingt ans, ce continent est la région du monde la plus touchée par le VIH et le Sida. Du fait de la propagation majeure du VIH par voie hétérosexuelle, les femmes payent un lourd tribut à l'épidémie du VIH. Ainsi, parmi les 12 000 nouveaux cas d'infection par le VIH survenant chaque jour chez l'adulte, près de 50 % sont des femmes et 50 % surviennent chez les jeunes entre 15 et 24 ans qui sont la cible privilégiée du VIH en Afrique. Il en découle une prévalence de l'infection par le VIH extrêmement élevée chez les femmes en âge de procréer dépassant fréquemment les 30 % dans certains pays d'Afrique australe (World Health Organisation et UNAIDS, 2004).

Les conséquences sanitaires de cette épidémie chez les femmes sont dramatiques avec plus de la moitié des décès attribuables à l'infection par le VIH et des taux de mortalité par VIH/Sida variant de 5 à 11 % par an (Boerma *et al.*, 1998).

Vulnérabilité biologique des femmes par rapport au VIH

Les femmes sont particulièrement vulnérables à l'infection par le VIH du fait de l'inégalité de la transmission homme-femme préférentielle dans le sens homme-femme. En effet, les surfaces muqueuses génitales exposées au VIH lors d'un rapport sexuel sont plus importantes chez la femme que chez l'homme, et d'autre part il existe fréquemment des Infections Sexuellement Transmises (IST) asymptomatiques et non prises en charge, co-facteur d'infection par le VIH. Enfin il existe une immaturité biologique du tractus génital chez les jeunes femmes qui les rend plus vulnérables à l'infection par le VIH (Welffens-Ehra *et al.*, 2001).

Vulnérabilité sociale et économique des femmes par rapport au VIH

Dans la plupart des sociétés africaines, les femmes ont un faible pouvoir de négociation et de décision dans la relation sexuelle qui reste fortement indissociable de la notion de procréation (Welffens-Ehra *et al.*, 2001). Il est extrêmement difficile à une femme d'exiger le port du préservatif au sein des relations sexuelles, même si elle a des doutes sur la vie sexuelle de son partenaire et son exposition au VIH (Allen *et al.*, 1992). Ainsi la femme a un « devoir de procréation » difficilement compatible avec l'utilisation d'un préservatif (Allen *et al.*, 1993). Ce faible pouvoir de négociation dans la relation sexuelle soumet effectivement les femmes, quelle que soit leur condition matrimoniale, au risque d'être infectées par leur partenaire habituel (Caraël *et al.*, 1988).

Dans des pays défavorisés sur le plan économique, les femmes sont les plus vulnérables économiquement, et les relations sexuelles à visée commerciale sont plus fréquentes : de nombreuses femmes ont des relations sexuelles avec un homme en échange d'un soutien financier ou matériel. Ces relations sont en particulier fréquentes parmi les adolescentes qui y recourent pour payer leurs études ou par absence de soutien familial. Ce type de rapports entre adolescentes et hommes plus âgés est en effet particulièrement à risque d'infection par le VIH pour la jeune fille : la plupart du temps, ces rapports sont contraints physiquement et financièrement, donc freinant toute utilisation du préservatif, alors même que ces hommes, plus âgés qu'elles, ont un risque non négligeable d'avoir déjà eu plusieurs partenaires et donc d'être déjà infectés par le VIH.

Le faible niveau d'éducation des femmes et leur jeune âge au moment du premier rapport sexuel sont des facteurs aggravants des pratiques sexuelles à risque d'infection par le VIH, à la fois du fait de la méconnaissance des moyens de prévention du VIH et de la vulnérabilité sociale des femmes (Bambra 1999) .

« Ainsi, les relations sexuelles, en Afrique en particulier, sont fréquemment l'occasion de prises de risque très inégales entre hommes et femmes : d'un côté les hommes sont relativement libres de leurs relations sexuelles, et prennent des risques en termes d'infection par le VIH, mais peuvent adopter le préservatif s'ils le désirent : d'un autre

côté, les femmes ont peu ou pas de moyens de se protéger d'une éventuelle infection, soit parce qu'elles ne perçoivent pas le risque soit parce qu'elles ne peuvent exiger le port du préservatif » (Welffens-Ekra *et al.*, 2001).

Les questions de procréation face au VIH dans les pays du Sud

Le VIH a soulevé des problèmes spécifiques et complexes dans les pays du Sud du fait de ses interactions avec la conception et la fécondité. Les femmes ou les couples infectés par le VIH sont confrontés aux décisions de conception et de continuation de la grossesse plutôt difficiles.

Des études épidémiologiques ont estimé que l'infection par le VIH chez la femme entraîne une réduction relative de la fécondité, due à une moindre fécondabilité et à une augmentation des fausses couches, après ajustement sur les facteurs comportementaux (Desgrées du Loû *et al.*, 1999). La fécondabilité diminue au fur et à mesure que la maladie à VIH évolue (Loko *et al.*, 2005). Selon des études rétrospectives qui empêchent toute interprétation causale, effectuées au Malawi et au Kenya, il semble que les antécédents d'avortements spontanés soient significativement plus fréquents chez les femmes infectées par le VIH que chez les femmes non infectées (Miotti *et al.*, 1990 ; Temmerman *et al.*, 1992). Il est raisonnable de penser que ces événements fondamentaux sur le plan social, ne sont pas les plus importants en termes épidémiologiques. En revanche, en Afrique, d'après des études prospectives et comparatives, le VIH a des conséquences épidémiologiques non négligeables sur l'issue de la grossesse. En particulier, les femmes infectées par le VIH ont un risque significativement plus élevé que les femmes non infectées de donner naissance à un enfant prématuré (<37 semaines) ou hypotrophe (<2 500 grammes) (St Louis *et al.*, 1993 ; Ryder *et al.*, 1994 ; Temmerman *et al.*, 1994 ; Taha *et al.*, 1995 ; Leroy *et al.*, 1998).

L'incidence d'une grossesse n'a *a priori* pas d'effet péjoratif sur l'évolution de l'infection par le VIH chez la femme, sauf peut-être à des stades très avancés de la maladie, au stade Sida (Hocke *et al.*, 1995). Ceci peut conduire alors les femmes à décider rapidement de concevoir avant d'avoir un déficit immunitaire trop sévère.

Ainsi, il n'y a pas de raison de déconseiller à une femme VIH+ d'être enceinte sous le prétexte de sa propre santé. En revanche, comme pour toutes les femmes, il est déconseillé d'avoir des grossesses trop rapprochées avec un intervalle inter-génésique inférieur à deux ans. Les grossesses très rapprochées sont en effet particulièrement à risque pour les femmes VIH+ du fait des complications obstétricales chez les femmes infectées et du risque de transmission mère-enfant du VIH.

Le risque de transmission mère-enfant du VIH joue un rôle déterminant dans le comportement de procréation des femmes en Afrique. Quand les enfants sont infectés par le VIH, la mortalité infantile liée au VIH est dramatique : à l'origine de plus de

50 % des décès dans la première année de vie (Dabis *et al.*, 2001). Si la mortalité survient avant l'âge de deux ans chez l'enfant, cela contribue à réduire les intervalles entre naissance, les femmes ayant tendance à être de nouveau enceinte plus rapidement pour remplacer l'enfant décédé.

Par ailleurs, éviter d'avoir des enfants est un conseil fréquemment donné aux femmes infectées par le VIH, d'une part pour éviter les rapports non protégés, mais aussi pour éviter le risque d'avoir un enfant infecté ou un enfant qui sera un jour orphelin. Les programmes menés en Afrique montrent que ces messages de prévention sont extrêmement peu suivis car, s'ils ont pour objectif de réduire les risques de transmission de l'infection à VIH, ils exposent la femme à une série d'autres risques liés à l'absence de procréation : le risque d'être rejetée par le partenaire qui désire, lui, avoir des enfants (Desgrées du Lou *et al.*, 2001). « En effet, lorsque la femme n'annonce pas sa séropositivité, il lui est extrêmement difficile d'expliquer, au conjoint comme à la belle famille, le refus d'une nouvelle grossesse, à moins que le couple n'ait déjà un nombre estimé socialement suffisant d'enfants. Par ailleurs, ne plus être enceinte comporte aussi le risque d'être étiquetée comme "malade" puisque non fertile. Au contraire, une nouvelle grossesse rassure l'entourage, mais aussi la femme elle-même, sur sa santé et sa fécondité (Welfens-Ekra *et al.*, 2001) ». Enfin, les progrès faits en matière de prévention de la transmission mère-enfant du VIH et la possibilité d'un accès aux antirétroviraux deviennent aussi des déterminants clés dans la décision de conception, comme le montre Annick Tijou Traoré dans cet ouvrage (Tijou Traoré, 2006).

Par contre, en Asie, il semble que ce conseil d'éviter les grossesses délivré par l'équipe médicale rencontre plus l'adhésion des femmes infectées par le VIH (Lallemant C. *et al.*, 2006).

Enfin, alors que les programmes d'accès aux antirétroviraux se font jour en Afrique, ces programmes sont souvent ciblés chez les femmes enceintes comme point de départ à une cascade de prise en charge familiale. C'est le principe des programmes de prise en charge par les antirétroviraux par les initiatives du type MTCT+ mis en œuvre depuis 2002 dans plusieurs pays d'Afrique (Rosenfield *et al.*, 2002).

Dans ces circonstances d'accès encore limité aux antirétroviraux, on peut évoquer le rôle incitateur à la conception de telles mesures, qu'il conviendra de mesurer (Tijou Traoré, 2006).

Tous ces faits peuvent donc contribuer à inciter les femmes infectées par le VIH à avoir un désir de grossesse plus important.

Les questions de contraception face au VIH

Les programmes de Prévention de la Transmission Mère-Enfant (PTME), porte d'entrée privilégiée pour l'amélioration de la planification familiale

Les programmes de prévention de la transmission mère-enfant du VIH comportent une importante phase de conseils autour de la proposition du dépistage du VIH en prénatal. Chez les femmes non infectées par le VIH, ce dépistage et le conseil post-test constituent un moment important pour aborder de façon anticipée les questions de protection des infections sexuellement transmises en postnatal (dont le VIH) et les questions contraceptives. Chez les femmes infectées par le VIH, la connaissance de leur statut sérologique doit permettre dès la phase prénatale d'aborder la question du choix contraceptif postnatal prenant en compte le parcours de vie de la femme : adaptation aux déterminants de choix individuels de la femme (Grenier-Torres, 2006), au niveau d'information du partenaire s'il existe et au dialogue au sein du couple (Tijou Traoré, 2006), mais également aux méthodes d'alimentation infantile envisagées (Becquet, 2006). La perception du personnel médical vis-à-vis de la contraception et l'organisation des programmes de soins jouent également un rôle majeur dans ce choix (Lallemant C. *et al.*, 2006 ; Tijou Traoré, 2006).

La prise en compte de tous les déterminants est complexe du fait des déterminants multiples mais son caractère anticipé constitue sans doute l'une des clefs de l'amélioration des programmes de planification familiale dans le contexte du VIH.

Des conseils et des méthodes adaptés aux besoins spécifiques

La panoplie des méthodes utilisables

- Les préservatifs

Les préservatifs masculins ou féminins sont à proposer systématiquement à visée protectrice des IST. Cette méthode est très efficace si leur utilisation est systématique : 95 % femmes-années de protection¹. Cependant leur utilisation reste dramatiquement faible.

L'utilisation des préservatifs masculins est influencée par le pouvoir décisionnel des femmes dans la négociation sexuelle. Les préservatifs féminins représentent une alternative et un espoir indéniable dans ce contexte, car les femmes exercent davantage de contrôle sur le moment de leur utilisation mais cette barrière est moins efficace que

¹ Cela signifie que pour cent femmes utilisant systématiquement des préservatifs pendant un an, seules cinq commencent une grossesse.

les préservatifs masculins car elle ne protège pas l'ensemble des muqueuses génitales du contact avec le sperme. De plus, leur acceptabilité et accessibilité méritent d'être renforcées dans ce contexte.

- Spermicides

Les spermicides sans l'utilisation d'une autre méthode de contraception sont moins efficaces comparés aux autres méthodes barrières et ne protègent pas contre les IST. Les spermicides avec Nonoxynol 9 ont même montré un risque accru de transmission du VIH (Cates, 2005).

- Méthode MAMA : Méthode Allaitement Maternel Aménorrhée

Il s'agit d'une méthode contraceptive comportementale basée sur trois conditions simultanées : la pratique de l'allaitement maternel quasi-exclusif, l'absence de retour de règles (interprétables au-delà de huit semaines *post-partum*), et l'âge de l'enfant inférieur à six mois.

Si l'une des conditions n'est plus remplie, alors la femme sort de la méthode et une autre contraception efficace doit être proposée (Tommaselli *et al.*, 2000). Cette méthode est très efficace : 98,5 % femmes-années de protection.

Les méthodes comportementales sont à éviter en raison du risque important de discontinuité si elles dépendent du partenaire. En revanche, il existe une place pour la méthode MAMA car cette méthode est entièrement sous le contrôle de la femme et très simple à mettre en œuvre. Elle est, de plus, particulièrement intéressante pour renforcer la pratique de l'allaitement maternel exclusif, comme utilisé dans le programme Ditrane Plus (The ANRS 1201/1202 DITRAME PLUS Study Group, Dabis *et al.*, 2005).

- Contraception hormonale

Injectables, pilule progestative ou pilule oestro-progestative constituent des moyens modernes très efficaces dans la prévention des grossesses. Cependant, il est indispensable d'avoir prévenu au préalable les femmes des effets secondaires potentiels pouvant survenir pour améliorer leur acceptabilité : modifications des cycles et des pertes (ménorragies, aménorrhée, spotting), quelques céphalées, nausées, vertiges, prise de poids.

Implants sous-dermiques sont des méthodes intéressantes en termes de continuité contraceptive mais certains médicaments peuvent induire des interactions médicamenteuses qui en diminuent l'efficacité (par exemple, Rifampicine, Griséofulvine, Phénytoïne, Carbamazépine, Barbituriques et Primadone diminuent l'efficacité du Norplant®).

- Dispositif Intra-Utérin (DIU)

Le DIU pose le problème du risque infectieux chez la femme dans un contexte où la prévalence des IST est élevée. Cependant, cette méthode est efficace et peut être utilisée par les femmes infectées par le VIH. Une méta-analyse de données d'observations publiée récemment n'a pas montré de risque plus important d'infection

par le VIH chez des femmes porteuses d'un DIU par rapport à des femmes n'ayant pas de moyen contraceptif (Cates, 2005).

- Stérilisation

La stérilisation tubaire (Thaïlande) et la vasectomie masculine sont des méthodes définitives irréversibles qui peuvent être proposées à la seule condition d'un choix éclairé et volontaire. Ces méthodes ne protègent cependant pas de la transmission des IST/VIH.

- Contraception d'urgence

La contraception d'urgence ne présente aucune espèce de contre-indication médicale et son accès devrait être développé dans les pays du Sud, en particulier pour les femmes VIH+.

Choix contraceptifs selon les différentes populations cibles dans des contextes marqués par le VIH

- Chez les femmes non infectées par le VIH, en particulier les adolescentes

Les adolescentes et femmes jeunes sont les plus à risque d'IST et de grossesses non désirées. L'objectif de la contraception chez elles vise donc à réduire l'incidence des IST dont le VIH, et les grossesses non désirées. L'approche contraceptive la plus appropriée dans cette population est donc l'utilisation des préservatifs associée éventuellement à un changement de comportements sexuels : abstinence et retard des premiers rapports sexuels (Bambra, 1999).

Les moyens préconisés incluent alors en première intention les préservatifs. Les préservatifs masculins sont hautement efficaces pour empêcher une grossesse non désirée s'ils sont utilisés systématiquement et correctement, mais ils posent le problème du pouvoir de négociation sexuelle déjà évoqué. Les préservatifs féminins posent essentiellement un problème de coût.

L'intérêt de ces préservatifs masculins ou féminins réside dans leur double protection potentiellement suffisante pour réduire à la fois les grossesses non désirées et l'incidence du VIH. Chez les jeunes femmes, l'usage du préservatif conduirait même à une triple protection : réduction du risque de grossesse, d'IST et d'infertilité (Brady, 2003).

- Chez les femmes infectées par le VIH sexuellement actives

Chez les femmes infectées par le VIH, l'objectif de la contraception vise à restreindre les risques de transmission sexuelle au partenaire (VIH, IST) et de grossesse non désirée, et diminuer l'incidence des grossesses pour réduire la transmission mère-enfant du VIH. Dans ce cas, les méthodes « barrières » (préservatifs masculins ou féminins) sont une indication de choix, mais le préservatif masculin reste bien souvent sous contrôle du partenaire. La contraception hormonale (pilule ou injectables) est également très efficace en visée contraceptive, mais elle doit être doublée d'une méthode barrière pour éviter le risque de transmission sexuelle du VIH. Cependant, les

programmes prônant la double protection (préservatif + méthode hormonale) se sont soldés généralement par un échec (Myer *et al.*, 2002).

- Chez les femmes infectées par le VIH et enceintes

La grossesse constitue une opportunité fréquente de prise en charge spécifique du VIH. Les femmes enceintes infectées par le VIH ne doivent pas être seulement des cibles permettant d'accéder à la réduction de la transmission mère-enfant du VIH mais doivent être prises en charge pour leur propre maladie, pour elles-mêmes, et pour améliorer, en conséquence, la santé de l'enfant à venir et de la fratrie le cas échéant. Cette population constitue enfin un point de départ pour prévoir la contraception *post-partum* suite à l'accouchement.

Dans ce cas, il est opportun d'informer les femmes du risque de transmission postnatal et d'adapter le choix contraceptif *post-partum* au choix d'alimentation infantile. Ainsi la méthode d'Aménorrhée Lactationnelle (MAMA) est une méthode contraceptive (Tommaselli *et al.*, 2000) qui permet de promouvoir l'allaitement maternel exclusif qui pourrait potentiellement réduire la transmission postnatale du VIH (Coutsoudis *et al.*, 2001). Au-delà du sevrage, cette méthode constitue vraisemblablement une bonne opportunité d'améliorer la contraception *post-partum* comme rapporté dans l'étude Ditrane Plus (Becquet, 2006). Si l'allaitement artificiel est pratiqué, il est alors important de renforcer l'accès à la contraception *post-partum* au plus tôt.

Dans un contexte qui s'y prête quand le nombre d'enfants socialement envisagé est atteint et si le choix est volontaire et éclairé, il peut y avoir une place pour proposer une ligature des trompes. Cependant, cette méthode ne protège pas de la transmission sexuelle du VIH.

Ainsi les femmes des consultations prénatales représentent souvent une population intéressante pour son accessibilité relative et l'opportunité réelle de sa prise en charge médicale. Cependant, les difficultés sociales évoquées précédemment sont à prendre en compte à toutes les étapes : acceptabilité du dépistage prénatal du VIH proposé, partage du résultat avec son partenaire, acceptabilité des interventions antirétrovirales visant à réduire la TME, alternatives à l'allaitement maternel, et proposition de contraception.

- Chez les femmes infectées par le VIH traitées par antirétroviraux

Les moyens de contraception les plus utilisés sont les préservatifs en première intention, et la contraception hormonale (pilule ou injectables). La contraception proposée doit avoir pour objectif de maintenir une bonne efficacité contraceptive, en prenant garde aux interactions médicamenteuses avec les traitements inducteurs enzymatiques (antituberculeux ou antirétroviraux) qui peuvent en réduire l'efficacité. Enfin, si les femmes sont traitées par Efavirenz, une contraception hormonale est indispensable en raison du risque tératogène de ce traitement.

Conclusion

Les enjeux de la recherche sur les questions de planification familiale

La réduction du nombre de grossesses non désirées reste une priorité de Santé Publique dans les pays du Sud. Pour cela il importe de mesurer et de comprendre les déterminants des choix de procréation et de contraception. Les programmes de prise en charge du VIH et ceux de prévention de la TME sont un des lieux pour en suivre l'évolution.

Il faut mesurer l'impact des traitements antirétroviraux de PTME sur l'évolution de la fécondité et les grossesses ultérieures et l'impact viro-immunologique à long terme de ces antirétroviraux sur le devenir des femmes.

Enfin, il faut renforcer les activités de recherche d'autres interventions de type microbicides-spermicides.

Aussi une collaboration entre les sciences sociales et les sciences médicales est indispensable pour favoriser une recherche multidisciplinaire et des collaborations Nord-Sud sur ces questions de planification familiale dans un contexte marqué par le VIH.

Les enjeux opérationnels

L'acceptabilité du dépistage prénatal du VIH constitue une étape importante qui doit tenir compte du rôle du partenaire et des prestataires de service. Le dépistage du VIH à l'insu doit rester proscrit en toutes circonstances. Le conseil pré et post-test VIH constitue une phase primordiale dans les choix de procréation. L'idéal est de proposer un conseil individuel séparé puis au couple ensemble, s'il le désire. Cette étape du dépistage du VIH expose particulièrement les femmes enceintes à un risque de stigmatisation sociale qu'il ne faut pas négliger.

Si la femme est enceinte lors du diagnostic d'infection par le VIH, ce dépistage doit devenir une opportunité pour elle et son enfant à venir de recourir à un programme de prévention de la transmission mère-enfant du VIH utilisant les antirétroviraux à l'efficacité désormais démontrée dans les pays du Sud (Dabis et Leroy, 2003 ; The ANRS 1201/1202 DITRAME PLUS Study Group, Dabis *et al.*, 2005). De plus, aux interventions de réduction de la transmission mère-enfant du VIH par les antirétroviraux proposés en fin de grossesse, s'ajoutent les aspects liés à la réduction du risque postnatal d'infection par le VIH, par exemple au moyen d'alternatives à l'allaitement maternel (Rollins *et al.*, 2004). La réduction de la transmission postnatale constitue maintenant un enjeu social tout à fait particulier dans le contexte africain où l'allaitement maternel prolongé est la règle avec un risque de stigmatisation aggravé qui mérite encore d'être mesuré. En pratique, cette prise en charge peut aussi

représenter un risque social important de stigmatisation expliquant en partie la faible acceptabilité des programmes d'interventions disponibles même dans un contexte de routine (Meda *et al.*, 2002 ; Ekouevi *et al.*, 2004). Dans le cas d'utilisation d'alternatives à l'allaitement maternel, un retentissement sur la fécondité est possible, avec le raccourcissement de la durée de la stérilité *post-partum*, et la prescription d'une méthode contraceptive *post-partum* est alors indispensable.

En tout état de cause, les prestataires doivent considérer l'accès aux services de PTME mais également l'accès de la femme elle-même à des services de prises en charge médicale.

Enfin, il est essentiel de comprendre que les programmes de planification familiale et de prévention du VIH doivent être liés mais ne doivent pas être ciblés uniquement sur les femmes, et qu'il est important de trouver des approches novatrices pour accéder au couple face à cette épidémie qui concerne, en Afrique, les hommes tout autant que les femmes. Cette problématique illustre parfaitement la nécessité d'une collaboration multidisciplinaire : médicale, épidémiologique et sciences sociales, pour comprendre avec efficacité les enjeux de l'accès au programme de planification familiale. Ce besoin de collaboration multidisciplinaire n'est certes pas nouveau mais demeure pourtant insuffisant et difficile face à une épidémie qui nécessiterait une réelle solidarité.

Le poids de l'épidémie du VIH sur les femmes et son retentissement à tous les niveaux, mérite qu'on prenne spécifiquement la femme en considération, en incluant les questions de contraception et de procréation. Enfin, autant que partout ailleurs dans le monde, le respect universel du droit à l'avortement sans risque et légal permettra de sauver nombre de vie des femmes dans les pays du Sud.

Bibliographie

- Allen S., Serufulira A. *et al.*, 1993 - Pregnancy and contraception use among urban Rwandan women after HIV testing and counseling. *Am. J. Public Health*, 83 : 705-10.
- Allen S., Tice J. *et al.*, 1992 - Effect of serotesting with counselling on condom use and seroconversion among HIV discordant couples in Africa. *Br. Med. J.*, 304 : 1605-9.
- Bambra C.S., 1999 - Current status of reproductive behaviour in Africa. *Hum. Reprod. Update*, 5, 1 : 1-20.
- Becquet R., 2006 - Pratiques contraceptives dans le *post-partum* immédiat en relation avec les modalités d'alimentation infantile chez des mères infectées par le VIH. Expérience du projet Ditrane Plus ANRS 1201/1202, Abidjan, Côte d'Ivoire. In *Sexualité et procréation confrontées au Sida dans les pays du Sud*. Paris, Les Collections du CEPED, série Rencontres : 137-150.
- Boerma T., Nunn A. *et al.*, 1998 - Mortality impact of the AIDS epidemic: evidence from community studies in less developed countries. *AIDS*, 12, suppl. 11 : S3-14.
- Brady M., 2003 - Preventing sexually transmitted infections and unintended and safeguarding fertility: triple protection needs of young women. *Reprod. Health Matters*, 11 : 134-41.
- Brou H., Zady G. *et al.*, 2003 - *Protection of sexual intercourse and contraceptive use after HIV testing: comparison between HIV+ and HIV- women. ANRS 1253, Ditrane Plus Project, 2001-2002, Abidjan, Côte d'Ivoire*. The 13th International Conference on AIDS and STIs in Africa. Nairobi, Kenya.
- Caraël M., Van de Perre P. *et al.*, 1988 - HIV transmission among heterosexual couples in central Africa. *AIDS*, 2 : 201-5.
- Cates W. Jr., 2005 - Review of Non-hormonal Contraception (Condoms, Intrauterine Devices, Nonoxynol-9 and Combos) on HIV Acquisition. *J. Acquir. Immune Defic. Syndr.*, 38, suppl. 1 : S8-S10.
- Coutsoudis A., Pillay K. *et al.*, 2001 - Method of feeding and transmission of HIV-1 from mothers to children by 15 months of age: prospective cohort study from Durban, South Africa. *AIDS*, 15, 3 : 379-387.
- Dabis, F., N. Elenga, *et al.*, 2001 - 18-month mortality and perinatal exposure to zidovudine in West Africa. *AIDS*, 15 : 771-779.
- Dabis F. and Leroy V., 2003 - Prévention de la transmission mère-enfant du VIH en Afrique. *VIH. Edition 2004*. P.M. Girard, C. Katlama et G. Pialoux. Paris, Doin : 521-527.
- Desgrées du Lou A., Msellati P. *et al.*, 1999 - Impaired fertility in HIV-1 infected pregnant women: a clinic-based survey in Abidjan, Côte d'Ivoire, 1997. *AIDS*, 13 : 517-21.
- Desgrées-du-Lou A., Msellati P. *et al.*, 2001 - Incidence of pregnancies among African HIV- infected women, Abidjan, 1995-2000. *AIDS*, 15, 17 : 2327-30.

- Ekouevi D., Leroy V. *et al.*, 2004 - Acceptability and update of a package to prevent mother-to-child transmission using rapid HIV testing in Abidjan, Côte d'Ivoire. *AIDS*, 18, 4 : 697-700.
- FNUAP, 2004 - Mise à jour sur la mortalité maternelle. Aberdeen, FNUAP : 31.
- Grenier-Torres C., 2006 - Pluralité de situations de vie au cœur de l'épidémie de Sida : étude d'itinéraires reproductifs de femmes à Bouaké, Côte d'Ivoire. In *Sexualité et procréation confrontées au Sida dans les pays du Sud*. Paris, Les Collections du CEPED, série Rencontres : 152-169.
- Hocke C., Morlat P. *et al.*, 1995 - Prospective cohort study of the effect of pregnancy on the progression of human immunodeficiency virus infection. *Obstet. Gynecol.*, 86 : 886-91.
- Jewkes R. and Rees H., 2005 - Dramatic decline in abortion mortality due to the choice on termination of pregnancy Act. *S. Afr. Med. J.*, 95, 4 : 250.
- Lallemant C., Briand N. *et al.*, 2006 - Femmes infectées par le VIH en Thaïlande: Choix reproductifs en *post-partum*. In *Sexualité et procréation confrontées au Sida dans les pays du Sud*. Paris, Les Collections du CEPED, série Rencontres : 109-120.
- Leroy V., Ladner J. *et al.*, 1998 - Effect of HIV-1 infection on pregnancy outcome in African women. A prospective cohort study, Kigali, Rwanda, 1992-1994. *AIDS*, 12 : 643-50.
- Loko M.A., Toure S. *et al.*, 2005 - Decreasing incidence of pregnancy by decreasing CD4 cell count in HIV-infected women in Côte d'Ivoire: a 7-year cohort study. *AIDS*, 19, 4 : 443-445.
- Meda N., Leroy V. *et al.*, 2002 - Field acceptability and effectiveness of the routine utilization of zidovudine to reduce mother-to-child transmission of HIV-1 in West Africa. *AIDS*, 16, 17 : 2323-2328.
- Miotti P., Dallabetta G. *et al.*, 1990 - HIV-1 and pregnant women: associated factors, prevalence, estimate of incidence and role in fetal wastage in central Africa. *AIDS*, 4 : 733-6.
- Myer L., Morroni C. *et al.*, 2002 - Dual method use in South Africa. *International Family Planning Perspectives*, 28 : 119-121.
- Piot P., Laga M. *et al.*, 1990 - The global epidemiology of HIV infection: continuity, heterogeneity, and change. *J. Acquir. Immune Defic. Syndr.*, 3 : 403-12.
- Pison G., 2005 - Tous les pays du monde. *Population et Sociétés*, n° 414.
- Rollins N., Meda N. *et al.*, 2004 - Preventing Postnatal Transmission of HIV-1 Through Breast-feeding: Modifying Infant Feeding Practices. *J. Acquir. Immune Defic. Syndr.*, 35, 2 : 188-195.
- Rosenfield A., El-Sadr W. *et al.*, 2002 - *The MTCT Plus Program: A major initiative to provide care and treatment to HIV-infected women and their children*. The XIV International AIDS Conference, Barcelona, Spain.
- Ross J.A. and Winfrey W.L., 2002 - Unmet Need for Contraception in the Developing World and the Former Soviet Union: An Updated Estimate. *International Family Planning Perspectives*, 28, 3 : 138-143.
- Ryder R., Nsuami M. *et al.*, 1994 - Mortality in HIV-1 seropositive women, their spouses and their newly born children during 36 months of follow-up in Kinshasa, Zaïre. *AIDS*, 8 : 667-72.

- St Louis M., Kamenga M. *et al.*, 1993 - Risk for perinatal HIV-1 transmission according to the maternal immunologic, virologic and placenta factors. *JAMA*, 269 : 2853-9.
- Taha T.E., Dallabetta G.A. *et al.*, 1995 - The effect of human immunodeficiency virus infection on birthweight, and infant and child mortality in urban Malawi. *Int. J. Epidemiol.*, 24 : 1022-29.
- Temmerman M., Lopita M. *et al.*, 1992 - The role of maternal syphilis, gonorrhoea and HIV-1 infections in spontaneous abortion. *Int. J. STD AIDS*, 3 : 418-22.
- Temmerman M., Chomba E. *et al.*, 1994 - Maternal HIV-1 infection and pregnancy outcome. *Obstet. Gynecol.*, 83 : 495-501.
- The ANRS 1201/1202 DITRAME PLUS Study Group, Dabis F. *et al.*, 2005 - Field efficacy of zidovudine, lamivudine and single-dose nevirapine to prevent peripartum transmission of HIV. The ANRS 1201 study, Abidjan, Côte d'Ivoire, 2001-2003. *AIDS*, 19 : 309-18.
- Thonneau P., Matsuda T. *et al.*, 2004 - Determinants of maternal deaths in induced abortion complications in Ivory Coast. *Contraception*, 70, 4 : 319-26.
- Tijou Traoré, A. 2006 - Dialogue, gestion des risques de transmission du VIH et choix reproductifs au sein de couples sérodifférents résidant à Abidjan (Côte-d'Ivoire). in *Sexualité et procréation confrontées au Sida dans les pays du Sud*. Paris, Les Collections du CEPED, série Rencontres : 121-136.
- Tommaselli G.A., Guida M. *et al.*, 2000 - Using complete breastfeeding and lactational amenorrhoea as birth spacing methods. *Contraception*, 61 : 253-257.
- Wellfens-Ekra C., Desgrées du Loû A. *et al.*, 2001 - L'inégalité homme-femme face au SIDA. *Le SIDA au féminin*. Paris, Doin, 242 p.
- World Health Organisation and UNAIDS, 2004 - *AIDS Epidemic update*. Geneva, WHO, UNAIDS : 94.

Choix contraceptifs en *post-partum* chez des femmes infectées par le VIH en Thaïlande : la place de la stérilisation¹

**Camille Lallemand
Nelly Briand, Sophie Le Cœur, Marc Lallemand**

Introduction

La baisse de la fécondité en Thaïlande

Au cours des vingt dernières années, la population thaïlandaise a connu une des transitions démographiques les plus rapides au monde (Knodel *et al.*, 1987 ; Hirschman *et al.*, 1994). C'est en 1970 que le gouvernement thaïlandais adopta une politique de population en faveur de la planification des naissances en apportant son appui à un programme volontaire de planification familiale (le National Family Planning Program du Département de Santé publique). Ce programme a connu un énorme succès avec une chute sans précédent de l'indice synthétique de fécondité passant de plus de six enfants par femme dans les années 70 à moins de deux à la fin des années 80 (Recensement de la population, Thaïlande, 1970-1980-1990 ; Office de la Statistique, 1990-1995). Les facteurs qui ont contribué à cette chute spectaculaire de la fécondité ont été multiples : d'abord, les femmes (dont la demande de contrôle des naissances était importante) ont une grande autonomie en ce qui concerne leurs choix reproductifs alors que les conjoints et parents n'ont qu'une faible influence sur leur décision ; ensuite, contrairement à la Chine, il n'existe pas de préférence pour les

¹ Cette étude a été financée par les National Institutes of Health (NIH 5 R01 HD 33326), USA ; l'Agence Nationale de Recherches sur le Sida (ANRS 12-08), France ; le Ministère de la Santé Publique, Thaïlande ; l'Institut de Recherche pour le Développement (IRD), France ; et l'Institut National d'Etudes Démographiques (INED), France.

garçons et la majorité des Thaïlandais, comme dans les pays de l'Ouest, désirent dans l'idéal avoir un enfant de chaque sexe sans chercher absolument à avoir au moins un fils (Wongboonsin et Prachuabmoh, 1995) ; enfin, le bouddhisme opposé à l'avortement appuyait fortement les programmes de planification familiale (Ratanuakul, 1998).

La conjonction de ces facteurs dans un contexte d'essor économique sans précédent a permis d'atteindre des taux de fécondité particulièrement bas : l'ONU estimait l'indice synthétique de fécondité à 1,9 enfant par femme (United Nations, 2004) entre 2000 et 2005. Dans l'enquête nationale sur la fécondité effectuée en 1996, 75 % des femmes thaïlandaises mariées et en âge de procréer utilisaient une contraception. Le moyen de contraception le plus utilisé était la contraception orale pour 26,5 % des femmes, suivi de la stérilisation chez 25,5 % des femmes (National Statistical Office Thailand, 1995-1996). Le pourcentage de stérilisation augmentait bien sûr en fonction de la parité des femmes, avec, dès le second enfant, environ un tiers des femmes (34 %) déjà stérilisées et après le troisième enfant presque la moitié (49 %). Alors que les modes de contraception tels que la pilule, les injections ou même les préservatifs, peuvent être interrompus facilement pour donner lieu à une grossesse, la stérilisation (ligature des trompes) n'est que très difficilement réversible, ce qui la distingue des autres méthodes de contraception, et justifie de l'étudier indépendamment. Les circonstances dans lesquelles les femmes prennent la décision de se faire stériliser sont importantes à prendre en considération, en particulier pour les femmes les plus vulnérables (notamment les femmes infectées par le VIH) qui peuvent être stérilisées sans avoir été clairement informées de l'irréversibilité de l'intervention.

L'épidémie de VIH/Sida en Thaïlande

La Thaïlande a été le premier pays d'Asie touché par le VIH, et on compte environ un million de personnes infectées par le VIH parmi la population totale qui compte 64 millions d'habitants (United Nations, 2004) à peu près équivalente à celle de la France. La première vague épidémique a d'abord été observée chez les utilisateurs de drogues intraveineuses à la fin des années 80, suivie d'une seconde vague chez les prostituées et leurs clients. Enfin, à partir des années 90, l'épidémie s'est répandue dans la population générale (Weniger *et al.*, 1991). Environ 30 000 enfants ont été infectés par transmission de la mère à l'enfant (World Bank, 2001), et on estime à 10 000 le nombre d'enfants actuellement vivants nés de mères séropositives (The Thai working group on HIV/AIDS projection, 2001).

La réponse du gouvernement thaïlandais à l'épidémie a été très rapide avec la mise en place, dès 1987, d'un programme multisectoriel de lutte contre l'épidémie. Son action était orientée selon les axes suivants : information du public, éducation et prévention ; droits de l'homme et aide sociale ; promotion de la recherche ; prise en charge des patients et de leur traitement médical.

Les efforts du gouvernement semblent avoir porté leurs fruits comme le montre la baisse de la prévalence du VIH chez les jeunes recrues de l'armée, passant de 12 % à 8 % entre 1991 et 1995 dans le Nord de la Thaïlande, parallèle au changement de leurs

comportements (réduction de leur fréquentation des prostituées et augmentation de l'utilisation de préservatifs) (Nelson *et al.*, 1996). Chez les femmes enceintes, les résultats des enquêtes de séroprévalence effectuées régulièrement dans toute la Thaïlande montrent une tendance similaire (Ministry of Public Health, Thailand, 2002). En 2003, la prévalence de l'infection à VIH parmi les femmes enceintes était estimée à 1,4 % (Ministry of Public Health, Thailand, 2003). Depuis 1995, le nombre de cas de Sida pédiatrique a chuté de façon spectaculaire en Thaïlande. Ces résultats ont principalement été obtenus grâce aux programmes de prévention de la transmission verticale du VIH par antirétroviraux (Kanshana *et al.*, 2002).

Il est frappant de constater les similarités entre la campagne de lutte contre le Sida et celle, antérieure, de promotion du planning familial. De fait, les personnalités à l'initiative de ces campagnes, étaient les mêmes. Par exemple, le sénateur Meechai Viravaidhaya – souvent surnommé « Mr. Condom » – à la tête de l'Association pour la Population et le Développement Communautaire, a été le leader national de la campagne de planning familial et plus tard de celle contre le Sida.

L'essai Perinatal HIV Prevention Trial (PHPT-2) en Thaïlande

La transmission mère-enfant du VIH-1 peut se faire soit pendant la grossesse, soit au cours du travail et de l'accouchement, soit au cours de l'allaitement. Schématiquement, en l'absence de traitement préventif, environ 35 % des enfants de mères séropositives sont infectés dont 10 % pendant la grossesse, 15 % pendant le travail et environ 10 % pendant l'allaitement (Le Cœur *et al.*, 2003). Dès 1994, l'étude PACTG 076-ANRS 024 a démontré l'efficacité remarquable de la zidovudine (AZT) pour réduire la transmission mère-enfant du VIH de 26 à 8 % chez des femmes n'allaitant pas leur enfant (Sperling *et al.*, 1996). Depuis, dans la majorité des pays industrialisés, des traitements préventifs par AZT ou des thérapies multiples sont proposés aux femmes enceintes séropositives, réduisant la transmission à moins de 2 % (Lallemant M. *et al.*, 2004). En revanche, dans les pays en voie de développement où surviennent la majorité des transmissions périnatales, ces traitements préventifs sont plus difficiles à appliquer.

L'objectif de l'essai clinique PHPT-2 était de déterminer si l'adjonction au traitement standard par AZT d'une dose de névirapine chez la mère au moment de l'accouchement et chez son enfant peu après la naissance, pouvait réduire de façon significative la transmission survenant pendant l'accouchement (WHO, 2004). Cet essai, portant sur 1844 femmes infectées par le VIH, a démontré qu'il était possible avec ce traitement très simple de réduire le risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant à moins de 2 %, un taux similaire à ceux obtenus avec les procédures complexes utilisées dans les pays industrialisés.

Dans cet article, nous analysons les choix reproductifs des femmes infectées par le VIH ayant participé à cet essai clinique à partir de leur réponse à une question posée six semaines après leur accouchement. Le premier objectif de ce travail était de déterminer les modes de contraception des femmes infectées par le VIH en Thaïlande

et de les comparer avec ceux de la population générale ; le second était d'étudier les déterminants de la stérilisation.

Méthodes

Les données utilisées sont issues de l'essai clinique thaïlandais sur la prévention de la transmission verticale du VIH, PHPT-2 (WHO, 2004), mené entre janvier 2001 et mars 2003.

Au cours du suivi, des données sur les caractéristiques socio-démographiques des femmes telles que la date de naissance, le niveau d'éducation, le type d'emploi, et le statut marital, ont été recueillies. Des données sur l'histoire reproductive ont également été recueillies, avec pour chaque grossesse, l'année, l'état de santé de l'enfant à la naissance et lors de l'entretien. Des informations sur le partenaire (âge, niveau d'éducation, emploi) ainsi que sur la planification de la grossesse en cours ont été collectées. La connaissance du statut infectieux VIH de la mère avant la grossesse et celle du partenaire ont également été documentées. De plus, les variables biologiques et cliniques telles que le stade d'avancement dans la maladie VIH/Sida, la charge virale et le taux de lymphocytes CD4 lors de l'entrée dans l'étude ont été mesurées.

A six semaines *post-partum*, les femmes ont été interrogées sur leur désir d'enfant ainsi que le moyen de contraception utilisé.

Pour comparer le taux de stérilisation des femmes infectées par le VIH avec celui des femmes de la population générale, en tenant compte des biais liés à la structure par âge et à la distribution du nombre d'enfants, nous avons calculé le taux standardisé de stérilisation en utilisant, comme population de référence, la population de femmes thaïlandaises, mariées et âgées de 15 à 49 ans, de l'enquête sur la fécondité effectuée en 1996 (National Statistical Office Thailand, 1995-1996).

Pour l'analyse des déterminants de stérilisation, un modèle de régression logistique a été utilisé. La variable à expliquer était la stérilisation, et les variables explicatives étaient les caractéristiques socio-démographiques, l'histoire reproductive, la planification de la grossesse précédente, la connaissance de son statut VIH ainsi que de celui du partenaire, et les variables cliniques et biologiques.

Résultats

Notre étude a porté sur les 1630 femmes séropositives qui ont été interviewées six semaines après l'accouchement, soit 88,4 % des femmes ayant participé à l'essai clinique. Les femmes, pour la plupart de niveau socio-économique moyen, étaient recrutées dans 37 hôpitaux (essentiellement de grands hôpitaux publics) dans toute la

Thaïlande. L'âge médian (écart inter-quartile) des femmes était de 26 ans (23-30), et la majorité des femmes (94 %) vivaient en couple. Soixante-deux pour cent des femmes suivies avaient déjà été enceintes au moins une fois, et 49 % avaient au moins un enfant né vivant. Concernant le statut VIH, seulement 16 % des femmes connaissaient leur propre statut infectieux avant la grossesse, 33,4 % connaissaient le statut VIH de leur conjoint au moment de l'étude et 19 % de ces conjoints étaient séropositifs.

A six semaines *post-partum*, la grande majorité des femmes (1437/1630, 91 %) déclaraient utiliser un mode de contraception. Le mode de contraception le plus utilisé était la stérilisation avec 56,3 % des femmes stérilisées, suivi de la contraception injectable chez 15,4 % des femmes (figure 1). Seulement 8,7 % des femmes déclaraient utiliser le préservatif seul, comme moyen de contraception. Le pourcentage de femmes utilisant les préservatifs seuls ou en association avec un autre mode de contraception était de 25,2 %.

Après standardisation sur la structure d'âge des femmes mariées thaïlandaises, le taux de stérilisation des femmes de PHPT-2 était 3,7 (3,5-4,0) fois supérieur à celui des femmes de la population générale. De plus, après standardisation sur la distribution du nombre d'enfants vivants, le taux de stérilisation des femmes suivies dans l'essai PHPT-2 était 2,9 (2,8-3,1) fois supérieur à celui des femmes de la population générale.

Les déterminants de la stérilisation chez les femmes séropositives suivies dans l'essai PHPT-2 mis en évidence par l'analyse univariée sont : un âge élevé ($p<0,001$), le fait de vivre en couple ($p=0,003$), de ne pas habiter dans la région centre de la Thaïlande ($p<0,001$), d'avoir déjà été enceinte ($p<0,001$), d'avoir au moins un enfant né vivant ($p<0,001$) ou encore vivant au moment de l'étude ($p<0,001$), le fait d'avoir eu connaissance de son statut VIH avant la grossesse en cours ($p<0,001$), d'accoucher par césarienne ($p<0,001$), d'être à un stade VIH/Sida avancé ($p=0,004$), et ne pas avoir l'intention d'avoir une autre grossesse ($p=0,033$).

Les déterminants de la stérilisation chez les femmes séropositives suivies dans l'essai PHPT-2 mis en évidence par l'analyse multivariée, après ajustement sur l'âge maternel et le taux de CD4 à 28 semaines de grossesse, sont : le fait de vivre en couple, de ne pas habiter dans la région du centre de la Thaïlande, d'avoir déjà au moins un enfant né vivant ou encore vivant au moment de l'étude, d'avoir eu connaissance de son statut VIH avant la grossesse en cours, d'accoucher par césarienne, et de ne pas avoir l'intention d'avoir une nouvelle grossesse (tableau 1).

Discussion

Dans notre étude, à six semaines *post-partum*, 91 % des femmes déclarent utiliser un mode de contraception et 56,3 % ont été stérilisées. Ces taux sont nettement supérieurs aux taux observés dans la population générale thaïlandaise de femmes mariées de la même tranche d'âge, parmi lesquelles 74 % utilisent une contraception et 25 % déclarent être stérilisées (figure 1). Après standardisation sur l'âge ou sur le nombre

d'enfants vivants, nous trouvons que les femmes séropositives suivies dans notre étude sont environ trois fois plus souvent stérilisées que les femmes de la population générale. Cependant, nous n'avons pas pu standardiser nos résultats simultanément sur l'âge et le nombre d'enfants car nous ne disposions que des données agrégées pour la population générale (National Statistical Office Thailand, 1995-1996). Néanmoins, l'augmentation du risque de stérilisation chez les femmes séropositives est du même ordre de grandeur pour les deux standardisations séparées.

Les taux de contraception et de stérilisation que nous avons observés sont très supérieurs à ceux observés dans d'autres études sur les choix reproductifs des femmes séropositives. Une étude menée chez 400 femmes américaines infectées par le VIH montre que 34 % d'entre elles ont été stérilisées (Bedimo *et al.*, 1998). Une étude menée en 1999-2000, en Côte d'Ivoire où 149 mères séropositives ont été interrogées sur leurs choix reproductifs, montre que seulement 39 % des femmes suivies en *post-partum* utilisaient une méthode contraceptive au moment de l'étude, aucune n'ayant été stérilisée (Desgrées du Loû *et al.*, 2002). Enfin, une étude au Brésil, entre 1997 et 1998, et portant sur 140 femmes infectées par le VIH, montrait qu'après connaissance de leur statut VIH positif 26,6 % des femmes avaient été stérilisées (Magalhaes *et al.*, 2002). Cependant, dans ces études, les risques relatifs de stérilisation chez les femmes infectées par le VIH comparés aux femmes VIH négatives ou à la population générale n'étaient pas disponibles. Le taux de stérilisation extrêmement élevé, observé dans notre étude, reflète en partie le taux de base déjà plus élevé dans la population générale, la stérilisation étant un moyen de contraception très répandu en Thaïlande. Cependant, il faut noter que le pourcentage de stérilisation observé dans notre étude correspond au mode de contraception à six semaines *post-partum*, et qu'il est vraisemblable qu'il augmente avec le temps, un certain nombre de femmes décidant de se faire stériliser à distance de l'accouchement.

Les déterminants de la stérilisation à six semaines *post-partum* que nous avons mis en évidence sont ceux qui étaient attendus, car retrouvés dans d'autres études. Les femmes vivant seules – célibataires, veuves ou divorcées – sont moins souvent stérilisées que les femmes vivants en couple (Lindsay *et al.*, 1995). En effet, on peut penser que les femmes vivant seules envisagent d'avoir un nouvel enfant lors de leur prochaine mise en union.

Nous avons observé que le taux de stérilisation différait selon les régions de Thaïlande. Les femmes séropositives du Nord de la Thaïlande sont trois fois plus souvent stérilisées à six semaines *post-partum* que celles du Centre. Dans la population générale, on ne retrouve pas cette tendance (National Statistical Office Thailand, 1995-1996). En effet, ce sont les femmes du Nord-Est qui sont le plus souvent stérilisées, avec 28,5 % de femmes mariées, âgées entre 15 et 49 ans et stérilisées, suivies de celles du Centre (24,4 %), du Nord (21,5 %) et enfin du Sud (17,1 %). Cette différence peut être expliquée par la variation entre les prévalences de l'infection à VIH dans les régions. En effet, les taux les plus élevés d'infection à VIH sont observés dans le Nord du pays (Ministère de la santé publique, Thaïlande, 2003). Il est possible que les conseils de prévention de la transmission mère-enfant du VIH dispensés par le personnel soignant du Nord de la Thaïlande soient plus orientés vers la stérilisation.

Les femmes séropositives qui ont déjà, soit un enfant né vivant, soit un enfant vivant au moment de l'étude, sont plus souvent stérilisées (Bedimo *et al.*, 1998 ; Magalhaes *et al.*, 2002 ; Lindsay *et al.*, 1995 ; Figueroa-Damian et Villagrana-Zesati, 2001). Cette relation positive entre le taux de stérilisation et la parité est également observée dans la population générale thaïlandaise (National Statistical Office Thailand, 1995-1996).

Les femmes séropositives qui connaissaient leur statut VIH avant la grossesse sont plus souvent stérilisées à six semaines *post-partum* (Magalhaes *et al.*, 2002 ; Lindsay *et al.*, 1995). Ceci suggère que, pour ces femmes, le désir d'enfant a été assez fort pour donner lieu à une grossesse, mais suite aux programmes de prévention et au counseling, elles ne souhaitent plus prendre le risque d'avoir un enfant infecté par le VIH.

Les femmes qui ont accouché par césarienne sont également plus souvent stérilisées. En effet, lors de l'intervention chirurgicale effectuée pour la césarienne, il est très facile de pratiquer la ligature des trompes.

Enfin, les femmes qui ne souhaitent pas avoir un nouvel enfant sont beaucoup plus souvent stérilisées. Cependant, il faut noter que parmi les trente femmes qui désiraient un autre enfant, onze ont toutefois été stérilisées. Il est possible qu'elles n'aient pas reçu d'informations claires sur l'irréversibilité de cette intervention.

Nous n'avons pas mis en évidence d'effet de l'état de santé de la mère lié au VIH (charge virale, CD4, stade VIH/Sida) sur le risque d'être stérilisée à six semaines *post-partum*, comme l'avait démontré une étude américaine (Bedimo *et al.*, 1998). Il faut noter que, dans notre étude, seulement 18 % des femmes étaient à un stade avancé de la maladie (nombre de cellules CD4 inférieur à 200/mm³).

En Thaïlande, comme le montre la figure 2, un pourcentage important de femmes de la population générale (34 %) décident de se faire stériliser dès le second enfant, la stérilisation étant perçue comme la méthode de contraception la plus efficace, la moins contraignante, et la plus « naturelle » par opposition aux méthodes « chimiques ». Dans ce contexte, la stérilisation peut apparaître, pour le personnel soignant, comme le moyen idéal chez les femmes infectées par le VIH, pour conjuguer le planning familial et la réduction de la transmission mère-enfant du VIH.

En Thaïlande, la relation médecin-patient est très hiérarchisée et les médecins et infirmières ont un statut hautement respecté dans la société. Ainsi les patients ont des difficultés à contredire leurs recommandations thérapeutiques. On observe, par exemple, un très fort taux d'acceptation du test VIH après counseling avec plus de 99 % des femmes enceintes qui acceptent de se faire tester pour le VIH (Koetsawang *et al.*, 1999). L'influence du personnel soignant sur les décisions des femmes, que ce soit pour se faire tester pour le VIH ou pour leur choix contraceptif, mérite donc être étudiée plus avant. Des études effectuées aux Etats-Unis et au Mexique mettent en évidence l'influence importante du personnel médical sur les décisions des femmes infectées par le VIH (Bedimo *et al.*, 1998 ; Figueroa-Damian et Villagrana-Zesati, 2001).

Trois situations concernant le consentement peuvent être distinguées : celle où le consentement éclairé est effectif et où les femmes ont été vraiment bien informées et ont décidé elles-mêmes de se faire stériliser car elles ne désirent pas d'autre enfant

(nombre d'enfants désirés déjà obtenu, peur d'avoir un enfant infecté par le VIH, peur de décéder et ainsi de laisser son enfant orphelin) ; celle où le consentement est « mal » éclairé et où les femmes ont fait ce choix sans bien comprendre qu'il était irréversible ; et enfin celle où le consentement est « contraint » et où les femmes ne désiraient pas être stérilisées mais n'ont pas osé refuser la proposition alors qu'en théorie, elles le pouvaient. Il serait important de déterminer la proportion de femmes dans ces deux dernières situations (qui ne sont d'ailleurs pas spécifiques au VIH) afin de les protéger de ces éventuels abus.

Alors que la transmission mère-enfant du VIH peut être réduite à moins de 2 % grâce à des interventions simples utilisant les antirétroviraux et l'allaitement artificiel, les choix reproductifs des femmes séropositives doivent pouvoir être libres et protégés. Un counseling permettant d'assurer la parfaite compréhension des implications à long terme d'une stérilisation devrait être développé, ainsi que l'accès à d'autres méthodes contraceptives et aux antirétroviraux pour préserver la santé de la femme. Nous allons continuer ce projet en étudiant plus avant la perception du personnel médical et soignant face aux choix reproductifs des femmes séropositives afin d'estimer leur influence sur les choix reproductifs et contraceptifs effectifs des femmes infectées par le VIH.

Figure 1 – Distributions des modes de contraception chez les femmes VIH-positives suivies dans PHPT-2 et la population générale (National Statistical Office Thailand, 1995-1996)

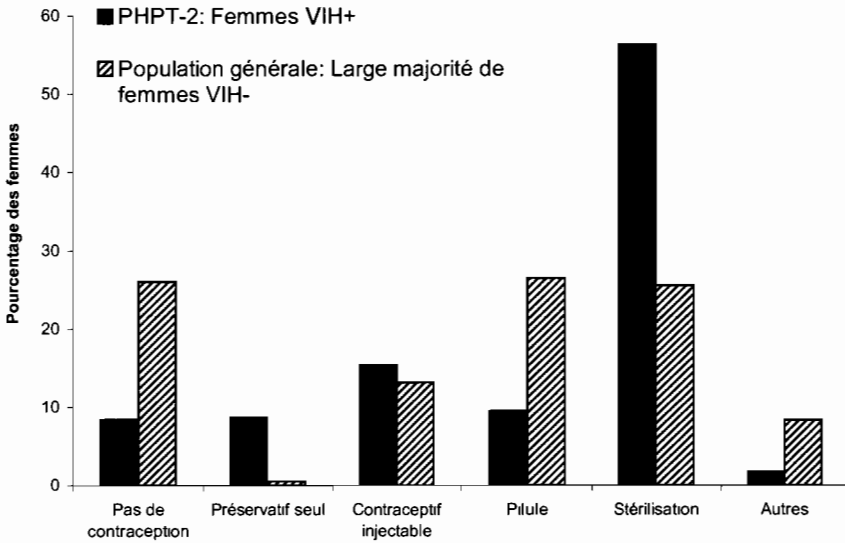


Figure 2 – Pourcentage de femmes stérilisées en population générale et chez les femmes infectées par le VIH (PHPT-2), selon leur nombre d'enfants vivants

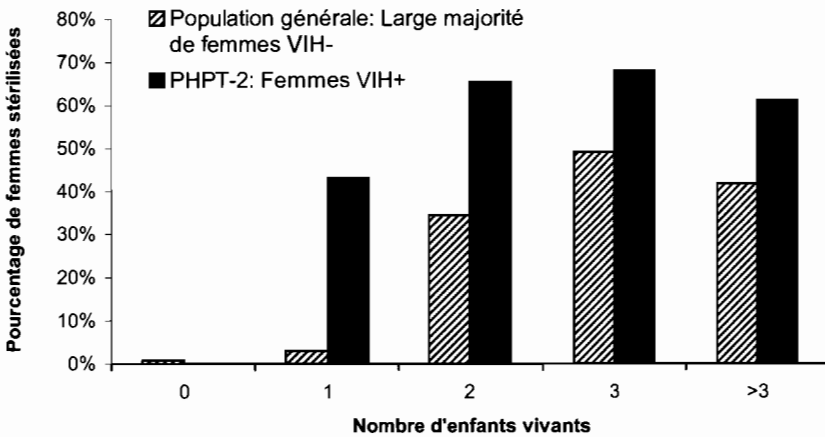


Tableau 1 – Déterminants de la stérilisation à six semaines *post-partum* chez 1630 femmes séropositives. Résultats de la régression logistique multivariée, après ajustement sur l'âge maternel et le taux de CD4 à 28 semaines de grossesse.

Covariables	Stérilisées Total	%	P-value	RC _a * (Intervalle de confiance à 95 %)	
Statut marital					
En couple	875/1533	57,0	<0,01	1	(référence)
Célibataire/divorcée/veuve	30/76	39,5		0,33	(0,18-0,59)
Région					
Centre	176/421	41,8	<0,01	1	(référence)
Nord	267/391	68,3		3,03	(2,20-4,19)
Nord-est	123/237	51,9		1,49	(1,05-2,13)]
Est, Ouest et Sud	352/581	60,6		2,20	(1,66-2,93)
Statut VIH connu avant la grossesse en cours					
Non	731/1364	53,6	<0,01	1	(référence)
Oui	182/255	71,4		1,85	(1,34-2,56)
Histoire reproductive					
Primipare	274/622	44,1	<0,01	0,40	(0,32-0,52)
Multipare					
Sans enfant vivant	31/71	43,7		0,29	(0,17-0,51)]
Avec enfant(s) vivant(s)	608/926	65,7	1	(référence)	
Mode d'accouchement					
Voies naturelles	624/1264	49,4	<0,01	1	(référence)
Césarienne	288/356	80,9		4,95	(3,62-6,76)

* Rapport de cote ajusté

Bibliographie

- Bedimo A.L., Bessinger R., Kissinger P., 1998 - Reproductive choices among HIV-positive women. *Soc. Sci. Med.*, 46 :171-9.
- Desgrées-du-Loû A., Msellati P., Viho I. *et al.*, 2002 - Contraceptive use, protected sexual intercourse and incidence of pregnancies among African HIV-infected women. DITRAME ANRS 049 Project, Abidjan 1995-2000. *Int. J. STD AIDS*, 13 : 462-8.
- Figuroa-Damian R., Villagrana-Zesati R., 2001 - Factors associated with acceptance of postpartum tubal ligation among HIV-infected women. *Salud Publica Mex.*, 43 : 97-102.
- Hirschman C., Tan J.E., Chamrathirong A., Guest P., 1994 - The Path to Below Replacement-Level Fertility in Thailand. *Int. Fam. Plan. Persp.*, 20 : 82-7.
- Kanshana S., Simonds R.J., 2002 - National program for preventing mother-child HIV transmission in Thailand : successful implementation and lessons learned. *AIDS*, 16 : 953-9.
- Knodel J., Chamrathirong A., Debayalya N., 1987 - *Thailand's reproductive revolution: rapid fertility decline in Third World Setting*. Madison, University of Wisconsin Press.
- Koetsawang S., Jourdain G., Subhamittra B. *et al.*, 1999 - *Acceptability of zidovudine (ZDV) prevention treatment by HIV-infected pregnant women in Thailand*. The second conference on Global Strategies for the prevention of HIV Transmission from Mothers to Infants. Montréal.
- Lallemant M., Jourdain G., Le Coeur S., Mary J.Y., Ngo-Giang-Huong N., Koetsawang S., Kanshana S., McIntosh K., Thaineua V., 2004 - A randomized, double-blind trial assessing the efficacy of single-dose perinatal nevirapine added to a standard zidovudine regimen for the prevention of mother-to-child transmission of HIV-1 in Thailand. *N. Engl. J. Med.*, 351 : 217-28.
- Le Cœur S., Kanshana S., Jourdain G., 2003 - Transmission du VIH-1 de la mère à l'enfant et sa prévention. *Med. Trop.*, 63 : 381-390.
- Lindsay M.K., Grant J., Peterson H.B., Willis S., Nelson P., Klein L., 1995 - The impact of knowledge of human immunodeficiency virus serostatus on contraceptive choice and repeat pregnancy. *Obstet. Gynecol.*, 85 : 675-9.
- Magalhaes J., Amaral E., Giraldo P.C., Simoes J.A., 2002 - HIV infection in women: impact on contraception. *Contraception*, 66 : 87-91.
- Ministère de la santé publique, 2003 - *Données de sérosurveillance*. Thaïlande.
- Ministère de l'intérieur - *Recensement de la population, Thaïlande, 1970-1980-1990*. Thaïlande.
- Ministry of Public Health, 2002 - *Sentinel serosurveillance*. Thailand, Division of Epidemiology.

- Ministry of Public Health, 2003 - *AIDS situation in Thailand*. Bangkok, Bureau of Epidemiology, Department of Disease Control.
- National Statistical Office Thailand - *Report on population characteristics 1995-1996*. Bangkok, Office Prime Minister.
- Nelson K.E., Eiumtrakul S., Celentano D.D. *et al.*, 1996 - Changes in sexual behavior and a decline in HIV infection among young men in Thailand. *N. Engl. J. Med.*, 335 : 297-303.
- Office de la Statistique, 1990-1995. Ministère de l'intérieur. Thaïlande.
- Ratanuakul P., 1998 - Socio-medical aspects of abortion in Thailand. in *Buddhism and Abortion*, Keown D. (Ed.). MacMillian Press, Houndmills and London : 53-66.
- Sperling R.S., Shapiro D.E., Coombs R.Z. *et al.*, 1996 - Maternal viral load, zidovudine treatment, and the risk of transmission of Human Immunodeficiency Virus type 1 from mother to infant. *New. Engl. J. Med.*, 335 : 1621-9.
- The Thai working group on HIV/AIDS projection, 2001 - *Projections for HIV/AIDS in Thailand, 2000-2001*. Nonthaburi, Thailand, Ministry of Public Health.
- United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, 2004 - World Population 2004. (en ligne)
www.un.org/esa/population/publications/WPP2004/World_Population_2004_chart.pdf
- Weniger B.G., Khanchit L., Kumnuan U. *et al.*, 1991 - The epidemiology of HIV infection and AIDS in Thailand. *AIDS*, 5, suppl. 2 : S71-S85.
- Wongboonsin K. and Prachuabmoh R., 1995 - Sex preference for children in Thailand and some other South-East Asian countries. *Asia-Pacific Population Journal*, 10 : 43-62
- WHO, 2004 - *Antiretroviral drugs for treating pregnant women and prevention HIV infection in infants : guidelines on care, treatment and support for women living with HIV/AIDS and their children in resource-constrained settings*.
- World Bank 2001 - *Thailand's response to AIDS: building on success, confronting the future*. (en ligne) <http://www.worldbank.or.th/social/pdf/Thailand>. December 28.

Dialogue, gestion des risques de transmission du VIH et choix reproductifs au sein de couples sérodifférents résidant à Abidjan (Côte-d'Ivoire)

Annick Tijou Traoré pour le groupe Ditrame Plus 3

Introduction

Nous savons que le taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant, qui est de 25 à 30 % sans intervention thérapeutique (PNLS/FSTI/GSK, 2002), peut être considérablement diminué par des traitements et des alternatives à l'allaitement prolongé (Dabis *et al.*, 1999). Aujourd'hui, la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant constitue une des priorités de la politique nationale de lutte contre le VIH/Sida en Côte d'Ivoire et l'opérationnalisation est en cours depuis 1999¹.

Dans ce cadre, les femmes enceintes réalisant leur test de dépistage sont, entre autres conseils, incitées à dialoguer avec leur partenaire sur le résultat de leur test et sur la nécessité pour lui de le faire. Les difficultés de ces échanges conjugaux, comme bien des études l'ont déjà montré (Wilkins *et al.*, 1989 ; Heyward *et al.*, 1993 ; Raynaut *et al.*, 1994 ; Coulibaly et Msellati, 2003), persistent toujours même si elles sont de plus en plus surmontées.

Si la femme ne peut dialoguer avec son partenaire sur son statut sérologique vis-à-vis du VIH, il sera difficile pour elle, si elle est séropositive, de mettre en application l'ensemble des mesures de prévention à l'égard du risque VIH. Et dans le cas où elle y parvient, ce qui nous intéresse ici, une question se pose : autour de quels éléments peut-elle dialoguer avec son partenaire, et avec quelles conséquences possibles ?

¹ Il est fait ici référence aux activités de PTME (Prévention de la Transmission Mère-Enfant) qui doivent s'inscrire dans les activités quotidiennes des soignants.

Le dialogue conjugal que nous posons comme une modalité de l'échange dans le couple est un aspect ici essentiel qui présente un double intérêt. D'une part, en tant que mise en forme du lien conjugal, il rend possible ou non (à des degrés divers) la négociation entre les deux conjoints² et il met en lumière les différents sujets de discussion susceptibles d'être abordés (cadre de possibles et d'impossibles en matière de communication). D'autre part, et de façon corollaire, le dialogue peut être défini comme un éventuel support et moteur de transitions. En cela, il va faciliter des changements en termes de manière d'être et de faire aux niveaux individuel et conjugal.

L'objet de cette communication vise à analyser les différentes modalités de dialogue développées au sein de couples et ses incidences sur les pratiques sexuelles et de choix reproductifs. Ceci afin de comprendre comment les femmes séropositives peuvent gérer l'ensemble des conseils qui leur sont donnés en matière de prévention de la transmission du VIH à l'enfant. Il s'agit d'illustrer des manières possibles d'échanger au sein de couples vivant en milieu urbain, et d'étudier comment peuvent s'élaborer des décisions autour de la sexualité et des choix reproductifs. Notre hypothèse est que le dialogue conjugal facilite la mise en oeuvre des conseils donnés dans le cadre de la prévention de la transmission du virus, au sein du couple.

Cette réflexion est également l'occasion d'une mise en lumière de modèles de rapports conjugaux à même de permettre une relecture des schémas d'analyse se rapportant au couple en milieu urbain africain. Souvent trop simplistes et réducteurs, les schémas classiques tendent à organiser les rapports de couple selon une vision dichotomique femme soumise/homme autoritaire. En somme, l'occasion nous est donnée de tenter de déconstruire des stéréotypes qui, pour reprendre les propos de Laurent Vidal, « ... travestissent la réalité » (2000).

Les données utilisées sont issues d'études de cas constituées par six couples sérodifférents auprès desquels des entretiens semi directifs enregistrés et répétés à deux reprises ont été menés³. La différence de statut sérologique des conjoints vis-à-vis du VIH induit une gestion plus compliquée des conseils de prévention et des formes extrêmes de négociation dans le couple susceptibles de générer des conflits, des ruptures, des craintes diversement partagées.

Cette étude s'inscrit dans le volet sciences sociales d'un programme de recherche mené à Abidjan, le programme Ditrane Plus, consacré à la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant⁴. Dans le cadre de ce projet, le test de

² Pris ici dans le sens de membres constitutifs du couple, qu'ils soient ou non unis par un lien matrimonial

³ Selon un intervalle de temps compris pour ces personnes rencontrées entre huit mois et deux ans. Le choix de ces six couples ne répond pas à des critères préalablement définis : nous avons retenu les seuls couples sérodifférents de notre échantillon auprès desquels deux passages ont été possibles pour chacun des membres qui les constitue.

⁴ Ditrane Plus comprend deux volets : le premier, clinique, est composé de Ditrane Plus 1 (DP1) et Ditrane Plus 2 (DP2). DP1 a pour objectif d'évaluer l'efficacité d'une combinaison thérapeutique de Zidovudine (plus ou moins 3TC) et Névirapine administrée en *pérpartum* à la femme enceinte et au nouveau-né dans la réduction de la transmission mère-enfant du VIH1. DP2 consiste à étudier l'efficacité d'interventions post-natales aux femmes infectées ayant bénéficié d'une intervention périnatale dans le cadre de DP1 qui comprend une intervention nutritionnelle (allaitement artificiel

dépistage est systématiquement proposé aux femmes enceintes qui viennent consulter dans sept centres de santé d'Abidjan impliqués dans le programme.

Nous sommes donc ici en présence de couples dont la femme est séropositive et suivie dans un projet de recherche pendant deux ans. Les partenaires, qui ont accepté la proposition de test qui leur a été faite dans le cadre de ce projet, sont séronégatifs. Chacun est informé du statut de l'autre. Ces six couples sont déjà constitués au moment de la réalisation du test.

Ces couples sont constitués par des femmes qui ont entre 23 et 34 ans et des hommes entre 25 et 40 ans. Ces femmes et ces hommes ont un niveau d'instruction plutôt élevé puisque dix sur douze ont un niveau secondaire ou supérieur. Leur situation professionnelle est, pour la plupart, plutôt précaire ; cinq sont à la recherche d'emploi. La majorité des couples ont peu d'enfants et seul un couple a plus de trois enfants. Quatre couples vivent en union libre⁵, un couple appartient à un ménage polygame et deux couples ont contracté un mariage légal. Leurs modes relationnels prennent ancrage dans une histoire dont la durée est une composante qui peut donner sens à des modes d'être et de faire conjugaux. Ces couples présentent une plus ou moins grande ancienneté des relations, comprise entre deux ans et dix ans. Leur statut résidentiel est quasi-uniforme puisque cinq couples vivent sous le même toit (pour une durée allant de deux ans à six ans), un seul couple ne partage pas la même résidence. Peu ont une expérience de la transmission du VIH de la mère à l'enfant : un seul couple a un enfant infecté. Pour un autre, l'unique enfant est décédé ; le lien entre ce décès et l'infection à VIH de la mère est établi avec beaucoup d'ambiguïté.

Ces entretiens approfondis nous ont amené à construire des études de cas qui nous donnent les moyens d'accéder à une lecture fine et approfondie des phénomènes étudiés. En permettant d'observer « le jeu d'un grand nombre de facteurs interagissant ensemble (...) », elle rend ainsi « justice à la complexité et à la richesse des situations sociales » (Collerette, 1996). Par cette approche qui permet de démonter les mécanismes qui donnent forme et existence à un phénomène, à un problème ou une situation donnée, on est davantage à même de dépasser des cadres de définition classiquement admis et de surprendre l'inattendu en faisant émerger des champs de possible non envisagés. Un peu à l'instar du récit de vie, l'étude de cas réhabilite le « je » (Poirier *et al.*, 1983) et permet de recueillir « (...) les charges émotionnelles, les systèmes de valeurs personnalisés » (*idem*). Elle permet de faire émerger des modèles de réel possible, concernant la prévention au sein du couple.

L'étude de l'impact du dialogue sur les pratiques de prévention pose en amont la question du cadre relationnel à partir duquel la question du VIH est traitée, ce que nous présentons maintenant. Nous examinerons ensuite leur évolution, suite à l'annonce, en

ou maternel) et un diagnostic précoce de l'infection suivi d'une prophylaxie médicamenteuse par le cotrimoxazole pour les enfants infectés par le VIH. Le suivi est prévu jusqu'aux deux ans de l'enfant. Le second volet, Ditrane Plus 3 (DP3), volet sciences sociales de Ditrane Plus, financé par l'ANRS et Sidaction, est quantitatif et qualitatif. DP3 mène une observation comparative entre la cohorte de 700 femmes infectées par le VIH suivie dans DP1 et 2, une cohorte de 400 femmes VIH- et une cohorte de 60 femmes ayant refusé le test.

⁵ Les personnes vivant en union libre désignent ici celles qui se déclarent vivre en couple sans être unies par le lien du mariage (qu'il soit d'ordre coutumier ou dit « légal » ou encore religieux) et sans nécessairement résider dans un même logement.

tant que cadre ou nouveau cadre à partir duquel les conseils de prévention sont traités et négociés dans le couple. Ce qui permettra ensuite de déceler l'effet du dialogue sur les pratiques concernant la gestion de la sexualité et les choix reproductifs.

Des cadres relationnels conjugaux diversifiés

Les modes relationnels au sein des couples rencontrés illustrent dans tous les cas l'existence d'un dialogue et – à des degrés divers – la possibilité tant pour les femmes que pour les hommes de l'entreprendre. Ces couples illustrent une diversité dans les types d'échange possibles qui bouleverse les images encore classiquement présentées du couple en Afrique et qui montre les changements propres à la conjugalité sur ce continent, comme cela a été montré ailleurs (Marie, 1996 ; Locoh, 1996). Ceux-ci oscillent autour de trois situations relationnelles⁶ que nous définissons à partir de deux critères : l'intensité de l'échange (plus ou moins de dialogue dans le couple) et la prise de décision de la femme.

Deux couples se rapprochent d'une situation « fusionnelle » (le « nous-couple » primant sur le « moi ») où le lien conjugal prend ancrage autour d'un dialogue intense et où les femmes ont non seulement la possibilité mais aussi la capacité de prendre des décisions dans le couple.

Deux couples illustrent une situation où les femmes parviennent plus difficilement à imposer leur point de vue et où c'est plutôt l'homme qui décide. Dans un couple, les rapports sont proches (intérêt certain pour la vie de l'autre, attention, complicité) bien que le dialogue y soit plutôt faible (« *On ne se dit pas beaucoup de choses, nous vivons comme ça, on partage pas beaucoup de choses* » explique le partenaire). Dans un autre, les relations sont plus distantes avec peu de complicité, de marque d'attention pour l'autre et un dialogue tout aussi absent. Les liens conjugaux s'articulent dans leur cas autour d'un dialogue moins important que dans les couples précédents.

Les deux autres couples montrent, vis-à-vis de ces aspects, une toute autre forme de vie conjugale illustrant un fonctionnement plutôt autonome caractérisé par l'absence de prédominance de l'un des membres du couple sur l'autre : les décisions prises, chacun de leur côté, sans consensus, ne vont pas toujours dans le sens de la cohésion du couple. Par ailleurs, ils révèlent une communication parfois difficile du fait d'un dialogue moins intense et d'une faible démarche consensuelle.

L'annonce de son statut sérologique à son partenaire

L'annonce du statut VIH+ à celui avec qui on construit sa vie est une étape qui peut être déterminante dans l'évolution des liens conjugaux. Ce partage de l'information avec le partenaire fait suite à une recommandation faite à la femme par le personnel du centre de suivi qui, par ailleurs, lui propose de l'aider (conseils voire intervention en fonction des besoins exprimés par la femme) à le faire en cas de difficultés. Toutes les

⁶ Nous ne retenons pas ici le terme de modèle qui renvoie à un cadre trop rigide.

femmes rencontrées ont accepté et sont parvenues, selon des modalités particulières, à divulguer leur séropositivité à leur partenaire.

L'annonce peut être faite dans une relation singulière qui ne dépasse pas le cadre conjugal (en face-à-face) et qui est effectuée dans l'immédiateté, c'est-à-dire au sortir du conseil post test. En outre, à la demande de la femme, le circuit de l'information peut mettre en scène une tierce personne qui, en sa présence ou en son absence (mais toujours avec son accord) va informer le partenaire. Toutes ces annonces, même si aucune n'a débouché sur un drame conjugal, ont leur spécificité. De quelques manières qu'elles se soient produites (dans une relation de face-à-face ou non, dans l'immédiat ou de façon différée), elles ont toutes été conduites avec leur part d'hésitations et de difficultés, en particulier dans la manière d'en parler, et surtout avec leur lot de craintes et d'incertitudes quant aux conséquences qui pourraient en découler (Meystre-Agostoni, 1999 ; Vidal, 2000).

Si, suite à cette annonce, tous les couples se sont maintenus, son impact ne débouche pas pour autant sur des situations uniformes et linéaires. Chaque couple réagit selon des modalités différentes, en fonction, en particulier, de son histoire de vie, de la façon dont chacun des membres perçoit la vie en couple, des ressources morales dont chacun dispose ainsi que de ses représentations du risque lié au VIH. Les relations qui découlent du dialogue engagé autour de cette question montrent bien ici en quoi l'annonce, une fois faite, amorce un processus dynamique relationnel qui ne trouve pas uniquement sa spécificité dans la continuité ou la rupture mais également dans des situations intermédiaires fluctuantes qui voient se succéder des façons d'être avec l'autre très diverses

Les relations peuvent se renforcer comme l'illustrent trois des couples rencontrés. Cette attitude peut prendre forme autour d'une plus grande présence de l'homme auprès de sa femme mais aussi à travers des relations qui accordent davantage de place aux paroles affectives et de soutien qui sont vécues, du point de vue des femmes comme des hommes, comme plus fortes qu'auparavant. Le renforcement du lien peut aussi trouver son expression à travers l'officialisation de la relation qui, du point de vue des individus concernés, et en particulier du conjoint, donne plus d'ancrage dans l'avenir. A travers cette quête d'indissolubilité et de sécurité, le mariage répond ici à des préoccupations non seulement d'ordre sécuritaire mais aussi d'ordre altruiste (maintenir la structure conjugale comme un lieu d'épanouissement pour sa femme). Cette attitude concerne des couples caractérisés par l'ancienneté de leur relation (entre six et dix ans) et une histoire de vie modelée par le souci permanent de préserver l'autonomie de leur couple à l'égard de l'entourage familial ; par ailleurs, pour deux couples, les relations étaient déjà antérieurement fortes.

L'impact du dialogue autour du statut sérologique peut également illustrer une évolution des relations au cours du temps. Elles ne restent pas figées dans leur forme initiale (consécutive à l'annonce) même si celle-ci a perduré durant plusieurs mois. Une attitude de distanciation adoptée par le partenaire lors des premiers mois qui ont suivi la connaissance du statut sérologique de la femme, peut ainsi évoluer vers l'adoption de relations plus étroites. Des facteurs d'ordre cognitif (illustrant précisément le poids des connaissances erronées à l'égard du VIH) peuvent en être à l'origine et figer le partenaire dans des conduites d'évitement avec sa femme et son

bébé. Le conjoint considère à la fois le risque de transmission du virus comme omniprésent et, de façon corollaire, tient son enfant comme inévitablement infecté. Le rôle joué par le personnel du centre de suivi a été déterminant dans le revirement d'attitude de cet homme : « *Si je supporte cette situation aujourd'hui, c'est grâce aux gens d'ici* (le personnel) ». Son contact avec les membres de l'équipe l'a ainsi aidé à déconstruire sa perception du risque jusqu'à « (...) *souvent même oublier qu'elle est malade* » pour reprendre son propos⁷.

A l'inverse, des relations qui, après l'annonce, se rapprochent à travers un soutien affectif et moral et une présence plus importante du conjoint, peuvent se modifier au fil du temps pour devenir distantes au point que le partenaire présente son couple en instance de rupture (alors que sa femme vit avec l'espoir de trouver une solution à cette situation). Une distanciation, un détachement du lien conjugal qui se lit à travers le renoncement à des projets d'avenir tels, en l'occurrence, ceux de procréation et de cohabitation et qui prend tout son sens dans une idée qui se précise au fil du temps : la difficulté à vivre une situation de sérodiscordance. Ce couple a la particularité de vivre dans des résidences différentes et d'avoir d'une communication difficile.

Enfin, l'annonce de la séropositivité peut ne susciter aucun changement particulier dans les relations. C'est ce que montre de façon très claire les discours des deux membres d'un même couple. La non prise en compte du VIH par le conjoint en est à l'origine. Cette situation prend forme dans un contexte de vie conjugale marqué par des relations plutôt distantes au sein desquelles l'homme prédomine dans les prises de décision et où le lien conjugal n'est pas fort (la femme reconnaît avec amertume l'absence de lien amoureux vis-à-vis de son conjoint).

Ainsi, chez la majorité de ces hommes, l'annonce de la séropositivité de la femme n'a pas modifié la qualité de leur relation ou tout du moins ne l'a pas fragilisée. En cherchant à situer leur attitude à l'égard de certains stéréotypes (concernant en particulier l'association sexualité dépravée/contamination par le VIH), aucune allusion n'a été faite par ces hommes à l'origine de la contamination et, partant, à une probable infidélité de la femme, attitude qui aurait pu installer de la tension au sein des relations conjugales.

Ces relations ainsi exposées, dans leur dimension temporelle et leur diversité, sont ici davantage présentées du point de vue des hommes, induisant simultanément l'idée qu'elles sont initiées pour une grande part par ces derniers et que les femmes restent passives. Cette grille de lecture n'est pourtant pas conforme à la réalité. En effet, n'oublions pas que les femmes restent les principales initiatrices de l'annonce du statut à leur partenaire, étape nécessaire à l'ouverture d'un espace de négociation.

⁷ Cet exemple est porteur de réflexion sur le poids du projet de recherche dans la gestion de la séropositivité et corrélativement concernant la place des sciences sociales dans un projet médical

L'impact du dialogue sur la protection des rapports sexuels

L'utilisation du préservatif est un des premiers conseils délivrés aux femmes lors de leur prise en charge dans le projet. La complexité de cette recommandation, déjà mise en évidence (Vidal, 2000), réside dans ce qu'elle renferme comme valeurs et dans ce qu'elle renvoie comme façon d'être et de faire à l'égard de son partenaire. Elle contraint la femme à une nécessaire prise de position à l'égard de son mari. Si elle prend en compte ce conseil, celui-ci va entraîner de multiples questions : comment en parler ? Comment l'imposer ? Et avec quelles conséquences possibles ?

Les propos des femmes et de leur partenaire font état d'un échange conjugal autour de la nécessité d'avoir des rapports sexuels protégés face à la séropositivité de la femme et ce, dès le début de la divulgation du statut. Les femmes en particulier semblent entendre ce conseil et le retenir comme un objet d'échange important avec leur partenaire puisqu'elles l'évoquent lors des deux passages.

En dépit du dialogue, l'impact de cet échange sur les pratiques diffère selon les couples et renvoie à des effets contraires qui, de façon étonnante, ne laissent pas de place à des situations intermédiaires. Il débouche soit sur une utilisation systématique du préservatif, soit sur son rejet tout aussi systématique. L'étude de cas ne permet bien sûr pas de dégager des variables socio-démographiques à même de donner sens à ces différences de comportements autour du préservatif. Néanmoins, elle met en lumière des logiques spécifiques que nous présentons en l'état actuel de notre analyse même si nous savons qu'elles doivent être davantage creusées dans leur complexité.

L'adoption systématique de rapports protégés concerne seulement deux couples. Elle peut être l'aboutissement d'une décision conjugale où chacun des membres se positionne en tant qu'acteur avec sa part de pouvoir dans la prise de décision. Cette conduite repose sur la logique d'un même risque perçu de façon très intense par chacun des membres : la contamination du partenaire. Elle donne à voir dans un cas l'illustration d'une vision dramatique du risque (Paicheler, 1997) où la peur persiste au point de conduire le partenaire à présenter et à vivre sa sexualité avec sa femme comme un sacrifice : *« je suis comme un instrument pour elle (...) je veux même pas avoir de rapports avec elle mais, c'est pour ne pas la déséquilibrer...que bon ! Je suis obligé de faire violence sur moi-même »*. Cet homme se sent ainsi dans l'obligation de poursuivre sa vie sexuelle avec sa conjointe par crainte que celle-ci ne soit déstabilisée et, consécutivement, ne déclare la maladie. Cette attitude individuelle et la manière de l'interpréter et de la vivre n'est pas sans rappeler ce que François Delor met en exergue dans un contexte cette fois européen, à propos des divergences d'intérêt qui naissent de l'adaptation à la sérodiscordance et que l'auteur résume ainsi : *« J'ai intérêt à ne pas le quitter maintenant pour éviter une culpabilité et en même temps, j'ai intérêt à le quitter sans trop tarder car je ne supporte pas cette situation »* (Delor, 1997). Nous verrons plus loin que cette notion de sacrifice peut être mobilisée dans un cas diamétralement opposé où les rapports sexuels ne sont cette fois pas protégés.

Au-delà de la représentation du risque, d'autres éléments liés, cette fois, à l'histoire de vie de ces couples peuvent également aider à comprendre ce souci partagé au sein du couple. Parmi ces éléments, le rapport à la maternité peut être déterminant. Le désir de ne plus avoir d'enfant ou d'enfant ensemble (pour le couple en instance de rupture) est alors mobilisé pour rendre légitime le choix d'une telle sexualité protégée. En outre, le statut matrimonial, manifesté en particulier à travers la polygamie, peut être vécu comme une situation à même de fragiliser la confidentialité. C'est ce que révèle une des femmes rencontrées qui attache une grande importance à l'usage du préservatif dans le sens où elle voit, à travers la probable contamination de sa rivale, le risque de divulgation de son statut. Cette attitude et cette conduite qui révèle une réduction du risque de transmission peut prendre forme dans un contexte de dialogue déficitaire, comme l'illustrent ces deux couples au sein desquels la communication est difficile et où chacun fonctionne de façon plutôt autonome. Un cadre relationnel peu propice au dialogue peut s'accompagner d'attitudes positives en matière de prévention. La logique préventive repose alors sur la réunion d'intérêts individuels qui, de façon conjoncturelle, convergent vers la nécessité d'une prévention.

Le rejet systématique du préservatif (le fait de quatre couples), est le plus souvent à l'initiative des hommes qui, rappelons-le, sont séronégatifs. Leur attitude prend tout son sens à travers la perception du lien conjugal et la gestion qui, selon eux, doit en être faite. Il s'agit pour eux davantage d'œuvrer (à minima) au maintien du lien, en termes de continuité et de préservation de la qualité relationnelle, que de se protéger du risque de contamination dont ils ont pourtant conscience et que certains d'entre eux évoquent spontanément. Une telle logique illustre le souci de vivre comme avant et de fonctionner comme un couple normal comme d'autres études l'ont montré en Europe (Pierret, 1999 ; Meystre-Agustoni, 1999).

L'adhésion de tous les partenaires à cette logique sous-tend toutefois des nuances qui, illustrant la singularité de chaque situation de vie, révèlent la complexité du rapport à la prévention. En filigrane, apparaissent ainsi différents éléments qui, combinés ou indépendamment les uns des autres, puisent leur origine dans des dimensions structurelles et conjoncturelles.

L'histoire conjugale peut être un de ces éléments et jouer un rôle déterminant en particulier lorsqu'elle est articulée autour de relations très fortes que l'homme et la femme ont su préserver des pressions familiales. C'est le cas pour trois hommes dont l'attitude à l'égard du préservatif est guidée par la qualité de ce lien conjugal qu'ils cherchent par dessus tout à sauvegarder, comme une étude de Delor en 1999, en Europe, l'a souligné. Il s'agit ici de prévenir, d'un point de vue psychologique, toute déstabilisation de leur femme en instaurant une autre gestion de la sexualité que celle qui existait auparavant dans leur couple : *« c'est vrai, c'est avec beaucoup de risques que je le fais. Bon pour moi, c'est une façon euh de lui faire comprendre que je ne la refoule pas »*. Chez certains, cet engagement relationnel, qui se construit et évolue en dehors du risque VIH, peut revêtir des formes extrêmes, jusqu'à instrumentaliser le risque VIH comme un moyen pour prouver ses sentiments à sa partenaire. C'est ce que nous dit un des partenaires lorsqu'il mobilise la notion de sacrifice, non pas dans le sens de la contrainte mais comme un choix. Pour cet homme, ce sacrifice est nécessaire en retour d'un autre sacrifice que sa femme a fait pour lui (celui de rester à

ses côtés en dépit d'une situation de chômage qui a généré des problèmes économiques importants et alors que son entourage l'avait abandonné). C'est ici une forme de contre-don qui, au-delà de l'idée de se sacrifier, traduit de la reconnaissance et un amour toujours intact.

Au second plan, d'autres facteurs peuvent aussi être mobilisés comme la situation de sérodiscordance persistante ou l'évocation du coût du préservatif ou encore le manque d'habitude à utiliser le préservatif.

Enfin, le maintien du lien conjugal tel qu'il existait auparavant peut aussi revêtir un autre sens. Cela peut être le cas lorsqu'il s'articule autour de l'identité professionnelle et résulter de la non prise en compte du VIH. La situation d'un pasteur l'illustre bien quand, au nom de la religion, il s'oppose au préservatif. Son discours oscille entre l'idée que sa femme guérie par la prière n'est plus contaminante et l'idée que la foi le rend invulnérable au risque VIH.

L'homme n'est pas toujours le seul à ne pas vouloir protéger ses rapports sexuels. La femme peut aussi être la principale actrice d'une telle conduite comme l'illustre l'un des couples rencontrés. Le préservatif est dans ce cas vécu comme un objet traumatisant par le fait qu'il rappelle le statut sérologique, ce qui a aussi été montré dans un contexte européen (Pierret, 1999).

Lorsque l'on sait que le dialogue autour de l'utilisation du préservatif est toujours maintenu, se pose la question de l'évolution des pratiques le concernant. Cette évolution laisse à voir des comportements qui s'inscrivent dans la stabilité et la durabilité (du moins pour la période observée : de un à deux ans), tant chez ceux qui utilisent le préservatif que chez ceux qui ne l'utilisent pas.

Les couples évoquant un usage systématique du préservatif considèrent que cette prévention fait dorénavant partie de leur sexualité et ne cherchent à aucun moment à le remettre en question⁸.

Pour les couples ne protégeant pas leurs rapports sexuels, la négociation engagée autour de l'utilisation du préservatif (à l'initiative des femmes, rappelons-le) se fait selon des formes d'insistance plus ou moins fortes en fonction des possibilités de prise de décision et donc ainsi de façon très effacée chez une femme qui a peu de pouvoir de décision dans son couple et qui, de surcroît, évoque l'absence d'amour pour son mari. Ces négociations ne trouvant aucun écho dans les pratiques incitent alors les femmes à persister dans leur démarche de persuasion : « *Moi, je lui parle, il dit il ne veut pas (...) Vraiment moi je suis pas d'accord, je veux qu'il utilise* » ; constat que les partenaires évoquent également : « *Elle vient, elle me dit « non, il ne faut pas le faire parce que c'est pas recommandé* ». Malgré tout, aucune femme ne présente cette situation comme conflictuelle et véritablement problématique. En dépit de l'absence d'impact de leur démarche, on note à quel point elles se positionnent en tant qu'actrices.

Dans le cas où c'est la femme qui est à l'origine du refus de protéger les rapports sexuels, l'attitude de l'homme peut être moins revendicative. Un des partenaires

⁸ Ceci s'observe sur un an et demi.

illustre cette situation lorsqu'il souhaite que le changement soit à l'initiative de la femme au nom d'une qualité relationnelle conjugale à préserver.

Toutefois, si l'on n'observe aucune modification des comportements à partir du moment où le préservatif est rejeté, il est intéressant de noter dans trois couples (où les relations sont très fortes) une période d'essai du préservatif au cours d'un ou deux rapports sexuels, suite au dialogue engagé par la femme dès l'annonce de son statut, mais qui s'est soldée par une expérience négative. Malgré tout, les partenaires concernés mentionnent tous, de façon spontanée, le souci de se soumettre dans l'avenir à des rapports protégés. Ils ne sont pas dans un oubli ou une forme de déni du risque mais dans des échanges conjugaux complexes et une conception des statuts et des droits et devoirs au sein du couple, qui ont été peu documentés jusque là en Afrique de l'Ouest et plus particulièrement en Côte d'Ivoire.

De ces analyses de la gestion de la sexualité dans le couple se dégage une image de la femme qui est loin de la confiner dans une situation de « passivité » ; d'autres études l'ont également montré, en contexte africain, tant concernant la gestion du VIH (tel par exemple Laurent Vidal, 2000) que dans un contexte plus général comme celui de la gestion du projet de procréation (Orubuloye *et al.*, 1997 ; Oyediran, Isiugo-Abanihe, 2002).

L'impact du dialogue sur les choix reproductifs

Le discours donné aux femmes sur la procréation est davantage d'ordre informatif que directif. Les informations données leur laissent la latitude de faire leur propre choix en fonction d'une présentation des différents risques encourus et des possibilités thérapeutiques auxquelles elles peuvent prétendre tout en spécifiant que ces dernières ne garantissent pas une prévention totale de la transmission du virus à l'enfant. Par ailleurs, et de façon plus directive, un espacement des naissances d'au moins deux ans leur est conseillé.

Ces recommandations sont traitées différemment selon les contextes de vie conjugale, la place que le dialogue conjugal leur accorde et les projets de vie formulés. Il convient de mentionner qu'elles s'inscrivent toutes dans des projets de vie qui accordaient une place à la procréation, tous les couples ayant un projet parental qu'ils considèrent non atteint.

Face à l'avènement du VIH et aux conseils donnés à la femme, la décision d'avoir ou non d'autres enfants est discutée au sein de tous les couples sauf chez celui qui tend vers une rupture. Chez tous les autres, ce dialogue prend en compte l'ensemble des recommandations qui les incitent à modifier leur projet d'enfant dans sa forme ou son contenu (logique également adoptée chez le premier couple mais selon une projection qui n'est pas commune à ses deux membres).

Dans l'ensemble des conseils donnés, seul l'espacement des naissances est retenu.

Concernant l'idée de procréer, le dialogue conjugal peut déboucher sur l'abandon de toute idée de maternité en particulier lorsqu'elle concerne les couples qui ont le plus d'enfants. Chez tous les autres, qui n'ont pas ou peu d'enfant, cette idée est préservée

dans l'objectif d'atteindre un nombre d'enfants idéal (un à deux enfants en plus). Au terme des discussions conjugales engagées, on observe donc chez un couple le souhait d'interrompre le projet de procréation et chez les autres, la volonté de le poursuivre mais selon des modalités qui sont, dans tous les cas, guidées par les conseils donnés par le personnel du projet.

Cependant ces décisions sont le fruit de négociations conjugales qui révèlent des compromis de la part de l'un des partenaires du couple. En effet, lors des premières discussions menées autour de cette question, les aspirations étaient davantage individuelles que communes au couple : le désir de ne plus procréer peut être à l'initiative du partenaire comme dans deux cas ou celui de la femme (dans un cas). Ainsi, chacun se soumet à la décision de l'autre. Comme cette femme qui dit à ce propos : « *Si c'était moi seule, j'allais arrêter mais comme lui veut encore* ». Lorsque les partenaires se soumettent à la volonté de leur femme, ils peuvent le faire selon la même logique qu'ils mobilisent dans le cadre du refus du préservatif : celle de préserver la qualité du lien conjugal et son ancrage dans l'avenir. Une attitude qui s'inscrit, rappelons-le, dans une situation relationnelle qui se rapproche d'un modèle « fusionnel », illustrant ainsi une forte complicité et des relations particulièrement fortes. A l'inverse, la soumission au choix du partenaire peut aussi s'élaborer dans le sens du respect de la décision de l'homme, comme dans l'un des couples où la femme a peu de pouvoir de décision et où les relations sont plutôt distantes.

L'analyse des liens établis par ces couples entre maternité et VIH, montre que la prise en compte du VIH est inégalement mobilisée dans la formulation des aspirations qui renvoient à des risques très variés : le risque de transmission à l'enfant ou au partenaire n'est que très peu évoqué (quatre personnes sur douze). Plus particulièrement, la transmission du VIH de la mère à l'enfant occupe une faible place pour justifier la volonté d'interrompre la procréation. En revanche, ce risque est perçu et surtout évoqué chez deux femmes qui veulent se donner les moyens d'avoir d'autres enfants et en particulier chez l'une d'elles particulièrement sensibilisée puisqu'elle a un enfant infecté.

Cette faible évocation du risque vis-à-vis de l'enfant, qui est loin de signifier l'absence de volonté de réduire ce risque, donne à formuler une hypothèse selon laquelle cette tendance pourrait être façonnée par la prise de conscience de l'efficacité de la réduction de la transmission mère-enfant. Cependant, au-delà de cette perception du risque reconstruite, semble-t-il, à partir des avancées scientifiques, on voit bien la prégnance des rapports conjugaux. De la sorte, la perception du risque de transmission à l'enfant ne peut être séparée d'une analyse plus globale des modes de dialogue dans le couple. Cette grille de lecture articulée autour des rapports conjugaux se trouve renforcée lorsque l'on s'interroge sur la place accordée, chez l'homme, à sa perception de sa vulnérabilité à l'égard du risque de transmission du VIH. Ce risque n'est évoqué de façon substantielle et récurrente que dans un seul cas : celui justement du couple en instance de rupture.

En définitive, le risque perçu et négocié dans le couple, tant chez ceux qui ne désirent plus d'enfant que chez ceux qui souhaitent toujours en avoir, ne prend pas tant en compte le risque de transmission du virus à l'enfant que la santé de la femme, que

chacun des partenaires, et particulièrement les hommes, craint de voir se détériorer par une nouvelle grossesse.

La composante du lien conjugal apparaît ainsi essentielle chez la plupart des hommes séronégatifs qui ne protègent pas leur rapport sexuel : ils se focalisent davantage non seulement sur l'idée d'une construction d'un avenir conjugal, ce que d'autres études ont pu mettre en évidence du point de vue de la femme (Aka Dago *et al.*, 1999) mais au-delà et principalement sur son lien de subordination avec la santé de leur femme.

La contraception

L'attitude à l'égard du projet de procréation, comme type particulier de projection dans le futur, pose la question des moyens qui sont mis en œuvre pour le concrétiser. Ces moyens donnent un éclairage complémentaire du degré de cohérence qui accompagne le projet de maternité.

Les aspirations et ce qui leur donne consistance illustrent la dimension immatérielle d'un tel projet. De surcroît, l'étude du rapport à la contraception, comme pratique matérialisant le rapport à la maternité, peut contribuer à enrichir notre compréhension du rapport à la procréation, par sa dimension, cette fois-ci, matérielle.

Les recommandations faites autour de la contraception, certes plus directives que celles concernant la procréation, participent, dans tous les cas et à l'initiative de la femme, du dialogue conjugal, à l'instar des autres conseils de prévention. Les pratiques qui s'y rapportent illustrent la cohérence des choix effectués en matière de maternité puisque tous les couples ont adopté de manière effective, suite à ce dialogue, un moyen de contraception après l'accouchement. Cette cohérence se donne à lire ainsi à travers le sens accordé aux pratiques contraceptives qui se fait l'écho des aspirations évoquées en matière de désir d'enfant : un couple l'utilise dans l'idée de ne plus procréer, les autres pour espacer les naissances.

Le processus de prise de décision dans le cadre de la contraception donne à lire, chez tous les couples rencontrés, un consensus conjugal qui n'a pourtant pas été spontané puisque des résistances de la part des femmes l'ont précédé, trahissant le désir d'avoir rapidement un autre enfant. Leurs conjoints s'imposent alors en tant qu'acteur de la prévention, tous guidés par le souci de respecter les recommandations médicales pour le bien-être de leur femme, comme l'illustrent les propos de cet homme, qui n'a pas d'enfant tout comme sa conjointe depuis le décès de leur bébé : « *Faut qu'elle fasse ça (prendre un moyen de contraception), faut pas prendre de grossesse, faut pas l'affaiblir. C'est surtout ça qui Sinon, pour quelqu'un qui n'a pas d'enfant, je ne sais pas pourquoi...euh faire le ...pratiquer la contraception. Mais c'est son état qui l'exige* ».

Par contre, si l'adoption d'une contraception est faite en accord avec le partenaire, le choix du moyen de contraception révèle le pouvoir de décision des femmes tout en lui attribuant une connotation essentiellement féminine. Dans tous les cas, ce choix est le fait de la femme, sollicitant par la suite l'accord de son mari qui approuve son choix. En effet, les partenaires rencontrés considèrent que leurs femmes sont à même de

connaître le mode de contraception qui leur convient surtout s'il est choisi en accord avec les propositions du personnel du projet.

Dans l'ensemble des facteurs favorisant l'adoption d'une pratique contraceptive et modelant de façon plus générale les choix reproductifs, le projet Ditrane Plus joue un rôle important tout comme dans celle du choix d'un moyen de contraception et de la durée de la pratique. Par exemple, quatre femmes déclarent qu'elles n'auraient pas fait ce choix mais plutôt celui d'une méthode naturelle si elles n'avaient pas été dans le projet. D'autres reconnaissent qu'une grossesse serait déjà survenue dans leur couple si elles n'avaient pas été suivies dans un projet. Il faut, à ce propos, noter chez ces femmes et ces hommes rencontrés, une forte adhésion aux recommandations du projet.

Par ailleurs, les pratiques en matière de contraception confirment la place des partenaires dans l'adoption de conduites de prévention : leur souci d'inciter leurs femmes à suivre les conseils du projet, tant en matière de procréation que de contraception, est particulièrement fort et il mérite d'être souligné.

Enfin, on note que l'évolution de la recherche en matière de PTME et l'espoir de pouvoir bénéficier d'un traitement visant à réduire le risque de transmission à l'enfant est un aspect déterminant. Il favorise, très vraisemblablement, le respect des conseils en matière de contraception.

Conclusion

L'impact du dialogue conjugal, ici questionné dans le contexte particulier de sérodiscordance d'une part, et de prise en charge de la mère et de l'enfant dans un programme de recherche thérapeutique d'autre part, est loin d'être uniforme. L'illustration qui nous en est donnée, concernant par exemple l'usage du préservatif, montre une diversité de comportements à travers les effets contraires qui en découlent (d'une utilisation systématique du préservatif à son rejet tout aussi catégorique). Corollairement, cette existence de dialogue, et donc cette possibilité de négociation conjugale, n'œuvre pas, dans tous les cas, pour une prévention maximale.

Certes, on l'a vu, le dialogue peut favoriser des pratiques de prévention telles que par exemple, chez certains, l'usage du préservatif ou pour tous, l'espacement des naissances. Cependant, il n'exclut pas l'adoption de conduites à risque, par exemple parfois à travers une sexualité non protégée. Dans ce cas, on voit comment des conditions parfois optimales de communication peuvent réorienter le dialogue de la protection des rapports sexuels vers l'examen de la nature de la relation conjugale et la recherche de l'épanouissement de la femme. La priorité est clairement le maintien du cadre de vie conjugale. On a vu que certains aspects des relations conjugales, en particulier lorsque les rapports sont très forts et se rapprochent de la situation fusionnelle, déplacent le risque perçu en lui accordant une dimension davantage affective que sanitaire. Le dialogue peut aussi n'amener aucune réflexion particulière sur l'utilisation du préservatif.

Même si l'existence d'un dialogue conjugal autour du VIH et des conseils de prévention qui y sont associés, n'est un gage ni d'adoption de comportements de prévention ni de consensus conjugal concernant leur mise en application, il demeure un élément majeur dans la prévention. Il l'est d'autant plus s'il n'est pas perçu comme une fin en soi. En effet, si les limites du dialogue sont perceptibles à travers les pratiques, elles le sont aussi, en amont, à travers les manières de penser le risque et de le retenir comme objet d'échange. Par exemple, le risque de transmission du VIH est beaucoup plus évoqué comme un risque perçu dans le cadre de la sexualité que dans celui de la procréation. Par ailleurs, on voit aussi que ce dialogue intègre davantage les conseils de prévention donnés lorsqu'ils ont trait à la procréation et à l'adoption d'une contraception. Par contre, concernant l'usage du préservatif, le dialogue conjugal et les pratiques qui en découlent tendent à relever plutôt d'une gestion personnelle qui se pose en contradiction avec le discours médical.

Ce dialogue évolue au sein d'une recomposition des rapports sociaux conjugaux qui, consécutivement à l'annonce, donne davantage à lire rapprochement et soutien. Certes, nous sommes là dans un contexte particulier, celui de femmes suivies dans un projet de recherche et de partenaires impliqués (à des degrés divers) dans le suivi de leur femme. Ceci doit nous amener à réfléchir sur la question cruciale du vécu et du devenir des couples davantage laissés à eux-mêmes.

La variable culturelle s'estompe lorsque l'on s'attache à lire l'évolution des relations conjugales autour de la séropositivité de la femme : certains de ces couples donnent à voir des logiques identiques (telles que le refus du préservatif au nom d'une qualité relationnelle à préserver) à celles observées en contexte européen illustrant alors l'expression « locale » d'une dynamique qui existe au-delà des frontières culturelles.

Cette réflexion amorcée sur la complexité de la prévention, une prévention non pas théorique mais « au quotidien », en « pratique », illustre la nécessité de creuser davantage cet aspect du dialogue conjugal qui, en outre, donne à relire ce qui a déjà été maintes fois mis en exergue : l'information n'induit pas forcément un changement de comportement.

Composition du groupe de recherche du projet Ditrime Plus 3

Ditrime Plus 3 est un groupe de recherche en sciences sociales sur « Connaissance du statut sérologique maternel vis-à-vis de l'infection par le VIH et comportements en matière de sexualité, de procréation et d'alimentation du nourrisson à Abidjan, Côte d'Ivoire »

Investigateurs : A. Desgrés du Loû (IRD), coordinatrice, B. Zanou (ENSEA, Abidjan), V. Leroy (Inserm, France), C. Wellfens-Ekra (Service de gynécologie Obstétrique, CHU Yopougon, Abidjan)

Chef de Projet : H. Brou

Coordinatrice volet qualitatif : A. Tijou Traoré

Assistante de recherche : H. Agbo

Ingénieur base de données : G. Djohan

Cette recherche est financée par l'ANRS et Sidaction

Bibliographie

- Collerette P., 1996 - Etudes de cas (méthodes des). in *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales*, Mucchielli A. (ss dir.), Armand Colin, 77-80.
- Coulibaly D., Msellati P., Vidal L. et al., 2003 - Essai clinique Ditrane (ANRS 049) visant à réduire la transmission mère-enfant du VIH à Abidjan. in *La Presse Médicale*, 32, 8 : 343-350.
- Dabis F., Msellati P., Méda N. et al., 1999 - Six-months efficacy, tolerance, and acceptability of a short regimen of oral Zidovudine to reduce vertical transmission of HIV in breastfed children in Côte d'Ivoire and Burkina Faso : a double-blind placebo-controlled multicentre trial. *Lancet*, 353 : 786-792.
- Delor F., 1997 - *Séropositifs – Trajectoires identitaires et rencontres du risque*. L'Harmattan, 378 p.
- Delor F., 1999 - Vie sexuelle des personnes atteintes, sérodiscordance et risque du Sida. in *Séropositivité, vie sexuelle et risque de transmission du VIH*. Paris, *Collection Sciences Sociales et Sida*, ANRS, 85-95.
- Heyward W.L., Batter V.L., Malulu M., Mbuyi N., et al., 1993 - Impact of HIV counselling and testing among childbearing women in Kinshasa, Zaire. *AIDS*, 7, 1633-1637.
- Meystre-Agustoni G., 1999 - Prises de risques chez les personnes vivant avec le VIH/Sida. in *Séropositivité, vie sexuelle et risque de transmission du VIH*. Paris, *Collection Sciences Sociales et Sida*, ANRS, 101-112.
- Orubuloye I.O., Oguntimehin F., Sadiq T., 1997 - Women's role in reproductive health decision making and vulnerability to STD and HIV/AIDS in Ekiti, Nigeria. in *Health Transition Review*, Suppl. Vol. 7 : 329-336.
- Oyediran K.A., Isiugo-abanihe U.C., 2002 - Husband-wife communication and couple's fertility desires among the Yoruba of Nigeria. in *Etude de la Population Africaine*, 17, 2 : 61-80.
- Paicheler G., 1997 - Modèles pour l'analyse de la gestion des risques liés au VIH : liens entre connaissances et actions. in *Sciences Sociales et Santé*, 15, 4 : 39-69.
- Pierret J., 1999 - Vie sexuelle et affective des personnes asymptomatiques de longue durée. in *Séropositivité, vie sexuelle et risque de transmission du VIH*. Paris, *Collection Sciences Sociales et Sida*, ANRS, 71-83.
- PNLS/FSTI/FGSK, 2002 - *Atelier de restitution du programme et de réflexion de la PTME en Côte d'Ivoire*. INSP.
- Poirier J., Clapier-Valladon S., Raybaut P., 1983 - *Les récits de vie, théorie et pratique*. PUF, le Sociologue, 238 p.
- Raynaut C., Muhongayire F., 1994 - Connaître ou ignorer, dire ou taire : les ambiguïtés de l'annonce du statut sérologique chez les femmes de Kigali (Rwanda). in *Les personnes atteintes : des recherches sur leur vie quotidienne et sociale*. Paris, *Collection Sciences Sociales et Sida*, ANRS, 9-17.

Vidal L., 1994 - L'annonce et le conseil – Eléments pour une revue de la littérature autour d'expériences africaines. *Psychopathologie africaine*, vol. XXVI, 2 : 155-188.

Vidal L., 2000 - *Femmes en temps de Sida. Expériences d'Afrique*. PUF, 195 p.

Wilkins H.A., Alonso P., Baldeh S. *et al.*, 1989 - Knowledge of AIDS, use of condoms and results of counselling subjects with asymptomatic HIV2 infection in the The Gambia. *AIDS Care* 1, 3 : 247-256.

Pratiques contraceptives dans le *post-partum* immédiat en relation avec les modalités d'alimentation infantile chez des mères infectées par le VIH

Expérience du projet Ditrame Plus ANRS 1201/1202 à Abidjan en Côte d'Ivoire

Renaud BECQUET pour le groupe Ditrame Plus ANRS 1201/1202

Introduction

Engagée seulement depuis 1997 dans une politique de développement de la planification familiale, la Côte d'Ivoire est un des pays d'Afrique de l'Ouest qui connaît la plus faible prévalence contraceptive. Il a été ainsi mis en évidence que à peine 10 % des femmes âgées de 15 à 49 ans utilisaient une méthode contraceptive moderne en 1998-1999 dans ce pays (INS, 2001). Par ailleurs, certaines idées fausses subsistent dans la population quant aux éventuelles conséquences néfastes des méthodes modernes de contraception sur la santé (Toure *et al.*, 1997). Dans ce contexte, un déclin de la fécondité a néanmoins été mis en évidence au cours des vingt dernières années (INS, 2001). Ce déclin peut s'expliquer en partie par un recours très fréquent à l'avortement, pratiqué clandestinement dans un pays où l'interruption volontaire de grossesse reste un acte illégal (Desgrées du Loû *et al.*, 1999).

La Côte d'Ivoire est le pays d'Afrique de l'Ouest payant le plus lourd tribut à la pandémie de VIH/Sida. Une étude conduite à Abidjan, la capitale économique de Côte d'Ivoire, a ainsi récemment mis en évidence que la prévalence de l'infection par le VIH était de 11 % chez les femmes enceintes se rendant dans les formations urbaines de santé communautaire de cette ville (Ekouevi *et al.*, 2004a). Ces femmes risquent de transmettre le VIH à leur enfant, en particulier du fait de la pratique de l'allaitement maternel. En effet, à Abidjan où l'allaitement maternel est mis en oeuvre par plus de neuf femmes sur dix et souvent prolongé un an après la naissance, cette pratique est

responsable d'environ 40 % des cas d'infection pédiatriques par le VIH (Becquet *et al.*, 2005a ; Leroy *et al.*, 2003). Des alternatives à l'allaitement maternel prolongé sont envisageables chez ces femmes infectées par le VIH afin de diminuer ce risque de transmission postnatale lié à la pratique de l'allaitement maternel (Rollins *et al.*, 2004). Ces interventions nutritionnelles peuvent consister en la promotion d'une absence totale d'allaitement, alors remplacé par une alimentation artificielle, ou d'une période d'allaitement raccourcie dans le temps avec la mise en place d'un sevrage précoce.

Dans un contexte où la pratique d'un allaitement maternel prolongé contribue à espacer les naissances à l'échelle de la collectivité (Mondot-Bernard, 1981), on peut s'interroger sur les répercussions en termes de santé reproductive que pourraient avoir de telles pratiques d'alimentation infantile. En effet, la réduction de la durée d'allaitement ainsi préconisée, en réduisant la stérilité *post-partum*, peut conduire à un risque accru de nouvelles grossesses, en particulier non désirées, en l'absence de pratiques contraceptives efficaces. Cette potentielle augmentation de l'incidence de nouvelles grossesses chez des mères infectées par le VIH peut entraîner des effets délétères sur leur propre santé (French et Brocklehurst, 1998) ; et par ailleurs le risque de donner naissance à un enfant infecté par le VIH persiste, même lorsque des interventions de prévention de la transmission mère-enfant du VIH adaptées sont mises en œuvre. D'autre part, le risque accru d'avortements provoqués en cas de grossesses non désirées pose de réels problèmes de santé maternelle dans le contexte de la Côte d'Ivoire où cet acte est illégal et pratiqué dans de mauvaises conditions sanitaires (Goyaux *et al.*, 1999).

Afin de pallier ces risques, il convient de proposer aux femmes infectées par le VIH des méthodes contraceptives adaptées à leurs pratiques effectives d'alimentation infantile, et ce dès le *post-partum* immédiat. Car si cette période est, par exemple, propice à la mise en œuvre d'une méthode contraceptive tirant parti de l'infertilité naturelle temporaire que provoque l'allaitement maternel, il convient de proposer d'autres moyens de contraception aux femmes qui n'allaitent pas.

Nous proposons de décrire dans ce chapitre les pratiques contraceptives des mères infectées par le VIH au cours des trois premiers mois *post-partum* en fonction des modalités effectives d'alimentation de leurs nouveaux-nés. Il s'agit de femmes séropositives, suivies dans le cadre d'un projet de recherche visant à prévenir la transmission de la mère à l'enfant du VIH à Abidjan, en Côte d'Ivoire.

Objectifs et organisation du projet Ditrane Plus

Le projet de recherche Ditrane Plus a été mis en place à Abidjan en 2000 et faisait suite à l'essai Ditrane qui avait démontré l'efficacité d'un régime court de zidovudine administré en fin de grossesse sur la réduction de la transmission mère enfant du VIH (Dabis *et al.*, 1999 ; Leroy *et al.*, 2002). L'étude Ditrane Plus est financée par l'Agence Nationale de Recherches sur le Sida (ANRS) avec le soutien du ministère français des Affaires étrangères, la coordination méthodologique de ce projet étant

assurée par l'unité INSERM 593 de Bordeaux. A Abidjan, le recrutement et le suivi des patients du projet Ditrane Plus étaient effectués par une équipe pluridisciplinaire composée de 60 professionnels de santé (cliniciens, travailleurs sociaux, nutritionnistes, biologistes et pharmaciens) (Becquet *et al.*, 2005b). Le projet Ditrane Plus vise à évaluer l'efficacité d'une série d'interventions menées auprès de mères en *péri* et *post-partum* dont le but est de réduire la transmission mère enfant du VIH.

La population d'étude du projet Ditrane Plus a été recrutée dans les quartiers populaires de Yopougon et Abobo qui constituent les deux communes les plus densément peuplées d'Abidjan. Des services de dépistage anténatal anonyme et gratuit de l'infection par le VIH ont été implantés au sein de six formations communautaires de santé urbaine déjà existantes et du centre hospitalo-universitaire de Yopougon (Ekouevi *et al.*, 2004b). De mars 2001 à mars 2003, il fut proposé et conseillé à toute femme enceinte âgée de 18 ans au moins, vivant dans les limites d'Abidjan et se rendant dans une de ces formations de santé, de réaliser un test de dépistage de l'infection par le VIH. Parmi ces femmes, celles qui s'avéraient être séropositives pour le VIH se virent offrir l'opportunité de participer à l'étude Ditrane Plus dès la 32^e semaine de gestation, après avoir accepté le principe de l'étude et signé un consentement éclairé (Ekouevi *et al.*, 2004c).

Les femmes incluses dans l'étude ont reçu en prénatal un régime court d'antirétroviraux constitué de zidovudine et lamivudine ainsi qu'une dose de charge de névirapine afin de réduire la transmission du VIH en *péri-partum* (Dabis *et al.*, 2005).

Des interventions nutritionnelles visant à réduire la transmission mère-enfant du VIH par l'allaitement maternel furent systématiquement proposées à ces femmes dès la période prénatale (Becquet *et al.*, 2005c). Ainsi, lors d'un entretien avec la mère qui fut l'occasion d'en détailler les avantages (réduction du risque de transmission du VIH en postnatal) et les inconvénients (la possible stigmatisation et les répercussions potentiellement néfastes de ces pratiques sur la santé infantile), deux alternatives à l'allaitement maternel prolongé furent hiérarchiquement présentées. La première option mise en avant consistait à promouvoir la pratique d'une alimentation artificielle depuis la naissance. La seconde option reposait sur la pratique d'un allaitement maternel exclusif, c'est-à-dire sans introduction d'autres fluides ou aliments semi-solides ou solides que le lait maternel, avec la mise en place d'un sevrage précoce au cours du quatrième mois *post-partum*. Dans les deux cas, la mère était soutenue dans son choix par le personnel de santé du projet, et il lui était gratuitement fourni le matériel et le lait artificiel nécessaires à la mise en œuvre de l'intervention nutritionnelle choisie.

Les couples mère-enfant étaient suivis dans deux centres de santé spécifiquement dédiés au suivi des patients du projet Ditrane Plus. A chacune des 19 visites planifiées au cours des deux ans de suivi, une prise en charge clinique des mères et des enfants était offerte. Divers conseils en matière d'alimentation infantile étaient également prodigués afin d'aider les mères à positionner correctement leur bébé au sein, de les convaincre des bénéfices d'un allaitement maternel exclusif, de les aider à correctement réaliser le sevrage ou à préparer convenablement des biberons ou encore sur la façon de cuisiner des aliments de complément nutritionnellement adéquats.

La planification familiale proposée dans le cadre du projet Ditrane Plus

Une des originalités du projet Ditrane Plus résidait dans son volet axé sur la planification familiale. En effet, dès les suites de l'accouchement, des moyens de contraception adaptés à leur pratique d'alimentation infantile furent systématiquement proposés et gratuitement fournis aux mères. Ces mesures s'accompagnèrent d'un suivi de leur situation contraceptive tout au long de l'étude au cours d'entretiens portant sur leurs désirs d'enfants ou de contraception et leurs choix et pratiques contraceptives. A la fin de l'étude, les femmes étaient orientées vers les services de planification familiale disponibles à Abidjan.

Chez les mères ayant choisi de pratiquer un allaitement maternel, l'accent fut mis sur une méthode contraceptive comportementale qui tire parti de l'infertilité naturelle temporaire que provoque l'allaitement : la Méthode Allaitement Maternel Aménorrhée ou méthode MAMA (Linkages project, 2002). Pour utiliser la méthode MAMA, les trois conditions suivantes devaient être réunies : les règles n'ont pas repris chez la mère ; le bébé est nourri exclusivement ou quasi exclusivement au sein ; et le bébé est âgé de moins de six mois. Si l'une de ces conditions n'était plus remplie, la femme sortait de la méthode MAMA et un autre moyen de contraception lui était proposé. En seconde intention, les injectables (Depoprovera[®] ou Noristerat[®]) ou la pilule progestative ou oestro-progestative étaient proposés aux mères allaitantes.

Chez les mères pratiquant une alimentation artificielle, les moyens de contraception conseillés furent les injectables ou la pilule oestro-progestative ou progestative.

Dans ce contexte, nous avons donc défini comme méthodes contraceptives modernes les moyens de contraception suivants : la méthode MAMA, les pilules progestative ou oestro-progestative et les injectables. Quelle que soit la pratique d'alimentation infantile, des préservatifs étaient gratuitement disponibles tout au long de l'étude. Compte tenu du risque infectieux chez la femme infectée par le VIH, le dispositif intra-utérin ne fut proposé à aucune des femmes incluses dans cette étude. Par ailleurs, après l'accouchement et tout au long du suivi, une contraception d'urgence fut systématiquement remise aux mères avec une explication des circonstances d'utilisation et du mode d'emploi. En cas de survenue de grossesse ultérieure, le désir de cette grossesse était abordé avec la mère et une interruption médicale de grossesse était proposée par l'équipe du projet en cas de grossesse non désirée.

Caractéristiques de la population d'étude

Entre mars 2001 et mars 2003, 580 femmes infectées par le VIH furent incluses dans le projet Ditrane Plus et donnèrent naissance à 612 enfants. Pour la présente analyse, seules les 557 mères ayant donné naissance à un enfant né vivant qui avait été alimenté par une source lactée au moins une fois furent prises en compte dans la présente

analyse. Parmi ces mères, 262 (47 %) initièrent un allaitement maternel tandis que les 295 autres débutèrent une alimentation artificielle.

Le tableau 1 détaille dans chacun de ces deux groupes les caractéristiques des mères au moment de leur inclusion dans l'étude ainsi que leurs connaissances en matière de contraception et un bref descriptif de leur utilisation passée de contraceptifs.

A l'inclusion, les femmes allaitantes étaient globalement comparables aux mères non allaitantes mais semblaient dans une situation socio-économique moins favorisée puisqu'une proportion significativement plus importante d'entre elles n'avait jamais été scolarisée et vivait dans une cour commune.

Les femmes incluses dans l'étude avaient une relativement bonne connaissance des moyens modernes de contraception, excepté en ce qui concerne les implants et la méthode MAMA. Globalement, 50 % des femmes rapportaient avoir déjà utilisé au moins une fois au cours de leur vie, pendant plus de deux mois, un moyen de contraception, cette proportion étant plus élevée chez les femmes non allaitantes que chez les femmes allaitantes (60 % contre 40 %, $p=0,001$). La grande majorité (87 %) de ces femmes souhaitait utiliser un moyen de contraception après cette grossesse, cette proportion n'étant pas différente entre les deux groupes.

Une acceptabilité élevée des méthodes contraceptives modernes

Le tableau 2 détaille les moyens contraceptifs utilisés par les mères au cours des trois premiers mois *post-partum* en fonction de la modalité d'alimentation infantile débutée à la naissance.

Ainsi, plus de six femmes sur dix ont utilisé une méthode moderne de contraception au cours des trois premiers mois *post-partum*, cette proportion étant statistiquement significativement plus élevée chez les femmes allaitantes que chez les non allaitantes principalement du fait du plébiscite de la méthode MAMA chez ces premières (plus d'une mère sur deux).

Seulement 35 % des 342 mères utilisant une méthode contraceptive moderne en avaient avisé leur partenaire sexuel. De même, 38 % des 240 mères utilisant une méthode contraceptive moderne et vivant sous le même toit que leur partenaire l'avaient informé. On peut cependant observer des disparités très importantes en fonction des méthodes contraceptives employées. En effet, si 59 % des femmes utilisant la pilule et 58 % des femmes utilisant des injectables en avaient informé leur partenaire, seulement 4 % des femmes pratiquant la méthode MAMA l'avaient fait.

Tableau 1 – Caractéristiques et connaissance en matière de contraception des mères à l'inclusion en fonction de la pratique d'alimentation infantile débutée (N=557)

	Femmes allaitantes (N=262)		Femmes non allaitantes (N=295)		p-value ³
Caractéristiques à l'inclusion	N	%	N	%	
Age ¹	26 ± 6		27 ± 5		0,16
Niveau d'étude : aucun	123	47	75	25	<0,001
Vit avec son partenaire	83	70	86	63	0,09
Vit avec sa famille	104	40	114	39	0,80
Vit avec sa belle-famille	71	27	68	23	0,27
Vit dans une cour commune	193	74	74	59	<0,001
Activité rémunérée	139	53	145	49	0,36
Parité ²	1 (0-2)		1 (0-2)		0,09
CD4 à l'inclusion (cellules/mm ³) ²	392 (265-340)		386 (239-583)		0,73
Contraception	N	%	N	%	
- Moyens connus à l'inclusion					
Stérilet	49	19	87	29	<0,01
Pilule	244	93	46	97	0,05
Injectables	185	71	25	76	0,16
Implants	2	1	5	2	0,46
MAMA	5	2	8	3	0,59
Préservatifs	49	57	207	70	<0,01
Abstinence	11	4	20	7	0,18
Autre (cycles, température, indigénats)	54	21	6	22	0,61
- Moyens précédemment utilisés pendant au moins deux mois					
Stérilet	1	0,5	6	2	0,13
Pilule	69	26	120	41	<0,001
Injectables	16	6	23	8	0,43
Implants	0	0	0	0	-
MAMA	0	0	0	0	-
Préservatifs	23	9	39	13	0,10
- Moyens souhaitant être utilisés après cette grossesse					
Stérilet	3	1	1	0,5	0,35
Pilule	102	39	119	40	0,79
Injectables	87	33	97	33	0,93
Implants	0	0	0	0	-
MAMA	2	1	0	0	0,22
Préservatifs	15	6	35	12	0,01

¹moyenne ± écart-type ; ²médiane (intervalle interquartile) , ³test du χ^2 ou test exact de Fisher pour les variables qualitatives, test de Student pour les variables quantitatives

Tableau 2 – Prévalence contraceptive au cours des trois premiers mois *post-partum* en fonction des modalités d'alimentation infantile (N=557)

	Utilisation du moyen de contraception (%)			p-value ³
	Total	Femmes allaitantes (N=262)	Femmes non allaitantes (N=295)	
Méthode moderne ¹	61	68	56	<0,01
Pilule	16	7	24	<0,001
Injectables	19	6	30	<0,001
MAMA	27	55	2*	<0,001
Préservatif	3	1	5	<0,01
Autre ²	2	1	2	0,51

¹Pilule, injectables ou MAMA ; ²abstinence, méthodes des cycles ou indigénats ; ³test du χ^2 ou test exact de Fisher de comparaison des prévalences entre les deux groupes

* Ces femmes ont débuté une alimentation artificielle mais ont changé de pratique au cours du suivi pour finalement allaiter leur enfant au sein

Une prévalence contraceptive liée à l'environnement social des mères

Nous avons cherché à mettre en évidence les profils sociodémographiques des femmes en fonction du type de méthode contraceptive utilisée dans le *post-partum* immédiat et de la modalité d'alimentation infantile pratiquée. Cette description est détaillée dans le tableau 3.

Parmi les mères allaitantes, les utilisatrices de la méthode MAMA tendaient à être plus âgées que les utilisatrices de la pilule ou des injectables ou que celles qui n'utilisaient aucune méthode contraceptive moderne. Quelle que soit la méthode, les utilisatrices d'un moyen de contraception exerçaient significativement plus souvent une activité rémunérée que les non utilisatrices, et leur parité tendait à être plus élevée. Hormis l'âge, le profil sociodémographique était similaire chez les femmes allaitantes utilisatrices de la méthode MAMA, de contraceptifs oraux ou d'injectables.

Chez les mères non allaitantes, les utilisatrices de pilules ou d'injectables étaient significativement moins souvent illettrées que les non utilisatrices ; elles vivaient par ailleurs plus souvent avec un partenaire, moins souvent dans une cour commune, et tendaient à exercer plus souvent une activité rémunérée. La parité était strictement la même chez les utilisatrices et les non utilisatrices d'une méthode moderne de contraception.

Tableau 3 – Caractéristiques maternelles en fonction de la modalité d'alimentation infantile débutée et de la méthode contraceptive moderne utilisée au cours des trois premiers mois *post-partum* (N=557)

	Utilisation d'une méthode contraceptive						
	Femmes allaitantes (N=262)				Femmes non allaitantes (N=295)		
	MAMA	Pilule ou injectables	Non	p-value ³	Pilule ou injectables	Non	p-value ⁴
Age ¹ (en années)	27 ± 5	26 ± 6	26 ± 6	0,13	27 ± 5	27 ± 5	0,43
Age ≥ 25 ans (%)	68	56	53	0,06	68	64	0,53
Niveau d'étude : aucun (%)	46	41	50	0,62	51	68	< 0,01
Vit avec son partenaire (%)	72	65	68	0,65	70	55	< 0,01
Vit avec sa famille (%)	39	50	38	0,42	34	44	0,10
Vit avec sa belle famille (%)	29	29	22	0,49	24	22	0,79
Vit dans une cour commune (%)	75	61	75	0,24	51	68	< 0,01
Activité rémunérée (%)	59	53	42	0,04	55	45	0,09
Nombre d'enfants nés vivants ¹	1,7 ± 1,6	1,8 ± 1,9	1,2 ± 1,5	0,11	1,3 ± 1,5	1,3 ± 1,7	0,89
CD4 (cellules/mm ³) ²	392(273-515)	357(249-466)	427(276-611)	0,39	358(224-581)	395(252-583)	0,20

¹ Moyenne ± écart-type ; ² Médiane (intervalle interquartile) ; ³ Test du χ^2 ou test exact de Fisher pour les variables qualitatives, analyse de variance (ANOVA) pour les variables quantitatives ; ⁴ Test du χ^2 ou test exact de Fisher pour les variables qualitatives, test de Student pour les variables quantitatives

Nous avons également cherché à mettre en évidence les déterminants de l'utilisation d'une méthode contraceptive moderne au cours des trois premiers mois *post-partum* chez les mères incluses dans le projet Ditrane Plus. Les résultats de cette analyse sont présentés dans le tableau 4.

Tableau 4 – Déterminants de l'utilisation d'une méthode contraceptive moderne au cours des trois premiers mois *post-partum*, régression logistique (N=557)

	Rapport de cotes ajusté	Intervalle de confiance à 95 %	p-value
Mère allaitante vs. non allaitante	1,97	1,35 - 2,87	<0,001
Utilisation antérieure de contraceptifs	1,70	1,18 - 2,46	<0,01
Mère déjà scolarisée vs. jamais	1,23	0,83 - 1,83	0,31
Habitat individuel vs. cour commune	1,60	1,08 - 2,37	0,02
Vit avec son partenaire vs. non	1,56	1,07 - 2,27	0,02
Parité (en continu)	1,10	0,97 - 1,24	0,15
Naissance multiple vs. simple	1,56	0,29 - 1,43	0,28

En ajustant sur les variables détaillées ci-dessus, il apparaît ainsi que les mères allaitantes ont deux fois plus de chance d'utiliser une méthode contraceptive moderne que les mères non allaitantes. L'utilisation antérieure à l'inclusion dans l'étude de contraceptifs sur une période d'au moins deux mois est également un facteur déterminant de l'utilisation de contraceptifs. Par ailleurs, l'environnement social des mères était très corrélé à l'utilisation de méthodes contraceptives modernes, les femmes vivant sous le même toit que leur partenaire et dans un habitat individuel plutôt que dans une cour commune étant les plus grandes utilisatrices de contraceptifs. La parité n'était pas associée à l'utilisation d'une méthode contraceptive moderne, aussi bien en univarié qu'en multivarié. Néanmoins, la même analyse multivariée réalisée cette fois uniquement parmi les femmes allaitantes a mis en évidence que, dans ce sous-groupe, tout enfant vivant supplémentaire augmentait de manière statistiquement significative la probabilité d'utiliser une méthode contraceptive moderne de 21 % (intervalle de confiance à 95 % : 2 - 46).

Une prévalence contraceptive en augmentation par rapport aux études précédentes conduites dans la même population

Nous avons ainsi mis en évidence une prévalence contraceptive de 61 % au cours des trois premiers mois *post-partum* au sein de cette cohorte de mères infectées par le VIH à Abidjan en Côte d'Ivoire. Parmi les mères non allaitantes et donc non éligibles pour la méthode MAMA, 56 % ont rapporté avoir utilisé des contraceptifs oraux ou des injectables sur cette période. Cette prévalence est particulièrement élevée dans le contexte d'Abidjan où des prévalences contraceptives beaucoup plus basses avaient précédemment été mises en évidence, tant chez des mères infectées par le VIH que chez des femmes dont le statut VIH était inconnu.

En effet, une étude transversale avait été conduite en 2000, à Abidjan, dans les mêmes formations urbaines de santé communautaire que celles où les femmes du projet Ditrane Plus étaient recrutées, auprès de 246 jeunes mères de statut VIH inconnu venant en consultation pour la pesée ou la vaccination de leur enfant, âgé de six mois en médiane (Viho *et al.*, 2004). Ces mères étaient âgées de 25 ans en médiane et environ un tiers d'entre elles n'avait jamais été scolarisé. Cette étude avait mis en évidence que seules 8 % des mères enquêtées avaient bénéficié d'une consultation de planification familiale au moment de l'enquête.

Par ailleurs, dans le programme de PTME précédent l'essai Ditrane à Abidjan, une étude réalisée auprès de 109 mères allaitantes, infectées par le VIH et recrutées selon les mêmes critères et dans les mêmes formations urbaines de santé communautaire que dans l'étude Ditrane Plus (Desgrées du Loû *et al.*, 2002), a montré que 21 % des mères avaient utilisé l'une de ces deux méthodes contraceptives modernes proposées (pilules et injectables).

Comment peut-on expliquer cette prévalence contraceptive élevée dans le projet Ditrane Plus particulièrement différente du contexte habituel ? Il est indéniable que la qualité du conseil fourni aux mères en matière de planification familiale et le nombre élevé de visites ont contribué à cette réussite. Mais l'excellente acceptabilité de la méthode MAMA chez les mères allaitantes permet également d'expliquer ces résultats, d'autant qu'à peine plus de 3 % des mères incluses connaissaient l'existence de cette méthode à leur entrée dans l'étude. Du fait de cette méthode, les mères allaitantes, bien qu'issues d'un milieu socio-économique plus défavorisé et ayant dans le passé moins souvent utilisé des méthodes contraceptives, utilisaient significativement plus souvent que les mères non allaitantes une méthode contraceptive moderne. Cependant, on peut s'interroger sur la signification de la méthode MAMA auprès des femmes qui la mettent en œuvre. En effet, à l'inverse des femmes utilisant des contraceptifs oraux ou des injectables, les femmes utilisant la méthode MAMA n'en parlaient pas à leur partenaire. Des études qualitatives sont donc nécessaires sur cette thématique afin d'étudier si la méthode MAMA est considérée par ses utilisatrices comme une méthode contraceptive à part entière.

Il sera par ailleurs intéressant d'étudier les pratiques contraceptives à plus long terme, en particulier chez les femmes allaitantes, afin de vérifier si un relais vers d'autres méthodes contraceptives modernes est mis en place lorsqu'il n'est plus envisageable d'utiliser la méthode MAMA, *i. e.* quand la mère a arrêté l'allaitement maternel ou si l'enfant est âgé de plus de six mois.

L'acceptabilité des méthodes contraceptives modernes reste néanmoins dépendante de l'environnement de vie de la mère. La stigmatisation liée à l'utilisation de contraceptifs reste problématique, en particulier dans les cours communes où la promiscuité est importante. Dans ces contextes difficiles, la méthode MAMA pourrait aider à résoudre le problème en permettant aux femmes de réguler leurs naissances plus discrètement qu'avec d'autres méthodes modernes de contraception.

Nous avons présenté ici les pratiques contraceptives au cours des trois premiers mois *post-partum* chez des mères infectées par le VIH à Abidjan en Côte d'Ivoire. Or, à Abidjan, les rapports sexuels sont généralement repris plus de trois mois après l'accouchement (Desgrées du loû et Brou, 2005). Notre description de l'accès à la contraception dans le *post-partum* immédiat reste cependant pertinente puisque la mise en œuvre de pratiques contraceptives doit être antérieure à la reprise des rapports sexuels afin d'éviter tout risque de grossesse non désirée.

Conclusion

Un des enjeux de la planification familiale dans le contexte particulier de l'étude Ditrane Plus résidait dans la proposition de méthodes contraceptives adaptées aux pratiques d'alimentation infantile des mères, et ce dès le *post-partum* immédiat. Nos résultats montrent que cette approche est envisageable dans ce contexte. L'enjeu réside donc dans la proposition d'un large panel de méthodes contraceptives afin de permettre aux femmes d'adopter le moyen le plus en accord avec leur environnement social.

Il est cependant nécessaire de poursuivre cette évaluation en étudiant la continuité des pratiques contraceptives sur le long terme et en mettant en parallèle l'incidence des nouvelles grossesses avec les modalités effectives d'alimentation infantile.

Remerciements

L'étude Ditrime Plus était financée par l'Agence Nationale de Recherches sur le Sida (ANRS) avec le soutien du ministère français des Affaires étrangères et de l'Institut National de la Recherche Médicale (INSERM). Renaud Becquet était financé par le ministère français de l'Education nationale, de la Recherche et des Technologies.

Cette étude a été réalisée en collaboration avec l'ensemble du groupe de travail Ditrime Plus ANRS 1201/1202 listé ci-dessous et avec Marcel Vekemans (International Planned Parenthood Federation, Londres, Angleterre). Le suivi des mères incluses dans le projet Ditrime Plus en matière de contraception était assuré par Angèle Yao et Brigitte Ehouo. Cette étude est dédiée à la mémoire de Pierrette Kassi.

Composition du groupe de travail Ditrime Plus ANRS 1201/1202

Investigateurs principaux : François Dabis, Valériane Leroy, Marguerite Timite-Konan, Christiane Wellfens-Ekra.

Coordination à Abidjan : Laurence Bequet, Didier K. Ekouévi, Besigin Tonwe-Gold, Ida Viho.

Méthodologie, biostatistique et gestion des données : Gérard Allou, Renaud Becquet, Katta Castetbon, Laurence Dequae-Merchadou, Charlotte Sakarovitch, Dominique Touchard.

Equipe Clinique : Clarisse Amani-Bosse, Ignace Ayekoe, Gédéon Bédikou, Nacoumba Coulibaly, Christine Danel, Patricia Fassinou, Apollinaire Horo, Ruffin Likikouët, Hassan Toure.

Laboratoire : André Inwoley, François Rouet, Ramata Touré.

Equipe psycho-sociale : Hélène Agbo, Hortense Aka-Dago, Hermann Brou, Annabel Desgrées du Loù, Alphonse Sihé, Annick Tijou-Traore, Benjamin Zanou.

Comité scientifique : Stéphane Blanche, Jean-François Delfrassy, Philippe Lepage, Laurent Mandelbrot, Christine Rouzioux, Roger Salamon

Bibliographie

- Becquet R., Castetbon K., Viho I. *et al.*, 2005a - Infant feeding practices before implementing alternatives to prolonged breastfeeding to reduce HIV transmission through breastmilk in Abidjan, Côte d'Ivoire. *J. Trop. Pediatr.*, 51, 6 : 351-5.
- Becquet R., Ekouevi D.K., Sakarovitch C. *et al.*, 2005b - Knowledge, attitudes and beliefs of health care workers regarding alternatives to prolonged breast-feeding, ANRS 1201/1202 Ditrane Plus, Abidjan, Côte d'Ivoire. *J. Acquir. Immune Defic. Syndr.*, 40, 1 : 102-105.
- Becquet R., Ekouevi D.K., Viho I. *et al.*, 2005c - Acceptability of exclusive breastfeeding with early cessation to prevent HIV transmission through breastmilk, ANRS 1201/1202 Ditrane Plus, Abidjan, Côte d'Ivoire. *J. Acquir. Immune Defic. Syndr.*, 40, 5 : 600-8.
- Dabis F., Msellati P., Meda N. *et al.*, 1999 - 6-month efficacy, tolerance, and acceptability of a short regimen of oral zidovudine to reduce vertical transmission of HIV in breastfed children in Côte d'Ivoire and Burkina Faso: a double-blind placebo-controlled multicentre trial. DITRAME Study Group. Diminution de la Transmission Mère-Enfant. *Lancet*, 6, 353 (9155) : 786-792.
- Dabis F., Bequet L., Ekouevi D.K. *et al.*, 2005 - Field efficacy of Zidovudine, Lamivudine and single-dose Nevirapine to prevent peripartum transmission of HIV. The ANRS 1201/1202 Ditrane Plus study, Abidjan, Côte d'Ivoire. *AIDS*, 19, 3 : 309-318.
- Desgrées du Loû A., Msellati P., Viho I., Welffens-Ekra C., 1999 - Le recours à l'avortement provoqué à Abidjan. Une cause de la baisse de la fécondité ? *Population*, 54 : 427-446.
- Desgrées du Loû A., Msellati P., Viho I. *et al.*, 2002 - Contraceptive use, protected sexual intercourse and incidence of pregnancies among African HIV-infected women. DITRAME ANRS 049 Project, Abidjan 1995-2000. *Int. J. STD AIDS*, 13, 7 : 462-468.
- Desgrées du Loû A., Brou H., 2005 - Resumption of sexual relations following childbirth: norms, practices and reproductive health Issues in Abidjan, Côte d'Ivoire. *Reproductive Health Matters*, 13, 25 : 155-163.
- Ekouevi D.K., Leroy V., Viho A. *et al.*, 2004 - Acceptability and uptake of a package to prevent mother-to-child transmission using rapid HIV testing in Abidjan, Côte d'Ivoire. *AIDS*, 18, 4 : 697-700.
- Ekouevi D.K., Rouet F., Becquet R. *et al.*, 2004a - Immune status and uptake of antiretroviral interventions to prevent mother-to-child transmission of HIV in Africa. *J. Acquir. Immune Defic. Syndr.*, 36, 2 : 755-757.

- Ekouevi D.K., Becquet R., Bequet L. *et al.*, 2004b - Obtaining informed consent in HIV-1 infected pregnant women participating in a PMTCT study in Abidjan, Côte d'Ivoire. *AIDS*, 18, 10 : 1486-1488.
- French R., Brocklhurst P., 1998 - The effect of pregnancy on survival in women infected with HIV: a systematic review of the literature and meta-analysis. *Br. J. Obstet. Gynaecol.*, 105, 8 : 827-835.
- Goyaux N., Yace-Soumah F., Welffens-Ekra C., Thonneau P., 1999 - Abortion complications in abidjan (Ivory Coast). *Contraception*, 60, 2 : 107-109.
- Institut National de la Statistique (Côte d'Ivoire), ORC Macro, 2001 - *Enquête démographique et de santé, Côte d'Ivoire 1998-1999*. Calverton, Maryland USA, INS et ORC Macro.
- Leroy V., Karon J.M., Alioum A. *et al.*, 2002 - Twenty-four month efficacy of a maternal short-course zidovudine regimen to prevent mother-to-child transmission of HIV-1 in West Africa. *AIDS*, 16, 4 : 631-641.
- Leroy V., Karon J.M., Alioum A. *et al.*, 2003 - Postnatal transmission of HIV-1 after a maternal short-course zidovudine peripartum regimen in West Africa. *AIDS*, 17, 10 : 1493-1501.
- Linkages project, 2002. - *La méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA) : une option temporaire de contraception en post-partum pour les femmes qui allaitent*. USAID et AED.
- Mondot-Bernard J., 1981 - Fertility and breast-feeding in Africa. *Afr. Environ.*, 14-16 : 131-150.
- Rollins N., Meda N., Becquet R. *et al.*, 2004 - Preventing postnatal transmission of HIV-1 through breast-feeding: modifying infant feeding practices. *J. Acquir. Immune Defic. Syndr.*, 35, 2 : 188-195.
- Toure L., Kamagate Z., Guillaume A., Desgrées du Loû A., 1997 - *Santé de la reproduction et planification familiale à Yopougon*. Rapport d'enquête. ENSEA, ORSTOM.
- Viho I., Ekouevi D.K., Bequet L. *et al.*, 2004 - Comportements de santé des femmes consultant en protection maternelle et infantile dans les formations sanitaires d'Abidjan, Côte d'Ivoire. *Gynécologie Obstétrique et Fertilité*, 32, 5 : 409-413.

Pluralité de situations de vie au cœur de l'épidémie de Sida : étude d'itinéraires reproductifs de femmes de Bouaké, Côte d'Ivoire

Chrystelle Grenier-Torres

Au moment où l'épidémie de Sida frappe de plein fouet l'Afrique sub-saharienne, les femmes doivent composer avec ce nouvel élément mais jusqu'à quel point l'intègrent-elles et peuvent-elles l'intégrer dans leur vie affective, sexuelle et reproductive ?

Maintes études ont eu tendance à décrire les femmes africaines comme passives et simplement réceptrices de cultures ancestrales. Or, c'est une diversité de profils de femmes qui oscille entre une attitude plus ou moins pro-actives dans leur rapport à la procréation et à leur sexualité et plus largement à leur existence qui s'offre à voir. Ces femmes ne partagent pas toutes les mêmes conditions de vie, matérielles et immatérielles, et n'ont pas toutes la même capacité à moduler ces conditions pour réaliser ce qu'elles souhaitent, quel que soit le domaine concerné. Les situations de vie¹ (produit de la rencontre entre les conditions de vie d'une personne et sa capacité à moduler ces conditions selon ses projets) sont diverses et c'est au sein de celles-ci que les femmes vivent leur rapport à la procréation, à leur sexualité. La situation de vie sera entendue ici comme « *le cadre d'existence que se forment les acteurs sociaux en infléchissant les contraintes matérielles et sociales auxquelles ils sont exposés. Ils y parviennent grâce à des stratégies qui intègrent leurs représentations culturelles et les configurations de relations sociales au sein desquelles ils s'insèrent mais qui comportent une part d'interprétation et d'innovation liée à la place spécifique qu'ils occupent comme sujets* » (Raynaud, 2001). A l'heure actuelle, l'épidémie du Sida se

¹ Ce travail s'inscrit dans une réflexion conceptuelle sur des notions telles que situation de vie, projet de vie, sujet/subjectivation-acteur, vulnérabilité autour de Claude Raynaud. Ces outils conceptuels ont été également utilisés dans des recherches menées au Niger, à Maradi (C. Raynaud, 1987), au Brésil, à Curitiba (Gerhardt et Engel, 2000), et l'étude menée au cours de ma thèse à Bouaké (Grenier-Torres, 2003).

pose comme un nouvel élément à intégrer dans la gestion que font les femmes de la sexualité et de la procréation.

Comme cela a été largement décrit, le Sida est un accélérateur de changement et, en même temps un révélateur à tous les niveaux. Ainsi pour les femmes, il peut être vu comme un révélateur de dynamique de recomposition, en même temps qu'un facteur qui participe à ce processus tant dans leur position sociale que dans leur relation à leur corps. La question de pouvoir, de choix, de décision de la femme sur sa vie sexuelle et sur l'exercice de sa fonction reproductrice, la question de sa capacité à négocier (non seulement avec ses partenaires sexuels mais aussi avec les multiples attentes sociales) dans ces deux domaines, est au cœur à la fois d'un effort de compréhension de la dynamique épidémique et de ses conséquences, mais aussi des changements profonds qui travaillent les sociétés africaines.

Les femmes sont soumises à de difficiles négociations entre une épidémie qui touche entre autres la procréation et la sexualité et des contraintes de tous ordres liées à leur vie sexuelle et reproductive. On ne peut séparer cette réalité mouvante et la problématique que le Sida pose de manière cinglante.

En effet, le Sida se pose comme un problème majeur dans la santé de la reproduction, présent à chaque étape du processus reproductif (Desgrées du Loû et Vimard, 2000). Le risque d'être contaminé peut débiter au moment du rapport sexuel et peut se faire pour les nourrissons *in utero*, lors de l'accouchement et via l'allaitement. De la transmission sexuelle à la transmission de la mère à l'enfant, l'épidémie du Sida nous invite à penser la maladie à la lumière de multiples facteurs et nous permet de comprendre différentes logiques à l'œuvre au sein des sociétés qu'elles soient d'ordres politique, médicale, sociale, culturelle, etc.

Soulignons que de notre point de vue, quelle que soit la généralité du phénomène (ici la modification de la position sociale des femmes et, par voie de conséquence de leur prise sur leur vie sexuelle et reproductive), il ne peut se traiter de façon approfondie qu'en partant d'une analyse de situations locales et singulières. Aussi, nous avons choisi de faire une étude sur des femmes de la ville de Bouaké, en Côte d'Ivoire, et ce dans une démarche de type qualitative. C'est à travers le recueil d'entretiens semi-directifs et de récits de vie que nous avons formé notre corpus de données.

Contexte et population rencontrée

L'épidémie de VIH/Sida en Côte d'Ivoire

Selon les estimations, le taux de séroprévalence en Côte d'Ivoire serait de 7 % chez la population adulte (15-49 ans). 530 000 adultes (15-49 ans) vivraient avec le VIH, 300 000 femmes seraient infectées (UNAIDS, 2004). Ces taux varient selon les localités. A Bouaké, la séroprévalence se situait entre 5 et 9,9 % alors qu'à Abidjan on l'estimait entre 10 et 19,9 % (OMS et ONUSIDA, 2000).

La ville de Bouaké

Située dans la région du Centre Nord, Bouaké est la deuxième ville de Côte d'Ivoire. On dénombre 461 618 habitants en 1998 (Institut National de la statistique, 1998). Sa population se caractérise par sa jeunesse (selon le recensement de 1998, 46,6 % de la population est âgée de moins de 15 ans), la présence d'une pluralité d'ethnies et un fort taux d'immigration (35 % d'étrangers contre 28 % au niveau national). Les services, le commerce et l'industrie sont les branches d'activités où se répartit le plus grand nombre de la population active. En matière d'offre scolaire, la ville compte de nombreux établissements d'enseignements primaire et secondaire, ainsi qu'une des trois universités de la Côte d'Ivoire. Sur le plan des structures sanitaires, la ville est l'une des mieux pourvues. On recense, entre autres, un CHU, un dispensaire urbain, trois centres de protection materno-infantile, cinq maternités et un centre d'Association Internationale et de Bien Etre des Femme (AIBEF).

Le groupe de femmes rencontrées

Au cours de cette étude, nous avons réalisé 84 entretiens semi-directifs corrélés systématiquement à des questionnaires auprès de femmes rencontrées dans des quartiers différents de la ville de Bouaké. Il s'agissait de femmes séronégatives ou ne connaissant pas leur statut sérologique. Nous avons veillé à ce que cet échantillon soit, si ce n'est complètement représentatif, au moins illustratif de la réalité de la diversité des cas de femmes existant à Bouaké, en tenant compte des variables âge, niveau d'instruction, religion, ethnie, profession, situation matrimoniale, milieu de socialisation primaire. Lors d'un premier terrain exploratoire et au vu de lectures sur la thématique, ces variables sont apparues pertinentes à retenir pour construire notre échantillon.

A partir de ces 84 entretiens, nous avons pu identifier quelles étaient les combinaisons de variables qui semblaient plus ou moins favorables à l'autonomie des femmes à Bouaké, dans leur vie en général et en particulier dans leur vie sexuelle et reproductive, et comment elles intégraient ou non ce risque de contracter le VIH.

Concernant les femmes séropositives, nous avons réalisé onze récits de vie, systématiquement corrélés à un questionnaire et pratiqué une observation participante au sein du centre Solidarité-Action-Sociale² (centre SAS).

² Le centre SAS est dirigé par Mme Penda Touré. Ce centre propose différents services allant de consultations auprès d'un psychologue à la prise en charge de problèmes d'ordres relationnel et matériel avec l'aide d'une assistante sociale. L'équipe s'attache à résoudre les différents problèmes que peuvent rencontrer les personnes affectées et infectées par le VIH. Il soutient également les femmes dans des initiatives de mise en place de micro projets potentiellement générateurs de revenus. Il propose une prise en charge des orphelins du Sida. Le centre sert également de lieu d'accueil à l'Association « Lumière-Action-Bouaké » qui est également un lieu de paroles pour les personnes infectées et où l'on tente aussi de régler des problèmes comme l'accès aux antirétroviraux.

Pour ces dernières, nous n'avons pas recherché la représentativité mais plus l'inscription dans le qualitatif puisqu'il s'agissait de montrer s'il s'opérerait (ou non) une réorganisation de leur vie, notamment reproductive et sexuelle, après l'annonce de leur séropositivité. L'hypothèse étant que la capacité pour les femmes infectées par le VIH à réorganiser leur vie, en particulier dans sa dimension reproductive et sexuelle, varie différemment selon leur situation de vie.

Changement et permanence : de l'enjeu de procréer aux expériences de vie plurielles

Les femmes sont de plus en plus nombreuses à manifester le désir d'avoir prise sur des domaines de leur vie qui échappaient naguère à leur contrôle. En particulier, on voit se dessiner des tendances vers une réappropriation sur un mode plus individuel de leur capacité reproductive. Cependant, certaines demeurent dans une position totalement passive face aux exigences collectives qui pèsent sur elles et qui bien souvent désirent les restreindre au rôle de génitrice sans jamais devenir sujet³ de leur propre expérience. En fait, derrière ce mouvement qui va dans le sens d'une plus grande volonté des femmes, à avoir, fût-ce partiellement et timidement, prise sur la façon dont se construit leur avenir, il existe une diversité de situations singulières. Ce mouvement se fait lentement et pas de manière homogène, en fonction de divers facteurs comme l'éducation, l'appartenance ethnique et religieuse, le lien plus ou moins fort avec le monde rural, le degré d'autonomie financière mais aussi des facteurs propres à l'histoire de chaque individu.

En fait, on assiste à une multiplicité d'attitudes et de pratiques, avec des plus ou moins grandes remises en cause. Force est de constater que c'est la combinaison de multiples facteurs qui oriente les femmes vers l'accession à une autonomie ou vers une absence d'autonomie. Une explication en termes de causalité de type linéaire ne reflète pas le processus qui définit cette naissance ou cette absence d'autonomie dans leur vie et, plus spécifiquement par rapport à leur vie reproductive et sexuelle. On peut penser que certaines variables comme le niveau d'éducation jouent un rôle prédominant mais, encore une fois, il ne peut être à lui seul explicatif de l'attitude et des conduites d'une femme dans sa vie et dans ses choix reproductifs. La survenue d'un élément de toute autre nature peut venir contrebalancer le poids de la variable niveau d'étude dans un sens ou dans un autre. Une jeune femme qui jouit d'un haut niveau d'étude peut voir l'effet de cet élément, identifié comme positif dans l'accession à une réelle autonomie

³ Le sujet est entendu de la manière suivante : « *Le sujet n'est ni l'identité, ni l'être opposé au système de la raison et des intérêts, il se présente à nous comme un travail, comme le travail que les acteurs réalisent sur eux-mêmes pour construire leur expérience à partir d'une définition sociale du sujet* » (Dubet, 1994). Toutes les femmes ne disposent pas de la même capacité à faire des choix. Le sujet ne pense et n'agit évidemment pas dans un univers où sa pensée et son action se déploient librement. Les conditions de vie matérielles et immatérielles peuvent favoriser ou au contraire inhiber l'émergence de cette capacité de l'individu en tant qu'acteur à plusieurs niveaux

dans son rapport à la procréation, contrebalancé par un événement qui vienne la placer dans une situation d'absence ou de moindre autonomie.

L'histoire de Claudine (Baoulé, 27 ans, niveau d'instruction égal à la troisième, téléphoniste) nous montre qu'une trajectoire de vie dans les premières années, dont les éléments qui la composent semblent favorables à l'émergence de cette autonomie dans les faits, peut brusquement changer de direction suite à un événement. Claudine n'a pas connu de problèmes majeurs dans son existence jusqu'à ses quinze ans. Elle désirait alors continuer ses études, avoir un travail pour accéder à son indépendance économique et plus largement pour bénéficier d'une plus grande liberté dans ses choix de vie. Elle avait alors énoncé un projet de vie et les conditions semblaient favorables à sa réalisation. Mais, suite à un accident, son père est décédé et aucun membre de sa famille ne l'a prise en charge. Pour pouvoir survivre et continuer ses études, elle a du accepter le contrat que lui proposait son instituteur. Les termes de l'échange étaient les suivants : il pourvoyait à ses besoins matériels et lui permettait de poursuivre sa scolarité en échange de quoi elle devait accepter de faire un enfant avec lui. Après le premier enfant, son mari a de nouveau voulu lui imposer une grossesse. Face à cette injonction, elle a décidé de partir car il faisait pression en ne lui permettant plus d'être scolarisée. L'histoire de Claudine met en exergue la possible instrumentalisation de la femme comme génitrice mais aussi, à un autre niveau, l'idée que les femmes doivent composer tout au long de leur vie avec un ensemble d'éléments de natures diverses qui contribuent à leur autonomie ou bien les asservissent.

Dans leurs expériences de vie, les femmes parviennent ou non à résoudre les tensions, les contradictions auxquelles elles sont confrontées dans le domaine de leur vie sexuelle et reproductive ; elles tentent de tirer parti, d'articuler, de combiner les éléments positifs que leur offre leur contexte de vie. Ce processus de gestion de contradictions, de combinaisons, d'exploitation de complémentarités s'opère simultanément à plusieurs niveaux : celui des représentations, des rapports sociaux, celui des dimensions plus objectives des cadres de vie.

C'est le résultat de cette combinaison complexe, produit de l'action du sujet sur les conditions matérielles et immatérielles de son existence, que recouvre le concept de situation de vie. La combinaison ainsi réalisée témoigne d'un degré de cohérence très variable – elle fait parfois totalement défaut. L'élément déterminant est souvent, de ce point de vue, l'existence ou l'absence d'un projet de vie⁴ qui constitue le fil conducteur des choix opérés et des réponses apportées à l'événement. Nous verrons cela plus en détail ultérieurement.

Au-delà de ce travail individuel de construction, propre à chaque femme, être mère apparaît toujours comme un objectif valorisé et revêt une importance majeure même si le rapport qu'elles entretiennent à leur capacité reproductive peut être différent.

⁴ A la lumière de deux études menées à Maradi (Niger) et Paranagua (Brésil), Raynaut souligne que « *c'est dans l'existence d'un projet de vie, d'une projection dans l'avenir qui dessine des objectifs à atteindre que l'on doit chercher l'élément potentiellement structurant de situations de vie en constante recomposition. C'est à partir de là que, lorsque les obstacles se dressent, que des occasions s'offrent, que des événements positifs ou négatifs surviennent, des choix peuvent être faits en vue de maintenir la trajectoire que l'on s'est fixée* » (Raynaut, 2001).

Avoir des enfants apparaît pour beaucoup de ces femmes comme la raison d'être de leur existence. Isabelle (25 ans, Baoulé, religion catholique, sans travail) nous dira : *« Oui ça serait grave (de ne pas avoir d'enfant) car, si tu n'as pas d'enfant, c'est comme si tu avais existé pour rien quoi ».*

Pour certaines, c'est l'enfantement qui donne à la femme son essence et cet acte se pose à leurs yeux comme la destinée de celle-ci.

La portée collective de l'acte de procréation demeure une dimension forte ; il apparaît comme l'acte qui permet de perpétuer la famille.

À côté d'une recherche d'accomplissement personnel à travers la maternité et que l'on retrouve souvent chez les jeunes femmes éduquées et urbanisées, le souhait d'enfant peut correspondre, et sans que cela soit contradictoire, à la poursuite d'objectif plus pragmatique comme posséder la garantie que quelqu'un pourra s'occuper de vous, la vieillesse venue.

Maryam (25 ans, Malinké, musulmane, a été à l'école jusqu'en troisième) nous expliquera que : *« c'est très important d'avoir les enfants qui s'occupent de nous après parce que on a trop souffert pour eux. Pour nous récompenser, il faut avoir des enfants près de toi parce que quand on vieillit, y a des travaux qu'on peut pas faire, il faut des enfants pour faire ça ».*

D'autres femmes présentent la présence d'enfants comme un élément qui stabilise le couple et lui permet de perdurer. Lydie (25 ans, Bété, catholique, a été à l'école jusqu'en CM2) pense que : *« dans la vie d'une femme, c'est très important d'avoir des enfants. Bon surtout quand on se marie, qu'on a pas d'enfant, bon c'est vraiment pas ... enfin je me dis que vous ne savez pas pourquoi vous vivez votre vie de couple sans enfant. Vous êtes là comme ça. Bon si quelque chose devait arriver, si comme ça ne devait pas aller dans le foyer, qu'est-ce qui va pouvoir te retenir si tu n'as pas d'enfants ? ».*

Différentes justifications du désir d'enfant existent, désir qui peut apparaître soit dans une perspective individuelle, soit intégré dans la relation de couple, modèle d'union en émergence chez certains groupes de femmes.

Toutefois un certain nombre de femmes demeurent sensibles aux enjeux collectifs de la procréation ; elles reconnaissent que dans leur société faire des enfants est une obligation sociale à laquelle une femme doit se soumettre à partir du moment où elle est mariée. La conscience de cette pression sociale peut aller jusqu'à la crainte de la stigmatisation dont font l'objet les femmes sans enfant. Le discours de Cécile (Baoulé, catholique, scolarisation jusqu'en CM2) illustre bien cela : *« Un enfant ! Ici on en voit, un foyer sans enfant. C'est un calvaire pour la femme et puis le groupe, la famille tout ça, tout le monde se plaint : "la femme est une sorcière". Elle se fait traiter de mégère, de méchante, de stérile ».*

En fait, chez ces femmes, la représentation de la fécondité se dessine au carrefour de multiples influences : un désir d'accomplissement personnel, l'espoir de pouvoir se survivre à soi-même, le souhait de consolider son couple, une stratégie en prévision de la vieillesse, la reproduction – consciente ou non – d'exigences sociales qui peuvent se manifester, parfois de manière brutale.

Ces vécus et ces représentations s'inscrivent au sein d'un mouvement d'émergence d'une nouvelle vision des rapports hommes/femmes. Mais toutes les femmes ne se retrouvent pas dans cette dynamique. Celles qui ont fait des études sont plus à même de remettre en cause les institutions au sein desquelles se dessinent socialement les relations hommes-femmes, en l'occurrence le mariage traditionnel. Cependant, le mariage reste une valeur sûre aux yeux de la majorité, même s'il tend, chez les jeunes générations, à être pensé, désiré sous de nouvelles formes où la notion de couple devient centrale. Leurs attentes à son égard sont diverses mais la demande de respect semble être prépondérante pour la majorité d'entre elles. La dimension affective n'est évidemment pas absente de cette construction de l'image du couple. Les notions d'amour et de confiance viennent alors au premier plan. C'est aussi une vision romantique, centrée sur la relation de couple, protégée des intrusions familiales qui peut voir le jour. Lorsque nous demandons à Isabelle ce qu'elle attend de sa relation, elle nous dira : *« en fait, je n'attends pas grand chose de lui, qu'il soit mon autre moitié, qu'on ait des enfants merveilleux ensemble, qu'on vive ensemble qu'on partage les problèmes et les bonheurs »*.

Dans un cadre marqué par une transformation des relations de genre et des unions, même si la procréation reste un idéal fort, les jeunes femmes aspirent à une fécondité moins importante que celles qu'ont pu connaître les générations précédentes.

Cependant, le rapport des femmes à la procréation n'obéit pas qu'à des déterminants de type collectif : il se construit aussi à partir de facteurs propres à la vie de l'individu. Ainsi on constate qu'au-delà des tendances, de grandes différences existent entre les femmes quant à leur capacité à négocier leur vie sexuelle et reproductive dans un contexte marqué non seulement par les transformations sociales et matérielles mais aussi par la présence du Sida.

Les femmes disposent d'une plus ou moins grande autonomie quant à la capacité à définir leur propre idéal reproductif et à contrôler leur capacité reproductive en fonction de cet objectif.

A titre d'exemple, nous avons choisi de présenter dans cet article deux situations-types extrêmes quant à la capacité des femmes à négocier leur vie sexuelle et reproductive parmi les quatre identifiées : les femmes dépossédées de leur capacité décisionnelle et celles qui témoignent d'une autonomie forte au sein de leurs situations de vie.

De la dépendance à l'autonomie

Des femmes dépossédées de leur capacité décisionnelle

Parmi les femmes que nous avons enquêtées, 18 vivent dans un état de contrainte tel qu'elles n'ont pas les moyens de peser sur le cours de leur existence. Cette soumission est particulièrement forte dans le domaine de la vie reproductive.

Certaines d'entre elles n'ont, ni ne cherchent, à avoir prise sur leur expérience reproductive. D'autres réagissent ponctuellement sur un point bien précis pour tenter de faire cesser la violence dont elles font l'objet mais sans que cela s'inscrive dans un projet de vie dans lequel elles se sont fixées des objectifs à atteindre. En l'absence d'aspirations – et à plus forte raison de projet – formulées sur un mode personnel, elles n'apparaissent pas comme des sujets actifs d'une existence dont elles ne font que suivre le cours ou au sein de laquelle elles réagissent sporadiquement en s'opposant à certaines règles mais sans s'inscrire dans un projet de vie qui pourrait être fédérateur de l'ensemble des éléments qu'elles mettent en place. Si certaines ne sont pas conscientes de cette absence totale d'autonomie et ont totalement intégré les modèles et valeurs d'origine collective qui prétendent la justifier, d'autres, en revanche, en sont davantage conscientes, sans pour autant avoir la possibilité d'agir à long terme pour modifier une situation de vie dont elles souffrent. Il y a là une distinction importante à souligner car toutes les femmes de ce groupe ne vivent pas de la même manière cet état d'asservissement.

La majorité des femmes de ce groupe sont de religion musulmane (12/18) et sont de l'ethnie Malinké, Dioula et Sénoufo. Elles ont pour la majorité fait un mariage traditionnel. Elles sont souvent dans des situations d'absence d'autonomie matérielle et financière par rapport à leur mari. Elles ont majoritairement un niveau d'instruction égal ou inférieur au primaire (16/18). Ces femmes concernent des générations diverses, aussi bien celle de 20-24 ans que celle de 40-49 ans.

En matière d'idéal de fécondité, la majorité évoque un désir d'avoir trois ou quatre enfants. Certaines s'en remettent à la volonté de Dieu. Du point de vue de la fécondité, elles sont toutes soit en dessous de leur idéal de fécondité ou elles l'ont atteint sans le dépasser. Elles sont toutes mariées et elles ont toutes des enfants sauf une d'entre elle qui a vingt-cinq ans, qui n'est pas mariée et qui n'a pas d'enfant. Concernant la contraception, 10/18 n'ont jamais utilisé de méthode contraceptive moderne et 6/18 n'ont jamais utilisé de méthode « moderne » ou « naturelle ». Elles ne disposent pas d'une liberté à utiliser une contraception.

Le faible niveau d'instruction de ces femmes (inférieur au primaire ou inexistant) est un facteur défavorable à l'émergence d'une autonomie en matière de vie reproductive. Et cela d'autant plus qu'il se combine, pour la plupart d'entre elles, à une dépendance financière et matérielle forte, voire totale, vis-à-vis du mari ou du conjoint.

Celles qui ont ou qui ont eu un vécu traumatisant tentent d'imaginer leur vie future en construisant sur le mode du refus ce qu'elles voudraient voir changer. Mais

l'adéquation est difficile à faire entre leurs conditions de vie et leurs aspirations parce que ces conditions sont très contraignantes et qu'elles ne bénéficient pas de la capacité à les infléchir. De plus, leurs réactions face à la souffrance générée par ces contraintes, qui peuvent prendre la forme de revendications à un moment donné et sur un point bien précis, ne s'inscrivent pas dans la durée et ne remettent pas en cause l'organisation de leur vie, en particulier dans sa dimension reproductive et sexuelle.

Finalement, pour ces femmes, contrairement à celles du groupe suivant, ce n'est pas l'existence d'un projet de vie, potentiellement structurant de leurs vécus, qui les guide mais plutôt l'émergence d'une révolte par rapport à ce qu'elles vivent. C'est en révolte qu'elles décident de prendre des décisions ponctuelles et non pas en phase avec un processus de réalisation de projet qui s'inscrit dans la durée.

De manière générale, leurs itinéraires reproductifs se construisent donc plus du fait de l'intégration de modèles sociaux qu'elles restituent dans leurs pratiques. Elles ont intégré l'importance de faire un enfant pour une femme et la stérilité reste une de leurs peurs énoncées. Ces femmes présentent des idéaux de fécondité plus élevés que dans les autres groupes et il y a absence de verbalisation du projet d'enfant au sein du couple. Il n'y a pas de gestion de la capacité reproductive par un contrôle des naissances. Leurs conditions de vie les exposent à des situations de vulnérabilité au risque de grossesse indésirée. L'intégration du rapport homme-femme où cette dernière n'est pas pensée comme égale à l'homme en matière d'utilisation de sa propre capacité reproductive, dessert la capacité de ces femmes à accéder à une autonomie dans le déroulement de leur vie reproductive.

Elles sont dans des situations complexes où elles sont parfois critiques à l'égard de certaines pratiques parce qu'elles les vivent sur le mode de la souffrance et en même temps, les reproduisent au nom de leur appartenance religieuse et ethnique et surtout au nom de la pression sociale. De ce fait, elles ne sont pas, parce qu'elles n'en ont pas eu la possibilité, dans une logique cohérente qui donnerait plus de force à l'émergence de remises en cause par rapport à l'ordre établi touchant entre autres aux rapports sociaux de sexe et à l'adoption de pratiques nouvelles.

Des femmes qui témoignent d'une autonomie forte au sein de leur vie

A la différence du premier groupe décrit, un autre groupe de femmes se caractérise par l'émergence d'une autonomie en matière de déroulement de leur itinéraire reproductif. La première chose commune que partagent les femmes de ce groupe est qu'elles ont formulé un projet de vie très tôt dans leur vie et qu'elles ont jusqu'à présent su et pu atteindre leurs objectifs.

Cette autonomie est rendue possible par un ensemble de variables favorables : niveau d'instruction supérieur ou égal à la dernière année du collège, appartenance à une classe d'âge inférieur à trente ans, indépendance matérielle ou financière par rapport à un éventuel partenaire, appartenance à une ethnie moins coercitive en matière de contrôle de leur fécondité et de leur sexualité, soutien de leur mère. Elles ont

également bénéficié jusqu'à ce jour de l'absence d'événements plus singuliers défavorables à cette émergence, comme le décès du père dans l'histoire de Claudine, qui auraient pu venir rompre ce cheminement vers l'autonomie.

Parmi les 22 femmes qui constituent ce groupe, cinq sont déjà mères et parmi celles-ci, celle qui a eu la grossesse la plus précoce était âgée de 18 ans et les autres de 24 et 25 ans. Une majorité (16/22) a eu recours à des méthodes contraceptives modernes comme la pilule ou le préservatif. La majorité d'entre elles n'est pas mariée ; elles ont un copain régulier ou sont célibataires (16/22).

Elles inscrivent la gestion de leur capacité reproductive dans un projet de vie plus global dont vie sexuelle et reproductive sont parties prenantes.

Toutes revendiquent une indépendance financière au sein de leur rapport amoureux. Celles qui travaillent en font déjà l'expérience ; celles qui sont étudiantes, en font une de leurs revendications.

La plupart se posent en rupture avec le modèle de rapport de genre défini au sein de leur groupe d'appartenance, ethnique et religieux, et cela quelle que soit leur religion ou leur ethnie. Même si le mariage reste un objectif important pour la majorité d'entre elles, on note une évolution au niveau des attitudes concernant le rôle que la femme doit tenir dans leur société. Pouvoir s'assumer sans le soutien d'un homme se pose comme un gage de respectabilité. L'image de la femme uniquement définie par son rôle de mère, d'où elle tirerait tout son prestige, tend à être remise en cause. Quelle que soit la place qu'occupe le mariage dans leur projet de vie, on assiste chez elles à un réinvestissement de cette institution. En effet, pour beaucoup, celle-ci apparaît avant tout comme un moyen de protéger les intérêts de la mère et de l'enfant : par la reconnaissance de ce dernier et par la préservation des droits matériels de la mère en cas de rupture, divorce ou veuvage. C'est pourquoi elles se montrent réticentes à faire un enfant avant d'être mariées.

C'est dans ce cadre élargi que s'inscrit leur rapport à leur capacité reproductive. Sur ce plan, on assiste, de leur part, à une réappropriation sur un mode plus personnel du projet d'enfant, et par là même, à une gestion de leur capacité reproductive opérée soit à un niveau individuel, soit au niveau du couple. Dans ce dernier cas, la verbalisation au sein de ce qu'elles nomment leur couple est souvent présente. L'utilisation du vocable *couple* témoigne d'une évolution de l'attitude de ces femmes par rapport à la conception qu'elles ont de leur union au regard de la famille.

En parallèle, elles demeurent conscientes du modèle présent au sein de leur société qui exige de la femme qu'elle enfante, sous peine d'être victime de discrimination. Ainsi, toutes ont désiré ou désirent enfanter. Elles sont cependant en rupture avec le modèle de fécondité de leurs mères car elles ne veulent pas autant d'enfants qu'elles.

Le niveau élevé d'éducation de ces femmes apparaît comme une variable importante dans la façon dont elles conduisent ou envisagent de conduire leur existence. C'est notamment vrai dans le domaine de leur vie amoureuse et reproductive. Ce niveau d'éducation semble, en effet, atténuer la prégnance de l'appartenance ethnique et religieuse dans la reproduction des modèles culturels. Il leur donne les moyens de prendre un certain recul par rapport aux normes collectives émises par leur milieu d'origine.

Un autre facteur important dans l'émergence d'un désir d'autonomie et dans la mise en place des éléments pour y parvenir réside, pour beaucoup de ces jeunes femmes, dans le soutien qu'elles trouvent auprès de leur mère. Dans beaucoup de cas, il s'agit d'un facteur central : soit qu'elles tirent les leçons des épreuves vécues par leur mère, soit que, plus directement, elles réalisent des aspirations que cette dernière n'a pu concrétiser. Les mères peuvent même être celles qui vont initier ce mouvement d'autonomie pour leur fille en leur prodiguant des conseils.

Comme nous l'avons précédemment écrit, ces femmes ont en majorité moins de trente ans. Leur appartenance à une jeune génération semble favoriser cette remise en cause des modèles collectifs dans de nombreux domaines – dont plus particulièrement ceux concernant la vie reproductive de la femme.

Mais, quel que soit le poids de ces différentes variables citées, c'est bien au niveau d'une combinaison de facteurs (d'ordres collectif ou individuel) qu'il faut rechercher l'origine d'une dynamique de cheminement vers l'autonomie.

Les femmes face à la gestion du risque de contracter le VIH/Sida

Les gestions du risque de contracter le VIH/Sida au sein de situations de contrainte forte

Aucune des femmes en situation de contrainte forte n'a parlé spontanément du risque VIH relié à la procréation. Aucune d'entre elles n'a fait le test de dépistage à l'exception d'une seule pour laquelle le personnel soignant l'a réalisé à son insu. Le mode de construction du rapport à l'autre sexe qu'elles ont intériorisé ne les place pas en situation de pouvoir négocier au sein de leurs relations l'utilisation d'une quelconque prévention. Aucune des femmes de ce groupe n'a un jour utilisé le préservatif qui reste à ce jour le seul moyen efficace de ne pas contracter le virus.

Férima (45 ans, Malinké, musulmane, socialisation urbaine, niveau d'instruction CM2, mariée dans un foyer monogame et n'exerçant pas d'activité rémunérée) par exemple, sait que le virus peut se transmettre par voie sexuelle et que le moyen de s'en protéger est l'utilisation du préservatif. Elle ne nous citera pas d'autres voies de contamination. Elle n'a jamais fait de test de dépistage, son mari non plus, lui qui pourtant les place tous les deux dans une situation à risque en ayant des rapports avec d'autres femmes. Bien que connaissant l'existence de la maladie, elle n'a jamais eu recours au préservatif. Il semblerait même qu'elle ne se sente pas concernée par le risque VIH parce qu'elle a le sentiment d'être protégée par son statut de femme mariée.

Lida (49 ans, Dioula, musulmane, analphabète, commerçante, première épouse d'un foyer polygame) pour sa part, a entendu parler de la maladie mais elle ne sait pas comment le virus se transmet et, de ce fait, ne sait pas comment il faut se protéger. De

la même manière face au risque VIH/Sida, Lida pourrait être pensée comme étant dans une situation à haut risque et cela d'autant plus qu'elle a intégré un modèle de rapport à l'autre sexe où l'autorité masculine n'est pas remise en cause. Mais sa vie actuelle la place dans une situation de moindre risque car elle n'a plus de rapport sexuel et ne souhaite plus d'enfant.

Mani (30 ans, Dioula, musulmane, socialisation urbaine, quatrième du cycle secondaire, ménagère) a été dépistée à son insu lors de sa deuxième grossesse. Elle était séronégative. Bien que connaissant les risques de transmission du virus lors de rapports sexuels, elle n'a pas eu les moyens d'intégrer dans sa pratique une prévention, alors qu'elle a eu un nouveau partenaire après ce dépistage et qu'elle sait que le préservatif peut la protéger. La difficulté à imposer un type de prévention à l'homme est toujours avancée.

D'autres femmes ne connaissent ni les moyens de transmission du virus ni de protection pour ne pas le contracter. C'est le cas d'Aimée (17 ans, Bété, animiste, socialisation dans une petite ville, analphabète). Aimée a eu un enfant à l'âge de 15 ans suite à une relation amoureuse brève et sans suite. Ils n'avaient utilisé aucun moyen contraceptif. Celle-ci est dans une situation de précarité économique très forte même si sa mère, âgée de 62 ans, lui fait bénéficier de ses petites économies. Elle ne veut plus faire d'enfant tant qu'elle n'a pas rencontré quelqu'un de « sérieux », nous dira-t-elle, pour se marier. Aimée est, nous semble-t-il, dans une situation de forte vulnérabilité au risque de grossesse indésirée et au risque de VIH/Sida du fait de nombreux éléments qui composent sa vie mais aussi de l'absence de connaissance aussi bien dans le domaine de la contraception que dans celui concernant l'infection à VIH.

On retrouve chez Awa (18 ans, Malinké, musulmane, socialisation rurale, analphabète) cette absence de connaissance concernant les moyens de protection contre le VIH/Sida. Awa a été mariée au fils du frère de son père à l'âge de quatorze ans et elle vit au sein d'un foyer monogame pour le moment. Elle a eu un enfant autour de quinze-seize ans. En matière de VIH/Sida, elle présentera les rapports sexuels, la frivolité, la transfusion sanguine comme des moyens de transmission du virus. La fidélité est le seul moyen qu'elle nous présentera pour se protéger de cette infection.

Awa vit dans des conditions différentes de celle d'Aimée d'un point de vue statut matrimonial mais elles ont en commun d'être analphabètes, de disposer d'une autonomie matérielle et économique très faible ou nulle et d'être isolées socialement. La combinaison de ces éléments semble desservir la connaissance dans le domaine du VIH/Sida. Toutes partagent cette absence ou ce peu de connaissance dans le domaine de l'infection à VIH.

Pour les femmes qui sont conscientes d'être privées de capacité décisionnelle et qui en souffrent, on retrouve les mêmes profils de gestion du risque. C'est le cas de Malimouna (Malinké, musulmane, 46 ans, vivant à Bouaké depuis très longtemps). Elle est veuve et vit avec ses dix enfants. Elle est analphabète et n'exerce pas de profession. Elle dépendait financièrement de son mari décédé et aucun de ses enfants ne travaille. Elle est sans ressources. Bien qu'elle ne voudrait pas se remarier, elle

envisage un nouveau mariage comme solution de sortie de sa précarité économique extrême.

Face au risque de VIH/Sida, Malimouna est vulnérable, non seulement du fait des conditions matérielles précaires dans lesquelles elle se trouve, mais aussi à cause du rapport de soumission qu'elle entretient avec les hommes. De plus, son ignorance presque totale sur le sujet l'expose encore davantage. Elle n'a jamais entendu parler du Sida, nous dira-t-elle et, donc, elle en connaît encore moins les voies de transmission et les moyens de s'en protéger. Dans son cas, l'idée même d'une possible gestion du risque lors des rapports sexuels est totalement dépourvue de sens. *A fortiori*, l'hypothèse qu'il puisse y avoir une transmission de la mère à l'enfant est inexistante chez elle.

Les gestions du risque de contracter le VIH/Sida au sein de situations d'autonomie forte

Nous aurions tendance à penser que les femmes dont les situations de vie témoignent d'une volonté et d'une capacité d'autonomie, qui ont su élaborer des stratégies de vie qui les affranchissent de contraintes matérielles et sociales trop fortes et qui ont su gagner une certaine marge de manœuvre par rapport à des modèles de conduites d'origine ethnique ou religieuse, sont plus à même que d'autres de gérer le risque du VIH/Sida et d'en minimiser l'impact. Mais, force est de constater que la menace du Sida n'est pas intégrée dans la conduite de leur vie sexuelle ni dans la façon dont elles conçoivent leur rapport à la procréation. Cette menace n'est pas parmi leurs priorités exprimées et ne se traduit pas par l'utilisation de moyens pour s'en protéger.

La principale crainte des femmes de ce groupe demeure de ne pas pouvoir enfanter, d'être stériles et d'être ainsi l'objet d'une forte stigmatisation au sein de la société. Même lorsqu'elles refusent d'adhérer aux accusations dont font l'objet les femmes sans enfant – notamment celles d'avoir avorté ou de pratiquer la sorcellerie – elles doivent les prendre en compte et cela participe pour beaucoup dans la peur qu'elles éprouvent. Il existe une attente sociale très forte, sanctionnée par la négation de l'identité féminine dans le cas où elle n'est pas satisfaite.

Du fait de leur autonomie financière vis-à-vis de leur partenaire, ces femmes ne sont pas contraintes de se plier, pour assurer leur sécurité matérielle, aux exigences que celui-ci voudrait leur imposer dans le domaine de leurs relations sexuelles. De plus, la perception d'elles-mêmes sur du long terme à travers l'existence d'un projet de vie pourrait renforcer cette idée de la mise en place d'une prévention pour préserver toutes les chances de vivre pour réaliser ce projet. Le lien est cependant rarement fait dans la pratique.

Toutes connaissent et ont cité la transmission du virus via les relations sexuelles ainsi que le préservatif comme moyen de prévention (l'abstinence et la fidélité venant en second rang). Malgré ces connaissances, peu utilisent (2/22) le préservatif lors des relations sexuelles comme le font Claudie et Mathilde. Cette dernière le fait, nous dit-elle clairement, pour éviter « les grossesses et les MST ».

Quelle que soit la durée de leur relation actuelle, elles n'ont pas recours au préservatif et la majorité ne l'a jamais utilisé dans leurs relations précédentes – ceci, en dépit du fait qu'elles ignorent aussi bien leur propre statut sérologique que de celui de leur partenaire. Le test de dépistage VIH fait peur.

En même temps, la verbalisation du problème du VIH/Sida est présente au sein de certains couples et l'infection peut être sujet à échanger des conseils sur la prévention entre partenaires mais celle-ci, en pratique, n'est jamais introduite au sein du couple.

Mathilde (23 ans, Ebrié, catholique, 4^e année de faculté, ses parents paient ses études) qui entretient une relation amoureuse depuis quatre ans discute de l'infection avec son ami. Aucun des deux n'a fait son test de dépistage. Elle nous explique : *« Oui, on aborde souvent le problème. Depuis ces derniers temps, les gens passaient des spots pour essayer d'informer la population sur les dangers, donc on en parlait beaucoup. Par contre quand on en parle, c'est par rapport au conseil parce que les gens en Afrique, ici, sont assez volages. Donc on se donne mutuellement des conseils. Je lui disais : "bon ce qui est sûr, c'est que je ne peux pas te surveiller, je ne suis pas constamment près de toi. Tout ce que je te demande, si tu veux faire tes petites escapades, protège toi". C'est ce que je lui disais. Sur ce point, on s'entendait. Soit, on en parlait parce qu'on connaissait une personne touchée par cette maladie ».*

En fait il y a une sorte de hiatus entre l'importance accordée à la procréation et la gestion du risque VIH au sein de leur rapport amoureux. Les conditions de vie au sein desquelles les femmes construisent leur itinéraire reproductif leur permettent de ne pas être dans des situations de vulnérabilité face au risque de « grossesse indésirée » et au risque de VIH/Sida. Cependant, elles ne mettent pas en place les moyens de se protéger concrètement en utilisant le préservatif et en se faisant dépister. Il semblerait qu'à leurs yeux la régularité et la durée d'une relation amoureuse soient deux facteurs qui excluent le risque de contamination. En même temps, l'importance de procréer est une priorité dans leur vie et elles sont dans des situations de vie qui leur permettent de vivre ce projet au plus près de leurs aspirations et sans être exposées à une forte vulnérabilité au risque d'infection à VIH.

En dépit des conditions plus favorables à la négociation qui sont les leurs, il semblerait qu'elles ne font pas le lien dans la pratique entre le risque de contamination encouru lors de rapports sexuels non protégés et le risque de la transmission du virus de la mère-enfant si elles étaient contaminées. Il n'y a pas, chez elles, intégration de la gestion du risque dans la façon dont elles vivent leur sexualité.

En fait, il semble que l'intériorisation d'un modèle de rapport homme-femme soit prépondérante dans la manière de gérer le risque VIH. Même ces jeunes femmes, qui bénéficient d'un ensemble d'éléments favorables à une autonomie dans de multiples domaines, ne se perçoivent pas comme égales à l'homme pour choisir les modalités de déroulement du rapport sexuel, pour imposer un type de prévention. On s'aperçoit alors que l'utilisation du préservatif continue à renvoyer à un ensemble de signifiants sociaux au-delà du simple objet de prévention.

En grande majorité, ces femmes pensent que, si elles étaient séropositives, elles ne feraient pas d'enfant. En particulier, elles croient que l'enfant naîtra obligatoirement infecté du fait de l'infection de la mère. Elles n'expliquent pas comment cette infection

se transmet entre mère et enfant, et très peu connaissent les chances de l'enfant de naître séronégatif.

Cependant, malgré ces attitudes majoritairement en faveur de l'abstinence de procréation en cas d'infection VIH, on peut se demander jusqu'à quel point cela peut s'incarner dans les faits. En effet, peu de femmes ont cité spontanément la transmission mère-enfant (TME) comme moyen de contracter le virus et seulement deux connaissent leur statut sérologique. Aucune d'entre elles n'a évoqué le fait de réaliser le test de dépistage à VIH avant d'être enceinte. On a également l'impression en écoutant le discours de ces femmes qu'il y a une méconnaissance en matière de la transmission mère-enfant. Toutes sont majoritairement convaincues que l'enfant naîtra séropositif. Elles n'évoquent pas la chance que l'enfant soit séronégatif.

Situations de vie et infection à VIH : le cas des femmes infectées par le VIH

Pour aller un peu plus en profondeur dans l'analyse, regardons comment des femmes qui se découvrent infectées à VIH vont ou ne vont pas intégrer ce facteur dans la poursuite de leur vie reproductive, comment elles vont le gérer et cela au vu de leurs situations de vie singulières.

Dans une démarche de type illustrative, arrêtons nous sur deux cas : celui de Marine qui met en perspective l'importance de l'existence d'un projet de vie pour structurer son futur en intégrant cette découverte de son infection à VIH et celui de Naïma qui met en relief le poids de l'intégration d'un rapport de genre dans la cohérence de son cheminement.

Marine est Sénoufo, de religion catholique. Elle a 27 ans. Elle vit à Bouaké depuis six ans. Auparavant elle vivait à Katiola, chez son cousin. Son père est planteur et il vit à Zénoula. Sa mère vit dans un village, près de Katiola. Lorsque nous avons rencontré Marine, elle suivait des cours à l'école de formation des instituteurs et bénéficiait d'une bourse d'étude. Auparavant, elle a obtenu un DEUG en sciences économiques.

Marine a découvert qu'elle était séropositive car elle avait décidé de faire le test suite à des événements de maladie répétés. Elle tente de réorganiser sa vie en fonction de son infection à VIH ou du moins elle l'intègre dans sa perspective d'avoir des enfants ; elle compose avec. Elle a un projet de mariage avec son ami qui connaît son infection. Ce projet est un élément positif autour duquel elle bâtit la suite de son existence. Elle discute avec son ami du projet d'enfant, des modalités de déroulement de leur vie sexuelle. Elle n'est pas isolée affectivement. Si elle ne pouvait enfanter, elle envisage l'adoption ou de recueillir des enfants que son mari pourrait avoir avec d'autres femmes. Elle pourrait même admettre la polygamie alors que dans un autre contexte elle s'oppose à ce type d'union.

Marine a également un projet professionnel, devenir institutrice, qui s'accompagne d'un désir de parvenir à asseoir son indépendance financière.

En comparaison avec d'autres femmes, on constate une combinaison de différents éléments apparaissant comme positif dans la capacité de Marine à pouvoir réagir et organiser la suite de son existence en intégrant son infection à VIH. Son niveau d'étude, son indépendance financière, le soutien de son ami et la verbalisation au sein de son couple du problème de cette infection servent sa capacité à penser, à mettre en place des recours pour tenter de poursuivre sa vie en accord avec ses attentes et notamment à envisager d'enfanter tout en étant infectée à VIH. Mais ce qui semble très important c'est qu'elle s'inscrit dans un projet de vie tant d'un point de vue privé que professionnel et que cela semble structurer la manière dont elle envisage son futur.

Naïma est Malinké, de religion musulmane. Elle a 38 ans. Elle a toujours vécu à Bouaké et a été à l'école jusqu'en troisième.

C'est sur les recommandations d'un médecin, suite à une hospitalisation, que Naïma a fait son test de dépistage en 1998. Au moment de l'étude, Naïma avait divorcé de son dernier compagnon et avait connu cinq unions au sein desquelles elle a eu six enfants. Elle vivait chez ses parents et elle ne travaillait plus. Ce sont ses frères qui lui paient sa bithérapie et ses parents subviennent à ses besoins journaliers. Le rêve de Naïma était de se marier, de vivre avec son mari et d'avoir des enfants uniquement de cette union. Actuellement, elle souhaiterait vivre pour voir grandir ses enfants. Elle souligne en même temps que l'absence d'une vie amoureuse lui pèse mais elle évoque en parallèle sa peur de s'engager dans une relation où l'autre pourrait découvrir sa séropositivité et l'abandonner.

Contrairement à Marine, elle n'envisage pas différentes modalités de type procréation médicalement assistée (PMA) pour enfanter. On peut penser que le niveau d'instruction de Naïma, qui est plus bas que ceux des autres femmes interviewées, peut desservir cette capacité à envisager des modalités de procréation qui ne sont pas courantes en Côte d'Ivoire.

Naïma, contrairement à d'autres femmes infectées, a déjà des enfants et donc n'est pas dans la détresse que peuvent exprimer celles qui n'en ont pas. Rappelons que l'enfantement pour la femme en Côte d'Ivoire reste une valeur primordiale. L'itinéraire reproductif de Naïma nous montre qu'elle dispose d'un faible degré d'autonomie en matière de contrôle de sa capacité reproductive. Elle a intégré un rapport de genre qui place la femme comme soumise à la volonté de l'homme en matière de procréation. Aussi, au sein de chacune de ses relations, elle a cédé à l'injonction d'enfanter, croyant en plus que cela garantirait la solidité de la relation.

Lorsque nous évoquons avec elle l'idée qu'elle ait d'autres enfants, Naïma nous dira qu'elle ne fera plus d'enfant car elle sait qu'au vu de son infection elle risque de mettre au monde un enfant séropositif. Mais en même temps, elle souligne que face à l'injonction d'enfanter d'un possible conjoint elle se plierait à cette volonté.

En fait, certains éléments rendent son rapport à la procréation moins cohérent. Si elle se place d'un point de vue médical, elle estime qu'elle ne doit plus faire d'enfant mais si elle pense l'enfantement dans une perspective de couple, elle accepterait d'enfanter.

A l'inverse de Marine, la combinaison de différents éléments comme un faible niveau d'instruction, l'appartenance à une ethnie et religion plus coercitive, l'intégration d'un rapport de genre défavorable à l'autonomie de la femme, une absence de projet en termes de recherche d'autonomie matérielle et financière tout au long de son parcours de vie, participe à mettre et à maintenir Naïma dans une situation où elle ne se pose pas comme décideuse de l'utilisation de sa vie en générale et en particulier de sa capacité reproductive. Naïma ne bénéficie pas comme Marine d'un projet de vie qui pourrait être un fil conducteur autour duquel elle structurerait la suite de son existence.

Selon les situations de vie des femmes, lorsqu'elles découvrent leur séropositivité ces dernières réorganisent différemment leur rapport à la procréation ou ne réorganisent pas. Les enjeux ne sont pas les mêmes pour les unes et les autres, ni les priorités. Elles vivent cette expérience de femmes séropositives au même titre que celles séronégatives, au sein d'un système de contraintes et de ressources avec lesquelles elles construisent ou vivent leur itinéraire reproductif. L'autonomie dont elles disposent varie d'une femme à une autre et c'est dans ces marges de liberté plus ou moins grandes qu'elles vont composer avec différents éléments pour construire leur rapport à la sexualité et à la procréation. Plus les femmes vont bénéficier d'une situation de vie au sein de laquelle elles peuvent dégager une autonomie en matière de contrôle de leur capacité reproductive et de leur sexualité, plus elles pourront réorganiser leur rapport à la procréation selon leurs aspirations et en toute cohérence avec leurs attitudes.

Conclusion

Dans un contexte africain de dynamiques profondes de changement qui touche les femmes (Bissiliat, 1996), il apparaît que nous avons à faire autant à du changement qu'à de la permanence dans les attitudes et les pratiques en rapport avec la vie reproductive et sexuelle des femmes, dimensions qui s'inscrivent dans un cadre de vie plus large et qui interagissent.

C'est une pluralité de situations de vie qui se donnent à voir et qui illustre la plus ou moins grande capacité des femmes, selon les ressources dont elles disposent et les obstacles qu'elles rencontrent, à construire leur existence et, en particulier leur vie reproductive et sexuelle.

De l'assignation au rôle de femme-génitrice, femme-mère à la revendication de pouvoir refuser d'enfanter et donc d'être autre chose que mère, tout en sachant qu'on est alors fortement stigmatisée, il existe un large éventail de cas.

Les femmes ne bénéficient pas toutes des mêmes éléments favorables à l'émergence d'une autonomie, aussi bien en termes de désir qu'en termes d'inscription de ces désirs dans les faits. C'est ainsi qu'on retrouve des femmes dépossédées de leur capacité décisionnelle et d'autres jouissant à ce jour de la possibilité de réaliser ce qu'elles désirent. Le cheminement des femmes vers des espaces d'autonomie plus grands se

fait plus rapidement chez certaines que chez d'autres, et cela grâce à des combinaisons d'éléments favorables à cette autonomie.

C'est dans ce contexte où le changement et la permanence ne touchent pas toutes les femmes de la même manière que ces dernières sont confrontées à l'épidémie de Sida.

On l'a vu rapidement, l'intégration d'une gestion du risque de contracter le VIH n'est finalement pas fonction de leur degré d'autonomie. L'intégration d'un rapport de genre où le primat masculin l'emporterait dans le choix des modalités de déroulement du rapport sexuel, ainsi que la persistance du caractère socialement signifiant du préservatif, semblent jouer en la défaveur de l'intégration par les femmes de la capacité de se protéger ou de protéger l'autre (partenaire ou enfant à venir). Il semblerait que les dynamiques de prise d'autonomie dans les champs de la sexualité et de la reproduction ne se fassent pas au même rythme. On commence à voir une majorité de femmes qui ont recours, de leur propre chef, à l'utilisation d'une contraception pour réguler leur fécondité alors qu'on constate la prégnance et la persistance d'un modèle de sexualité plaçant la femme dans un rapport de domination. D'un côté la femme commence à se donner le droit de décider de l'utilisation de sa capacité reproductive ; de l'autre, la gestion qu'elle peut faire du risque de contracter le VIH reste aléatoire et fonction du bon vouloir du partenaire.

Même si des groupes de femmes apparaissent comme novateurs dans leur revendication d'autonomie, dans certains domaines les femmes continuent parfois d'être prisonnières de représentations plus anciennes ne posant pas la femme comme l'égale de l'homme. Ce qui se passe dans la gestion du risque VIH/Sida au sein de la sexualité en est un exemple pertinent. Ainsi même si le Sida peut apparaître comme un facteur de changement, l'impulsion qu'il peut donner à la renégociation de la position sociale de la femme, et ce vers une plus grande autonomie, semble venir butter sur des modèles sociaux et culturels du rapport de genre.

Pour celles qui sont infectées par le VIH, ce sont les combinaisons d'éléments favorables à l'autonomie de la femme qui vont servir la capacité de celle-ci à composer et à vivre son rapport à la procréation le mieux possible .

La combinaison suivante : soutien de la mère, niveau d'éducation élevé, appartenance à une ethnie peu coercitive, socialisation en milieu urbain, capacité de la femme à rebondir face à des obstacles⁵, existence d'un projet de vie – peut apparaître comme la combinaison optimisant les chances d'émergence et de vécu de l'autonomie chez la femme. Mais les événements qui jalonnent la vie de l'individu peuvent venir ouvrir, renforcer ou interrompre ce cheminement vers l'autonomie.

En fin de compte, dans la perspective de mieux comprendre les formes de gestion du risque de contracter le VIH/Sida et de mieux cerner comment les personnes infectées réussissent ou non à intégrer ce nouvel élément au sein de leur vie, il apparaît important de tenir compte à la fois des dimensions collectives qui constituent la vie sociale de la personne, mais auxquelles la vie de l'individu ne peut être réduite, et de

⁵ Il semble que la capacité psychologique de la personne soit un élément important à prendre en compte dans sa capacité à moduler ses conditions de vie pour vivre ce qu'elle désire, pour rebondir face à un événement comme la survenue de la maladie. Mais nous arrivons ici à la limite de notre discipline et il ne nous appartient pas de vérifier cette hypothèse.

prendre en compte les événements singuliers qui jalonnent sa vie, ainsi que de la capacité de la personne à agir sur ses propres conditions de vie.

Bibliographie

- Bisilliat J., (ss. la dir.) 1996 - *Femmes du Sud, chefs de famille*, Paris, Karthala.
- Desgrées du Loû A., Vimard P., 2000 - La santé de la reproduction : nouvelle approche globale en Afrique subsaharienne. *Afrique contemporaine*, 195 : La santé en Afrique. Anciens et nouveaux défis : 116-35.
- Dubet F., 1994 - *Sociologie de l'expérience*. Paris, Edition Du Seuil.
- Gerhardt Tatiana, Engel, 2000 - *Anthropologie et santé publique : approche interdisciplinaire. Pauvreté, situations de vie et santé au quotidien à Paranaguà, Parana, Brésil*. Bordeaux, thèse de doctorat en anthropologie sociale et culturelle, Université de Bordeaux 2.
- Grenier-Torres C., 2003 - *Situations de vie et itinéraires génésiques dans un contexte de pandémie de Sida à Bouaké (Côte d'Ivoire)*. Thèse n° 1071 pour le doctorat de l'Université Victor Ségalen, Bordeaux 2, mention sociologie, 525 p.
- Institut national de la statistique, 2001 - *Recensement général de la population et de l'habitation de 1998*. Abidjan.
- Organisation Mondiale de la santé et ONUSIDA, 2000 - *Fiche épidémiologique sur le VIH/Sida et les infections sexuellement transmissibles*. Document en ligne (unaids.org), mise à jour.
- Raynaut C., 2001 - l'anthropologie de la santé, carrefour de questionnements : l'humain et le naturel, l'individuel et le social. *Ethnologies comparées*, 3. (en ligne) <http://alor.univ-montp3.fr/cerce/revue.htm>
- Raynaut C., 1996 - L'Afrique et le Sida. Traditions ou changements ? *Sciences sociales et santé*, 14, 2 : 107-112.
- Raynaut C., 1987 - Le privilège urbain : conditions de vie et santé au Niger. *Politique Africaine*, 42-52.
- UNAIDS, 2004 - *Report on the global AIDS epidemic*. 4th Global Report. Geneva, UNAIDS, Report : UNAIDS/04.16E.
- Vidal L., 2000 - *Femmes en temps de Sida. Expériences d'Afrique*. Paris, PUF.

Troisième partie

**LES PROGRAMMES DE RÉDUCTION DE LA
TRANSMISSION MÈRE-ENFANT DU VIH :
LIEUX D'UNE PRÉVENTION GLOBALE**

La prévention de la transmission mère-enfant du VIH en 2005 : des aspects médicaux aux aspects socio-comportementaux

Sophie Le Coeur

À la fin de l'année 2004, on estimait que, dans le monde, plus de 39 millions de personnes étaient porteuses du virus du Sida, dont plus des deux tiers étaient en Afrique sub-saharienne. L'Afrique comptait également plus des trois quarts de toutes les femmes en âge de procréer infectées par le VIH.

Une femme infectée par le VIH peut transmettre le virus à son enfant pendant la grossesse, l'accouchement ou au cours de l'allaitement. En l'absence de tout traitement, un peu plus d'un tiers des enfants seront infectés, avec environ un tiers de ces infections survenant au cours de l'allaitement au sein (Le Coeur *et al.*, 2003). Lorsque la femme est contaminée en cours de grossesse ou pendant l'allaitement, le risque pour l'enfant est encore plus élevé.

La première mesure de santé publique pour limiter la transmission mère-enfant du VIH a été de généraliser le dépistage de l'infection à VIH pendant la grossesse et de recommander aux femmes infectées de ne pas allaiter leur enfant au sein. Mais un pas décisif a été franchi lorsqu'en 1994 un essai clinique, réalisé aux Etats-Unis et en France, démontrait que l'administration d'un traitement antirétroviral par zidovudine (AZT) pendant les deux derniers trimestres de grossesse ainsi qu'à l'enfant pendant les premières semaines de vie, pouvait réduire de deux tiers le risque d'infection à VIH de l'enfant (Connor *et al.*, 1994). Par la suite, les modalités de cette intervention se sont améliorées et, grâce à l'association de divers traitements antirétroviraux et de l'allaitement artificiel, le risque de transmission à l'enfant est passé d'environ 35 % à moins de 2 % (Cooper *et al.*, 2002 ; Dorenbaum *et al.*, 2002 ; Lallemand *et al.*, 2004).

Dans les pays industrialisés, grâce à ces traitements antirétroviraux préventifs et l'allaitement artificiel, la transmission mère-enfant du VIH a été quasiment éliminée (Cooper *et al.*, 2002). En revanche, dans les pays en voie de développement où vivent la grande majorité des femmes infectées, on estime que plus de 1 800 nouveaux-nés

sont contaminés chaque jour, les programmes de prévention de la transmission mère-enfant du VIH (PTME) restant encore très limités (De Cock *et al.*, 2000).

Quels obstacles font qu'une intervention d'une efficacité aussi indiscutable que la PTME ne soit pas appliquée dans les pays les plus touchés par l'épidémie, à quelques exceptions près ? L'intervention est-elle d'une complexité telle que les systèmes de santé ou leurs agents s'avèrent incapables de la mettre en œuvre ? Son coût est-il hors de portée des pays en développement qui ont à gérer bien d'autres crises sanitaires ? Ou bien, à côté des obstacles logistiques, organisationnels ou financiers se dressent-ils d'autres obstacles d'ordre socio-comportementaux opérant au niveau des patients ou de leurs communautés, des agents de santé chargés de mettre en œuvre la prévention et la prise en charge du Sida ? S'agit-il plutôt d'obstacles intervenant à un niveau plus global, celui du politique et des relations internationales ? Ces obstacles viennent-ils de ce que le Sida est une maladie épidémique mortelle qui menace directement la fabrique de la société en se transmettant par voie sexuelle et de la mère à l'enfant ?

L'ambition du colloque du CEPED intitulé « La santé de la reproduction confrontée au Sida : enjeux sociaux et comportementaux dans les pays du Sud » était d'ouvrir le débat sur ces questions sans bien évidemment prétendre épuiser le sujet. Cinq présentations regroupées sous le thème « Dimensions socio-comportementales de la transmission mère-enfant du VIH » jettent une lumière particulière sur certaines de ces questions. L'étude d'Hermann Brou *et al.* à Abidjan, en Côte d'Ivoire, évoque les conséquences pour le couple du dépistage du VIH chez la femme à l'occasion de sa grossesse, et l'annonce à son partenaire de sa séronégativité ; Pascale Hancart-Petit, en Inde, montre les difficultés pour les femmes d'accéder au dépistage volontaire du VIH et à la prévention. Deux études abordent la question de l'allaitement maternel sous des angles différents : l'étude faite au Burkina-Faso et en Côte d'Ivoire révèle le poids considérable du discours médical dans la décision des femmes, et celle de Lucy Thairu, en Afrique du Sud, montre les obstacles financiers et familiaux à l'adoption de l'allaitement artificiel. Enfin, les exemples de programmes opérationnels menés à Haïti et en Côte d'Ivoire révèlent les facteurs et difficultés d'une telle opérationnalisation.

Pour mettre ces contributions en perspective, il convient de décrire d'abord, les composantes « techniques » de la prévention de la transmission mère-enfant du VIH, celles qui impliquent les bénéficiaires directs et les prestataires de soins. Ensuite, nous examinerons le contexte dans lequel ces acteurs opèrent : d'un côté pour les femmes/utilisatrices, le contexte familial et communautaire ; d'un autre côté, pour les soignants, les structures de santé et la politique de santé publique qu'ils ont charge de mettre en œuvre. Enfin, à un niveau plus haut, nous évoquerons le rôle de l'état, des acteurs politiques, et de la société civile.

Composantes de la prévention de la transmission mère-enfant du VIH (PTME)

Pour que la prévention de la transmission mère-enfant du VIH ou PTME puisse être mise en oeuvre, il faut que les femmes enceintes concernées se sachent infectées et que les moyens de prévenir l'infection de leur enfant leur soient proposés.

Les diverses composantes d'un programme de PTME vont nécessairement comprendre une étape d'information générale du public, puis au niveau individuel une étape de conseil au cours duquel un test diagnostique de l'infection à VIH est proposé aux femmes enceintes. Ce test doit être effectué suffisamment tôt en cours de grossesse pour que les femmes infectées puissent commencer à recevoir les traitements antirétroviraux à temps et soient informées des différentes options concernant l'allaitement de leur enfant. Les antirétroviraux les plus utilisés pour la prévention sont la zidovudine (ou AZT) pendant la grossesse¹, l'accouchement et chez l'enfant pendant quelques jours ou semaines, et/ou la névirapine (NVP) en prise unique au moment de l'accouchement et chez le nouveau-né quelques heures après la naissance (WHO, 2004). Leur excellente tolérance, leur innocuité tant pour la mère que pour l'enfant et leur remarquable efficacité ont été démontrées dans des essais cliniques (Connor *et al.*, 1994 ; Lallemand *et al.*, 2004 ; Sperlings *et al.*, 1998 ; Culnane *et al.*, 1999 ; Dabis *et al.*, 1999). Il est important de remarquer que ces médicaments ne requièrent pas de conditions contraignantes de stockage, en particulier, ils ne nécessitent pas de chaîne du froid comme c'est le cas de certains vaccins par exemple. Chez les femmes immunodéprimées qui présentent un risque immédiat d'évolution défavorable en cours de grossesse, les combinaisons de plusieurs antirétroviraux sont recommandées, tant pour leur propre santé que pour la prévention du Sida de l'enfant (WHO, 2004).

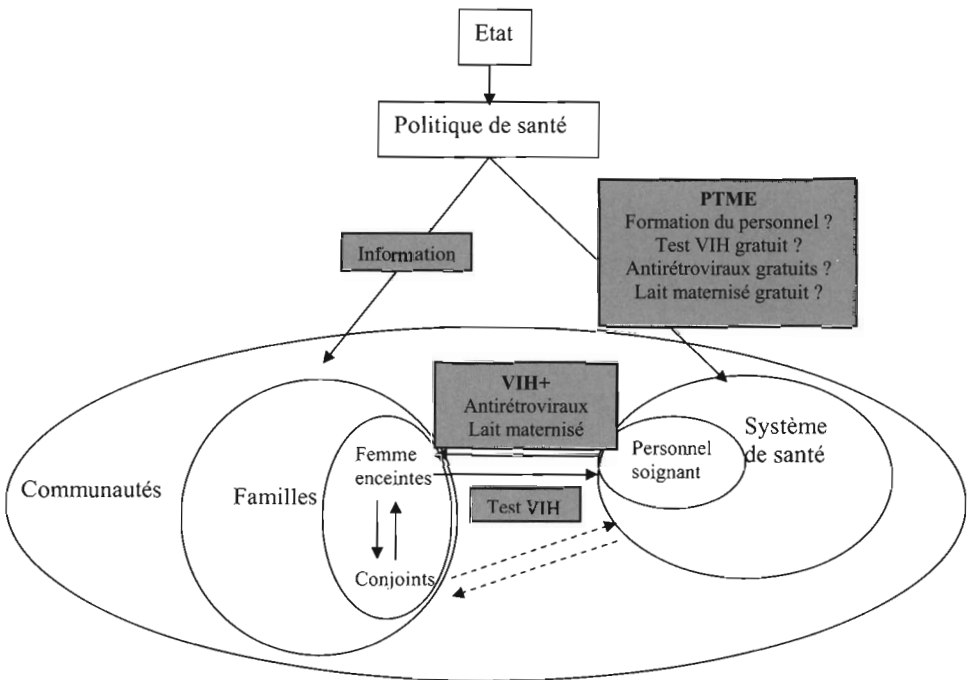
Cette intervention qui n'est pas d'une grande complexité, nécessite néanmoins une bonne formation du personnel soignant pour qu'il soit en mesure de délivrer des informations suffisamment claires aux femmes afin qu'elles prennent leur traitement préventif régulièrement et aux doses prescrites. Mais, mise à part l'étape du dépistage qui doit avoir lieu dans un laboratoire spécifiquement équipé pour le test, l'initiation du traitement préventif comme le suivi des femmes pendant la grossesse et l'accouchement ne requièrent, la plupart du temps, aucune condition particulière qui les distingue du suivi standard de toute femme enceinte. Même la détermination de la date d'initiation du traitement par AZT – idéalement au tout début du 3^e trimestre de grossesse –, peut se faire simplement dans le cas où les femmes ne se souviennent pas de la date de leurs dernières règles, en mesurant la hauteur de l'utérus à l'aide d'un centimètre de couturière, un geste à la portée de n'importe quelle accoucheuse traditionnelle ou matrone. Si la femme n'apprend son statut infectieux qu'à la maternité, un traitement par une dose unique de névirapine prise au moment de l'accouchement et chez l'enfant, bien que moins efficace que lorsqu'elle est associée

¹ Ou la combinaison zidovudine (AZT) et lamivudine (3TC).

au traitement par AZT standard pendant la grossesse, empêche quand même un certain nombre d'infections de l'enfant (Guay *et al.*, 1999).

Pour ce qui est du choix du mode d'allaitement de l'enfant, dans des conditions d'hygiène précaire et de pauvreté qui sont celles de la majorité des pays en développement, il importe de mettre en balance le risque d'infection à VIH avec les risques liés à l'allaitement artificiel, c'est-à-dire un accroissement de la fréquence des diarrhées, de la malnutrition, et des infections respiratoires, par exemple (WHO, 2003). Ces risques dépendent bien évidemment de la situation sociale et économique des femmes à qui la préparation des biberons doit avoir été expliquée, et pour qui l'accès à de l'eau propre et au lait maternisé doit être garanti (WHO collaborative study team on the role of breastfeeding on infant and child mortality, 2000). Comme nous le verrons plus loin, les conséquences néfastes de l'allaitement artificiel pour la santé des enfants sont souvent une conséquence de son coût élevé.

Figure 1 – Place de la PTME dans le contexte politico-sanitaire et communautaire



Obstacles à la mise en place de ces programmes

Si chacun des éléments étiquetés comme « techniques » de la PTME ne présente pas en soi une grande complexité, tout problème non résolu au niveau d'une de ses étapes risque de compromettre l'intervention dans son ensemble. Mais encore faut-il que les femmes concernées puissent accéder à ce type de service. Parmi les obstacles à la mise en œuvre des programmes de PTME, les difficultés d'accès au système de santé sont généralement au premier plan. Même dans les capitales africaines où les infrastructures et les personnels existent, les programmes de prévention du Sida de l'enfant rencontrent d'extraordinaires difficultés.

L'accès aux structures de santé n'est peut-être pas un obstacle insurmontable

Que ce soit par manque d'infrastructures de soins prénataux ou de maternités, par manque de moyens financiers de la part des femmes lorsque les soins sont payants, ou simplement par manque d'information sur le VIH – sa transmission et sa prévention –, un pourcentage parfois important de femmes ne sont pas suivies pendant la grossesse, accouchent sans même l'assistance d'une matrone traditionnelle formée, et *a fortiori* ne bénéficient pas des programmes de PTME même s'ils existent.

Il est important de garder à l'esprit que dans ces programmes, seul le test de dépistage de l'infection à VIH nécessite un environnement médical spécialisé (encore que c'est avant tout la crainte de l'abus qui pourrait être fait de tests simplifiés qui les maintient au laboratoire), et la faiblesse des infrastructures de santé maternelle et infantile n'est pas un obstacle incontournable. Si jusqu'à présent l'approche de la PTME a été très médicalisée – par crainte des effets toxiques des traitements par exemple –, aujourd'hui que ses bénéfices ont été démontrés, les programmes de PTME pourraient être implantés au niveau communautaire dans les régions où l'accès aux soins prénataux standards est limité. Le test VIH pourrait être proposé aux femmes enceintes dans le cadre de centres de dépistage volontaire et anonyme qui fourniraient les antirétroviraux requis aux femmes enceintes infectées par le VIH, la surveillance de la grossesse et de l'accouchement étant assurée par des matrones traditionnelles correctement informées et formées. Il serait important d'évaluer l'efficacité d'une telle approche démedicalisée de la PTME.

La réticence du personnel de santé

Même pour les femmes enceintes qui sont suivies dans les structures médicales, le personnel soignant s'avère souvent réticent face à l'introduction d'une nouvelle pratique comme la PTME. La pénurie chronique en personnel médical et paramédical

dont souffrent ces structures médicales est, de plus, souvent aggravée dans les pays à très forte prévalence du VIH par le Sida lui-même.

Le « conseil », bien que connu et pratiqué communément par les tradipraticiens en Afrique, introduit dans les structures de soins classiques un nouveau rapport entre soignants et utilisateurs (Mpelé *et al.*, 1993). En opposition avec le modèle biomédical classique où le médecin/l'infirmier connaît et *impose* la conduite thérapeutique ou préventive, dans le cadre du « conseil », celle-ci n'est que suggérée et c'est au client/patient de la choisir après avoir reçu les informations nécessaires. Ceci est tout particulièrement vrai pour la PTME où la femme doit décider/accepter de se faire tester pour le VIH et de récupérer les résultats de son test, de prendre une prophylaxie antirétrovirale si le test est positif, et de choisir la meilleure façon d'allaiter son enfant. Ceci nécessite l'instauration d'un dialogue continu entre le personnel médical et la femme. Cette démarche remet en cause la routine de santé publique où, sous couvert d'efficacité, il est plus important de gérer adroitement les files d'attente et de reporter dans les carnets de grossesse les chiffres de poids, de tension artérielle ou de hauteur utérine, plutôt que d'écouter et de prendre réellement en charge des femmes aux problèmes complexes. Or, le personnel soignant est souvent surchargé de travail, insuffisamment formé, médiocrement rémunéré, soumis à des conditions matérielles difficiles, et parfois lui-même infecté ou craignant de l'être, ou encore affecté par l'infection à VIH d'un de ses proches. Enfin, une difficulté supplémentaire tient au fait que, lors de l'annonce d'un résultat de sérologie positive, la personne qui apporte la « mauvaise nouvelle », peut craindre d'en être perçue comme la responsable.

La proposition de test VIH en cours de grossesse

Dans le contexte africain, une fois la grossesse acceptée et reconnue², le statut de future mère est particulièrement valorisé au sein de la famille et de la société. Or, le résultat positif du test de dépistage de l'infection à VIH ne remet-il pas radicalement en cause ce statut conditionné par la mise au monde d'un enfant en bonne santé ? La séropositivité évoque non seulement à court terme la possibilité de transmission de la maladie à l'enfant avec son issue fatale, mais aussi à plus long terme, projette pour la femme elle-même l'image de sa maladie et de sa mort ainsi que la crainte que son ou ses partenaires puissent être contaminés et qu'elle en soit tenue pour responsable.

D'une façon générale, la proposition de test VIH intervient dans une relation de couple souvent complexe – comme partout au monde –, mais qui, en Afrique, contrairement

² La première visite prénatale marque généralement l'acceptation sociale de la grossesse. Elle fait parfois suite à une période d'hésitation au terme de laquelle la femme prend la décision de poursuivre sa grossesse (et non pas d'avorter). Les facteurs pris en compte dans sa décision sont multiples : le partenaire « assume-t-il » la grossesse ? Le partenaire a-t-il suffisamment de ressources pour payer les soins prénataux et l'accouchement ainsi que la layette, ce qui revient à en assumer la paternité ? Les deux familles acceptent-elles cette union, la venue d'un enfant affirmant son existence ? L'intervalle de temps avec la naissance précédente est-il acceptable socialement ? etc.

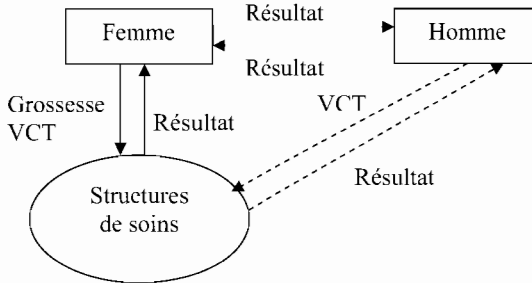
aux pays du Nord, implique, au-delà de la famille nucléaire, les alliances familiales et de clans où les enjeux économiques et les aspects liés à la continuité du lignage sont souvent prépondérants.

De façon tout à fait intéressante, Brou *et al.* analysent dans cet ouvrage les conditions du dialogue et d'adoption de comportements préventifs au sein de couples à partir d'une étude faite en Côte d'Ivoire chez des femmes ayant appris le résultat négatif de leur test effectué pendant la grossesse. Dans cette étude, bien que la majorité des femmes aient informé leur partenaire de leur séronégativité et rapportent que le partage de ce résultat ait stimulé le dialogue sur la sexualité au sein leur couple, seul un quart des conjoints ont décidé par la suite de faire la démarche de dépistage. Ce faible chiffre s'explique en partie par leur difficulté à comprendre que dans un couple ayant des rapports sexuels réguliers, les partenaires puissent être séro-discordants, la séronégativité de la femme rassurant alors le conjoint sur son propre statut VIH. Comment réconcilier cette notion de séro-discordance avec le message d'utilisation de préservatifs dans tout rapport sexuel « à haut risque » ? Comment expliquer aux couples que le risque de transmission sexuelle existe sur le long terme, et que les rapports doivent être protégés dès lors que les conjoints ne sont pas tous les deux testés et séronégatifs ?

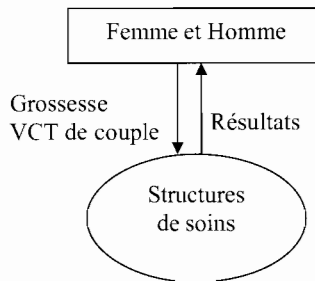
Les femmes qui sont parfois considérées dans les programmes de santé publique comme les intermédiaires de la démarche de prévention auprès des hommes, tentent d'assurer leur propre protection, lorsqu'elles sont VIH-, en amenant leurs conjoints à utiliser des préservatifs et à se faire tester³. Néanmoins, la possibilité du dialogue alors indispensable entre les deux conjoints dépend du type de leur relation comme cela est très bien montré dans l'article de Brou *et al.*, plus facile chez les couples monogames et ayant un niveau d'éducation plus élevé. Face aux difficultés parfois insurmontables des couples à aborder un thème aussi délicat, l'approche directe des deux conjoints par les structures de soins prénatales ne pourrait-elle pas être considérée comme une alternative ? La « prescription médicale » d'un conseil et dépistage volontaire dans le couple, surtout dans le cadre d'une grossesse, éviterait la triangulation de la relation avec le système de santé où la femme est l'intermédiaire obligatoire auprès de son conjoint pour la proposition du dépistage (figure 2). Dans la démarche de conseil de couple, le rôle du conseiller n'est-il pas de placer les deux partenaires au même niveau afin de faciliter l'information sur la réciprocité nécessaire des mesures de prévention et faciliter ainsi l'annonce des résultats ? Plusieurs études ont montré les avantages de l'approche des couples par rapport à l'approche individuelle, avec une utilisation des préservatifs mieux adaptée au risque réel d'infection que ce soit avec le partenaire habituel ou les partenaires occasionnels, et de moindres risques en termes de violence domestique, séparation ou divorce chez les couples séro-discordants (The voluntary HIV-1 counseling and testing efficacy study group, 2000 ; Baiden *et al.*, 2005 ; Painter, 2001 ; Semrau *et al.*, 2005).

³ Dans l'étude faite en Côte d'Ivoire, seulement un tiers des femmes avaient utilisé un préservatif avec leur conjoint lors du premier rapport sexuel *post-partum*, et la plupart d'entre elles avaient prétexté de son rôle contraceptif et non préventif du VIH.

Figure 2 – Conseil et dépistage : approche individuelle et approche de couple (VCT : voluntary counseling and testing)



Approche individuelle



Approche de couple

Le dépistage du VIH chez les femmes au cours de la grossesse fait naturellement partie des soins prénataux et son acceptabilité est facilitée par sa gratuité, même si l'on peut aussi considérer que la femme enceinte est, dans une certaine mesure, otage du système. Il n'en est pas de même pour les conjoints qui, s'ils veulent se faire tester pour le VIH et même si le dépistage est gratuit, doivent se déplacer spécialement dans un centre de dépistage volontaire et anonyme ou bien dans la structure de santé maternelle et infantile où leur partenaire est déjà suivie. Dans ces structures, à l'univers essentiellement féminin, les hommes se sentent souvent mal à l'aise, ayant à se soumettre à une autorité féminine, éventuellement devant leur conjointe. Ce malaise est parfois renforcé par l'attitude « de revanche » du personnel médical féminin vis-à-vis des hommes, particulièrement répandue dans les structures de santé maternelle (pas seulement en Afrique !).

La proposition de PTME aux femmes

La prise du traitement préventif pendant la durée nécessaire au cours de la grossesse et aux doses prescrites conditionne l'efficacité de l'intervention. Certaines femmes se sachant infectées par le VIH ne prennent pas le traitement préventif, même s'il est gratuit, ou le prennent de façon inadéquate. Il se peut que dans certains cas elles mesurent mal le risque de transmission et ce qu'il signifie pour l'enfant, en particulier si elles ont déjà eu d'autres enfants non infectés, ou qu'elles doutent de l'efficacité du traitement. Enfin, c'est le plus souvent le désir profond des femmes de ne pas « partager » dans l'immédiat leur séropositivité qui les conduit à ne pas prendre le traitement préventif. Par crainte que la prise du traitement à la maison ne les désigne comme infectées, elles préfèrent parfois faire « comme si elles ne savaient pas ». Là encore, les conditions du dialogue au sein du couple sont déterminantes, mais la simplicité du traitement préventif pouvant être pris comme tout autre traitement administré en routine au cours de la grossesse (supplémentation en fer, antipaludiques), facilite la préservation du « secret ». Ne peut-on espérer que la généralisation de l'accès aux traitements antirétroviraux, faisant du Sida une maladie chronique et non plus mortelle, ne réduise ce besoin de secret ?

La notion de confidentialité n'est certainement pas évidente dans des sociétés où les événements de vie tels que les décès, les unions, les grossesses, mais aussi les maladies qui doivent être interprétées dans le contexte culturel, mobilisent traditionnellement la solidarité familiale, en particulier d'un point de vue financier. Sur quoi la communauté peut-elle reposer si des événements qui remettent en cause l'équilibre de la famille ou de la communauté, tels que le Sida, doivent rester secret ?

Enfin, il faut bien voir que cette peur de rupture de la confidentialité s'étend au-delà du couple, et du cadre familial, les femmes craignant aussi que leur séropositivité au VIH ne soit divulguée à partir des structures de soins, au cours du suivi prénatal ou lors de l'accouchement. Le poids persistant de la stigmatisation a été bien appréhendé dans la présentation de Pascale Hancart-Petitot qui fait l'objet d'un chapitre de cet ouvrage. Son étude en Inde montre que, par crainte de discrimination, certaines femmes n'osent pas informer le personnel de la maternité de leur statut VIH et ne reçoivent donc pas de névirapine au moment de l'accouchement. Le fait de « savoir » et de pouvoir « faire savoir » est parfois utilisé par le personnel médical pour asseoir leur pouvoir, le devoir de confidentialité étant perçu, dans une certaine mesure, comme réducteur. Ceci souligne encore la nécessité d'une relation de confiance entre soignant et soigné et montre que le conseil et dépistage volontaire ne peuvent exister que dans des contextes où les droits de l'homme sont réellement protégés.

Enfin, le discours du personnel médical et sa propre croyance en l'efficacité du traitement sont déterminants pour l'adhérence de la femme à l'intervention qui leur est proposée. Il est clair que moins l'efficacité de l'intervention est « visible » pour le personnel médical, moins il sera convainquant. C'est ce qu'on peut craindre avec le traitement limité à une dose unique de névirapine au moment de l'accouchement qui

n'a qu'un effet modéré pour réduire la transmission, surtout si les femmes continuent à allaiter leurs enfants (Quaghebeur *et al.*, 2004).

Choix du mode d'allaitement de l'enfant

A l'heure actuelle, il n'existe aucune solution satisfaisante pour réduire la transmission du VIH au cours de l'allaitement (Le Cœur et Lallemand, 1996 ; Kuhn *et al.*, 2004) en dehors de l'allaitement artificiel dès la naissance qui, s'il protège l'enfant contre le VIH, lui fait courir d'autres risques de santé (WHO 2003 ; WHO Collaborative Study Team on the Role of Breastfeeding on the Prevention of Infant Mortality, 2000). En effet, l'allaitement apporte à l'enfant les éléments nutritionnels les mieux adaptés : il protège l'enfant contre les infections grâce aux anticorps maternels qu'il transmet à l'enfant, il a un effet contraceptif « naturel » chez la mère et enfin, il favorise la relation mère-enfant. C'est pour toutes ces raisons que, depuis les années 70, l'allaitement maternel a été fortement promu dans les pays en voie de développement pour réduire la mortalité infantile. En revanche, l'allaitement artificiel, s'il n'est pas effectué dans des conditions d'hygiène correcte, expose l'enfant à un risque accru de diarrhées et d'infections et augmente la mortalité infantile (WHO Collaborative Study Team on the Role of Breastfeeding on the Prevention of Infant Mortality, 2000). Cette « toxicité » des substituts de l'allaitement maternel est pourtant fortement liée à leur coût. Sur le marché local, ces produits sont souvent hors de portée des familles, leur coût étant parfois même supérieur à celui des antirétroviraux que les femmes prennent pendant leur grossesse. Dans ces conditions, pour les femmes qui doivent acheter elles-mêmes le lait maternisé en poudre, cette denrée particulièrement précieuse, ne doit pas être gâchée. Les femmes sont donc tentées de garder un biberon non terminé pour le repas suivant, ce qui favorise la pullulation bactérienne et provoque la diarrhée chez l'enfant. Elles ont également tendance à trop diluer la poudre ou à y ajouter des farines pour faire durer plus longtemps les boîtes de lait, ce qui risque d'entraîner des malnutritions pour l'enfant. Enfin, le lait en poudre étant utilisable dans la communauté, le risque de détournement au niveau des structures de santé ou de revente par les femmes les plus pauvres s'il est donné gratuitement, est d'autant plus grand qu'il est cher.

En 2000, les résultats d'une étude effectuée en Afrique du Sud, indiquant que les enfants exclusivement allaités au sein⁴ auraient un risque moindre de transmission du VIH au cours de l'allaitement que les enfants recevant un allaitement mixte (Coutsoudis *et al.*, 1999), semblaient fournir une solution partielle au dilemme des organismes chargés d'élaborer les recommandations concernant le mode d'allaitement des enfants nés de mères infectées par le VIH : « *Toutes les mères infectées par le VIH doivent bénéficier de conseils, en particulier d'informations sur les risques et les avantages des divers modes possibles d'alimentation des nourrissons, et d'indications quant à l'option la mieux adaptée à leur situation. Lorsque l'alimentation de substitution est une solution acceptable, possible, d'un coût abordable, sûre et*

⁴ Par allaitement exclusif on entend un allaitement au sein sans aucun autre apport liquide ou solide, ni même de l'eau, à l'exception des gouttes ou sirop de vitamines, de minéraux ou de médicaments

durable, il est recommandé à toutes les mères infectées de ne pas allaiter leur nourrisson au sein. Dans le cas contraire, l'allaitement exclusif au sein est recommandé pendant les premiers mois de vie ; il devra ensuite être interrompu dès que possible » (WHO, 2003). Néanmoins, l'efficacité de l'allaitement exclusif n'est pas encore démontrée et comme le montrent les articles de cet ouvrage, dans des contextes où l'allaitement exclusif n'est pas traditionnel, la contradiction entre la connaissance d'une transmission du virus par le lait maternel et la proposition d'allaitement au sein exclusif est une source supplémentaire de désarroi pour les femmes.

Alice Desclaux et son équipe, à partir des premiers résultats d'un projet multicentrique dans cinq pays du Sud (Cambodge, Côte d'Ivoire, Burkina Faso, Cameroun et Kenya), questionnent cette notion de « choix éclairé » ou « choix informé » que les femmes séropositives sont censées effectuer pour alimenter leur enfant. Le rôle du père de l'enfant, mais aussi celui de l'équipe soignante sont soulignés.

Madina Querre montre ainsi que le choix du mode d'allaitement des femmes en Côte d'Ivoire dépend avant tout de l'information qu'elles ont reçue, et que les femmes qui choisissent d'allaiter artificiellement sont en mesure de justifier un choix « hors normes sociales » auprès de leur famille et leurs relations, en faisant référence aux conseils du médecin. Une approche clairement médicale de l'allaitement artificiel, faisant l'objet d'une prescription et éventuellement d'une surveillance par un agent de santé pour en assurer l'innocuité, ne le rendrait-il pas plus acceptable socialement ?

Lucy Thairu analyse les facteurs socio-culturels qui interviennent dans les décisions des femmes infectées par le VIH quant à l'alimentation de leur enfant en Afrique du Sud. Cette étude montre l'importance de la discrimination des personnes infectées par le VIH en général, l'influence de la famille dans les choix des femmes (surtout les jeunes), et aussi l'obstacle majeur que représente le coût de l'allaitement artificiel pour les familles dans des programmes où le lait artificiel n'est pas fourni gratuitement.

Une négociation du prix du lait maternisé auprès des industriels, comme cela s'est fait pour les antirétroviraux, permettrait aux femmes de choisir ce mode d'allaitement plus librement. Mais ce processus est freiné par les organismes internationaux qui craignent que la baisse des prix du lait n'entraîne une diffusion de l'allaitement artificiel en population générale, ce qui risquerait de ruiner les progrès en termes de mortalité infantile acquis grâce à la promotion de l'allaitement au sein. D'un autre côté, la gratuité du lait artificiel « prescrit » pour raisons médicales aux femmes infectées par le VIH peut poser des problèmes de confidentialité dans les régions où l'allaitement artificiel est exceptionnel.

Conclusion

Alors qu'il existe une solution « technique » relativement simple et peu onéreuse pour la prévention de la transmission mère-enfant du VIH, sa mise en place n'est pas encore effective dans de nombreux pays en voie de développement. Les études sur la PTME réunies dans cet ouvrage montrent que l'obstacle majeur tient encore à la place de la femme dans la société ; la peur de la discrimination, de la violence conjugale ou de l'abandon rend difficile voir impossible le dépistage, l'annonce du diagnostic au conjoint et à la famille, la prise du traitement préventif, et l'allaitement artificiel.

Pourtant, le succès des programmes de prévention de la transmission sexuelle et périnatale est possible. En Thaïlande, par exemple, le gouvernement ayant pris la mesure de l'épidémie, a rapidement mis en place un programme multisectoriel de lutte contre l'épidémie. A la base de ce programme, fortement appuyé financièrement par le gouvernement, les campagnes massives d'information du public ont été soutenues par quelques personnalités politiques qui en ont fait leur « cause » personnelle. Des mesures de protection des droits de l'homme et d'aide sociale ont permis aux personnes infectées d'avoir un recours contre les attitudes de discrimination. Enfin, l'implication de la société civile au travers des Organisations Non Gouvernementales, des organisations religieuses, mais aussi des entreprises, a permis aux patients eux-mêmes de faire entendre leur voix. Dès 1997, grâce à des professionnels de santé publique convaincus et capables de faire preuve de leadership, un programme de PTME a été mis en place dans le nord du pays, qui s'est immédiatement traduit par une baisse visible du nombre de cas de Sida pédiatrique dans les hôpitaux (Thaineua *et al.*, 1998). Deux années plus tard, le programme était étendu à l'ensemble du pays, et faisait également la preuve de son efficacité (Kanshana *et al.*, 2002). Alors qu'au début des années 90, les conditions d'un embrasement de l'épidémie étaient réunies – taux d'incidences du VIH extrêmement élevés chez les jeunes hommes (Nelson *et al.*, 1996) et dans les groupes à risque, prostitution socialement acceptée –, la campagne « 100 % condom » permettait d'enrayer l'épidémie. Il est vrai que la Thaïlande est un pays relativement riche : néanmoins, si le gouvernement n'avait pas fait preuve d'une telle volonté et d'un tel pragmatisme, le pays ferait face aujourd'hui à une épidémie combien de fois plus importante ?

La disponibilité des moyens techniques de la PTME n'est donc pas suffisante pour assurer son succès. Elle doit s'accompagner d'une réelle volonté politique pour lutter contre l'épidémie qui passe par l'implication de la société civile, l'engagement réel contre la discrimination, la formation du personnel médical mais aussi sa responsabilisation vis-à-vis de sa communauté.

Bibliographie

- Baiden F., Remes P., Baiden R., Williams J., Hodgson A., Boelaert M., Buve A., 2005 - Voluntary counseling and HIV testing for pregnant women in the Kassena-Nankana district of northern Ghana: is couple counseling the way forward? *AIDS Care*, 17 : 648-57.
- Connor Em., Sperling Rs., Gelber R. et Coll., 1994 - Reduction of maternal-infant transmission of human immunodeficiency type I with Zidovudine treatment. *N. Engl. J. Med.*, 331 : 1173-1180.
- Cooper ER., et al., 2002 - Combination antiretroviral strategies for the treatment of pregnant HIV-1-infected women and prevention of perinatal HIV-1 transmission. *J. of Acquir. Immun. Defienc. Syndr. and Human Retrovirol.*, 29 : 484-494.
- Coutsoudis A., Pillay K., Spooner E., Kuhn L., Coovadia H.M., 1999 - Influence of infant feeding patterns on early mother-to-child transmission of HIV-1 in Durban, South Africa. *Lancet*, 354 : 471-476.
- Culnane M., Fowler M., Lee S.S. et al., 1999 - Lack of long-term effects of in utero exposure to zidovudine among uninfected children born to HIV-infected women. Pediatric AIDS Clinical Trials Group Protocol 219/076 Teams. *JAMA*, 281 : 151-7.
- Dabis F., Msellati P., Meda N. et al., 1999 - 6-month efficacy, tolerance, and acceptability of a short regimen of oral zidovudine to reduce vertical transmission of HIV in breastfed children in Côte d'Ivoire and Burkina Faso: a double-blind placebo-controlled multicentre trial. DITRAME Study Group. Diminution de la Transmission Mère-Enfant. *Lancet*, 353 : 786-92.
- De Cock K.M. et al., 2000 - Prevention of mother-to-child HIV transmission in resource-poor countries: translating research into policy and practice. *JAMA*, 283 : 1175-1182.
- Dorenbaum A. et al., 2002 - Two-dose intrapartum/newborn nevirapine and standard antiretroviral therapy to reduce perinatal HIV transmission: a randomised trial. *JAMA*, 288 : 189-198.
- Guay L.A., Musoke P., Fleming T., et coll., 1999 - Intrapartum and neonatal single-dose nevirapine compared with zidovudine for prevention of mother-to-child transmission of HIV-1 in Kampala, Uganda: HIVNET 012 randomised trial. *Lancet*, 354 : 795-802.
- HIV and infant feeding: guidelines for decision-makers, 2003 - Geneva: World Health Organization. WHO/UNICEF/UNFPA/UNAIDS document. Available from: URL: http://www.who.int/child-adolescent-health/publications/NUTRITION/ISBN_92_4_159122_6.htm.
- Kanshana S., Simonds R.J., 2002 - National program for preventing mother-child HIV transmission in Thailand: successful implementation and lessons learned. *AIDS*, 16 : 953-959.

- Kuhn L., Stein Z., Susser M., 2004 - Preventing mother-to-child HIV transmission in the new millennium: the challenge of breast feeding. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 18 : 10-16.
- Lallemant M., Jourdain G., Le Cœur S. *et al.*, 2004 - Single-dose perinatal Nevirapine plus standard Zidovudine to prevent mother-to-child transmission of HIV-1 in Thailand. *N. Engl. J. Med.*, 351 : 217-28.
- Le Cœur S., Kanshana S., Jourdain G., 2003 - Transmission du VIH-1 de la mère à l'enfant et sa prévention. *Med. Trop.*, 63 : 381-390.
- Le Cœur S., Lallemant M., 1996 - Breastfeeding and HIV/AIDS. in *AIDS in the World II*, J. Mann et D. Tarantola (Eds). Oxford University Press, 273-278.
- M'Pelé P., Lallemant-Le Coeur S., Lallemant M., 1993 - AIDS Counseling in Africa. in *AIDS in Africa*, M. Essex *et al.* (Eds). Raven Press, 463-472.
- Nelson K.E., Celentano D.D., Eiumtrakol S., Hoover D.R., Beyrer C., Suprasert S., Kuntolbutra S., Khamboonruang C., 1996 - Changes in sexual behavior and a decline in HIV infection among young men in Thailand. *N. Engl. J. of Med.*, 335 : 297-303.
- Painter T.M., 2001 - Voluntary counseling and testing for couples: a high-leverage intervention for HIV/AIDS prevention in sub-Saharan Africa. *Soc. Sci. Med.*, 53 : 1397-411.
- Quaghebeur A., Mutunga L., Mwanyumba F., Mandaliya K., Verhofstede C., Temmerman M., 2004 - Low efficacy of nevirapine (HIVNET012) in preventing perinatal HIV-1 transmission in a real-life situation. *AIDS*, 18 : 1854-6.
- Semrau K., Kuhn L., Vwalika C., Kasonde P., Sinkala M., Kankasa C., Shutes E., Aldrovandi G., Thea D.M., 2005 - Women in couples antenatal HIV counseling and testing are not more likely to report adverse social events. *AIDS*, 19 : 603-9.
- Sperling R.S., Shapiro D.E., McSherry G.D. *et al.*, 1998 - Safety of the maternal-infant zidovudine regimen utilized in the Pediatric AIDS Clinical Trial Group 076 Study. *AIDS*, 12: 1805-13.
- Talawat S., Dore G.J., Le Coeur S., Lallemant M., 2002 - Infant feeding practices and attitudes among women with HIV infection in northern Thailand. *AIDS Care*, 14 : 625-31.
- Thaineua V., Sirinirund P., Tanbanjong A. *et coll.*, 1998 - From research to practice: use of short course zidovudine to prevent mother-to-child HIV transmission in the context of routine health care in Northern Thailand. *Southeast Asian J. Trop. Med. Public Health*, 29 : 429-42.
- The Voluntary HIV-1 Counseling and Testing Efficacy Study Group. 2000 - Efficacy of voluntary HIV-1 counselling and testing in individuals and couples in Kenya, Tanzania, and Trinidad: a randomised trial. *Lancet*, 356 : 103-12.
- WHO Collaborative Study Team on the Role of Breastfeeding on the Prevention of Infant Mortality, 2000 - Effect of breastfeeding on infant and child mortality due to infectious diseases in less developed countries: a pooled analysis. *Lancet*, 355 : 451-5.

WHO, 2004 - Antiretroviral drugs for treating pregnant women and prevention HIV infection in infants: guidelines on care, treatment and support for women living with HIV/AIDS and their children in resource-constrained setting
<http://www.who.int/hiv/pub/mtct/guidelinesarv/en/index.html>

Une perspective « intime » sur les soignants. Prévention de la transmission mère-enfant du VIH dans un hôpital de district en Inde du Sud

Pascale Hancart Petitet

C'était pour Pragathi, l'assistante du projet, et moi notre seconde visite à l'hôpital de district de Nammakkal. Dès le premier matin de notre présence à la maternité, on nous conduisit dans le bureau du « *General Medical Officer* » (GMO). Après quelques mots de présentation générale, Pragathi lui adressa des compliments au sujet de la tenue de l'hôpital. Effectivement, il y régnait une odeur de propre et une impression de labeur bien organisé. Puis elle finit par conclure :

« *Votre hôpital ne ressemble pas à un hôpital du gouvernement* ».

Sur ce, le GMO se leva de son fauteuil, échangea une poignée de main énergique avec Pragathi et se rassit aussitôt. Les yeux brillants et le sourire large il répondit simplement :

« *Merci !* ».

Je choisis de relater cet épisode pour introduire ce chapitre parce qu'il me semble que la contextualisation de la Prévention de la Transmission Mère-Enfant (PTME) du VIH dans le système de santé public en Inde s'impose en préambule. Je ne l'aborderai que très brièvement sous l'angle des carences des soins de santé de la reproduction. Sur les politiques coloniales et post coloniales de la santé en Inde le lecteur se référera à Jeffery (1988). A propos du fonctionnement du secteur de la santé dans le contexte global, et pour une critique des politiques d'ajustement structurel en Asie du Sud et en Inde en particulier, les travaux de Qadeer *et al.* (2001) peuvent être consultés.

Sur le sujet de la santé de la reproduction en Inde, de nombreux travaux décrivent les dysfonctionnements des soins obstétricaux, dont le manque de coordination entre les services, le déficit en personnel et en spécialistes, l'absence d'équipement, les

fréquentes ruptures de stocks de médicaments, et l'impossibilité de réaliser des transfusions sanguines en urgence (Ramasubban et Jejeebhoy, 2000). Par ailleurs, des études rapportent les mauvais traitements des patientes en salle d'accouchement (Ram, 1994). C'est dans un contexte d'insuffisance quantitative et qualitative des soins de santé maternelle et infantile que les programmes de PTME du VIH sont aujourd'hui initiés en Inde. La plupart de ces programmes sont menés dans des hôpitaux gouvernementaux du secteur tertiaire, principalement dans les hôpitaux universitaires. Il n'existe, en effet, aucun programme de PTME dans les structures secondaires et primaires et dans les cliniques privées.

Ces programmes consistent en la mise en place de dépistage du VIH en consultations prénatales et en l'initialisation de protocoles de médicaments antirétroviraux (ARV) prophylactiques à régime court. L'ajout des activités de PTME parmi les activités courantes des soins obstétricaux (consultations prénatales, accouchements, hospitalisation du *post partum*) est complexe et se joue à deux niveaux. D'une part, les programmes de PTME du VIH modifient les représentations et les attitudes des patientes et de leurs familles vis-à-vis des services des maternités concernées. Par ailleurs, ces activités obligent à une modification du fonctionnement habituel des services et des rôles donnés au personnel soignant. C'est ce deuxième aspect que ce chapitre propose d'étudier à partir d'un recueil de données mené à l'hôpital de district de Nammakkal. Ce chapitre est issu d'une recherche menée dans le cadre du projet « Transmission du VIH et pratiques d'accouchement en Inde du Sud, approche anthropologique » initié par le Centre de Recherche Cultures, Santé, Sociétés de l'Université d'Aix-Marseille. Le recueil a été organisé selon les techniques classiques de l'anthropologie à savoir l'observation participante et la réalisation d'entretiens semi directifs avec le personnel de soin de la maternité, avec le personnel chargé du programme de PTME du VIH et avec des patientes dans la salle d'attente de la consultation prénatale¹. Ayant coordonné des programmes de santé maternelle et infantile pour des organisations internationales, je suis consciente des difficultés inhérentes à la mise en œuvre de tout projet d'innovation. Les critiques du programme et du fonctionnement de l'hôpital de Nammakkal issues de cette ethnographie visent à être constructives. Elles ont été partagées oralement avec l'ensemble de l'équipe responsable des activités de PTME du VIH à Nammakkal. Mon propos ne se veut en aucun cas une dénonciation. Pour plus de précisions au sujet de la distance qui sépare les objectifs annoncés d'un projet d'innovation de la mise en œuvre effective de ses activités on lira l'ouvrage de Olivier de Sardan (1995). Voyons maintenant en quelques lignes le contexte de l'épidémie à VIH en Inde et la problématique de la PTME dans ce pays.

¹ Soit trois infirmières et quatre auxiliaires infirmières sages-femmes de la salle d'accouchement, le médecin, la coordinatrice, deux infirmières, trois conseillers, une nutritionniste et une laborantine du programme VIH, ainsi que sept patientes de la consultation prénatale

L'épidémie à VIH et la PTME en Inde

Selon les dernières estimations officielles, 5,1 millions de personnes vivent avec le VIH/Sida en Inde aujourd'hui. La prévalence du VIH continue d'augmenter et il existe de nombreuses disparités entre états et entre districts. La moyenne nationale de prévalence chez les adultes est de 0,92 % mais dans certains districts, plus de 4 % des adultes sont infectés. (NACO, 2005). Le VIH ne concerne plus uniquement les personnes dites à risques mais les adolescents et les femmes en âge de procréer célibataires ou mariées. 25 % des adultes infectés par le VIH sont des femmes dont les trois quarts sont issues des communautés rurales et urbaines défavorisées (*ibid.*).

En Inde, le premier cas de Sida a été identifié en 1986 dans un hôpital de Vellore au Tamil Nadu. Dans de nombreux pays du Sud, la réactivité des pouvoirs publics a permis la mise en place effective de programme de prévention et de traitement (Bourdier, 2004). Mais la position collective du gouvernement et d'une majorité de citoyens de déni de la maladie ainsi que l'argument de l'existence d'une protection biologique, naturelle et culturelle de l'Inde à l'infection à VIH ont été responsables du retard de la mise en place des actions. En 1990, alors qu'aucune orientation claire n'était donnée par le gouvernement pour la lutte contre le VIH/Sida, quelques ONG ont initié des programmes de prévention. Les agences internationales, concernées par l'impact de l'épidémie à VIH sur l'ensemble du sous-continent indien, ont annoncé leur intention de financer des programmes d'intervention (Bourdier, 1997).

L'Organisation Nationale pour le Contrôle du Sida (*National AIDS Control Organisation* : NACO) a été créée en 1989. Ses objectifs spécifiques étaient de changer le comportement des populations à risque, de décentraliser des services avec la mise en place des *State AIDS Control Societies* (SACS), d'assurer la protection des droits de l'homme et de mener des recherches opérationnelles (Shaukat et Panakadan, 2004). En 2002, trois Etats – Maharashtra, Tamil Nadu et Manipur – regroupaient presque 75 % des cas d'infection à VIH déclarés. Une majorité de cas (76,2 %) était imputable à la transmission hétérosexuelle, 7,4 % à l'exposition au sang et à des produits sanguins infectés, et 6,3 % à l'utilisation commune de seringues. A cette période, un nouvel axe de prévention a été engagé par le NACO. Il consistait en la création de centres de conseil et de dépistage volontaire dans tous les hôpitaux généraux et dans d'autres institutions. Cette initiative incluait également la formation de conseillers et la possibilité pour les femmes enceintes infectées par le VIH d'avoir un dépistage et un traitement ARV prophylactiques assurant la prévention de la prévention verticale du VIH. A partir du premier avril 2004, dans les états dont la prévalence du VIH est la plus élevée (Tamil Nadu, Andhra Pradesh, Karnataka, Maharashtra, Manipur et Nagaland), l'accès au traitement ARV a été donné aux enfants de parents vivant avec le VIH/Sida ainsi qu'aux femmes et aux hommes atteints d'un Sida déclaré (Cohen et Salomon, 2004). Les critères d'inclusion dans les protocoles ART sont pour les adolescents et les adultes : VIH confirmé et une des conditions suivantes : Stade IV (stade avancé sans tenir compte du taux de CD4), Stade III avec taux de CD4 inférieur à 350/mm³, Stades I, II, III avec taux de CD4 inférieur à

200/mm³ (NACO, 2004b). Ce volet, actuellement mis en œuvre dans les hôpitaux universitaires gouvernementaux des états cités, devrait être étendu dans d'autres régions du pays.

En ce qui concerne la PTME du VIH, dans les états les plus touchés par l'épidémie, la prévalence du VIH chez les femmes enceintes dépistées en consultation prénatale a été estimée de 1 à 2 %. Le nombre de femmes infectées par le VIH pourrait être plus ou moins élevé puisque ces chiffres ne reflètent qu'une partie de la réalité. En effet, parmi les 27 à 28 millions d'enfants qui naissent chaque année en Inde, 45 % sont nés à domicile et 55 % en milieu institutionnel. De nombreuses femmes accouchent à domicile sans avoir eu aucun contact avec les centres de consultations prénatales (Chatterjee, 2003). En mars 2000, l'UNICEF et le NACO ont initié sous l'égide du gouvernement un programme de traitement par AZT, financé par l'UNICEF. Ce programme a été introduit par le gouvernement dans onze institutions des cinq Etats les plus touchés. Une analyse de cette expérience a révélé les difficultés de mise en œuvre du programme et les défauts de mise en œuvre et de suivi des protocoles ARV. C'est sur cette base qu'une nouvelle initiative fut lancée en remplaçant le protocole AZT par les deux doses de névirapine. Dans le cadre du protocole AZT, les patientes recevaient à partir de la 26^e semaine de grossesse le traitement pour un mois, jusqu'à l'accouchement. Les nouveau-nés étaient également mis sous traitement remis mensuellement aux patientes jusqu'à l'âge de 18 mois. L'application du protocole court névirapine prévoit uniquement la dotation de deux doses respectivement pour la mère, au début du travail d'accouchement, et pour l'enfant, dans les 72 heures qui suivent la naissance. Avec le financement du Fond Global de Lutte contre le Sida, la Tuberculose et la Malaria (GFATM) le gouvernement prévoit l'élargissement des programmes de traitement et de prévention en partenariat avec le secteur privé. Les nouvelles activités concernent la prévention primaire, le planning familial, les centres de dépistages et de conseil, l'accès à la névirapine. De manière plus spécifique, cette initiative vise à élargir les interventions de PTME du VIH de 81 hôpitaux du secteur public, à 344 structures hospitalières publiques et privées de niveau secondaire et tertiaire (Ekstrand *et al.*, 2003).

En pratique, la mise en œuvre des programmes de PTME s'avère parfois difficile en Inde. Des auteurs mettent certes en évidence une baisse notoire des pratiques de discrimination à l'égard des personnes infectées, et une meilleure connaissance du public sur les questions de prévention et de traitement du Sida. Mais cette prévention s'avère complexe dans un contexte où de nombreuses femmes accouchent à domicile, ou dans des structures – comme les centres de santé primaire ou les cliniques privées – où il n'existe aucune prise en charge de l'infection à VIH. Parmi les femmes dont les grossesses ont été suivies dans les maternités mettant en place un programme de PTME, certaines sont perdues de vue avant l'accouchement (Buhendwa *et al.*, 2004). Les femmes sont désireuses de protéger leur enfant de l'infection à VIH mais n'ont pas toujours les moyens de suivre les modalités des protocoles de prévention telles que définies dans les guides. Par peur du stigmate et de la discrimination liés au VIH/Sida, de nombreuses femmes ne révèlent pas leur infection à leur conjoint et/ou aux membres de leurs familles (Balaba *et al.*, 2004 ; Chandra *et al.*, 2003 ; Deepthivarma et Chandra, 2004 ; Mkhatshwa et Magagula, 2004). Ces femmes ne peuvent se rendre aux visites anténatales régulières requises par de nombreux protocoles et préfèrent

accoucher en dehors de la structure. Quand les mères n'accouchent pas dans les maternités chargées de leur suivi, l'administration de la deuxième dose de névirapine aux enfants nés de mères infectées par le VIH pose de nombreux défis. Au total, les contraintes économiques et sociales poussent les femmes à accoucher à la maison ou dans d'autres structures que celles où se déroule le programme de PTME du VIH (Vijayakumari *et al.*, 2004).

A la lumière de ces données générales sur le contexte d'épidémie à VIH en Inde et sur les enjeux de la prévention de la transmission mère-enfant, l'objectif de ce chapitre est de décrire la complexité du problème du point de vue du personnel soignant grâce à l'exemple du programme de PTME mené à l'hôpital de Nammakkal. L'anecdote, rapportée au sujet du « GMO », vise à donner le ton de mon propos. Loin de se limiter à une description des pratiques des soignants, ce récit vise à souligner la façon dont chacune des personnes évoquées joue, à son niveau, un rôle fondamental dans le trajet thérapeutique des patientes. Cette perspective « intime » sur les soignants espère contribuer à éclairer des enjeux sociaux et comportementaux de la PTME du VIH en Inde.

Le programme de PTME à l'hôpital de Nammakkal

En 2000, le département de médecine expérimentale de M.G.R. *Medical University* à Chennai, lance un programme pilote à l'hôpital de district de Nammakkal. Pour la première fois, en Inde, un hôpital propose un service de dépistage volontaire et gratuit du VIH, un programme de PTME, et l'accès gratuit au traitement par antirétroviraux lorsque nécessaire. Il consiste à la mise en place d'activités spécifiques de PTME menées en parallèle des activités quotidiennes de la maternité de l'hôpital, au niveau des consultations prénatales, du bloc obstétrical et du service d'hospitalisation des accouchées de la maternité. C'est donc un programme mis en place de manière verticale avec des activités de conseil et d'informations, des pratiques de test de dépistage du VIH, des mesures de protections à l'accouchement, et la mise en place d'un protocole névirapine avec un suivi à domicile dans certains cas.

Ce programme est mis en œuvre par une équipe « temporaire » de médecins, infirmières, techniciens de laboratoire, recrutés dans le cadre du projet PTME. Les activités obstétricales « standards » sont assurées par le personnel « permanent » de l'hôpital, médecins, infirmières, et auxiliaires infirmières sages-femmes. Je propose d'effectuer une distinction entre ces deux catégories de personnel « temporaire » et « permanent » dans la mesure où des logiques très différentes sont apparues dans leurs pratiques et représentations. Ces différences semblent liées à la nature de leur trajet individuel, à leurs activités professionnelles quotidiennes ainsi qu'à leur statut au sein des programmes.

Les acteurs spécialement recrutés pour le programme VIH composent une équipe jeune et dynamique de nouveaux diplômés². Tous ont quitté le confort du cocon parental et de leur ville universitaire pour intégrer le programme. Certains se sont installés seuls, d'autres en colocalitaires à Nammakkal, une ville étouffante et poussiéreuse dont le taux de prévalence de l'infection à VIH est le plus élevé de la région. Les membres de l'équipe reconnaissent que la motivation initiale de leur recrutement était une opportunité de travail correctement rémunéré. Tous témoignent d'une profonde satisfaction à mener leurs activités respectives. Ils travaillent dur chaque jour, excepté le dimanche, et souvent jusqu'à une heure tardive. A ma surprise de retrouver l'équipe au complet un an après ma première visite, tous affichaient un sourire de satisfaction en expliquant de manière unanime :

« Oui, on est toujours là, c'est grâce au Dr. Samuel, notre guru ».

L'équipe « PTME du VIH » a pour principale fonction les activités de conseils et de dépistage (menées de manière séparée des activités courantes de consultations), l'encadrement, la formation et la motivation de l'équipe médicale et paramédicale du bloc obstétrical de l'hôpital pour l'application des bonnes pratiques d'accouchement spécifiques à la PTME du VIH. Après quatre ans de mise en œuvre du programme, cette équipe témoigne d'une diminution des difficultés majeures de rejet, de stigmatisation et de refus de soins de la part de l'équipe de l'hôpital. Les réticences de l'équipe médicale permanente à prendre à charge les femmes enceintes infectées par le VIH demeurent. Une infirmière du programme de garde 24h/24 est toujours appelée lors de l'accouchement d'une femme infectée par le VIH. Son rôle est de s'assurer de l'utilisation du kit de protection, et de la délivrance des doses respectives de névirapine à la femme pendant le travail (200 mg), et au nouveau-né dans les 72 heures qui suivent l'accouchement (2 mg/kg). La contrainte majeure du programme repose sur la difficulté pour les infirmières du programme à faire appliquer les bonnes pratiques à l'équipe du bloc obstétrical. L'absence de pouvoir que leur confèrent leur jeunesse et leur statut de personnel « temporaire » face au personnel de l'hôpital semble aller à l'encontre de l'objectif de changement des pratiques en salle d'accouchement que leur présence est supposée servir.

Les acteurs permanents du département obstétrical de l'hôpital, gynécologues, infirmières et auxiliaires infirmières sages-femmes³, s'habituent difficilement aux modalités des activités portées par le programme de PTME du VIH. Cette équipe, non formée de manière continue, non dirigée par l'énergie novatrice ou la pression institutionnelle d'une quelconque personne d'encadrement, assure en routine une succession répétée d'actes de soins jamais questionnés. La construction des pratiques professionnelles de cette équipe illustre bien la théorie des normes pratiques énoncée par Olivier de Sardan (2001). Ces pratiques combinent, en effet, une culture professionnelle locale et une culture bureaucratique privatisée. La première incorpore

² Il y a aussi deux seniors dans cette équipe. Leurs discours sont aussi illustratifs de l'impact des trajets individuels sur la construction du rapport à la profession de soignant et de la relation au patient.

³ Bénéficiant d'une formation de 18 mois après la 10^è classe (soit la troisième dans le système français), les auxiliaires infirmières sages-femmes sont chargées du suivi du travail et des accouchements.

de nombreux éléments de modèle officiel de l'apprentissage d'une profession avec des habitudes, des routines et des tours de main correspondants à un savoir-faire, à des ajustements liés au site, au fonctionnement particulier des structures, à la hiérarchie en place, aux relations entre collègues, et aux conditions matérielles et financières. La seconde regroupe différents traits caractéristiques des administrations : « privilégisme », « privatisation interne », et clientélisme (Olivier de Sardan, 2001). Dans ce contexte, l'adaptation à un programme d'innovation par exemple est complexe puisqu'elle nécessite un réajustement de l'ensemble des paramètres à l'œuvre dans la composition des pratiques. Ainsi, comme l'explique une responsable de cette équipe, la réticence initiale d'une majorité du personnel à prendre en charge les femmes infectées par le VIH s'explique non seulement par la peur de la contamination mais aussi par tous les changements d'habitudes et d'organisation que la mise en place du programme impose. Peu de changements de pratiques semblent opérer en salle d'accouchement. A ce jour, le personnel de garde continue d'appeler une des infirmières du programme de PTME en cas d'admission d'une patiente en travail infectée par le VIH.

Le contexte social intra hospitalier de la mise en œuvre du programme étant posé, je vais présenter le point de vue des soignants sur les activités. J'en décrirai deux aspects : les activités de conseils et de dépistage réalisées au niveau des consultations prénatales et les activités de la salle d'accouchement (auxquelles sont consacrées la majeure partie du texte).

Conseil et dépistage en consultations prénatales

A l'hôpital de Nammakkal, le conseil pré test VIH est organisé dans le hall d'attente des consultations prénatales. Toute patiente venant en consultation est d'abord reçue par la conseillère de l'équipe de PTME. Celle-ci est chargée de vérifier sur la carte de grossesse la réalisation effective du test du VIH et de proposer un dépistage le cas échéant. La séance de conseil a lieu autour d'une petite table au milieu du brouhaha des patientes et des enfants qui les accompagnent. Cette phase comporte la réalisation d'un conseil pré test et l'obtention du consentement des patientes pour la réalisation du test. Cette organisation du conseil aurait, selon les coordinateurs du programme, l'avantage pour les patientes d'écouter plusieurs fois les messages délivrés par les conseillères. Selon ces dernières, cette mise en scène « ouverte » du conseil ne porterait pas de préjudice au respect de la confidentialité. Leur recours à la modulation de la voix en fonction des messages à délivrer serait garant de la non-divulgaration des informations « sensibles ». Si en théorie, ce choix peut être contestable, en réalité, cette organisation du conseil n'a jamais été soulevée comme faisant problème pour les femmes que j'ai rencontrées. (On retiendra donc la proposition de Brown (1993) qui invite à une meilleure adaptation des règles de maintien de la confidentialité au contexte, et au patient).

Le test et l'annonce de son résultat sont faits dans l'intimité du laboratoire par la technicienne formée aux techniques de conseil. Le dépistage du VIH est systématiquement proposé aux patientes avant la consultation prénatale mais ces dernières ne l'acceptent pas toujours. Une infirmière du programme nous confie :

« Elles disent qu'elles doivent d'abord demander l'autorisation à leur mari, s'ils sont d'accord, elles reviennent, mais parfois on ne les revoit plus ».

Comme d'autres décisions d'ordre médical, et une majorité des décisions concernant la sphère domestique et sociale, en Inde, l'acceptation du test par les femmes est souvent conditionnée par l'approbation du conjoint. Afin de contourner cet argument du refus du test, les infirmières du programme ont coutume de demander aux patientes de venir en consultation avec leurs maris. Cette demande n'est cependant pas toujours entendue. Parmi les personnes les moins socialement favorisées, nombreuses sont les femmes qui ne peuvent se rendre en consultation qu'au prix de la perte d'une journée de salaire de leur mari journalier. Par ailleurs, l'accord du mari permet à certaines femmes de reculer voire d'éviter le test. Pour ces dernières, le risque médical des conséquences de la maladie apparaît comme inférieur au risque social de l'annonce de son diagnostic. En Inde, différentes études, dont les travaux de Chase *et al.* (2001), ont montré que les femmes infectées par le VIH sont sujettes à de nombreuses formes de violence et de discrimination : rejet de la maison familiale, refus de soins et de traitements, accusation de responsabilité de l'infection à VIH du mari. Par exemple, le médecin du programme témoigne de la façon dont les femmes se sentent seules responsables et coupables de leur infection à VIH et nous dit :

« Elles sont effrayées de l'annoncer à leur mari, terrorisées à l'idée d'avoir à lui demander d'utiliser un préservatif. Parfois elles disent seulement : "Le médecin a dit de l'utiliser" ».

Les questions de l'annonce du diagnostic et d'application des règles de prévention à l'intérieur du couple sont très complexes en Inde. En dehors des problèmes liés à la peur du rejet et de la discrimination, ceux liés aux rapports de genre et à la sexualité rendent difficiles la mise en œuvre des conseils reçus en consultation.

A l'hôpital de Nammakal, l'histoire personnelle de la patiente, sa motivation à se rendre dans la structure, la présence du conjoint ou d'un autre membre de la famille sont des facteurs qui vont influencer l'acceptation du test VIH en consultation prénatale. Cependant, les modalités d'organisation de cette activité sont aussi à considérer. La façon dont les différents temps du conseil (l'information, l'évaluation des connaissances pré et post test, l'obtention du consentement à la réalisation du test) sont présentés ainsi que le contexte de la consultation prénatale (attente, organisation, déroulement) vont déterminer le rapport de la patiente aux services proposés. Les patientes reçoivent les différents temps du conseil et du dépistage dans un contexte d'affluence des patientes les jours de consultations prénatales qui impose de longues heures d'attente avant l'examen obstétrical. Selon les patientes avec lesquelles j'ai eu l'occasion de parler, cette activité supplémentaire à l'hôpital – dont elles reconnaissent par ailleurs les bénéfices pour leur enfant à naître – vient augmenter et compliquer le temps alloué à la consultation. Les activités de PTME du VIH introduisent des temps supplémentaires d'attente lors de la consultation prénatale. L'attente du conseil, du test,

du résultat et du post test représentent à la fois une augmentation du temps normalement alloué à cette activité par la patiente et une source de stress, d'inquiétude et de malaise pour des femmes non préparées à cette expérience. Selon la *National Family Health Survey*, 1992-1993, le niveau de connaissances des femmes sur le VIH/Sida est, en effet, moyennement bas en Inde. Seules 40 % des femmes en âge de procréer avaient entendu parler du Sida au moment de l'enquête, 18 % parmi les femmes illettrées comparées aux 92 % parmi les femmes ayant terminé l'école secondaire (IPPS, 1995). Dans ce contexte, sans préjuger de leurs effets, le déroulement du conseil et la relation patient/soignant peuvent être regardés et entendus comme une nouvelle forme de pratique orale de soin. La parole ne tient pas lieu d'acte thérapeutique immédiat. Mais le suivi des préceptes qui ordonnent cette parole détermine l'accès futur aux traitements de la patiente qui reçoit ces informations. Si les femmes reçues dans le cadre des activités mises en place par le programme n'ont pas toujours la conduite attendue par les soignants, la façon dont ces activités sont menées est donc un critère déterminant de la prise en charge effective des patientes. L'étude de Painter *et al.* (2004), menée à Abidjan sur les difficultés expérimentées par les femmes avec le personnel chargé des programmes de PTME du VIH, est pertinente à ce sujet.

En amont du conseil pré test et de ses modalités, d'autres facteurs peuvent agir comme des barrières à la réalisation d'un dépistage et du traitement du VIH. Un matin où j'observais la séance de conseil dans la salle d'attente de la consultation prénatale, je vis trois patientes se faire refouler par la conseillère du programme PTME sous prétexte qu'elles s'étaient présentées sans la « carte verte de grossesse ». Celle-ci justifia son attitude par ce propos :

« Elle doivent d'abord faire enregistrer leur grossesse au Balwadi⁴, et la Village Health Nurse a le rôle de leur remettre ce carton ».

Il faudrait consacrer la totalité d'un chapitre au rituel et à la symbolique de l'écrit et des requis bureaucratiques dans les services de reproduction en Inde (et ailleurs). En ce qui concerne Nammakkal, la surcharge des travaux de rédaction de rapports et de remplissage de cahiers divers faisant suite à chaque acte médical ou paramédical est un point commun entre les « temporaires » qui doivent tout justifier aux bailleurs de fonds étrangers et les « permanents » sommés de satisfaire les exigences de leur administration. Le « diktat du papier » pénalise aussi les patients lors de l'accès aux services. Il vient suspendre une disponibilité, une écoute et une compréhension que les soignants n'ont pas toujours le temps, ou l'esprit, de leur consacrer.

Dans ce contexte, les paramètres liés aux patientes et l'ensemble des pratiques et des acteurs mobilisés autour de l'organisation du conseil vont déterminer le franchissement, ou non, de la première étape du soin de la patiente enceinte infectée par le VIH. Voyons maintenant comment, après le premier tri des patientes en consultation prénatale, les pratiques médicales et sociales en salle d'accouchement sont également déterminantes de la transmission verticale du VIH.

⁴ Le balwadi est en zone rurale une crèche gouvernementale gratuite pour les enfants en âge préscolaire. Chaque femme enceinte a le devoir de faire enregistrer sa grossesse auprès du personnel du Balwadi. Elle recevra en retour des rations alimentaires durant toute la période de gestation et dans l'année suivant son accouchement.

La prise en charge de l'accouchement

Théoriquement l'accouchement d'une femme enceinte infectée par le VIH s'accompagne, en dehors de la mise en place d'un protocole ARV, de certaines mesures et de pratiques obstétricales spécifiques dont l'objectif est de limiter la transmission verticale du VIH pendant la durée du travail et au moment de la naissance. Dans les pays dits « à ressources limitées » (par les institutions internationales de développement) il est conseillé aux accoucheurs de ne pas avoir recours à l'épisiotomie en dehors d'une indication médicale (présentation du siège, forceps, souffrance fœtale). La pratique systématique de rupture artificielle des membranes est déconseillée. L'impact de ce geste sur la transmission mère-enfant du VIH est supérieur au risque lié à la durée du travail d'accouchement. Une durée de rupture des membranes supérieure à quatre heures augmente le risque de transmission. Par conséquent cette pratique doit être limitée au cas de souffrance fœtale ou d'une progression anormale de la durée du travail. L'utilisation de produit ocytotique est à éviter. Toute manipulation comme la rotation de l'enfant en cas d'une présentation du siège est proscrite. De même les interventions pouvant mettre en contact le sang de la mère et du fœtus, type recueil de sang sur le scalp fœtal et pose d'électrode fœtale sont à proscrire (WHO, 2004).

À l'hôpital de Nammakal, les pratiques obstétricales recommandées ne sont pas toujours appliquées et se heurtent aux pratiques sociales des soignants (par exemple, liées à la peur persistante de la contamination) et des soignées (par exemple, liées à la peur persistante de la discrimination).

Alors que l'équipe du bloc obstétrical pratique depuis de nombreuses années des accouchements sans avoir connaissance du statut sérologique de la patiente, l'annonce du « cas VIH+ » soulève des réactions de peur et de rejet. Par exemple, une auxiliaire infirmière sage-femme exerçant en salle d'accouchement rapportait le cas d'une femme infectée par le VIH qui devait subir une césarienne en urgence en raison d'une détresse fœtale. Le débat entre les différentes personnes de l'équipe médicale présentes à ce moment s'était, selon elle, posé en ces termes :

« Pourquoi faut-il sauver l'enfant, la mère est séropositive, elle va mourir de toute façon ? ».

Sa collègue concluait sur une note positive :

« Avant on avait peur de s'occuper des femmes séropositives, maintenant on le fait, on verra bien ce qui arrivera ! ».

En un an, selon les propos de la coordinatrice du programme PTME, il y aurait eu sept morts fœtales dues à des césariennes faites trop tard pour des patientes infectées par le VIH. Lors d'un entretien avec le *General Medical Officer*, également chirurgien orthopédiste, je l'avais invité à évoquer le problème récurrent de refus des chirurgiens – dont les gynécologues – d'opérer des patients infectés par le VIH, et il m'avait dit :

« Si ces patientes ont leur césarienne en clinique privée, elles devront payer 15 000 roupies⁵, parfois plus. Si elles l'ont à l'hôpital, le médecin ne gagnera rien. Le problème, ce n'est pas la stigmatisation. C'est la peur. On a les kits de protection, on a les kits de traitements antirétroviraux prophylactiques pour le personnel, mais cela ne suffit pas. Que se passera-t-il pour leur famille si les chirurgiens sont contaminés ? Il faudrait avoir un système d'assurance : s'ils sont contaminés par le VIH dans le cadre de leur exercice professionnel, après leur décès, on donne une pension à leur famille ».

Le NACO a certes émis une politique très précise concernant les accidents d'exposition au sang par les professionnels de la santé, mais si les conduites à tenir immédiates sont bien détaillées, aucune information n'est mentionnée au sujet d'éventuelles indemnités du personnel soignant en cas de séroconversion à VIH (NACO, 2004a). Par ailleurs, théoriquement, dans tous les hôpitaux indiens, les traitements ARV sont disponibles en cas de nécessité. Mais selon l'étude menée par Chogle *et al.* (2002) dans un hôpital de Bombay, il s'avère que parmi le personnel hospitalier, peu de personnes sont au courant de cette mesure. Également, le *Central Government Health Scheme* (CGHS)⁶, initié en 1954 et mis en œuvre par le Ministère de la Santé et du Bien-Être de la Famille, est le programme principal de sécurité sociale dont peuvent bénéficier les employés du gouvernement et leurs familles. Parallèlement à ce système, il existe de nombreuses compagnies d'assurance privées dont peuvent bénéficier les classes moyennes et aisées (Srinivasan, 2001). Il n'existe pas de clause particulière concernant la contamination professionnelle par le VIH. Face à ce manque d'informations claires, les craintes des chirurgiens face à la contamination semblent légitimes. Il faut ajouter qu'il n'était aucunement question dans le discours du GMO des autres catégories de personnel de l'hôpital. Pourtant, si les chirurgiens sont effectivement des praticiens à risque élevé d'accident d'exposition au sang contaminé par le VIH, l'ensemble du personnel de l'hôpital l'est également.

Selon mes observations en salle d'accouchement, aucune mesure de précaution n'était mise en place pour la gestion du matériel de ponction et des déchets. Le recapuchonnage des aiguilles était fréquent et les aiguilles utilisées ainsi que les compresses souillées étaient jetées dans une poubelle. La persistance de ces pratiques, contrairement aux « précautions universelles » recommandées par l'OMS (Anonymous, 1988) n'était pas mentionnée par l'équipe « permanente » comme des prises de risques répétées de contamination par le VIH. Par contre, l'absence de gants couvrant les avant-bras⁷ lors de l'accouchement d'une femme infectée par le VIH était régulièrement désignée comme une insuffisance des moyens de protection mis à leur disposition par l'équipe de PTME. Une infirmière sage-femme de garde nous dit à ce sujet :

« Les gens du programme de PTME nous envoient des femmes infectées par le VIH et nous demandent de les accoucher. C'est d'accord on est là pour faire les

⁵ Soit 270 euros environ. Pour une femme non infectée par le VIH, le coût d'une césarienne dans une clinique privée est de 7 000 à 10 000 roupies.

⁶ Voir le site <http://mohfw.nic.in/cghsinfo.pdf>

⁷ Dans les pays du Nord, ces gants sont mis à disposition du personnel médical de la salle d'accouchement pour la pratique des révisions utérines.

accouchements. Mais si quelque chose ne va pas pour nous suite à ces accouchements, qui va prendre soin de nous ? Maintenant, vous êtes là et vous observez directement comment on travaille ici. Quand j'examinais la femme enceinte pour savoir à quel moment elle allait accoucher, la membrane amniotique s'est rompue et j'ai reçu du liquide sur les mains jusqu'à l'avant-bras. Ceci arrive très souvent. Et s'il y a des blessures sur mon bras et que le liquide amniotique va dessus alors je serai moi aussi infectée ».

Si il existe des kits de protection à disposition dans le cas de l'accouchement d'une patiente dont l'infection à VIH est connue, aucune autre mesure n'est disponible en routine. Ce problème est connu de l'équipe du programme de PTME du VIH. Selon sa coordinatrice, l'utilisation des kits de protection est impossible dans ce cadre puisque dans l'éventualité d'une séronégativité de la patiente, l'utilisation du kit serait difficilement justifiable auprès des bailleurs de fonds du projet.

Au-delà de la mise à jour de cette contrainte budgétaire du programme, ces données montrent la façon dont l'efficacité protectrice des gants est surestimée par le personnel de la salle d'accouchement. L'absence de gants est ressentie par ces femmes comme un risque majeur de prise de risque alors que le risque de contamination par une aiguille souillée avec du sang contaminé est beaucoup plus élevé. En effet, le risque d'infection suite à une exposition des muqueuses oculaires, nasales et buccales, ou suite à un contact d'une peau écorchée ou griffée avec du sang contaminé est inférieur à 0,1 %. Le risque suite à une piqûre ou une blessure avec une aiguille ou un instrument souillé est estimé à 0,3 %. (NACO, 2004a). Ces discours des infirmières au sujet des gants reflètent la façon dont ceux-ci peuvent être vus comme une métonymie de la reconnaissance professionnelle du personnel paramédical (Desclaux, 1998a).

Ajoutée à la peur persistante de la contamination chez le personnel de la maternité, la peur persistante de la discrimination, chez les patientes et leur famille, est une autre difficulté de la mise en œuvre du programme de PTME en salle d'accouchement. Ainsi, certains accouchements continuent de se faire sans que le statut sérologique de la patiente soit connu, soit parce que le contexte d'urgence d'une situation ne permet pas la réalisation du test, soit parce que les patientes refusent de communiquer le résultat d'un test rendu positif lors de la consultation anténatale.

Généralement, les femmes suivies depuis la première consultation anténatale et ayant bénéficié des séances de conseil peuvent aisément bénéficier de l'ensemble de procédures de prise en charge de PTME du VIH. Dans le cas d'une femme amenée dans l'urgence, ces mesures sont difficilement applicables. Le respect des règles de consentement éclairé empêche la réalisation d'un test à l'insu de la patiente. Si l'état de celle-ci ne lui permet pas de donner son accord sur la pratique du test, l'autorisation du conjoint ou d'un membre de la famille présent est sollicitée. Mais selon les dires du personnel de la maternité et du programme VIH, il apparaît que les familles, n'ayant pas reçu d'information préalable sur le test, n'acceptent pas sa réalisation dans l'urgence. Au total, l'absence du temps de l'information, conjuguée à l'urgence de la situation obstétricale et vitale, ne permet pas la pratique du test VIH. Selon la coordinatrice du programme cette situation conduit l'équipe médicale à pratiquer les

gestes nécessaires de « sauvetage » de la mère et de l'enfant, en oubliant ceux de protection vis-à-vis du VIH et de mise en place d'un protocole ARV.

Des témoignages de soignants relatent également des pratiques de certaines patientes qui montrent clairement la persistance de la peur de la stigmatisation et ses conséquences dans la structure bénéficiant d'activités de PTME du VIH. Une auxiliaire infirmière sage-femme nous dit :

« Elles nous donnent tous leurs papiers, tous leurs tests, sauf celui du HIV, elles disent qu'elles l'ont perdu. Dans ce cas on refait le test, mais souvent elles accouchent avant qu'on ait le résultat. Quand on a les mains pleines de sang, et qu'on a parfois reçu du liquide amniotique sur le visage, là on apprend qu'elle est séropositive ».

Cette anecdote soulève le problème de la peur de la discrimination des personnes infectées par le VIH à l'hôpital et montre un exemple des pratiques engendrées par cette crainte. Dans le cadre d'un programme de PTME du VIH, cette situation d'absence de déclaration de l'infection à VIH d'une patiente devrait être aisément gérée par la personne de garde en salle d'accouchement. La récurrence de ce problème semble tenir aussi bien du manque de visibilité du programme dans l'hôpital que des carences en formation du personnel de la salle d'accouchement chargé, indirectement, de le faire fonctionner. Dans l'éventualité d'une formation correctement intégrée, l'auxiliaire infirmière sage-femme aurait pu réagir différemment face à la non-divulgaration des résultats du test par la patiente. Cette soignante aurait pu, par exemple, rassurer la patiente sur l'absence de discrimination pratiquée à l'hôpital. Elle aurait également eu les arguments pour lui expliquer l'importance de la divulgation du résultat du test, premièrement pour la mise en place immédiate du protocole ARV et deuxièmement pour la protection de la personne chargée de son accouchement.

De manière similaire, l'exemple qui va suivre est une seconde illustration du manque de formation du personnel en salle d'accouchement sur les questions du VIH.

Une auxiliaire infirmière sage-femme nous racontait qu'un jour où elle s'occupait d'une femme infectée par le VIH devant subir une césarienne, les parents de la patiente l'avaient suppliée de ne pas révéler le résultat du test VIH au mari de celle-ci. Cette soignante nous dit :

« Ils (les parents de la patiente) m'ont demandé de sauver la vie de leur fille. Celle-ci avait quinze ans environ. Je n'ai pas discuté avec elle du VIH, et comment elle l'avait eu. Comme son mari est aussi très jeune, il n'a pas de moustache, je lui ai promis que je ne dirais à personne, ni à son mari. Par contre, je lui ai dit de pratiquer le "safer sex" avec son époux. "S'il est en vie" lui ai-je dit, "il s'occupera de toi et de ton bébé. Ne lui transmets pas la maladie" ».

La pratique des soignants ne se limite pas aux soins médicaux. Les soins sont aussi une rencontre, qui « par leur caractère essentiellement relationnel, (...) se déploient en soulevant les questions d'identité, de reconnaissance et d'altérité » (Saillant et Gagnon, 1999). Le soignant devient alors un confident, un médiateur ou comme dans le cas suivant un médiateur « par omission » doublé d'un conseiller. Cet exemple illustre la façon dont se construit la réponse de la soignante face à une demande d'aide.

Premièrement, la soignante accepte de ne pas révéler l'infection à VIH de la patiente. Ce discours peut être perçu par la famille, et peut-être par la soignante, comme un signe de compassion. Il est aussi une façon de ne pas « remuer » l'histoire étiologique de la contamination de la jeune patiente. Dans un cadre professionnel médical *stricto sensu*, cette attitude n'est généralement qu'un simple respect du code de déontologie et du secret médical. Elle consiste à ne pas divulguer à un tiers une information concernant un patient sans l'autorisation de celui-ci. En pratique, le maintien de la confidentialité d'un test HIV est un dilemme. (Sur la déontologie médicale, en Inde, le lecteur pourra consulter le rapport de Alok Mukhopadhyay, 1997). Le respect du secret médical n'est pas clairement explicité par le *Indian Medical Council*⁸, dont le dernier amendement précise au contraire que les registres médicaux peuvent être consultés par le patient, par les accompagnants autorisés par le patient (aucune information sur les modalités du don de cette autorisation n'est mentionnée) et par une autorité légale (Divan, 2002).

La deuxième partie du discours de cette soignante est une recommandation de pratique préventive et de ses avantages qui, donnée dans l'urgence et le stress d'une phase préopératoire, est louable. Si celle-ci avait reçu une information et/ou une formation appropriée, et si elle avait eu le désir ou la présence d'esprit de donner un conseil applicable, cet échange aurait pu être particulièrement fructueux. Cette infirmière aurait pu dire à la jeune femme de revenir en « *counselling* » seule puis avec son mari. Cette séance aurait eu pour objectif d'aider le couple à mettre en pratique ultérieurement le « *safer sex* » recommandé. On sait, en effet, que dans bien des contextes géographiques, culturels et sociaux, la négociation du port du préservatif avec le partenaire est difficile, voire souvent impossible.

La mise en œuvre du programme de PTME à Nammakkal en salle d'accouchement se heurte à différentes contraintes. Ces dernières sont liées aux insuffisances d'information du personnel « permanent » de la maternité en matière de protection médicale et sociale face aux accidents d'exposition au sang, aux insuffisances d'application des pratiques universelles de protection, au manque de visibilité du programme pour le public, aux déficits de formation et d'implication de cette équipe dans les activités liées au VIH. La mise en œuvre verticale de ce programme a également pour conséquence une incohérence des pratiques en salle d'accouchement. Les activités spécifiques de PTME du VIH – utilisation des kits d'accouchements spécifiques au « cas VIH » et à l'application du protocole ARV – sont, en effet, menées en l'absence totale d'activités destinées à améliorer la qualité des soins généraux et obstétricaux.

J'ai observé de nombreuses fautes d'asepsie lors des accouchements. Alors que le matériel (ciseaux, pince Kocher, sonde urinaire) est censé être lavé et stérilisé avant chaque utilisation, il ne fait l'objet après un accouchement que d'un nettoyage rapide au Detol (produit antiseptique) et d'un rinçage à l'eau chaude. La désobstruction des voies respiratoires du nouveau-né avec l'aide d'une poire en caoutchouc bien que reconnue inefficace et particulièrement septique est toujours pratiquée. Par ailleurs,

⁸ (Professional Conduct, Etiquette and Ethics) Regulations, 2002, passed under Sections 20A and 33(m) of the Indian Medical Council Act, 1956 Voir le site du Medical Council of India: <http://www.mciindia.org/>

des pratiques obstétricales standardisées sont effectuées. Elles consistent en la pose d'une perfusion d'un sérum glucosé systématique, additionné d'ocytocine⁹, d'une injection de pentocine¹⁰ en intra musculaire et à la rupture artificielle de la membrane amniotique si l'avancée de la dilatation cervicale est jugée insuffisante. Il ne semble pas exister de distinction du statut sérologique VIH de la patiente dans l'application de ces pratiques, alors que, comme je l'ai décrit ultérieurement, il est connu que certaines favorisent la transmission verticale du VIH. Ce déficit des soins obstétricaux est d'autant plus préjudiciable que la grossesse et l'accouchement d'une femme infectée par le VIH, en particulier si l'infection est symptomatique, a une probabilité de complication plus élevée (Berer, 1999).

La dichotomie effectuée lors de la mise en œuvre du programme de PTME du VIH entre le personnel de l'hôpital et l'équipe « spécifique PTME » semble en partie responsable des défauts de mise en place des activités du programme. Cette décision initiale se traduit par une inadéquation fréquente des pratiques, des conduites et des discours du personnel de la maternité face aux besoins spécifiques des patientes infectées par le VIH.

Ce que nous rappellent les récits des acteurs de l'hôpital de Nammakkal est qu'à l'occasion du Sida, les pratiques et représentations des soignants sont bousculées. Non de manière préméditée, mais par « aveuglement programmatique¹¹ » le personnel « permanent » de l'hôpital subit le changement. Ces personnes se retrouvent confrontées à une situation où le projet ne leur donne pas les moyens de répondre aux objectifs fixés. Alors que leur ancienneté pouvait les laisser supposer d'une légitimité désormais acquise, la venue des acteurs du programme PTME du VIH vient renverser l'ordre hiérarchique des statuts. L'origine de leur désinvestissement vis-à-vis des activités du programme et des patientes infectées par le VIH repose en partie sur cette intrusion « mal vécue ».

Contrairement à l'équipe permanente de l'hôpital, le personnel « temporaire » trouve une valorisation professionnelle évidente à s'engager dans de nouvelles activités. Ces jeunes soignants forment une nouvelle catégorie de professionnels dont la valeur est basée autant sur leur implication professionnelle et la prise en compte du contexte social que sur leurs compétences scientifiques (Desclaux, 1998b). Leurs récits individuels relatent la façon dont une prise accrue de responsabilité, un gain de supériorité vis-à-vis des soignants « permanents » de l'hôpital (dont ils sont chargés de

⁹ L'ocytocine est une hormone sécrétée par l'hypophyse. Elle produit et renforce les contractions utérines du travail. Elle est utilisée en perfusion intraveineuse pour diriger et accélérer le travail d'accouchement.

¹⁰ La pentazocine à haute dose est identifiée comme un opiacé par les toxicomanes. Ce produit est utilisé en obstétrique pour « calmer » la patiente, relâcher et dilater le col de l'utérus. En France, cette pratique a été interdite il y a une vingtaine d'années suite à l'observation de cas de détresse respiratoire du nouveau-né.

¹¹ Je choisis ce terme pour nommer la façon dont dans les projets d'innovation, les impératifs bureaucratiques et les formatages segmentés de la pensée ont tendance à gommer la part intime et essentielle de l'action envisagée (Notes personnelles)

superviser les activités lors de la prise en charge d'une femme infectée par le VIH), et une reconnaissance des patientes (souvent rapportée par ces dernières) sont « les voies de leur enchantement professionnel » (Bouchayer, 1994).

Pourtant, les entretiens menés avec cette équipe ont révélé la difficulté de la moitié des personnes à informer leur entourage de la nature exacte de leurs activités professionnelles. Par exemple, une infirmière m'expliquait qu'il était hors de question pour ses parents en recherche d'un « *good match* » – un bon parti – pour leur fille de révéler la spécificité de sa profession aux familles des potentiels époux ou aux intermédiaires rencontrés. En Inde, malgré la popularisation du « *love marriage* », le mariage d'amour dans les films « *bollywoodiens* », le mariage arrangé continue, toute classe confondue, d'être la forme commune de rencontre des époux (voir l'ouvrage collectif dirigé par Patricia Uberoi, 1993). Un étudiant en fin de doctorat me dit également que ni ses parents ni sa famille n'étaient au courant de l'exactitude de ses activités à l'hôpital de Nammakkal et qu'ils n'avaient pas non plus connaissance de son sujet de recherche consacré à la transmission du VIH par l'allaitement.

Ce silence de certains acteurs de la PTME du VIH vis-à-vis de leurs familles pose bien sûr la nécessité de développer des activités de conseil à destination des personnes « temporaires » et « permanentes » impliquées dans le programme. Ceci nous oblige également à réfléchir sur la façon dont leur réalité professionnelle « recomposée » pour l'entourage est intimement vécue par ces jeunes recrues. Il m'est souvent apparu au cours de mes observations en Inde ou dans des échanges autour d'actes du quotidien et d'événements marquant les différentes étapes de la vie que bien souvent la part du choix donné à l'individu concerné est minime. L'éventualité d'un tel choix est aussi présentée par l'entourage familial et social (sur qui reposent les décisions) comme une prise de risque individuel et communautaire. Dans un contexte où les personnes atteintes par le VIH/Sida sont majoritairement rejetées, et dans un système « d'oppression sociale à la conformité », l'écart de la norme que représente le choix professionnel de s'impliquer dans la lutte contre le VIH/Sida et le non-dit sur ce choix semble représenter pour ces jeunes soignants une façon de s'octroyer un espace de liberté.

Remerciements

Je remercie Pragathi Vellore (Pondichery Institute of Linguistic and Culture) pour notre enthousiasmante et productive collaboration, les Drs. N.M. Samuel et J.S. Mini du département de Médecine Expérimentale de l'Université TN MGR de Chennai pour avoir accepté ma présence à l'hôpital de Nammakkal, et l'équipe de l'hôpital pour son accueil. Merci aux institutions partenaires du projet, le Pondichery Institute of Linguistic and Culture et l'Institut Français de Pondichéry, ainsi qu'aux bailleurs de fonds, l'Agence Nationale de Recherches sur le Sida et Ensemble Contre le Sida. Merci au Pr. Alice Desclaux pour sa lecture critique de ce texte.

Bibliographie

- Anonymous, 1988 - Update: Universal Precautions for Prevention of Transmission of Human Immunodeficiency Virus, Hepatitis B Virus, and Other Bloodborne Pathogens in Health-Care Settings. *Morbidity and Mortality Weekly Report. Centers for Disease Control and Prevention*, 37, 24 : 377-88.
- Balaba D., Judi A., King R., Kyeyune P., Kasolo S., 2004 - *Partnership between biomedical workers and traditional birth attendants; a strategy to scale up prevention of mother to child HIV transmission (PMTCT) in Rural Uganda*. Presented at XV International aids conference, E12118, Bangkok.
- Berer M., 1999 - HIV/AIDS, Pregnancy and Maternal Mortality and Morbidity: Implications for Care. in *Safe Motherhood Initiatives: Critical Issues*, M. Berer, T.S. Ravindran (Eds). UK, Blackwell Sciences, 43-50.
- Bhattacharya G., 2004 - Sociocultural and Behavioral Contexts of Condom Use in Heterosexual Married Couples in India: Challenges to the HIV Prevention Program. *Health Education and Behavior*, 31, 1 : 101-17.
- Bouchayer F., 1994 - Les voies du réenchantement professionnel. in *Les métiers de la santé. Enjeux de pouvoirs et quête de légitimité*, P. Aiach, D. Fassin (Eds). Paris, Anthropos, 201-25.
- Bourdier F., 1997 - *Of Research and Action. Contribution of Non Governmental Organisations and Social Scientists in The Fight Against The HIV/AIDS Epidemic In India*. Pondichéry, India, IFP, 460 p.
- Brown K., 1993 - Descriptive and normative ethics: class, context and confidentiality for mothers with HIV. *Social Sciences and Medicine*, 36, 3 : 195-202.
- Buhendwa M.L., Kazima G.J., Teck R., Manzi M., 2004 - *High uptake for PMTCT-VCT but high loss to follow-up before delivery. What are the options for PMTCT programmes?* Presented at XV International aids Conference. ThPeE7984, Bangkok.
- Chandra P.S., Deepthivarma S., Manjula V., 2003 - Disclosure of HIV infection in South India: patterns, reasons and reactions. *AIDS care*, 15, 2 : 207-15.
- Chase E., Aggleton P., Coram T., 2001 - *Stigma, HIV/AIDS and prevention of mother-to-child transmission. A pilot study in Zambia, India, Ukraine and Burkina Faso*. UNICEF, Panos Institute, 51 p.
- Chatterjee P., 2003 - Mother-to-child HIV transmission in India. *The Lancet Journal For Infectious Diseases*, 3, 12 : 744.
- Chogle N., Chogle M., Divatia J., Dasgupta D., 2002 - Awareness of post-exposure prophylaxis guidelines against occupational exposure to HIV in a Mumbai hospital. *Natl. Med. J. India*, 15, 2 : 69-72.

- Cohen P., Salomon S., 2004 - *Aids and maternity in India. From Public Health to Social Sciences Perspectives. Emerging Themes and Debates*. Pondichéry, Institut Français de Pondichéry, 275 p.
- Deepthivarma S., Chandra P.S., 2004 - *Opening the Pandora's box-the consequences of HIV related disclosure in India*. Presented at XV International Aids Conference. ThPeD7862, Bangkok.
- Desclaux A., 1998a - Des infirmières face au Sida. Impact de l'épidémie sur les rôles professionnels dans un service de pédiatrie du Burkina Faso. in *Vivre et penser le Sida en Afrique*, Becker, J.P. Dozon, Obbo, Touré (Eds). Paris, Codesria- Karthala-IRD, 541-58.
- Desclaux A., 1998b - Identités et rôles professionnels à l'épreuve du Sida. Des infirmiers au Burkina Faso. in *Des professionnels face au Sida. Evolution des rôles, identités et fonctions*. Paris, ANRS, 541-59.
- Divan V., 2002 - The Indian medical council regulations 2002. Non application of mind and spirit. *Lawyers Collective Magazine* (en ligne) http://www.lawyerscollective.org/lc-hiv-aids/magazine_articles/july_2002.ht
- Eckstrand M., Garbus L., Marseille E., 2003 - *HIV/AIDS in India*. San Francisco, AIDS Policy Research Center, University of California, 176 p.
- IPPS, 1995 - *National Health Survey (MCH and Family Planning), India 1992-93*. Bombay, International Institute for Population Sciences, 192 p.
- Jeffery R., 1988 - *The Politics of Health in India*. California, University of California Press, 348 p.
- Mkhatshwa H., Magagula N., 2004 - *Women themselves define access to PMTCT programmes - a dilemma*. Presented at XV international Aids Conference WePeD6449, Bangkok.
- Mukhopadhyay A., 1997 - *Report of the Independent Commission on Health in India*. Delhi, Voluntary Health Association of India, 365 p.
- NACO, 2004a - *Post Exposure Prophylaxis Guidelines for Occupational Exposure*. Delhi, National Aids Control Organisation, 6 p.
- NACO, 2004b - *Programme Implementation Guidelines for a Phased Scale up of Access to Antiretroviral Therapy for People Living with HIV/AIDS*. Delhi, National Aids Control Organisation, 35 p.
- NACO, 2005 - HIV Estimates 2004. (en ligne) www.naonline.org (consulté le 10 juillet 2005).
- Olivier de Sardan J.P., 1995 - *Anthropologie et développement. Essai en socio-anthropologie du changement social*. Paris, APAD Karthala, 224 p.
- Olivier de Sardan J.P., 2001 - La sage-femme et le douanier. Cultures professionnelles locales et culture bureaucratique privatisée en Afrique de l'Ouest. *Autrepart*, 11 : 61-73.
- Painter T.M., Diaby K.L., Matia D.M., Lin L.S., Sibailly T.S. *et al.*, 2004 - Women's reasons for not participating in follow up visits before starting short course antiretroviral prophylaxis for prevention of mother to child transmission of HIV: qualitative interview study. *British Medical Journal*, 329 : 543-6.

- Qadeer I., Sen K., Nayar K.R., 2001 - *Public Health and the Poverty of reforms. The South Asian Predicament*. New Delhi, Sage Publications, 544 p.
- Ram K., 1994 - Medical Management and Giving Birth: Responses of Coastal Women in Tamil Nadu. *Reproductive Health Matters*, 4 : 20-6.
- Saillant F., Gagnon E., 1999 - Vers une anthropologie des soins. Introduction. *Anthropologie et sociétés*, 23, 2 : 5-14.
- Shaukat M., Panakadan S., 2004 - HIV/AIDS in India: Problem and Response. in *AIDS in Asia. The Challenge Ahead*, J.P. Narain (Ed). New Delhi, Sage Publications, 175-92.
- Srinivasan R., 2001 - Health Insurance in India. *Health and Population Perspectives and Issues*, 24, 2 : 65-72.
- Uberoi P., 1993 - *Family, kinship and marriage in India*. Delhi, Oxford University Press, 502 p.
- Vijayakumari J.J., Mini J.S., Samuel N.M., 2004 - *Challenges encountered in administering the second dose Nevirapine to the infants born to HIV positive women in Namakkal PMTCT Project, India*. Presented at International AIDS Conference ThPeB7034, Bangkok.
- WHO, 2004 - *Prevention of Mother-to-Child Transmission of HIV Infection, Generic Training Package*. Geneva.

L'opérationnalisation du programme de prévention de la transmission mère-enfant du VIH en Haïti

Obstacles et perspectives

Marie Marcelle H. Deschamps

Introduction et Historique

En dehors de l'Afrique Sub-Saharienne, Haïti est le pays le plus affecté par le virus du Sida. Le VIH/Sida est apparu en Haïti vers les années 1979. Il est transmis par voie hétérosexuelle dans la majorité des cas, avec une proportion homme-femme de un pour un (Pape *et al.*, 1983). Actuellement, il est estimé qu'il y a autour de 220 000 personnes infectées, dont 50 % sont des femmes âgées de 15-49 ans, et près de 12 000 enfants (pour la plupart des orphelins) qui vivent avec le virus du Sida (Deschamps *et al.*, 1996). La dernière enquête de séroprévalence réalisée en Haïti, en 2002, montre un taux de séroprévalence de 3,4 % chez les femmes enceintes qui viennent en clinique prénatale (Gaillard *et al.*, 2002). Les facteurs culturels et les conditions sociopolitiques encouragent le multipartenariat et la tolérance du commerce du sexe, avec une forte prévalence des infections sexuellement transmissibles (IST) chez les femmes vues en consultation prénatale : 40 % de celles qui sont vues en milieu urbain et 30 % en milieu rural ont au moins une IST (Fitzgerarl et Simon, 2001). Sans intervention, 30 % des enfants qui naissent d'une mère VIH+ sont aussi infectés et 60 % de ces enfants meurent avant l'âge de six mois (Jean *et al.*, 1999). L'étude de l'histoire naturelle de l'infection à VIH en Haïti révèle une évolution rapide de la maladie : sept ans en durée médiane de la séroconversion à la mort (Deschamps *et al.*, 2000).

Afin de répondre efficacement aux besoins de la population, il a été introduit en 1995¹ une unité de Santé de Reproduction (SR) aux Centres GHESKIO (Groupe Haïtien d'Étude du Sarcome de Kaposi et des Infections Opportunistes). Les Centres GHESKIO constituent les principaux centres de référence pour le diagnostic et le traitement des IST/Sida et les pathologies associées : tuberculose (TB), maladies diarrhéiques des adultes et enfants. A l'arrivée, les services (pré-test et post-test) de dépistage et conseil sont offerts aux patients qui sont ensuite référés aux différentes unités respectives (IST/VIH/Sida/TB) pour leur traitement. Ce modèle de service intégré permet le diagnostic et la prise en charge globale du patient dans une même structure, par une équipe de personnel médical multidisciplinaire, réalisant ainsi une approche efficace de soins.

Stratégie développée pour l'intégration de la Santé de la Reproduction aux autres services de dépistage et soins IST/VIH/Sida/TB

Les services et activités de planification familiale et de suivi anténatal ont été intégrés aux unités existantes. Cela nécessite en amont la formation du personnel, l'apport en ressources nécessaires pour le suivi et le traitement des patients. Puisque les maladies ciblées sont transmises par voies sexuelle et maternelle, l'approche est globale pour une prise en charge médicale et psychosociale de leur maladie. La femme enceinte infectée par le VIH reçoit des conseils individuels et en groupe, appuyés de matériels éducatifs audiovisuels afin de l'accompagner dans la prise des médicaments, le suivi après l'accouchement de l'enfant et du partenaire. L'AZT est donné à la mère dès la 36^e semaine de grossesse, et à l'enfant durant les sept premiers jours de vie. Le lait artificiel est offert aux mères qui, après la phase de conseils, décident du choix de l'alimentation de l'enfant. Près de 80 % des mères ont fait le choix de ne pas allaiter leur enfant.

Pour diminuer le temps d'attente en clinique, un algorithme de dépistage du VIH utilisant les tests rapides (Determine et Capillus) a été développé en 1999 dans le cadre de ce programme, permettant ainsi la prise en charge immédiate de la femme enceinte tout en encourageant le contact avec le partenaire et le suivi de l'enfant après accouchement. La mère, après accouchement, est suivie pour le VIH et pathologies associées et est référée à l'unité de planification familiale pour approvisionnement en contraceptifs, afin d'éviter une nouvelle grossesse. Des méthodes spécifiques de diagnostic du VIH de l'enfant sont utilisées au GHESKIO pour un dépistage précoce de l'infection chez l'enfant. Il sera pris en charge en clinique s'il est infecté, et sera considéré indemne s'il est négatif au VIH à l'âge de 18 mois.

¹ En collaboration avec le Fonds des Nations unies pour la Population (FNUAP) et le Ministère de la Santé Publique (MSPP)

Résultats

De mars 1999 à octobre 2004, 87 998 personnes (58 159 femmes et 29 839 hommes) ont été dépistées au GHESKIO. 9 407 (16 %) femmes infectées au VIH y ont été diagnostiquées. L'institution identifia 5 725 femmes enceintes : 731 (13 %) étaient infectées par le VIH et 389 (7 %) ont été dépistées et traitées pour la syphilis. La majorité (85 %) d'entre elles ont fait le choix éclairé de l'allaitement artificiel et ont accepté le traitement de PTME. Le taux de transmission materno-infantile du VIH est passé de 30 % (donnée de base) à 10 %. Quarante pour cent des mères ont fait le choix d'une méthode contraceptive après l'accouchement. Cependant, seulement 20 % ont accepté d'amener au programme leur partenaire, père de l'enfant. Depuis l'intégration de cette unité anténatale on note une augmentation croissante du nombre de femmes enceintes venant se faire dépister annuellement, passant d'une dizaine par mois en 1999 au début de l'intervention, à plus de 120 par mois depuis 2004. Ce modèle d'intégration des services IST/VIH/Sida/TB/SR est en train d'être répliqué et étendu à l'échelle nationale avec le support du Fond Mondial de Lutte contre le Sida, le Pefpar et d'autres partenaires nationaux et internationaux. Ce programme a indirectement permis une amélioration de la qualité des soins de santé et la formation du personnel.

Les piliers du succès du Programme

- Un leadership politique associé à un engagement des secteurs privé et public.
- L'existence d'un programme et d'un plan stratégique national.
- La collaboration des agences et des partenaires nationaux et internationaux.
- Le renforcement des ressources humaines et matérielles.
- La formation continue et l'évaluation du personnel médical et paramédical.
- Le développement d'un mécanisme de suivi et de supervision des activités pour une évaluation du programme.

Conclusion et Perspectives

Cette expérience d'intégration de la prévention de la transmission mère-enfant du VIH au sein d'un programme qui prend en compte tous les aspects de la santé de la reproduction se concrétise à l'échelle nationale avec succès (Deschamps *et al.*, 2002). Ce programme intégré se heurte toutefois à des obstacles : participation insuffisante de la communauté, encore mal informée et peu mobilisée sur les risques de transmission

du Sida de la mère à l'enfant, et manque de ressources. La santé de la reproduction est un domaine où beaucoup reste à faire : 80 % des femmes accouchent à domicile et le taux de mortalité maternelle (523 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes) est un des plus élevés au monde. Nous espérons que ce programme, en augmentant les connections entre les services de Santé Reproductive, permettra de progresser sur les différents fronts dans ce domaine.

Bibliographie

- Deschamps M.H., Pape J.W., Hafner A. and Johnson Jr. W.D., 1996 - Heterosexual Transmission of Human Immunodeficiency Virus in Haïti. *Ann. Intern. Med.*, 125 : 324-330.
- Deschamps M.H., Fritzgérald D., Pape J.W., 2000 - HIV infection in Haïti: National History and disease progression. *AIDS*, 14 : 2515-2521.
- Deschamps M.H., Grand'Pierre R., Verdier R., Noel F., Bois G., Rakotomalala M., Conille G., Deas J., Pape J.W., 2002 - *Interventions to integrate HIV counseling testing and family planning (FP) and treatment to prevent mother to child transmission*. XIV International AIDS Conference. Barcelona, 502 : ThPeD7653.
- Fitzgerald D.W., Simon T.B., 2001 - Telling the stories of people with AIDS in rural Haiti. *Mary Ann Liebert, Inc.*, 15, 6.
- Gaillard E., Ghys P., Neff Wlker, Tallarico M., Deschamps M.M., 2002 - *Projection épidémiologiques du VIH-Sida. Mise à jour des paramètres, sources et hypothèses dans le cadre du Plan Stratégique National 2001-2006*. Haïti, Ministère de la Santé publique, ONUSIDA et Institut Haïtien de l'enfance : 9-25.
- Jean S., Pape J.W., Verdier R.I., Reed G.W., Hutto C., Johnson W.D. and Wright P.F., 1999 - The natural history of human immunodeficiency virus 1 infection in Haitian infants. *Pediatric Infect. Dis. J.*, 18 : 58-63.
- Pape J.W., Liataud B., Thomas F. and Johnson W.D., 1983 - Characteristics of the Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) in Haiti. *The New England Journal of Medicine*, 309 : 945-950.

Quelques réflexions sur la mise en place d'un programme opérationnel de réduction de la transmission mère-enfant (PTME) à Abidjan (Côte d'Ivoire)

Madiarra Coulibaly
Valentin Noba, Jean Loup Rey

Le FSTI (Fonds de solidarité thérapeutique internationale) a mis en place en 1999 à Abidjan, en collaboration avec la Fondation Glaxo et les autorités nationales, un des premiers programmes opérationnels de réduction de la transmission mère-enfant (intervention pour diminuer le taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant) « PTME plus » avec prise en charge des mères, des enfants nés avec l'intervention et de la fratrie, accompagnée d'une mise à disposition de tous les consommables nécessaires à l'allaitement artificiel pour les femmes qui le souhaitaient. Ce programme a été poursuivi par les autorités nationales avec l'aide des fonds PEPFAR (fonds du président Bush) et de ESTHER (initiative française pour l'amélioration de la prise en charge des malades du Sida dans les pays du Sud).

L'intervention consistait en une prise quotidienne de zidovudine (AZT) à partir de la 36^e semaine de grossesse ou, après novembre 2002, en une prise de névirapine (NVP) au moment de l'accouchement.

Résultats

Les résultats concernant la période d'avril 1999 au 31 décembre 2003, soit toutes les femmes dont les enfants ont atteint 18 mois en juin 2005, montrent que :

- 37 077 femmes sont venues en consultation prénatale,
- 61 % d'entre elles (22 466) ont fait un test de dépistage,
- 81 % de celles ayant fait le test (18 116) ont reçu leur résultat et ont été informées de leur statut,
- 1 829 femmes séropositives ont été informées de l'intervention (soit une prévalence du VIH de 10,1 %),
- 36 % des femmes VIH+ informées de l'intervention (667) ont bénéficié de l'intervention de PTME,
- parmi ces 667 femmes, on a analysé les observations recueillies auprès de 457 d'entre elles : sur 398 enfants vivants, il y en a 113 au statut indéterminé, 249 non infectés et 36 infectés. Ce qui correspond à un taux de transmission brut de 12,6 % et un taux à 18 mois de 16,2 % (10,3-25,1).

Discussion

De nombreuses déperditions se sont produites au long de la cascade des étapes. Sur l'ensemble des femmes venues en consultation prénatale, seulement 61 % ont fait le test. Le premier obstacle majeur au succès de ce programme de prévention de la transmission mère-enfant est donc la proposition de test et le « conseil » pré-test ; il apparaît important d'y consacrer le personnel formé nécessaire. Des progrès significatifs nets ont été constatés après une amélioration de l'accueil des femmes dans la structure et une modification de leur circuit dans cette structure. La réalisation d'un atelier commun de tout le personnel du centre, y compris les manœuvres, laborantins et administratifs, a été un élément décisif de progrès.

La réalisation du test lui-même dépend de la qualité du laboratoire et de l'intégration de ce test dans l'ensemble du bilan biologique réalisé.

Le retour des femmes pour le résultat du test est aussi une étape cruciale : 19 % des femmes testées ne reçoivent pas leur résultat. Il s'est confirmé que l'intervention d'accompagnateurs psychosociaux à cette étape joue un rôle majeur. Mais la stigmatisation et la discrimination dans les quartiers empêchent de nombreuses femmes de venir à ces rendez-vous.

Sur les 1 829 femmes informées seules 667 ont bénéficié de l'intervention complète. Une grande partie est perdue de vue entre le début des prises et l'accouchement ; une autre partie va accoucher ailleurs et disparaît ainsi du suivi.

La majorité des femmes (70 %) a choisi l'allaitement artificiel, mais au total la réduction du taux de transmission n'est pas différente pas selon le mode d'allaitement. Il est donc vraisemblable que, malgré le suivi et l'aide matérielle proposés, l'allaitement a été rarement exclusif, ce qui est confirmé par les rapports des accompagnatrices.

Le résultat final est donc modeste : on peut estimer que les femmes qui ont suivi l'intervention ne représentent que 18 % des femmes VIH+ venues en consultation et le taux de transmission a été réduit de moitié chez les couples femmes/enfants qui ont bénéficié de l'intervention, soit entre 12 et 17 % supérieurs aux taux observés dans les études contrôlées de l'ANRS ou de RETROCI (5 à 8 %).

Conclusion

Même si des protocoles médicamenteux aisés à mettre en oeuvre et peu coûteux sont aujourd'hui disponibles pour réduire le risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant dans les pays à faible revenu, le passage à large échelle de ces programmes reste difficile. Il est aujourd'hui nécessaire de mieux comprendre, pour les lever, les blocages qui subsistent dans la population ou au sein des personnels de santé, en matière de dépistage en particulier, mais aussi face aux recommandations d'alimentation du nourrisson. Le bilan global reste cependant très positif : ce programme qui a touché 37 000 femmes a permis à environ la moitié d'entre elles, soit 18 000 en quatre ans, d'être testées pour le VIH et de recevoir une information adaptée à leur statut sérologique.

Perspectives

Les objectifs à venir sont d'améliorer les délais d'attente au sein des structures de santé maternelle et infantile, de renforcer l'accompagnement des femmes et de sensibiliser la communauté desservie par la structure.

De plus, il est devenu nécessaire de revoir les procédures de PTME elles-mêmes en utilisant des bithérapies ou même trithérapies à la place de la névirapine.

Conséquences du dépistage du VIH en prénatal chez des femmes VIH- à Abidjan, Côte d'Ivoire : dialogue avec le conjoint et adoption de comportements préventifs

Approche quantitative et qualitative¹

Hermann Brou

Hélène Agbo, Annabel Desgrées du Loû pour le groupe Ditrane Plus 3

Introduction

Un des piliers de la lutte contre l'infection à VIH demeure la prévention. En Afrique où la transmission du VIH chez l'adulte se fait essentiellement par voie hétérosexuelle, la plupart des femmes infectées aujourd'hui le sont dans le cadre de relations sexuelles conjugales (Cohen et Reid, 1999). Dans les pays à prévalence du VIH élevée, le couple devient donc un des lieux principaux où la prévention de la transmission sexuelle du VIH doit s'exercer.

La gestion du risque de contamination par le VIH au sein du couple met en jeu la responsabilité individuelle de chacun et la relation conjugale. Cette prévention au sein du couple passe par deux éléments : la réalisation du test par les deux membres et l'utilisation du préservatif tant que les deux partenaires n'ont pas eu un test de dépistage avec résultat négatif et qu'ils ne prennent pas de risque en dehors de leur

¹ Une version courte de cette analyse a été publiée dans le journal *Cahiers Santé* sous le titre suivant : Brou H., Agbo H., Desgrées du Loû A., pour le groupe Ditrane Plus 3. « Le dépistage du VIH en prénatal : impact chez des femmes VIH- à Abidjan, Côte d'Ivoire. Approche quantitative et qualitative ». *Cahiers Santé*, 2005, 15, 2 : 81-91.

couple. En Afrique si cette double règle de prévention est simple à énoncer, elle l'est moins à appliquer. En effet, plusieurs études soulignent la réticence des populations africaines à utiliser le préservatif, en particulier à l'intérieur du couple où la prévention est plus fondée sur la fidélité (Muhwana, 2004 ; Zulu et Chepngeno, 2003 ; Desgrées du Loû, 2002). En 2003, une analyse de la situation de 24 pays africains montrait que seulement 1 % des femmes mariées en âge de procréer utilisaient le préservatif (ONU, 2002). Il semble que les maris, en particulier, soient hostiles à l'adoption de préservatif pour les rapports sexuels conjugaux (Muhwana, 2004). Quant à la réalisation du test de dépistage du VIH par les deux membres d'un couple, elle reste rare. Tout d'abord, parce que la démarche individuelle vers le test de dépistage reste peu fréquente : l'offre de dépistage est encore limitée et coûteuse dans de nombreux pays africains (Desgrées du Loû et de Bechon, 2001 ; Msellati, 2000). Ensuite parce qu'une démarche de dépistage « de couple » implique que les deux membres du couple effectuent cette démarche individuelle de dépistage, et qu'ils partagent l'information sur ce dépistage entre eux, dialogue non évident *a priori*.

Dans ce texte, nous abordons le dialogue qui peut exister au sein d'un couple à ce sujet, à la suite d'une proposition particulière de dépistage pour le VIH, le dépistage proposé en consultation prénatale aux femmes enceintes, dans le cadre de programme de prévention de la transmission de la mère à l'enfant du VIH. Nous nous intéressons ici aux femmes qui apprennent, à l'occasion de ce dépistage proposé au cours d'une grossesse, qu'elles sont séronégatives, donc non infectées par le VIH. En effet, mieux connaître l'impact du dépistage sur le comportement des individus séronégatifs est capital en termes de prévention, et les études en Afrique concernent généralement soit les personnes qui apprennent qu'elles sont infectées par le VIH, soit celles qui n'ont pas été dépistées, mais rarement les personnes dépistées et séronégatives, qui sont pourtant particulièrement concernées par une démarche de prévention efficace.

Dans ces programmes de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, c'est la femme qui reçoit, au cours d'une visite prénatale, la proposition de dépistage du VIH et les conseils pré et post test. Cependant, la mise en application qu'elle pourra faire par la suite de ces conseils de prévention dépend largement de son partenaire : de nombreuses études ont, en effet, relevé l'obstacle que peut représenter le partenaire, en matière de changements de comportements ; obstacles souvent levés lorsqu'il y a communication ou dialogue au sein du couple. On le voit nettement dans le cas de l'adoption de la planification familiale (Hollo et Larsen, 1997 ; Babalola, 1999).

Dans le cas de la gestion du risque de VIH au sein du couple, il apparaît que la sensibilisation des femmes au risque de VIH par les structures de santé favorise positivement l'instauration du dialogue sur ces questions au sein de leur couple (Zulu et Chepngeno, 2003). Pour mieux comprendre donc comment les femmes qui ont appris qu'elles n'étaient pas infectées par le VIH, à l'occasion d'une grossesse, peuvent (ou non) adopter une démarche de prévention pour éviter d'être éventuellement contaminée dans le futur, nous examinons ici le dialogue qui s'établit au sein du couple dans la gestion du risque de VIH/Sida, après ce dépistage, et les comportements préventifs adoptés. Après une présentation du programme au sein duquel est réalisée cette étude, nous analysons le dialogue mis en place par ces femmes avec leur conjoint, autour de ce test de dépistage et des risques d'infection par

le Sida et des MST, la démarche des conjoints vers leur propre dépistage, et l'éventuelle utilisation de préservatifs au sein de ces couples.

Population et méthodes

Le projet Ditrime Plus 3 constitue le volet sciences sociales d'un programme de réduction de la transmission mère-enfant développé à Abidjan depuis l'année 2000, le programme Ditrime Plus ANRS 1201-1202, coordonné par l'INSERM U593. Le programme Ditrime Plus est une cohorte thérapeutique de femmes infectées par le VIH constituée sur la ville d'Abidjan qui étudie trois types de mesures visant à diminuer encore le risque d'infection pédiatrique par le VIH d'origine maternelle et à réduire la mortalité et la morbidité infantiles. Le volet sciences sociales Ditrime Plus 3 s'intéresse aux changements comportementaux induits par la réalisation du dépistage prénatal de l'infection à VIH, via une observation comparative et standardisée de deux cohortes prospectives de femmes VIH+ et VIH- à qui le test de dépistage du VIH a été proposé en consultation prénatale à la suite d'une séance d'information et de conseil sur le VIH/Sida.

Les femmes incluses dans le projet Ditrime Plus ont été dépistées dans l'un des six centres de dépistage opérationnels du projet. Ces services sont basés au sein des Formations Sanitaires Urbaines Communautaires (FSU Com)² situées dans les communes d'Abobo et de Yopougon. Chaque femme suivie dans ce projet bénéficie d'une information et d'une proposition de contraception postnatale un mois après l'accouchement, adaptées à sa pratique d'allaitement ainsi que d'une information sur les IST incluant le VIH/Sida et de conseils d'utilisation de préservatifs. Le conseil et la proposition de dépistage du VIH sont réitérés chez les femmes séronégatives après l'accouchement (si le dépistage lors de la consultation prénatale date de plus de trois mois), puis à 9 et 18 mois après l'accouchement, au cours des séances régulières de suivi.

Dans cette étude, deux types de données ont été recueillies : des données quantitatives recueillies de façon prospective au cours du suivi par questionnaires standardisés, qui concernent l'ensemble des femmes suivies, et des résultats d'entretiens approfondis réalisés auprès d'une vingtaine de femmes et de leurs partenaires par cohorte de façon à dégager les stratégies matrimoniales, conjugales, sexuelles et reproductives mises en œuvre par rapport au risque d'infection par le VIH/Sida, selon la connaissance que chaque femme a de son statut sérologique par rapport à cette infection.

Nous analysons ici les données recueillies auprès de 400 femmes pour lesquelles le résultat du test de dépistage ainsi réalisé était négatif, qui ont été incluses dans le projet entre le 1^{er} juin 2001 et le 31 juillet 2003. Nous avons exclu sept femmes sans partenaires depuis le début du suivi ainsi que neuf femmes perdues de vue avant les

² Structures de santé privées à but non lucratif gérées par une association et liées à l'Etat par une convention de service public

trois premiers mois après l'accouchement. L'analyse quantitative porte sur les douze premiers mois après l'accouchement. Les analyses multivariées ont été menées selon une procédure pas à pas descendante avec entrée de toutes les variables au départ. Seules figurent dans les résultats présentés les variables dont les coefficients de significativité sont inférieurs à 0,2, exception faite des variables forcées.

Le volet qualitatif a consisté en des entretiens approfondis semi-directifs, enregistrés et répétés dans un délai de six mois minimum, auprès d'un sous-groupe de femmes. Nous utilisons ici pour illustrer l'analyse quantitative les premiers entretiens recueillis auprès de sept femmes séronégatives représentant diverses catégories socio-démographiques, réalisés entre trois et douze mois après l'accouchement.

Caractéristiques socio-démographiques des femmes enquêtées

Parmi les 384 femmes, 44 % avaient moins de 25 ans (18-24 ans) et 33 % avaient entre 25 et 29 ans (cf. tableau en annexe). Trois femmes sur cinq avaient moins de trois naissances vivantes. Très peu de femmes ont fait des études supérieures (10 %) ; la majorité d'entre elles sont peu instruites (37 % de niveau primaire) ou pas du tout (31 %) ³. Nous dénombrons deux fois plus de femmes chrétiennes que musulmanes et un peu moins de la moitié a une activité rémunérée. Un tiers des femmes ne cohabite pas avec leur partenaire, tout en le voyant fréquemment. Une femme sur dix vit avec un homme polygame. Les hommes sont dans l'ensemble plus âgés (sept ans d'écart d'âge médian ⁴) et plus instruits (68 % de niveau secondaire et plus) que leurs femmes, mais 10 % des femmes ont des niveaux d'instruction plus élevés que le partenaire. La moitié des femmes ont eu leur première expérience sexuelle à 17 ans (IQ : 15-18) avec des partenaires plus âgés. Cet âge médian au premier rapport sexuel est presque identique à celui observé chez les femmes abidjanaises âgées de 25-49 ans, en 1999 (16,5 ans) (INS et ORC Macro, 2001). La durée médiane d'observation est de 19 mois (IQ : 14-24).

Il existe une différence de population entre les deux quartiers enquêtés : à Abobo, on rencontre des femmes en majorité musulmanes et ayant une activité rémunérée, et à Yopougon, des femmes en grande majorité chrétiennes, sans activité rémunérée, et beaucoup d'étudiantes.

³ A Abidjan, 33 % des femmes sont sans niveau d'instruction et 34 % de niveau primaire (EDS-CI 98-99).

⁴ Au cours de l'EDS-CI 98-99, au sein des couples interviewés, les maris étaient en moyenne 9,6 ans plus âgés que leurs femmes

Dialogue entre partenaires autour du test de dépistage pour le VIH

Parler de son propre test de dépistage : une démarche facilitée par le résultat VIH-

Dépistées au début du troisième trimestre de grossesse en moyenne, la plupart des femmes ont accepté de faire le test de dépistage pour le VIH sans prendre l'avis de leur partenaire. Ceci est lié aux conditions dans lesquelles le test est proposé aux femmes (Msellati, 2000) : les femmes reçoivent systématiquement une proposition de dépistage du VIH non pas parce qu'elles ont effectué volontairement la démarche pour le dépistage mais parce qu'elles viennent en visites prénatales comme recommandé lorsqu'elles attendent un enfant. Elles décident librement d'accepter de faire le test⁵ (Ekouevi et al., 2004) et elles ont la possibilité de repousser la réalisation du test à une autre visite prénatale ou un autre moment pour prendre l'avis de leur partenaire. 48 % des femmes qui ont refusé le test disaient demander l'avis du partenaire avant de faire le test. Le plus souvent, la femme n'informe son partenaire qu'après avoir pris connaissance du résultat. Celles qui ont informé leur partenaire le jour même de la réalisation du test sont dans des couples au sein desquels le dialogue est plus fréquent.

Les femmes acceptent ce test pour plusieurs raisons : d'abord grâce à la promesse qui leur est faite d'une prise en charge médicale en cas de résultat positif, non seulement pour diminuer le risque de transmission à l'enfant mais également pour aider la mère à prendre en charge son enfant au cas où la contamination n'aurait pu être évitée. Par ailleurs, la possibilité leur est offerte de se faire dépister pour d'autres maladies (principalement des IST) qui pourraient nuire au bon déroulement de la grossesse ou à la santé du futur enfant. Ensuite l'envie de connaître son statut sérologique, en particulier chez les femmes qui pensent avoir eu une conduite à risque dans le passé, comme l'exprime l'une des femmes qui a eu son premier rapport sexuel à 15 ans avec un partenaire de 35 ans :

« ...je voulais savoir parce que (...) j'ai fait la vie avant de pouvoir me marier (...) savoir si j'ai ça pour que je sache me prendre mais si je n'ai pas ça, que je sache encore mieux me prendre... ».

Signalons en outre que le caractère systématique de la proposition et la gratuité du test ont favorisé son acceptation. Dans les entretiens réalisés, les femmes déclarent qu'elles n'auraient certainement pas fait toutes seules la démarche du dépistage si cela n'avait pas été proposé et réalisé gratuitement.

Une fois le test fait et le résultat connu, reste à en informer le partenaire. L'analyse de l'enquête quantitative montre qu'après douze mois de suivi *post-partum*, la quasi-totalité des femmes (97 %) avaient partagé le résultat du test avec leur partenaire

⁵ Toutes les femmes incluses signent un consentement éclairé avant l'inclusion dans le projet.

(tableau 1). Quelles que soient leurs caractéristiques socio-démographiques, neuf femmes sur dix ont informé le partenaire du résultat de leur test. Cette démarche s'est effectuée dans la majorité des cas dès que la femme a pris connaissance de son résultat, encouragée en cela par le « statut de séronégative » ; en témoignent les propos d'une des femmes suivies à Abobo :

« ...je suis partie prendre le résultat, c'est quand mon résultat était négatif maintenant que je suis venue lui (le partenaire) dire que j'ai fait mon test... ».

Même si la femme a révélé son statut à d'autres membres de l'entourage, les résultats de l'enquête quantitative montrent que le partenaire reste prioritairement et majoritairement la personne informée. 84 % des partenaires informés ont accueilli ce « bon » résultat avec soulagement, 15 % ont manifesté de l'indifférence et 1 % de la colère du fait que la femme ait fait le dépistage sans leur avis, voire « sans leur permission ». L'analyse des interviews montre que le partage du résultat du test avec le partenaire s'est fait sans l'aide d'une tierce personne, à la différence de ce qui se passe lorsque la femme est VIH+ (Tijou Traoré, 2004). Si le « bon » résultat (statut sérologique VIH négatif) a été l'élément majeur qui a poussé les femmes à informer leur partenaire, d'autres arguments sont avancés par les femmes au cours des entretiens. La référence au couple est ainsi utilisée : certaines femmes expriment l'importance de partager joies et peines au sein du couple, de « ne rien se cacher ».

Cependant, devant cet argument qui exprime sûrement une des aspirations de ces femmes, on ne peut que souligner le décalage entre cette aspiration et la réalité des faits : la plupart des femmes ont attendu le résultat (négatif ici donc rassurant) avant d'informer le partenaire qu'elles avaient effectué ce dépistage. La nécessité d'en parler afin d'attirer l'attention du partenaire sur d'éventuels risques qu'il pourrait prendre en ayant des relations extraconjugales non protégées est aussi un des arguments évoqués, et il semble que ce soit un des éléments majeurs de cette démarche de partage d'information avec le partenaire. C'est, en effet, le partage du résultat du test de dépistage avec le partenaire qui initie le dialogue autour du VIH/Sida, accroît l'attention face aux risques de contamination et conduit à un changement de comportement (Medley *et al.*, 2004). Enfin le fait que le mari soit celui qui « paye » est aussi souligné comme une des raisons qui rend nécessaire qu'il soit informé de cette démarche de la femme.

Seules 11 (3 %) sur les 384 femmes n'avaient pas encore informé le partenaire du résultat de leur test de dépistage VIH au bout des douze mois de suivi après l'accouchement. Ces femmes n'ont apparemment pas ressenti la nécessité de révéler leur statut séronégatif à une tierce personne puisque aucun autre membre de leur entourage, membre de la famille ou belle famille, ami(e) ou voisin(e), n'a été non plus informé. Huit parmi ces femmes ne cohabitaient pas avec leur partenaire. L'analyse quantitative révèle que les deux facteurs qui diminuent la probabilité que la femme informe son partenaire qu'elle a été dépistée sont le fait de ne pas cohabiter avec ce partenaire, et le fait d'avoir un partenaire de moins de 25 ans (tableau 1). Par contre, aucune différence significative n'apparaît selon le niveau d'instruction de la femme (tableau 1). Les femmes instruites ne sont pas plus nombreuses que leurs consœurs non scolarisées à informer le partenaire de leur statut sérologique.

Ce rôle important de la cohabitation dans le partage de l'information sur le test VIH avec le partenaire s'explique par le fait que les femmes qui vivent avec leur partenaire disposent de plus de temps et de moments favorables pour discuter de ces questions qui demeurent encore sensibles. Dans les interviews réalisées, nous notons que les moments de dialogue avec le partenaire sont rares en général. Ils le sont encore plus chez les femmes qui ne cohabitent pas avec le partenaire.

Suggérer à son partenaire de se faire dépister pour le VIH : une démarche généralisée...

Au cours du conseil post-test et du suivi, il est conseillé à la femme d'amener son partenaire à faire également le test (s'il ne l'a pas fait récemment). Dans le contexte africain où l'infection à VIH est (encore) parfois associée à une vie sexuelle non « saine » (prostitution, multipartenaire), suggérer au partenaire de faire son test de dépistage sans que ce dernier ne le prenne comme une suspicion d'infidélité est chose délicate. En dépit de cela, presque toutes les femmes (94 %) ont incité le partenaire à se faire dépister ou, à un moindre niveau, lui ont suggéré le dépistage. Le fait d'avoir une coépouse rend plus difficile la démarche d'inciter le partenaire au dépistage (OR = 0,16 ; $p=0,006$) (tableau 2). Dans les foyers polygames, les relations s'établissent autour de trois entités : la femme, sa(s) coépouse(s) et le partenaire comme entité centrale. Demander ou suggérer le dépistage au partenaire est donc plus complexe car une nette vision du statut du foyer (et non du couple) par rapport à l'infection à VIH exigerait que les autres coépouses se fassent dépister. Ceci exigerait que les coépouses soient mis au courant du dépistage de la femme. Or, cela n'est pas toujours le cas. La suggestion du dépistage au partenaire est également moins aisée lorsque la femme n'a pas dit à son partenaire qu'elle même s'était fait dépister (OR = 0,05 ; $p=0,002$) (tableau 2). Il faut rappeler que très peu de femmes dans l'enquête quantitative n'avaient pas informé leur partenaire qu'elles avaient fait le test de dépistage.

Enfin, un écart d'âge important entre les conjoints rend difficile cette discussion : 11 % des femmes ayant au moins quinze ans de moins que leur mari n'ont pas osé lui suggérer le test de dépistage du VIH, contre 2 à 4 % chez les autres femmes (tableau 1). Une des femmes, âgée de 36 ans, parlant de son partenaire polygame de 61 ans :

« ...nous ne causons pas de ça (sexualité), on n'en parle pas, on a honte de parler de ces choses là... ».

L'écart d'âge important introduit dans la relation de ce couple une gêne ou une certaine honte (pour la femme) de parler de sexualité avec son partenaire ; ce qui se traduit par une absence ou une rareté du dialogue sur tout ce qui concerne la sexualité du couple. De plus, la femme est l'objet d'un manque de confiance de la part de son partenaire, manque de confiance qui pourrait résulter de ces 25 ans de différence d'âge. Aussi préfère-t-elle ne pas lui demander de faire le dépistage :

« ...je réfléchis, quelque chose me dit de dire pour qu'il vienne (au dépistage)...cet homme est un jaloux, tu vas lui dire quelque chose comme bonne

chose, il va dire que je me suis mise d'accord avec mes copains (amants) pour faire ceci... ».

Cependant, toutes les femmes sont convaincues qu'il est nécessaire d'inciter leur partenaire à se faire dépister, pour pouvoir gérer la menace du VIH/Sida au niveau du couple :

« ...comme j'ai déjà fait mon test et que je suis séronégative, qu'il vienne faire pour lui aussi pour que nous sachions ce que nous avons... ».

Généralement, cette question du test de dépistage du VIH est abordée dans le couple à trois occasions : pendant les disputes sur les questions de relations « extraconjugales », quand les deux partenaires se donnent mutuellement des conseils sur leur vie sexuelle ou lorsque les questions sur le VIH/Sida sont abordées dans les médias.

Le dépistage du partenaire paraît important pour ces femmes à double titre : en cas de résultat positif (VIH+) du partenaire, elles pourront alors se préserver de la contamination. Par contre, un résultat négatif (VIH-) conduirait le partenaire à « ranger » sa vie (fidélité) ou à prendre moins de risque (moins de relations extraconjugales mais protégées), et par delà à protéger leur couple. Deux femmes (mariées) pensent en cela que pour les couples déclarés comme tel, le dépistage doit être adressé aux deux conjoints, en même temps :

« ...ça doit être une affaire de couple, sincèrement (...) si c'est un père et une mère qui vivent, conjuguent leur foyer, forcé ça doit être un truc de couple... ».

« ...si c'est les couples mariés légalement, moi je pense qu'on devrait les prendre les deux on devait les recevoir à deux pour que chacun sache qui est son partenaire pour qu'on sache plus marcher désormais voilà ».

... mais encore peu efficace : peu de partenaires se sont fait dépister

En dépit de la forte proportion des hommes qui ont été incités au dépistage, seul un homme sur quatre s'est fait dépister (tableau 1). Les partenaires de femmes musulmanes, vivant dans des ménages polygames se font moins dépister que les autres (16 % contre 31 % chez les partenaires de femmes chrétiennes et 24 % chez les autres) (tableau 1). Le niveau d'instruction du partenaire est le facteur le plus déterminant pour la réalisation du test par le partenaire. En effet, 9 % seulement des hommes sans aucun niveau d'instruction se sont fait dépister contre environ 30 % pour tous les autres ayant été scolarisés (tableau 1), et c'est le seul facteur qui reste significatif en analyse multivariée (OR = 0,25 ; p=0,016) (tableau 3). En 1999, dans une étude à Abidjan, Desgrées du Loû et de Bechon avaient observé, de la même façon, quatre fois plus de personnes instruites dépistées pour le VIH que celles peu ou non instruites (Desgrées du Loû et de Bechon, 2001).

Trois raisons peuvent expliquer le peu d'hommes dépistés. D'une part, la réalisation du test de dépistage exige de l'homme une démarche plus volontaire comparée à celle

de sa femme à qui le dépistage est proposé lors d'une consultation prénatale. La plupart du temps, les personnes qui désirent se faire dépister étaient jusque là confrontées à une offre limitée (faible développement des centres anonymes de dépistage volontaire, non disponibilité ou coût élevé du test, etc.) (Desgrées du Loû et de Bechon, 2001 ; Msellati, 2000). Dans le cadre du projet, les femmes sont informées de ce que leur partenaire peut, s'il le désire, bénéficier de conseils et d'un dépistage gratuit dans l'un des centres de suivi. Mais cette relative facilité d'accès au dépistage demande tout de même que l'homme se rende de lui-même à la formation sanitaire, dans le seul but d'effectuer ce test. En plus de cette « démarche » à faire, il est certain qu'une des autres raisons qui expliquent le peu d'hommes qui se rendent effectivement au centre pour se faire dépister est, comme dans tous les programmes de dépistage, la crainte de se découvrir infecté. Parmi les hommes qui n'ont pas fait le test, la moitié ont dit à leur femme qu'ils souhaiteraient le faire, mais ne font pas « le pas ». Les personnes les plus instruites possèdent davantage de connaissance sur le VIH/Sida (modes de transmission, prévention, dépistage, traitements) et ont ainsi moins d'appréhensions ou d'*a priori* par rapport au dépistage, ce qui explique l'influence forte de l'instruction sur cette démarche de dépistage. Enfin, il semble que pour plusieurs hommes, il s'agisse d'une démarche inutile, car ils sont persuadés que le résultat du dépistage de la femme leur révèle leur propre statut sérologique :

« ...il me dit que comme on sort ensemble, si moi je suis séronégative, c'est que lui aussi il est séronégatif... ».

Et pourtant, il n'est pas rare que dans un couple l'un soit infecté (VIH+) et l'autre non (VIH-) (Tijou Traoré, 2004 ; Allen *et al.*, 2003). En Tanzanie, par exemple, 31 % des couples dépistés dans le cadre d'une étude sur la transmission mère-enfant étaient sérodiscordants (Kilewo *et al.*, 2001).

Plusieurs types de réactions de partenaires sont sans doute, pour partie au moins, sous-tendus par cette idée que le dépistage de la femme les renseigne sur leur propre statut sérologique : la colère de certains hommes lorsqu'ils apprennent que leur femme a fait le dépistage sans leur permission, les doutes qu'émettent certains partenaires lorsqu'ils apprennent que leur femme est VIH-, ou au contraire leur joie, leur soulagement, comme illustré dans la réaction suivante :

« Il me dit, ah comme moi j'ai fait mon test c'est notre test à nous deux ».

Dialogue dans le couple autour de la sexualité

Un dialogue renforcé après le dépistage du VIH proposé à la femme

Le conseil autour du dépistage introduit des questions sur la sexualité du couple. Le fait d'avoir effectué un test de dépistage, et de se savoir VIH-, incite-t-il les femmes à parler davantage avec leur partenaire de ces problèmes pour éviter une infection future ? L'enquête révèle que 65 % des femmes discutaient avec leur conjoint sur des sujets relatifs au Sida et aux MST avant leur test de dépistage pour le VIH. Ces discussions étaient moins fréquentes chez les femmes musulmanes, non instruites, dans les couples où le partenaire était nettement plus âgé (plus de 14 ans de différence), non instruit ou qui n'avait fait que le primaire (tableau 4). Après avoir fait ce test de dépistage du VIH, ce sont 88 % des femmes qui affirment avoir discuté au moins une fois avec leur partenaire sur les MST ou le Sida, soit 23 % de plus comparé à la situation d'avant le test de dépistage. Les différences observées selon le niveau d'étude de la femme, sa pratique religieuse ou l'écart d'âge avec son partenaire avant le test de dépistage, sur l'existence du dialogue dans le couple autour des MST/Sida, disparaissent après le dépistage (tableau 4). Cependant, les différences observées selon le niveau d'instruction du partenaire avant le test de dépistage persistent après le dépistage ($p < 0,01$), avec une plus forte généralisation du dialogue au sein des couples où l'homme a été scolarisé au moins jusqu'au second cycle du secondaire. Par ailleurs, des différences apparaissent après le dépistage selon la situation matrimoniale : 90 % des femmes vivant en ménage monogame déclarent avoir discuté de MST/Sida avec leur partenaire après le test, contre 77 % des femmes vivant en foyers polygames (tableau 4).

Ainsi après le test de dépistage, les discussions dans les couples sur des sujets relatifs au Sida et aux MST sont plus fréquentes qu'avant le test de dépistage. Le dépistage et les conseils qui l'entourent ont donc permis chez certaines femmes de renforcer ou d'améliorer le dialogue autour des MST/Sida au sein de leur couple et chez d'autres (au moins pour 20 % d'entre elles) d'amorcer ce dialogue ou de l'instaurer. Le dépistage et le partage du résultat de la femme avec son conjoint constituent l'événement stimulateur de l'amélioration ou de l'instauration de ce dialogue.

Les relations extraconjugales au cœur de ces discussions

Dans un contexte de transmission majoritairement (hétéro)sexuelle, la prévention de l'infection par le VIH affecte les comportements sexuels, et, au sein du couple, elle appelle les deux partenaires à une prévention tant individuelle que mutuelle. Cette prévention appelle, en effet, une discussion autour de la sexualité conjugale mais aussi extraconjugale. En effet, particulièrement dans le cas que nous étudions ici où les femmes se savent non infectées par le VIH, les relations extraconjugales sont craintes

car considérées comme la possible porte d'entrée des maladies sexuellement transmissibles en général et du VIH en particulier :

« ...quand il sort et qu'il revient de ces promenades, je lui dis, tu as entendu qu'il y a le Sida. Il ne faut pas prendre une maladie pour me trouver ici... ».

« ...je le conseille de ce que nous avons entendu à la télévision un peu partout... chacun doit faire la politique de sa santé à lui-même parce que nous ne savons pas où nous allons acquérir des maladies sexuellement transmissibles donc c'est à nous de savoir comment marcher... ».

Les discussions sur ces questions répondent aux soucis de la femme de protéger son couple contre les MST/Sida et par delà, de préserver son statut de femme non infectée. Ainsi, elles sont autant à parler de MST/Sida avec leur partenaire (88 %) qu'à lui conseiller de se prémunir contre ces maladies (90 %) en utilisant le préservatif s'il lui arrivait d'avoir des rapports sexuels avec d'autres femmes (tableau 4). Toutes les femmes, quelle que soit la catégorie socio-démographique, sont conscientes du risque que le partenaire peut faire encourir au couple avec des rapports extraconjugaux non protégés. Cependant les femmes musulmanes sont moins enclines que les chrétiennes à suggérer l'utilisation du préservatif au partenaire s'il lui arrivait d'avoir de tels rapports (OR = 0,32 ; p=0,013) (tableau 5). Les femmes musulmanes, en majorité non scolarisées (61 % contre 16 % chez les chrétiennes et 29 % chez les animistes ou sans religion) vivent deux fois plus que les autres dans un foyer polygame où il n'est pas aisé de demander au partenaire d'utiliser des préservatifs avec d'autres femmes sans une interprétation qui inclurait les coépouses dans ces « autres femmes »⁶. On note également que les femmes qui n'exercent aucune activité rémunérée sont moins susceptibles que celles qui en exercent de suggérer à leur partenaire de protéger ses rapports sexuels en dehors du couple (OR = 0,33 ; p=0,022) (tableau 5). Il semble ainsi que l'autonomie financière soit pour les femmes une condition importante pour aborder au sein de leur couple un sujet délicat, les éventuelles relations extraconjugales du conjoint : n'étant pas totalement dépendantes de l'homme pour acheter la nourriture du foyer, se vêtir, etc., elles ont moins à craindre son mécontentement, son éventuelle colère et les conséquences qui en découleraient.

Mais qu'elles soient autonomes financièrement ou non, instruites ou illettrées, ce sujet de l'infidélité sexuelle reste délicat et difficile à aborder. A partir des entretiens que nous avons menés, nous avons pu définir trois types de stratégies adoptées par les femmes pour amorcer cette discussion. Certaines disent en parler directement, au cours d'une simple causerie, et conseillent calmement au conjoint de se protéger « lorsqu' il sort », comme elles lui diraient de faire attention en traversant la route :

« ...quand tu sors là, c'est pas avec moi tu sors, mais seulement, je te dis que si tu sors, en tous cas, il faut te préserver (...), moi-même je lui ai dit que si j'ai eu l'argent, je vais payer paquet là (préservatif) pour déposer, s'il veut partir là, il peut prendre pour aller... ».

⁶ Le recueil de données à ce niveau ne fait lui-même aucune différence entre la(les) coépouse(s) et les femmes hors du foyer polygame.

Une deuxième catégorie de femmes abordent ce sujet plutôt sous forme de dispute : elles reprochent à leur conjoint ses relations extraconjugales, et, à ce sujet, lui demandent « au moins » d'utiliser les préservatifs, comme cette femme qui pose un ultimatum :

« ...je lui dit que s'il sort, d'utiliser les capotes parce qu'on ma dit que mon sang est bon, et donc qu'il n'envoie pas le Sida à la maison. S'il envoie une maladie, je vais prendre mes bagages pour rejoindre mes parents... ».

Ou cette autre femme qui dit ne pouvoir aborder un tel sujet qu'au cours d'une dispute :

« Si c'est une palabre je peux le dire. Si nous sommes en palabre je lui dis, peut-être que toi tu cherches les filles c'est pour cela que tu dis que je cherche garçon. Je peux le dire ainsi, pendant les disputes... sinon le dire pendant les causeries, là... non ».

Une troisième manière d'aborder ce sujet est « la blague » : conseiller à son conjoint d'utiliser les préservatifs « au cas où » il serait infidèle, mais en restant sur le mode de la plaisanterie, permet aux femmes de faire passer le message, sans pour autant se placer dans une situation d'accusatrice, sans « récriminer », et en évitant ainsi le conflit :

« Je le taquine, je lui demande : est-ce que mes rivales vont bien ? ».

On retrouve là, sans doute en partie, un trait de caractère de la culture ivoirienne, habile à rire de tout, même dans les situations difficiles, mais il semble aussi que ce soit une recette assez universelle : utiliser l'humour est souvent plus efficace que le conflit pour aborder les points difficiles à négocier dans un couple (Kaufmann, 1992).

Reprise des rapports sexuels après l'accouchement et utilisation du préservatif

La reprise des rapports sexuels après l'accouchement n'est pas conditionnée par le dépistage du partenaire...

Nous avons montré que les femmes parlaient plus fréquemment de prévention du VIH avec leur conjoint après avoir fait le test de dépistage du VIH qu'avant. En restent-elles au niveau du dialogue ou ce dialogue se double-t-il de pratiques préventives effectives ? Pour des femmes qui se savent séronégatives, les comportements préventifs à adopter seraient essentiellement d'inciter leur partenaire au dépistage du VIH avant la reprise des rapports sexuels et d'utiliser des préservatifs avec ce dernier tant qu'il est de statut VIH inconnu ou s'il est séropositif. Le moment de la reprise des rapports sexuels après le dépistage en prénatal et l'accouchement est donc un des

moments clés pour la mise en pratique des conseils de prévention délivrés lors du dépistage.

Or, on a vu dans notre enquête que seul un quart des partenaires s'était fait dépister, et 21 % seulement de l'ensemble des partenaires ont effectué ce test de dépistage avant la reprise des rapports sexuels (tableau 6). Cette probabilité d'avoir été dépisté avant la reprise des rapports sexuels augmente significativement avec le niveau d'instruction de l'homme : 27 % des partenaires de niveau secondaire et plus ont fait le test de dépistage avant la fin de l'abstinence *post-partum*, contre 8 % chez les partenaires non instruits. On observe d'autre part plus de partenaires dépistés avant la reprise des rapports sexuels parmi les couples non cohabitants, et moins dans les couples musulmans (tableau 6). Le dépistage VIH du partenaire n'apparaît d'ailleurs pas comme déterminant de la reprise des rapports sexuels (OR = 1,07 ; p=0,63) (tableau 6). En effet, le premier rapport sexuel survient chez les femmes seize semaines (en médiane) après l'accouchement, indifféremment du fait que le partenaire ait été dépisté pour le VIH ou pas (p=0,37). La reprise des rapports sexuels obéit à d'autres principes et exigences (Desgrées du Loû et Brou, 2005) et semble être influencée par d'autres variables telles que la cohabitation ou non avec le partenaire et l'âge d'entrée en vie sexuelle chez la femme.

... et le préservatif reste peu utilisé

Dans une démarche de prévention correcte, le préservatif devrait être utilisé systématiquement lors de la reprise des rapports sexuels après l'accouchement, dans ces couples où la femme se sait non infectée par le VIH et où l'homme n'a pas fait la démarche de dépistage. C'est loin d'être le cas. On a vu que la grande majorité des femmes n'éprouvent aucune difficulté à parler du préservatif avec leur partenaire. Mais s'il est facile de suggérer à l'homme son utilisation au cours de rapports extraconjugaux, il est nettement moins facile de réussir à l'adopter au sein du couple. Seule une femme sur trois en a utilisé avec le partenaire au moment de la reprise des rapports sexuels malgré le fait que, dans 80 % des cas, les partenaires n'avaient pas fait leur dépistage (tableau 6). L'utilisation du préservatif est liée à l'instruction de la femme (44 % d'utilisatrices chez les femmes d'instruction secondaire), à sa religion (utilisation moins importante chez les musulmanes), et les femmes ayant commencé leur vie sexuelle avant 18 ans sont plus enclines à protéger le premier rapport sexuel après l'accouchement que celles entrées en vie sexuelle plus tardivement (OR = 2,04 ; p=0,022).

La capacité qu'ont ces femmes VIH- de mettre en place des pratiques préventives pour éviter d'être infectées par le VIH au sein de leur couple semble en fait dépendre largement de la qualité de la relation établie avec le conjoint. En appui aux chiffres d'utilisation du préservatif recueillis dans le tableau 6, les entretiens révèlent deux constantes dans la façon dont les femmes gèrent cette prévention de la transmission sexuelle du VIH dans leur couple :

- d'une part, pour justifier l'utilisation du préservatif avec leur conjoint (ou partenaire régulier), elles invoquent toujours le rôle contraceptif du préservatif, et ce même

lorsqu'elles l'utilisent dans une optique de prévention des MST ou du VIH. Utiliser le préservatif pour son rôle protecteur des MST reste une démarche censée concerner les rapports occasionnels, extraconjugaux. Proposer cette démarche à son partenaire régulier sous-entend un doute sur son statut sérologique, bien vite perçu comme un doute sur sa fidélité. Plutôt que d'entrer dans ce type de discussion, de risquer un conflit, les femmes préfèrent se retrancher derrière la nécessité d'éviter une grossesse, argument facile à mobiliser dans les premiers mois après un accouchement ;

- d'autre part, la prévention d'une éventuelle infection par le VIH, qui nécessite la mise en place de nouveaux comportements, est fonction de la capacité de chaque femme à convaincre son partenaire. Ainsi on observe dans l'enquête quantitative que les femmes les plus instruites sont les plus susceptibles d'avoir des partenaires qui se font dépister et qui utilisent les préservatifs lors de la reprise de l'activité sexuelle, ce qui confirme un fait bien connu maintenant, qui est que l'instruction des femmes est déterminante dans leur accès à un pouvoir de négociation, de décision (« empowerment ») et que ce soit dans la société en général ou dans la cellule conjugale. Mais l'analyse des cas particuliers nous montre dans cette étude que certaines femmes peu instruites peuvent aussi avoir ce pouvoir de négociation et de persuasion, et que cela dépend du type de relation conjugale qu'elles vivent. Deux exemples « atypiques » pour illustrer cela : Madame Phani est une femme de 20 ans peu instruite (elle a arrêté l'école en CE1), musulmane. Elle a deux enfants, dont l'un de son partenaire actuel. Elle n'habite pas avec son partenaire actuel, mais chez ses parents. Ils envisagent de se marier un jour. Il vient la voir tous les soirs et ils discutent facilement, en particulier de leur vision du couple :

« On est toujours d'accord. Souvent on s'assoit dans la maison on cause, souvent on dit qu'il ne faut pas qu'on se trahisse, que si quelqu'un trahit l'autre on aura mal, donc on n'a qu'à rester fidèlement ensemble ».

Elle l'a informé qu'elle avait fait son test et était séronégative et lui a demandé de faire lui aussi un test, qu'il n'a toujours pas voulu faire au moment de l'entretien. Ils ont longuement parlé du bon moment pour la reprise des rapports sexuels, et ont repris une activité sexuelle régulière huit mois après cet accouchement, sur insistance du conjoint. Leurs rapports sexuels sont protégés par des préservatifs de façon systématique, préservatifs que Madame Phani utilise en attendant que son conjoint fasse le test de dépistage, mais qu'elle utilise aussi pour éviter une grossesse.

Il s'agit donc d'un couple où la femme est peu instruite, mais où le dialogue conjugal existe, est soutenu, et où la reprise de la sexualité après la grossesse au cours de laquelle Madame Phani a été dépistée s'est faite d'un commun accord entre les conjoints, après discussion et de façon adéquate aux conseils de prévention de la transmission sexuelle du VIH.

A l'inverse, le couple de Mademoiselle et Monsieur Lucas, étudiants tous les deux : ces étudiants, comme le couple précédent, vivent séparés, la jeune femme (24 ans), chrétienne, vivant chez ses parents. Mais ils se voient peu (deux fois par mois mentionne Mademoiselle Lucas), et lorsqu'ils discutent c'est souvent sur un mode conflictuel. En particulier Monsieur Lucas semble très jaloux :

« Il me prenait pour une fille facile, une traînée. Il dit que les filles ne sont pas sérieuses. Quand il vient chez moi et qu'il ne me trouve pas, il dit, ah celle là, elle est allée chez un autre homme ».

Il ne supporte pas que sa partenaire lui parle de ses éventuelles relations extraconjugales :

« Quand je lui dis ça (utiliser des préservatifs s'il a des rapports avec d'autres filles), il se fâche. Il dit que moi je le prends pour un bordel, à chaque fois je l'emmerde avec les préservatifs ».

L'enfant qu'ils ont eu n'était pas désiré au départ. Elle a été enceinte car il avait refusé de mettre des préservatifs. En matière de sexualité, le dialogue existe entre eux mais pas toujours verbalisé :

« S'il a envie (de rapports sexuels) il me dit et si je ne suis pas disponible je lui fais comprendre ».

Mademoiselle Lucas a dit à son partenaire qu'elle s'était fait dépister et qu'elle était VIH-. Lui refuse de faire le test. Pour l'instant ils ne parlent pas de la reprise des rapports sexuels, qu'ils n'ont pas repris douze mois après la naissance, et Mademoiselle Lucas, très consciente des risques VIH, nous dit qu'elle ne les reprendra pas tant qu'il ne se sera pas fait dépister... mais c'est quelque chose qu'elle n'a pas encore dit jusque là à Monsieur Lucas :

« ...je ne reprendrais les rapport sexuels avec lui (son partenaire) que seulement s'il accepte de faire son test. Je vais exiger des préservatifs jusqu'à ce qu'il fasse son test. Pour éviter d'avoir le Sida, je compte suivre tous les conseils qu'on m'a donnés. Avant je n'utilisais pas de préservatifs avec mon petit ami, maintenant je vais l'exiger le jour où il voudra avoir des rapports avec moi (...) à condition qu'il fasse son test et qu'il est négatif comme moi, sinon je n'accepterai pas sans préservatif... ».

Ces deux exemples, atypiques en ce sens qu'ils vont à l'inverse de la tendance générale (qui est à un meilleur dialogue entre les partenaires dans les couples dont les deux membres sont éduqués), sont instructifs car ils montrent l'importance d'une base de dialogue entre l'homme et la femme pour générer un changement, et la capacité qu'ont les femmes, même peu instruites, de négocier des changements lorsqu'elles peuvent s'appuyer sur une telle base. Ces deux exemples illustrent aussi les difficultés qui entourent l'utilisation du préservatif dans le couple : dans un cas la femme n'ose même pas en parler alors qu'elle est étudiante et s'adresse à un étudiant, dans l'autre cas la femme l'impose mais sous couvert de contraception. Cependant, même dans le couple où existe un « dialogue confiant », la femme n'a pas trouvé les ressources nécessaires pour dire à son conjoint que c'est parce qu'il pourrait être VIH+ qu'il leur faut protéger leurs rapports.

Conclusion

Que retenir ? Tout d'abord à la suite de la proposition particulière de dépistage du VIH en consultations prénatales, les femmes qui se découvrent séronégatives informent leur partenaire du résultat de leur dépistage, même si la plupart d'entre elles acceptent de faire le test sans l'avis du partenaire. Ce partage de l'information est essentiel pour l'instauration du dialogue avec le partenaire sur la prise de risque et l'adoption de stratégies préventives en vue d'éviter la contamination au sein du couple. Ensuite, après ce test de dépistage, beaucoup plus de femmes abordent désormais les questions de MST/Sida avec le conjoint, et ce dans toutes les catégories socio-culturelles. Le dialogue est souvent instauré par la femme et il est essentiellement orienté par la nécessité de protéger les rapports extraconjugaux des partenaires car, comme dans le cas du dépistage, le seul changement de comportement de la femme n'est pas suffisant pour contrôler la contamination au sein du couple (Zulu et Chepngeno, 2003 ; Painter, 2001). Aussi ces femmes séronégatives n'hésitent plus à proposer à leur partenaire de se faire dépister et de protéger d'éventuels rapports extraconjugaux par le port du préservatif. Enfin, la proportion de partenaires dépistés (25 %) est encourageante par rapport au chiffre en population générale (10 %, Desgrées du Lou et de Béchon, 2001). Cependant ce chiffre est encore bas, d'une part parce que les hommes craignent de se découvrir infectés, mais aussi parce qu'ils perçoivent généralement le dépistage de leur femme comme étant celui de leur couple. Il convient donc d'insister dans les messages de prévention à l'endroit des populations sur le fait que, dans un couple, le statut VIH de l'un ne renseigne pas sur celui de son partenaire, même si le couple est stable et que l'homme et la femme se connaissent et sont ensemble depuis longtemps. Ce message est clairement exprimé dans le discours de l'une des femmes interviewées :

«...Vous ne connaissez pas votre passé, on ne sait pas ce que la femme a vécu avant de croiser l'homme, lui aussi on ne sait pas ce que l'homme a vécu avant de croiser la femme. Donc vous deux vous devez faire le test (pour voir si vous deux vous êtes séronégatifs)... ».

Tant que les deux membres du couple n'ont pas fait le test de dépistage et partagé leurs résultats, ils doivent protéger leur rapports sexuels en utilisant des préservatifs. La nécessité d'insister sur ces messages est impérative vu le constat fait au terme de cette analyse : le préservatif reste peu utilisé même lorsque le partenaire ne s'est pas fait dépister.

Par ailleurs, la gestion du risque d'infection VIH au sein du couple est fortement influencée par le niveau de dialogue existant dans le couple et par la capacité de chaque femme à pouvoir se faire écouter et se faire comprendre par le conjoint. La mise en œuvre d'actions préventives à l'intérieur du couple nécessite le dialogue, l'accord et la coopération des deux membres du couple (Painter, 2001). Une politique de dépistage, intégrant une composante *couple* qui prendrait en compte les besoins et

les spécificités du couple (foyer monogamique ou polygamique) pourrait aider à surmonter ces obstacles et ne ferait pas reposer sur la femme seule le devoir d'amener son couple à avoir une plus grande attention face au risque de VIH.

Composition du groupe de recherche du Projet Ditrane Plus 3, ANRS 1253

Groupe de recherche en sciences sociales sur « Connaissance du statut sérologique maternel vis-à-vis de l'infection par le VIH et comportements en matière de sexualité, de procréation et d'alimentation du nourrisson à Abidjan, Côte d'Ivoire. »

Investigateurs : A. Desgrées du Loû (IRD, France), coordinatrice, B. Zanou (ENSEA, Abidjan), V. Leroy (Inserm, France), C. Wellfens-Ekra (Service de gynécologie Obstétrique CHU Yopougon, Abidjan).

Chef de Projet : H. Brou

Coordinatrice volet qualitatif : A. Tijou Traoré

Assistante de recherche : H. Agbo

Ingénieur base de données : G. Djohan

Cette recherche est financée par l'ANRS

Tableau 1 – Proportions (%) de femmes VIH- ayant partagé le résultat du test de dépistage VIH avec leur partenaire, ayant suggéré le test au partenaire ou dont le partenaire a été dépisté pour le VIH (DITRAME PLUS 3, mai 2004)

Variables	% de femmes ayant		% de femmes dont le partenaire a fait le test
	partagé son résultat du test avec le partenaire	suggéré le test au partenaire	
Liées à la femme			
Age (années)			
18-24	96,4 (169)	93,8 (145)	24,3 (169)
25-29	96,8 (125)	95,1 (103)	26,4 (125)
30-34	98,4 (61)	98,0 (50)	26,2 (61)
35 et plus	100 (28)	88,9 (27)	24,1 (28)
Niveau d'étude			
Non scolarisée	97,5 (120)	95,4 (108)	21,7 (120)
Primaire	97,2 (141)	93,8 (113)	25,4 (141)
Secondaire et plus	96,7 (121)	94,2 (103)	28,9 (121)
Religion			***
Chrétienne	96,6 (235)	95,1 (185)	30,5 (235)
Musulmane	97,6 (127)	93,4 (122)	15,7 (127)
Animiste/sans religion	100 (21)	94,4 (18)	23,8 (21)
A une activité rémunérée			
Non	96,6 (207)	94,1 (169)	27,5 (207)
Oui	97,7 (176)	94,9 (156)	22,6 (176)
Enfants nés vivants			
< 3	97,0 (230)	95,3 (192)	25,7 (230)
≥ 3	97,4 (153)	93,2 (133)	24,7 (153)
Cohabite avec	***	**	
Partenaire	99,2 (124)	92,3 (104)	26,4 (124)
(Belle) Famille	93,0 (115)	91,5 (94)	28,7 (115)
Partenaire+(belle) famille	98,6 (144)	98,4 (127)	21,5 (144)
Coépouse		**	
Aucune	97,0 (332)	95,7 (279)	26,7 (332)
Au moins une	97,9 (48)	86,4 (44)	14,6 (48)
Age au 1 ^{er} rapport sexuel (années)			
< 18	97,3 (263)	94,1 (221)	27,3 (263)
≥ 18	96,6 (118)	95,1 (102)	21,2 (118)
Commune d'habitation			
Abobo	98,2 (169)	94,8 (155)	21,2 (169)
Yopougon	96,3 (214)	94,1 (170)	28,5 (214)

Tableau 1 – Suite

Variables	% de femmes ayant		% de femmes dont le partenaire a fait le test
	partagé son résultat du test avec le partenaire	suggéré le test au partenaire	
Liées au partenaire			
Age (années)	***	**	
18-24	86,4 (22)	82,4 (17)	31,8 (22)
25-29	98,6 (74)	98,5 (65)	28,4 (74)
30-34	97,4 (115)	97,9 (94)	24,3 (115)
35 et plus	99,3 (144)	95,1 (123)	25,5 (144)
Niveau d'étude	*	**	****
Non scolarisée	93,4 (91)	89,5 (86)	8,8 (91)
Primaire	100 (55)	93,9 (49)	29,1 (55)
Secondaire cycle 1	98,1 (103)	94,3 (87)	29,8 (103)
Secondaire cycle 2 et +	97,8 (134)	99,0 (103)	31,3 (134)
Ecart d'âge avec la femme (années)			
< 5	96,0 (99)	96,4 (84)	28,3 (99)
5-9	97,7 (131)	96,4 (110)	26,0 (131)
10-14	100 (80)	98,5 (68)	22,5 (80)
15 et plus	97,8 (45)	89,2 (37)	28,3 (45)
Ensemble	97,1 (384)	94,5 (325)	25,3 (384)

p : niveaux de signification des tests du χ^2 ou tests exact de Fisher.

**** : $p \leq 0,001$; *** : $0,001 < p \leq 0,01$; ** : $0,01 < p \leq 0,05$; * : $0,05 < p \leq 0,1$

(.) : effectif

Tableau 2 – Analyse multivariée chez les femmes VIH- des déterminants de la suggestion du test de dépistage pour le VIH au partenaire. Modèle de régression logistique (N=350) (DITRAME PLUS 3, mai 2004)

Variables	Suggestion du test au partenaire ^a	
	Odds ratio (IC 95 %)	p
Religion (<i>réf. : chrétienne</i>)		0,339
Musulmane	0,37 (0,09-1,43)	0,149
Animiste/sans religion	0,37 (0,03-3,98)	0,415
A au moins une coépouse vs aucune	0,16 (0,04-0,59)	0,006
Partenaire non informé du statut VIH de la femme vs informé	0,05 (0,01-0,33)	0,002
Constante	81,27	0,000

^a : Exclusion des femmes (56) dont le partenaire était dépisté au moment de l'inclusion
 p : niveau de signification du test de Wald ; IC 95 % = intervalle de confiance à 95 %
réf. : modalité de référence

Tableau 3 – Analyse multivariée chez les femmes VIH- des déterminants du dépistage du partenaire. Modèle de régression logistique (N=350) (DITRAME PLUS 3, mai 2004)

Variables	Partenaire dépisté	
	Odds ratio (IC 95 %)	p
A au moins une coépouse vs aucune	0,43 (0,16-1,10)	0,101
1 ^{er} rapport sexuel avant 18 ans vs après 18 ans	1,55 (0,89-2,70)	0,122
Niveau d'étude partenaire (<i>réf. : secondaire cycle 2 et +</i>)		0,016
Non scolarisée	0,25 (0,10-0,60)	0,002
Primaire	0,72 (0,34-1,51)	0,385
Secondaire cycle 1	0,97 (0,54-1,71)	0,907
Constante	0,36	0,000

p : niveau de signification du test de Wald ; IC 95 % = intervalle de confiance à 95 %
réf. : modalité de référence

Tableau 4 – Proportions (%) de femmes VIH- ayant discuté au moins une fois des problèmes MST/Sida avec le partenaire ou ayant conseillé au partenaire de protéger ses éventuels rapports sexuels extraconjugaux (DITRAME PLUS 3, mai 2004)

Variables	Dialogue sur les MST/Sida avec le partenaire		Suggérer au partenaire d'utiliser des préservatifs avec d'autres femmes	n
	avant le test	après le test		
<i>Liées à la femme</i>				
Age (années)				
18-24	63,3	88,2	92,9	169
25-29	72,0	88,8	88,0	125
30-34	65,6	88,5	91,8	61
35 et plus	50,0	85,7	82,8	29
Niveau d'étude	****		**	
Non scolarisée	51,7	86,7	85,8	120
Primaire	67,4	90,8	95,1	142
Secondaire et plus	76,9	86,8	89,3	121
Religion	*		**	
Chrétienne	69,8	89,8	92,8	236
Musulmane	58,3	85,8	85,0	127
Animiste/sans religion	61,9	85,7	95,2	21
A une activité rémunérée				
Non	68,1	87,4	88,4	207
Oui	62,5	89,2	92,7	177
Enfants nés vivants			**	
< 3	66,1	88,7	93,0	230
≥ 3	64,7	87,6	86,4	154
Cohabite avec				
Partenaire	66,1	88,7	86,4	125
(Belle) Famille	64,3	84,3	91,3	115
Partenaire+(belle) famille	66,0	91,0	93,1	144
Coépouse		**		
Aucune	65,4	89,8	91,3	333
Au moins une	66,7	77,1	83,3	48
Age au 1 ^{er} rapport sexuel (années)		*		
< 18	66,2	90,1	91,7	264
≥ 18	63,6	83,9	87,3	118
Commune d'habitation				
Abobo	60,9	85,2	89,4	170
Yopougon	69,2	90,7	91,1	214

Tableau 4 – Suite

Variables	Dialogue sur les MST/Sida avec le partenaire...		Suggérer au partenaire d'utiliser des préservatifs avec d'autres femmes	n
	avant le test	après le test		
<i>Liées au partenaire</i>				
Age (années)			*	
18-4	68,2	81,8	86,4	22
25-29	71,6	90,5	94,6	74
30-34	73,0	92,2	96,5	115
35 et plus	59,7	88,2	88,3	145
Niveau d'étude	***	***	***	
Non scolarisée	57,1	80,2	81,3	91
Primaire	54,5	89,1	90,9	55
Secondaire cycle 1	64,1	85,4	93,3	104
Secondaire cycle 2 et +	76,9	95,5	94,0	134
Ecart d'âge avec la femme (années)	*			
< 5	76,8	87,9	92,9	99
5-9	65,6	89,3	92,4	131
10-14	62,5	92,5	93,8	80
15 et plus	57,8	88,9	87,0	46
Ensemble	65,5	88,3	90,4	384

p : niveaux de signification des tests du χ^2 ou tests exact de Fisher

**** : $p \leq 0,001$; *** : $0,001 < p \leq 0,01$, ** : $0,01 < p \leq 0,05$; * : $0,05 < p \leq 0,1$

n : effectif

Tableau 5 – Analyse multivariée chez les femmes VIH- des déterminants de la suggestion au partenaire du port du préservatif au cours de rapports extraconjugaux. Modèles de régression logistique (N = 350) (DITRAME PLUS 3, mai 2004)

Variabiles	Odds ratio (IC 95 %)	p
Age (réf. : 18-24 ans)		
25-29 ans	0,29 (0,09-0,97)	0,045
30-34 ans	0,61 (0,12-2,91)	0,532
35 ans et plus	0,18 (0,04-0,86)	0,032
Religion (réf. : chrétienne)		0,044
Musulmane	0,32 (0,13-0,79)	0,013
Animiste/sans religion	0,89 (0,10-7,64)	0,915
Sans activité vs A une activité rémunérée	0,33 (0,13-0,85)	0,022
1 ^{er} rapport sexuel avant 18 ans vs après 18 ans	2,02 (0,85-4,79)	0,111
Age partenaire (réf. : 18-24 ans)		0,073
25-29 ans	4,38 (0,78-24,6)	0,093
30-34 ans	9,27 (1,45-59,2)	0,019
35 ans et plus	2,71 (0,47-15,3)	0,261
Constante	13,23	0,004

p : niveau de signification du test de Wald ; IC 95 % = intervalle de confiance à 95 %

réf. : modalité de référence

Tableau 6 – Proportions (%) de femmes VIH- dont le partenaire a été dépisté pour le VIH avant la reprise des rapports sexuels après accouchement et ayant utilisé des préservatifs lors de la reprise des rapports (DITRAME PLUS 3, mai 2004)

Variables	Partenaire ayant fait le test avant la reprise des rapports sexuels	Utilisation de préservatif au cours du 1 ^{er} rapport sexuel <i>post-partum</i>
Liées à la femme		
Age (années)		
18-24	19,0 (142)	34,4 (131)
25-29	25,4 (114)	34,3 (102)
30-34	20,4 (49)	23,9 (46)
35 et plus	8,0 (25)	36,0 (25)
Niveau d'étude		***
Non scolarisée	17,0 (106)	22,0 (100)
Primaire	24,0 (121)	34,2 (111)
Secondaire et plus	20,6 (102)	43,5 (92)
Religion	****	***
Chrétienne	27,3 (198)	40,0 (180)
Musulmane	8,8 (113)	19,8 (106)
Animiste/sans religion	21,1 (19)	38,9 (18)
A une activité rémunérée		
Non	24,2 (178)	36,2 (163)
Oui	16,4 (152)	29,1 (141)
Enfants nés vivants		
< 3	22,9 (192)	35,8 (173)
≥ 3	17,4 (138)	29,0 (131)
Cohabite avec	***	
Partenaire	19,6 (112)	28,7 (101)
(Belle) Famille	31,4 (86)	40,0 (80)
Partenaire+(belle) famille	14,4 (132)	31,7 (123)
Coépouse		
Aucune	21,9 (288)	34,3 (265)
Au moins une	10,3 (39)	22,2 (36)
Age au 1 ^{er} rapport sexuel (années)		
< 18	21,7 (230)	35,6 (216)
≥ 18	18,4 (98)	26,7 (86)
Commune d'habitation	***	**
Abobo	13,7 (146)	26,1 (138)
Yopougon	26,1 (184)	38,6 (166)

Tableau 6 – Suite

Variables	Partenaire ayant fait le test avant la reprise des rapports sexuels	Utilisation de préservatif au cours du 1 ^{er} rapport sexuel <i>post-partum</i>
<i>Liées au partenaire</i>		
Age (années)		
18-24	23,5 (17)	33,3 (15)
25-29	24,6 (65)	41,7 (60)
30-34	24,0 (96)	34,1 (88)
35 et plus	17,7 (130)	30,3 (119)
Niveau d'étude	***	
Non scolarisée	7,7 (78)	22,2 (72)
Primaire	18,2 (44)	39,0 (41)
Secondaire cycle 1	24,4 (90)	33,3 (81)
Secondaire cycle 2 et +	27,1 (118)	31,3 (110)
Ecart d'âge avec la femme (années)		
< 5	24,4 (86)	35,4 (79)
5-9	20,4 (113)	36,3 (102)
10-14	17,9 (67)	38,3 (60)
15 et plus	23,8 (42)	19,5 (41)
Partenaire dépisté		**
Avant la reprise des rapports sexuels	-	45,5 (66)
Après la reprise des rapports sexuels ^a		29,4 (238)
Ensemble	20,6 (330)	32,9 (304)

a : sont également inclus les partenaires non encore dépistés après la reprise des rapports sexuels

p : niveaux de signification des tests du χ^2 ou tests exact de Fisher

**** : $p \leq 0,001$; *** : $0,001 < p \leq 0,01$; ** : $0,01 < p \leq 0,05$;

n : effectif

Tableau annexe – Caractéristiques sociodémographiques des femmes VIH- incluses dans le projet DITRAME PLUS 3 (Abidjan, mai 2004)

Variables	Centres de suivi		Ensemble
	Abobo	Yopougon	
	M (ET)		
Age (années)	27,1 (6,1)	25,0 (4,3)	26,0 (5,3)
Nombre de grossesses	3,8 (2,4)	3,2 (1,8)	3,5 (2,1)
Nombre d'enfants nés vivants	3,4 (2,3)	2,1 (1,4)	2,6 (2,0)
Ecart d'âge avec le partenaire	9,0 (6,2)	7,4 (5,3)	8,0 (5,8)
Age au 1 ^{er} rapport sexuel	16,5 (1,8)	16,9 (1,9)	16,7 (1,9)
% (n)			
Niveau d'étude			
Non scolarisée	49,1 (83)	17,3 (37)	31,3 (120)
Primaire	31,4 (53)	41,6 (89)	37,1 (142)
Secondaire et plus	19,5 (33)	41,1 (88)	31,6 (121)
Religion			
Chrétienne	38,2 (65)	79,9 (171)	61,4 (236)
Musulmane	54,7 (93)	15,9 (34)	33,1 (127)
Animiste/sans religion	7,1 (12)	4,2 (9)	5,5 (21)
A une activité rémunérée			
Non	34,7 (59)	69,2 (148)	53,9 (207)
Oui	65,3 (111)	30,8 (66)	46,1 (177)
Cohabite avec			
Partenaire	37,1 (63)	29,0 (62)	32,6 (125)
(Belle) Famille	15,9 (27)	41,1 (88)	29,9 (115)
Partenaire+ (belle) famille	47,1 (80)	29,9 (64)	37,5 (144)
Coépouse			
Aucune	82,4 (140)	91,5 (193)	87,4 (333)
Au moins une	17,6 (30)	8,5 (18)	12,6 (48)
Niveau d'étude du partenaire			
Non scolarisé	36,5 (62)	13,6 (29)	23,7 (91)
Primaire	15,9 (27)	13,1 (28)	14,3 (55)
Secondaire cycle 1	27,6 (47)	26,6 (57)	27,1 (104)
Secondaire cycle 2 et plus	20,0 (34)	46,7 (100)	34,9 (134)

M : moyenne ; ET : écart-type ; n : effectif

Bibliographie

- Allen S., Meinzen-Derr J., Kautzman M., Zulu I., Trask S., Fideli U. *et al.*, 2003 - Sexual behavior of HIV discordant couples after HIV counseling and testing. *AIDS*, 17, 5 : 733-740.
- Babalola S., 1999 - *Spousal communication and safe motherhood practices: evidence from the Tanzanian 1996 DHS data*. Troisième Conférence Africaine de la Population (UEPA), Durban, Afrique du Sud, 6-10 décembre, 37-50.
- Cohen D. et Reid E., 1999 - The vulnerability of women: is this a useful construct for policy and programming ? in *Vivre et penser le SIDA en Afrique*, Becker C. *et al.* (Eds). Paris, Codesria-Karthala-IRD, 377-388.
- Desgrées du Loû A., Brou H., 2005 - Resumption of sexual relations following childbirth: norms, practices and reproductive health issues in Abidjan, Côte d'Ivoire. *Reproductive Health Matters*, 13, 25 : 155-163.
- Desgrées du Loû A., de Bechon N., 2001 - Attitudes par rapports au Sida, accès au dépistage et connaissances des traitements du VIH à Abidjan dans le contexte de l'Initiative. in *L'accès aux traitements du VIH/Sida en Côte d'Ivoire. Aspects économiques, sociaux et comportementaux*, Msellati P. *et al.* (Eds). Paris, Collection Sciences Sociales et Sida, ANRS, 253-267.
- Desgrées du Loû A., 2002 - Le Sida, révélateur des disparités de genre en Afrique. *GRESA Echos*, 32 : 16-23.
- Ekouevi K.D., Becquet R., Viho I., Bequet L., Dabis F., Leroy *et al.*, 2004 - Obtaining informed consent from HIV-infected pregnant women, Abidjan, Côte d'Ivoire. *AIDS*, 18, 10 : 1486-1488.
- Hollos Marida Larsen Ulla, 1997 - From lineage to conjugality: the social context of fertility decisions among the Pare of Northern Tanzania. *Social Science and Medicine*, 45, 3 : 361-372.
- Institut National de la Statistique de Côte d'Ivoire, ORC Macro, 2001 - *Enquête Démographique et de Santé, Côte d'Ivoire 1998-1999*. Maryland (USA), INS et ORC Macro.
- Kaufmann J.C., 1992 - La trame conjugale. Analyse du couple par son linge. Paris, Pocket.
- Kilewo C., Massawe A., Lyamuya E., Semali I., Kalokola F., Urassa E. *et al.*, 2001 - HIV counseling and testing of pregnant women in sub-Saharan Africa: experiences from a study on prevention of mother-to-child HIV-1 transmission in Dar es Salaam, Tanzania. *J. Acquir. Immune Defic. Syndr.*, 28, 5 : 458-62.
- Medley A., Garcia-Moreno C., McGills S. and Maman S., 2004 - Rates, barriers and outcomes of HIV serostatus disclosure among women in developing countries: implications for prevention of mother-to-child transmission programmes. *Bulletin of the World Health Organisation*, 82 : 299-307.

- Msellati P., 2000 - Conseil et dépistage volontaire. Les enseignements d'une expérience menée à Abidjan. *Transcriptase*, 81 : 58-60.
- Muhwana W., 2004 - Condom use within marriage and consensual unions in area of HIV/AIDS in Zimbabwe. *African Population Studies*, 19, 1 : 118-141.
- ONU, 2002 - *Sensibilisation au VIH/SIDA et comportements*. New York : ONU, Départements des Affaires Economiques et Sociales, Division de la population, ST/ESA/SER.A/209.
- Painter T.M., 2001 - Voluntary counseling and testing for couples: a high-leverage intervention for HIV/AIDS prevention in sub-saharan Africa. *Social Science and Medicine*, 53 : 1397-1411.
- Tijou Traoré A., 2004 - *Dialogue et gestion du Sida au sein de couples sérodifférents résidents à Abidjan, Côte d'Ivoire*. Communication au colloque « la santé de la reproduction confrontée au Sida. CEPED, Paris, 22-23 novembre.
- Zulu E.M., Chepngeno G., 2003 - Spousal communication about the risk of contracting HIV/AIDS in rural Malawi. *Demographic Research*, special collection, 1 : 247-277.

Le « choix informé » des femmes séropositives qui doivent alimenter leur enfant : interprétations locales, limites et nouvelles questions

Alice Desclaux

Soizick Crochet, Madina Querre, Chiara Alfieri¹

Introduction

Depuis la publication de recommandations en matière de prévention de transmission du VIH par l'allaitement (WHO/UNICEF, 1998), les femmes séropositives sont invitées à choisir entre plusieurs options concernant l'alimentation de leur enfant. Ces options, initialement diverses, se sont progressivement réduites, au fur et à mesure de l'avancée des connaissances scientifiques², à deux alternatives principales, les autres n'étant mobilisées que dans des situations exceptionnelles : l'alimentation de substitution (aux substituts du lait maternel) d'une part, l'allaitement exclusif avec sevrage précoce et bref d'autre part (WHO/UNICEF/UNFPA/UNAIDS, 2003)³. Le suivi des femmes doit comprendre un conseil en matière d'allaitement qui vise à les

¹ Centre de Recherche Cultures, Santé, Sociétés, Université Paul Cézanne d'Aix-Marseille

² L'OMS estime que le taux de transmission du VIH par l'allaitement est compris entre 5 et 20 %. Le risque persiste pendant toute la durée de l'allaitement, et le taux de transmission est compris entre 15 et 20 % lorsque l'enfant est allaité de 18 à 24 mois. Ce risque s'ajoute aux risques de transmission pendant la grossesse et l'accouchement. Si l'utilisation des substituts du lait maternel annule le risque, l'allaitement maternel exclusif avec sevrage précoce et rapide ne peut que le réduire. Cette réduction est due essentiellement à la réduction de la durée d'exposition au virus : le taux de transmission du VIH est estimé entre 5 et 10 % si l'enfant est allaité moins de six mois. La contribution du caractère exclusif de l'allaitement n'a pas encore été quantifiée, mais l'OMS déclare que « Exclusive breastfeeding may be less likely to transmit HIV than mixed feeding » (WHO, 2003). D'autres mesures de prévention sont mises en œuvre (notamment le dépistage des mastites) ou à l'étude (notamment la prophylaxie par les antirétroviraux pris par la mère), en complément des mesures préventives destinées à réduire la transmission pendant la grossesse et l'accouchement.

³ Nous utilisons dans ce texte les termes définis par l'UNICEF pour qualifier les modes d'alimentation de l'enfant (cf. www.unicef.int).

informer des avantages et risques respectifs des options alimentaires pour qu'elles puissent faire un « choix éclairé » et à les soutenir dans leur choix⁴.

L'importance accordée au choix des femmes est relativement unique dans les politiques de santé au Sud, qui ont habituellement recours aux algorithmes décisionnels destinés à être utilisés non par les patients, mais par les professionnels de santé. Cette référence à la notion de choix est l'aboutissement de plusieurs logiques s'exprimant au plan international où sont élaborées les recommandations de santé publique :

- une logique « politique », visant à permettre d'adapter des recommandations universelles aux contextes sanitaires et sociaux, non seulement au niveau des pays mais également au niveau individuel, pour tenir compte des disparités concernant les capacités à gérer une alimentation infantile sans risque,
- une logique de valorisation des droits des femmes, et de promotion des choix individuels en matière préventive, affichée dans le monde de la lutte contre le Sida⁵,
- une logique pragmatique qui vise à améliorer « l'adhésion » des femmes aux mesures préventives en leur attribuant le choix de ces mesures, dans un contexte où de nombreux programmes PTME (Prévention de la Transmission Mère-Enfant) sont confrontés à un déficit d'efficacité du fait des abandons (ou « non-retours ») à chaque étape – probablement liés à une acceptabilité insuffisante des mesures proposées.

Cette notion de « choix » a fait l'objet de critiques, portant en premier lieu sur le fait que le système de soin invite les femmes à choisir entre une mesure efficace (l'éviction de l'allaitement) et une mesure partiellement inefficace (la réduction de la durée d'exposition à l'allaitement) en matière de transmission du VIH. Dans les pays riches où les substituts du lait maternel sont accessibles, la liberté de choisir n'est pas vraiment reconnue aux femmes par les professionnels de santé qui considèrent que l'allaitement maternel, fût-il exclusif et court, ne doit pas être envisagé de ce fait⁶.

La critique de la notion de « choix » porte aussi sur le postulat de liberté des femmes qu'elle présuppose, dans des contextes où les décisions se prennent plutôt sous de multiples contraintes. Dans ce cas, le recours à la notion de choix peut prendre le sens d'une « responsabilisation de la victime » par un système de soin qui, en l'absence de

⁴ « All HIV-positive mothers should receive counselling, which includes provision of general information about the risks and benefits of various infant feeding option, and specific guidance in selecting the option most likely to be suitable for their situation. Whatever a mother decides, she should be supported in her choice » (WHO/UNICEF, 2001).

⁵ Ainsi le premier encadré du Guide destiné aux responsables de programmes et superviseurs en matière de prévention de la transmission du VIH par l'allaitement est intitulé « Protect, respect and fulfil human rights ». Il définit six principes devant être respectés par toute intervention sanitaire en matière de VIH, qui incluent notamment le choix des femmes concernant l'alimentation de l'enfant, le fait d'être testées et de connaître ou pas les résultats du test, le choix de leur vie sexuelle et reproductive, et le droit à l'information, l'accès au dépistage et au conseil, à la prévention et aux soins pour elles et leurs enfants (WHO/UNICEF/UNFPA/UNAIDS, 2003)

⁶ Une étude réalisée en France sur les interprétations du risque de transmission mère-enfant du VIH par les professionnels de santé et les mères avait recueilli des propos virulents concernant la mère d'un enfant contaminé par l'allaitement dans la région Provence Alpes Côte-d'Azur, justifiés pour leurs auteurs par le droit de l'enfant à bénéficier du meilleur traitement possible en l'état des connaissances médicales (Cadart, 2000).

mesure préventive simple, ne serait capable que de transférer aux femmes la responsabilité de la protection de leur enfant – ou plus exactement la responsabilité d'une protection insuffisante d'un point de vue médical.

Au Sud, la notion de « choix des femmes » apparaît comme un mode de traitement des contraintes structurelles telles que la faible accessibilité des substituts du lait maternel et les risques liés au contexte en matière d'hygiène, de sanitation et de nutrition. On peut se demander si cette valorisation du « choix » ne tient pas parfois lieu de politique, au détriment de stratégies qui pourraient améliorer l'accessibilité des substituts du lait maternel (Desclaux, 2004). Le « choix » fournit néanmoins un cadre stratégique qui permet aux soignants, comme au système de santé, de gérer les inégalités d'accès aux mesures de prévention – entre pays du Nord et du Sud, entre programmes et entre contextes socio-économiques et sanitaires.

Aussi, la notion de choix des femmes n'est pas exempte de significations ambivalentes au niveau macrosocial de la définition des politiques de santé. A ces remarques critiques, les responsables de programmes répondent que le caractère « éclairé » du choix⁷ doit permettre aux femmes de trouver dans le cadre du conseil, « ici et maintenant », une solution individuellement adaptée à leur situation, en attendant que les « facteurs structurels » limitant la prévention puissent être levés. Les modèles de conseil en matière d'allaitement et VIH proposent d'informer la femme des bénéfices et des risques de chaque option, puis de l'inviter à « mettre en balance » le risque biologique (comprenant la transmission du VIH, le risque infectieux et le risque nutritionnel) et le risque social (comprenant la stigmatisation et l'impact du coût économique et temporel) liés à chaque mode d'alimentation. L'élément du conseil le plus important serait alors l'information, plus que le choix, qui découlerait « naturellement » de cette dernière, une fois adaptée à la situation de chaque femme dans le cadre du conseil.

Bien que l'évocation du choix informé reste permanente dans les déclarations, l'emphase sur le choix est progressivement passée au second plan des textes internationaux qui détaillent les modalités du conseil. Ceux-ci mettent désormais en avant l'évaluation par le soignant de la possibilité de réaliser une alimentation artificielle « acceptable, faisable, économiquement accessible, sûre et durable » (WHO/UNICEF/UNFPA/UNAIDS 2003 ; WHO, 2004) ; lorsque celle-ci ne semble pas réalisable, l'allaitement exclusif est conseillé. La place dévolue aux femmes est variable dans les recommandations et manuels techniques des organismes des Nations unies et d'institutions qui relaient leur information⁸, qui attribuent plus ou moins au soignant l'évaluation des conditions nécessaires pour l'alimentation artificielle et apportent plus ou moins de précisions sur le contenu *des* conseils que les soignants doivent délivrer dans le cadre *du* conseil. Le cadre normatif international n'offre pas de définition très précise de l'objet du « choix » des femmes ni de leur marge de décision. Comment ces recommandations sont-elles interprétées localement ? Les ambiguïtés observées au niveau macrosocial sont-elles retrouvées au niveau microsociale des programmes qui reçoivent les femmes ? Au-delà de la volonté d'éviter

⁷ « Informed choice ».

⁸ Voir par exemple : Academy for Educational Development, 2001 ; WHO/UNAIDS/UNICEF, 2000.

la contamination de leur enfant, quels sont les déterminants des décisions des femmes et comment ceux-ci sont-ils soumis à « l'éclairage » du conseil ? Comment, sur le terrain, s'agencent les éléments contribuant au choix : ceux relatifs aux aspects cognitifs et aux représentations du risque, ceux relatifs à l'insertion dans un contexte matériel, social et culturel, ceux relatifs aux contraintes rencontrées pour l'accès aux options alimentaires, et ceux qui dépendent du système de soin ?

Un programme de recherche destiné à éclairer ces questions a été mis en place dans cinq pays du Sud (Cambodge, Côte-d'Ivoire, Burkina Faso, Cameroun, Kenya)⁹. Une précédente recherche approfondie, conduite principalement au Burkina Faso, avait montré l'importance de nombreux facteurs influant sur les choix, relatifs à l'accessibilité des modalités d'alimentation (notamment sur le plan économique), à la culture locale en matière d'alimentation de l'enfant (dont les normes et les représentations rendent chaque option alimentaire plus ou moins acceptable), au risque de stigmatisation (lorsque les pratiques d'alimentation de l'enfant sont considérées comme la preuve de l'atteinte de la mère), et aux modalités du conseil (notamment par sa dimension informative et son caractère plus ou moins directif) (Desclaux et Taverne, 2000). Ces dimensions ont, depuis, fait l'objet de nombreuses recherches descriptives dans divers contextes, qui visent principalement à expliquer les profils de choix alimentaires selon les sites¹⁰. Cependant, les résultats de ces recherches ne suffisent pas toujours pour comprendre l'impact des interventions sanitaires (notamment du « conseil ») sur les choix ou l'agencement entre divers types de déterminants, en particulier ceux relatifs au système de soin ; de plus l'étude de ces déterminants doit être actualisée au vu de l'évolution des recommandations préventives et des programmes, qui – entre autres changements – incluent désormais des femmes sous traitement antirétroviral.

Notre étude, d'approche qualitative, à visée illustrative et compréhensive, s'intéresse à des sites où les choix des femmes privilégiaient en 2002 l'alimentation artificielle (Cameroun, Cambodge), et des sites où les choix se répartissaient de manières variables entre alimentation artificielle et allaitement maternel exclusif et court (Côte-d'Ivoire, Burkina Faso) ; de plus, elle concerne des programmes PTME mis en place dans le cadre ou en articulation avec des essais cliniques, et d'autres programmes mis en œuvre dans le système de soin public – ces deux conditions étant intriquées sur trois sites. Une première partie de l'étude comprend (i) des monographies des programmes et (ii) une série d'entretiens avec des femmes incluses, réalisés au cours des premiers mois de vie de l'enfant puis entre six et neuf mois : ces enquêtes ont pour objectif d'éclairer les modalités des choix et leurs déterminants, l'impact microsocial des choix et les difficultés rencontrées par les mères dans la pratique, ainsi que les perceptions des mères concernant la santé de l'enfant et leur propre traitement, et le « vécu » de la prévention. Une seconde partie de l'étude, d'approche ethnographique,

⁹ Programme de recherche ANRS 1271. Déterminants de la transmission du VIH par l'allaitement. Etude multicentrique. Partie Sciences sociales A. Desclaux (dir). Financé par l'Agence Nationale de Recherches sur le Sida (ANRS) et bénéficiant d'une bourse Sidaction, et réalisé par le CReCSS (Centre de Recherche Cultures, Santé, Sociétés) de l'Université Paul Cézanne d'Aix-Marseille (UPCAM), en collaboration avec des partenaires locaux.

¹⁰ Voir notamment les nombreuses communications orales et posters sur ce sujet à la XIII^e Conférence Mondiale sur le Sida, Bangkok, 11-16 juillet 2004.

conduite sur des sites sélectionnés, doit conduire à une analyse plus poussée du contexte de l'alimentation infantile et du traitement social de l'interaction entre allaitement et VIH. Ce travail doit permettre, par une analyse comparative de situations diverses, d'éclairer quelques aspects intéressant les sciences sociales (relatifs notamment aux transformations, sous l'effet de l'épidémie de VIH, des cultures locales et biomédicales en matière de soin des enfants), et quelques aspects intéressant la santé publique (relatifs aux obstacles à la prévention de la transmission du VIH par l'allaitement). Le recueil de données étant en cours, seuls des résultats préliminaires seront présentés ici, qui ne visent pas à établir un état exhaustif de la question ni à analyser les invariants et les spécificités par site ou par contexte de soin, mais à ouvrir des pistes de réflexion et de recherche concernant divers aspects du choix : risque social et biologique, inscription du choix dans la relation soignant-soigné, dimension temporelle et impact du traitement médicamenteux de la mère. Ces premiers éléments nous conduiront à discuter, en conclusion, l'actualisation de l'approche conceptuelle du « choix » en matière d'alimentation infantile dans le cadre des programmes PTME.

Les termes du « choix » : le risque social

Du risque social aux cultures locales de l'allaitement

Chaque socioculture est plus ou moins tolérante vis-à-vis de l'allaitement maternel exclusif, de l'alimentation artificielle, et de la prévention en matière de VIH, comme vis-à-vis des personnes vivant avec le VIH. Au Burkina Faso où plus de 95 % des femmes pratiquent l'allaitement prolongé et non-exclusif, où il est d'usage de donner très tôt des « tisanes » considérées comme essentielles dans les soins préventifs populaires aux enfants, ces deux pratiques peuvent apparaître comme des « innovations » et soulever la suspicion vis-à-vis de celles qui y ont recours. D'autres cultures valorisent des soins aux nourrissons qui ne comprennent aucun complément à l'allaitement. Dans des contextes urbains, soumis à la modernisation, les substituts du lait maternel peuvent être tolérés y compris hors de tout contexte de maladie : le « déclin de l'allaitement » dans les pays du Sud est d'ailleurs l'une des préoccupations de santé publique de premier plan pour l'OMS et l'UNICEF. Sur ces thèmes, cependant, la littérature ethnographique est relativement limitée : si l'allaitement a fait l'objet de nombreuses études dans les sociétés « traditionnelles » rurales concernant notamment sa dimension symbolique, il n'en est pas de même pour l'alimentation de substitution, peu étudiée probablement en partie parce que les ethnologues s'intéressaient d'autant moins à cette pratique associée à la modernité qu'ils la désapprouvaient. Nos premiers éléments d'enquête concernant la « culture » de l'alimentation artificielle dans les milieux populaires des quartiers périphériques de villes africaines montrent une grande diversité en la matière : au Burkina, il n'existe pas de savoir populaire collectif ou de pratiques spécifiques constituées autour de l'usage des substituts du lait maternel et les femmes confondent souvent le lait en

poudre et les substituts sous une même catégorie¹¹ ; alors qu'au Kenya, toute une culture matérielle comportant des techniques et des objets (divers types de biberons, housses pour biberons, tétines-cuillères ...) ainsi que des savoirs et savoir-faire (n'associant pas systématiquement le biberon et les substituts), peut être décrite¹².

L'allaitement maternel fait lui aussi l'objet de représentations sociales actualisées et localisées : les campagnes de promotion du lait maternel lancées par l'UNICEF ont produit de nombreux messages et supports aussi populaires que les publicités des firmes productrices de substituts du lait maternel, dont la trace est perceptible dans les entretiens. Les discours des femmes sont souvent saturés par des notions concernant les bienfaits biologiques de l'allaitement maternel, qui parfois associent une valeur morale à sa pratique, thème que l'on peut retrouver notamment dans le discours des Eglises. Cette dimension morale associée à l'allaitement semble moins présente là où les conditions de travail des femmes les obligent à se séparer de leur enfant peu de temps après la naissance, imposant l'alimentation de substitution, comme c'est le cas pour les ouvrières de Phnom Penh¹³. Dans certains contextes tels qu'au Burkina Faso, l'alimentation artificielle comporte un risque social *per se*, sans qu'il y ait nécessairement référence au VIH : une femme qui donne des substituts du lait maternel y est considérée comme ne remplissant pas totalement ses obligations maternelles. Nous n'avons pas encore documenté l'existence de représentations populaires construites *a priori*¹⁴, opposées à l'allaitement exclusif. Certes, les entretiens témoignent de la pratique de don à l'enfant d'eau (considérée comme inoffensive si elle est en bouteille) et de la difficulté qu'éprouvent les femmes pour éviter à leur enfant les décoctions données notamment pendant la toilette ; ces témoignages révèlent l'aspect normatif de ces pratiques, aux conséquences relationnelles lorsque la femme doit s'opposer à une personne de son entourage. Mais ces attitudes et pratiques ne semblent pas justifiées, chez les femmes séropositives, par des représentations affirmées concernant l'insuffisance du lait – qui justifieraient le don à l'enfant de compléments sous forme de liquides, d'aliments ou de remèdes. Chez les soignants, des ambiguïtés sont repérables dans les discours, en particulier lorsqu'ils évoquent la définition de l'allaitement maternel exclusif qui ne tolère la consommation de traitements par l'enfant qu'à la condition qu'ils ne soient pas « traditionnels »¹⁵. Ces discours conduisent à s'interroger sur leurs représentations et sur les messages que les soignants délivrent aux femmes – notamment sur l'évolution de ces messages au cours des cinq à six mois de durée de l'allaitement maternel exclusif et au moment du sevrage.

¹¹ Les observations de terrain concernant le Burkina Faso sont à porter au crédit de Chiara Alfieri

¹² Les observations de terrain concernant le Kenya sont à porter au crédit de Saskia Walentowitz.

¹³ Les observations de terrain concernant le Cambodge sont à porter au crédit de Soizick Crochet

¹⁴ Dans un article désormais considéré comme une référence en anthropologie de la santé, Zempléni distingue les représentations *a priori*, faisant l'objet de rationalisations, inscrites dans un arrière-plan symbolique ou des savoirs relevant des ethnosciences, et les représentations *a posteriori* mobilisées par les individus à propos de leur expérience, qui associent plus librement les références et registres symboliques (Zempléni, 1985).

¹⁵ La définition de l'allaitement exclusif donnée par les organismes des Nations unies est la suivant « An infant receives only breastmilk and no other liquids or solids, not even water, with the exception of drops of syrups consisting of vitamins, mineral supplements or medicines »

Le sevrage précoce pose problème dans les sociétés africaines (Rabain-Jamin, 2000 ; Bonnet, 1996), aujourd'hui comme il y a plusieurs décennies (Rabain, 1979). Le sevrage constitue toujours une étape biologique et sociale fondamentale pour l'enfant. Le passage à la nourriture solide correspond généralement au moment où l'enfant commence à marcher, à la séparation du sein de la mère, souvent brusque, et également au moment où l'enfant commence à se mêler aux autres enfants dans la cour familiale pour le repas. « La durée de l'allaitement est le temps nécessaire au petit d'homme pour acquérir un statut social » (Bonnet, 1996), et le sevrage précoce n'est pas acceptable partout, au point que des mères séropositives rencontrées au Burkina Faso préfèrent prolonger l'allaitement deux à trois mois au-delà de la durée recommandée par les soignants. Les rituels qui accompagnent les étapes du sevrage, observés en brousse et moins marqués en ville, sont remis en question par ses modalités et sa pratique anticipée. Il est encore nécessaire de préciser le statut de l'enfant sevré « trop rapidement » au regard des pratiques locales et les soins dont il fait l'objet de ce fait. Le sevrage doit d'autant plus faire l'objet d'une attention ethnologique qu'il s'agit d'une période de doute pour les mères, faisant l'objet de discours contradictoires, et simultanément d'une période de grande vulnérabilité sur le plan nutritionnel où kwashiorkor et marasme menacent l'enfant.

Les différences locales observées dans nos entretiens laissent penser qu'il faut aller plus loin dans les recherches pour connaître et comprendre ces cultures populaires contemporaines de l'alimentation infantile, constituées par les discours et interventions des promoteurs de l'allaitement maternel, des agents de santé, des distributeurs de substituts, des Eglises, des médias, des professionnels de santé, et par la transmission familiale de savoirs populaires.

Du risque social de stigmatisation aux figures locales du soutien

Le risque de stigmatisation en rapport avec le VIH est documenté par les récits des femmes qui font état de nombreuses situations où elles se sont senties « mal » traitées parce que leur pratique d'alimentation de leur enfant suscitait une suspicion concernant leur statut sérologique. Ces situations sont souvent vécues dans les services de soins, mettant en cause des soignants. Elles ne correspondent pas toujours à une réelle « stigmatisation » mais souvent à un ostracisme ou à une forme moins marquée de discrimination, par exemple dans le cas, fréquent, où une femme qui ne met pas son enfant au sein tout de suite après l'accouchement est sommée de s'expliquer par une sage-femme soucieuse des « bonnes pratiques d'allaitement maternel ». Dans ce cas, comme dans beaucoup d'autres, le risque social est constitué par le fait que la femme est tenue de révéler son statut sérologique à un(e) soignant(e) dont elle n'est pas toujours sûre qu'il (elle) respecte le secret professionnel, sans garantie sur un « espace de confidentialité », même dans des structures de soin où l'équipe PTME a, de son côté, su instaurer la confiance. La description de ces situations conduit à promouvoir une catégorisation plus fine des risques sociaux que la seule notion de « stigmatisation » habituellement utilisée, et à encourager des enquêtes auprès des

soignants et des agents des services de soin concernant, outre leurs connaissances en matière de VIH, leur rapport personnel au risque et leurs représentations des personnes atteintes¹⁶.

Ces situations concernent souvent l'interface entre programmes verticaux de prévention de la transmission mère-enfant d'une part et de promotion de l'allaitement maternel d'autre part. Elles attestent des difficultés de l'intégration de ces programmes dans des services de soin non spécifiques, et conduisent à s'intéresser localement non seulement aux discours mais aussi aux pratiques relationnelles des agents de santé qui peuvent mettre en danger l'alimentation du nourrisson notamment pendant les premiers jours de vie, au moment clé où la mère « fait son choix » de manière effective.

Ces situations imposent également d'aborder le traitement social des femmes dans le système de soin, compris au sens que l'anthropologie donne à ce terme – c'est-à-dire incluant non seulement les services de soin biomédicaux mais également les services sociaux, les organisations à base communautaire, les thérapeutes populaires, traditionnels et « néo-traditionnels ». Il est alors nécessaire d'analyser l'existence, la situation et les logiques de construction sociale, des « espaces de confidentialité » et d'aide ou d'entraide construits autour de la prévention de la transmission de l'allaitement, comme le dicte la démarche anthropologique qui invite à étudier un fait social (ici, la « stigmatisation » au sens large) en abordant nécessairement son « envers ». Cette analyse devrait permettre de comprendre ce que peut recouvrir la notion de « soutien aux choix alimentaires » (WHO/UNICEF, 2001) en termes de fourniture d'appui matériel de diverses natures, de conseils techniques, d'aide sociale ou psychologique, de socialisation dans de nouveaux groupes ou réseaux, d'intervention auprès des proches, etc. Cette étude conduit à s'intéresser également au rôle attribué aux hommes dans le choix d'une option alimentaire par le système de soin et par les femmes elles-mêmes (cf. encadré Abidjan).

Documenter ces questions dans des programmes divers qui ont pour point commun de souhaiter favoriser la participation des hommes à la prévention de la transmission par l'allaitement, sans pour autant adopter des stratégies de PTPE (Prévention de la Transmission Parents-Enfants) telles que le conseil de couple, devrait permettre de mieux comprendre le poids et les limites du rôle des hommes dans les « choix » des femmes.

¹⁶ Cet aspect est abordé dans le cadre d'un programme PTME notamment par Gobatto et Lafaye (2005)

Abidjan : le rôle des hommes dans le choix des femmes.

Madina Querre

L'étude a été réalisée à Abidjan auprès de 30 femmes incluses dans un projet de recherche sur la PTME (Ditrane Plus) et dans le programme PTME d'une formation sanitaire publique (Aconda FGSK). Le choix des deux sites a été orienté par le fait que les substituts du lait maternel étaient donnés sur un site, l'autre ayant interrompu cet approvisionnement au moment de notre enquête. Les femmes ont été rencontrées au cours de deux entretiens semi-directifs : moins de trois mois et entre neuf et douze mois après la naissance. Les deux modes d'alimentation (allaitement maternel exclusif ou alimentation de substitution) sont représentés. Les résultats présentés ici sont des résultats préliminaires d'une analyse en cours.

Les femmes rencontrées ont entre 20 et 31 ans. Elles ont un niveau d'éducation allant de l'absence de scolarisation (cinq) au suivi d'études supérieures (deux). La majorité d'entre elles vivent maritalement ou en concubinage. Trois femmes vivent seules, leur compagnon étant déjà marié. Au second entretien, deux pères étaient partis après l'annonce du résultat positif de leur compagne, un avait renvoyé la sienne de la cour familiale, deux des pères déjà mariés par ailleurs étaient absents.

Toutes les femmes interviewées ont appris leur séropositivité en consultation prénatale. Lors de l'annonce du résultat positif, il est proposé aux femmes d'inciter le père de l'enfant à faire un test de dépistage et de lui révéler leur séropositivité. Il est souvent difficile de percevoir si la crainte de la stigmatisation qui conduit les femmes à éviter d'informer leur partenaire de leur statut sérologique est justifiée par un risque réel de rejet. Si les entretiens attestent de la diversité des attitudes à cet égard, comme Annick TijouTraoré l'a analysé précisément (à paraître), ils illustrent chez toutes une volonté d'informer. Parmi les compagnons des femmes qui y sont parvenues (13), 12 ont réagi positivement (soutien de la femme face à la maladie et appui dans le choix et la mise en place de l'alimentation de l'enfant). Seul un époux a réagi négativement : prise de distance par rapport à la femme et absence de soutien financier à l'égard de cette femme et de ses enfants ; elle était « perdue de vue » pour le programme lors du second passage. Les femmes qui n'ont pas osé parler à leur compagnon ont toutes entrepris des tentatives de discussion, souvent à partir d'émissions télévisées comme il le leur était parfois suggéré par les conseillères du programme PTME pour tester les réactions du mari. Dans ces cas, les conjoints ont exprimé un rejet ou n'ont rien exprimé du tout, n'aidant pas la femme à se positionner.

Si le rôle du père concernant le choix d'une option alimentaire est subordonné à son attitude à l'annonce de la séropositivité, c'est souvent à l'occasion de ce choix ou d'autres étapes concernant l'alimentation de l'enfant comme le sevrage que la mère annonce son statut : ces deux aspects sont étroitement intriqués. Lors du second passage, certaines (sept) avaient partagé ce résultat au moment du sevrage. Trois de ces couples se sont séparés après cette annonce. Les autres pères se sont montrés concernés par cette étape alimentaire, au moins en en discutant avec leur compagne.

Reste que dix femmes qui n'ont pas annoncé leur séropositivité à leur conjoint ni évoqué la prévention ont pu tout de même mettre en application le choix alimentaire qu'elles ont réalisé seules en usant de stratégies justifiant l'absence d'allaitement par des pathologies du sein. L'analyse de ces échanges conduit à questionner le processus de choix (dans toute sa complexité) dans diverses circonstances et contextes socio-culturels.

Les termes du « choix » : les risques biologiques

Les notions que la composante informative du conseil doit transmettre concernant le risque biologique sont complexes, notamment du fait de la diversité des risques biologiques encourus (essentiellement infectieux et nutritionnels), qui ont des niveaux de probabilité et de gravité divers, et du caractère relatif de l'efficacité préventive d'une des options alimentaires proposées. Si les deux propositions « L'allaitement maternel est un mode de transmission du VIH » et « L'allaitement maternel exclusif est une mesure de prévention » sont également justes, et si ces messages sont dans certains cas délivrés aux femmes à quelques minutes ou quelques heures d'intervalle (par exemple dans le cadre de l'information pré et post test), on peut comprendre que les entretiens témoignent de confusions et que leurs propos concernant la transmission du VIH soient souvent émaillés de « peut-être ». Par ailleurs, les représentations populaires de la transmission du VIH, avant exposition à l'information délivrée par les agents de santé, sont souvent marquées par la notion d'inexorabilité de l'atteinte d'un enfant né de mère séropositive, et par le caractère systématique de la transmission par l'allaitement. Les entretiens montrent souvent la crainte qu'éprouvent les femmes qui allaitent, qui peut être résumée par la remarque : « Chaque fois que je lui donne le sein je me dis que je transmets le virus ». Même si elles entendent que la transmission n'est pas systématique, leurs propos attestent de perceptions qui considèrent que dès lors que le risque existe, il est potentiellement maximal pour soi.

Existe-t-il une alternative à la sur-simplification des messages qui conduit de nombreux soignants à donner une information selon laquelle les deux options « préviennent la transmission », se gardant de faire état de niveaux de risque ou de situer les risques relativement ? Si non, quel sera l'impact de ce type de message lorsque quelques femmes ayant respecté les consignes verront leur enfant contaminé du fait de l'inévitable risque résiduel qui n'aura pas été anticipé ? Au-delà d'une interrogation sur la qualité de « l'éclairage du choix » en l'absence d'information délivrée aux femmes concernant les niveaux de risque, il est actuellement nécessaire de décrire et de mettre en rapport les interprétations des femmes avec les informations délivrées au cours du conseil. Cette analyse pourrait préciser les avantages et les limites d'une communication ayant recours à des niveaux de risque chiffrés en termes de précision et d'objectivité. En effet, le recueil des discours sur le risque de transmission du VIH, inclus dans l'ensemble des risques, émis par diverses sources dans le champ de la prévention de la transmission mère-enfant dans chaque pays, met à jour des affirmations souvent dénuées de nuances, teintées par des positions de principe sur le droit à la prévention pour les femmes des pays du Sud ou sur la nécessaire promotion de l'allaitement maternel. Les chiffres font certes toujours l'objet d'interprétations qualitatives pouvant être très diverses selon les groupes sociaux et les enjeux (Desclaux et Egrot, 2003). Mais de telles analyses pourraient indiquer si l'emploi de repères chiffrés dans le cadre de l'information sur les mesures préventives, dont aucune des femmes rencontrées jusqu'à présent ne fait état, est susceptible de faciliter le conseil et le « choix ».

L'analyse des aspects cognitifs et des logiques d'interprétation des chiffres par les divers acteurs des programmes de PTME, incluant les femmes, ouvre une piste de recherche sur le procédé de traduction des concepts biomédicaux en concepts populaires dans l'institution sanitaire. Elle est à mettre en rapport avec d'autres analyses de l'interprétation des risques précisant notamment le seuil de risque socialement acceptable dans le monde médical et dans la société en général – un thème traité en socio-anthropologie dans les pays développés (Douglas, 1992 ; Peretti-Watel, 2000) qui se considèrent comme des « sociétés du risque », selon le terme emblématique de Beck (Beck, 1992), mais jusqu'à présent peu exploré au Sud. Au-delà d'une contribution à l'anthropologie du risque VIH au Sud, ces analyses – si elles peuvent être réalisées – pourraient aider à dépasser les positions de principe qui consistent à considérer que la lecture probabiliste du risque ne pouvant être adoptée que par des populations acculturées à l'usage scientifique des chiffres, l'éclairage informatif du conseil en matière d'allaitement n'a d'autre moyen que le flou du qualificatif « peut-être » pour réduire l'angoisse des femmes séropositives qui doivent allaiter leur enfant – c'est-à-dire, selon les termes des organismes internationaux qui « choisissent » l'allaitement maternel exclusif.

L'inscription du « choix » dans la relation soignant-soigné

La sociologie propose quelques modèles pour appréhender les modalités de la décision dans le cadre d'une relation de soin, distinguant les décisions à l'initiative du soignant/à l'initiative du patient/partagées (Charles *et al.*, 1997). Ces modèles ne s'appliquent pas parfaitement au choix en matière d'alimentation infantile dans les sites où l'accessibilité des substituts du lait maternel conduit à un consensus en faveur de cette option : dans ce cas, informer la femme concernée de l'ensemble des options n'apparaît pas aux soignants comme nécessaire (cf. encadré Phnom Penh).

Ailleurs, la dimension économique est déterminante dans l'information apportée ; le choix n'est pas pour autant proposé à toutes les femmes, car les soignants établissent souvent une pré-sélection implicite des femmes qui auront les moyens financiers du choix. Pour les autres femmes, seul l'allaitement maternel exclusif est proposé ; c'est du moins ce qui transparaît dans les entretiens réalisés. La part du choix des femmes concernant l'option alimentaire, dans les interventions de conseil, semble de ce fait limitée, réduite à un petit nombre de situations, tant du point de vue subjectif des femmes que d'un point de vue d'analyse des pratiques de conseil en matière d'allaitement. Ce point nécessite quelques précautions interprétatives, les femmes concernées ayant pu percevoir comme une information ce qui était vécu par les agents de santé comme une proposition avec choix, comme cela a été montré à propos de l'inclusion dans un essai clinique (Coulibaly-Traoré *et al.*, 2003) : cette perception est

Phnom Penh : le poids du système de soin dans le choix des femmes

Soizick Crochet

Quatre-vingts entretiens ouverts auprès de 49 mères séropositives ont été réalisés entre novembre 2002 et mai 2004. L'âge moyen des femmes était de 29 ans, le nombre moyen d'enfants un peu plus de deux. Un tiers de ces femmes n'avaient reçu aucune éducation formelle. Vingt-six élevaient leur(s) enfant(s) seules.

En 2003 et 2004 les programmes de PTME se trouvaient encore en phase de projets pilotes au Cambodge, avec d'importantes disparités entre les différents opérateurs. Dans le secteur public, le Centre National de PMI et quelques hôpitaux de province qui tentaient de suivre les protocoles recommandés par les institutions internationales connaissaient le phénomène de « cascade négative » (diminution du nombre des femmes incluses à chaque étape du programme) décrit pour d'autres pays du Sud. Mais en capitale, l'hôpital universitaire, soutenu par de multiples coopérations, menait des projets innovants pour une clientèle payante. Dans le secteur privé, deux organismes caritatifs avaient démarré, avec de très modestes moyens, des projets de prévention comportant un approvisionnement en substituts du lait maternel.

En conséquence, on pouvait observer, en matière de choix alimentaire, deux types de situations à l'intérieur même du secteur public. La politique nationale recommande l'allaitement maternel exclusif. Mais ces recommandations ne sont pas suivies partout de la même façon.

1. Au Centre National de PMI, on expliquait aux mères les avantages de l'allaitement exclusif « et si elles choisissaient autrement, on recommençait le counselling » (propos d'une infirmière). S'opposer au discours médical se montrait difficile : « Dans cet hôpital, ils m'ont dit d'allaiter pendant un mois. J'ai dit non, que je voulais donner du lait en poudre. Mais ils m'ont dit de l'allaiter pendant trois jours. » (33 ans, serveuse de restaurant, séparée de son mari, premier enfant, illettrée) Les femmes prises en charge dans ce cadre appartiennent en général à la classe des « moyens pauvres », c'est-à-dire ceux qui peuvent s'acquitter des frais « non officiels » (corruption) d'une hospitalisation dans le système public.

2. Dans le service de consultation prénatale de l'hôpital universitaire, au contraire, on recommandait aux mères de ne pas allaiter : « On m'a dit qu'il était interdit d'allaiter » (26 ans, femme au foyer, mari ouvrier de construction, cinq enfants, illettrée). En effet, au sein de cet « hôpital des cadres », le personnel pense que les familles peuvent assurer, financièrement et pratiquement, une alimentation de substitution. Parmi les mères que nous y avons interrogées, toutes ne sont pourtant pas aisées : un certain nombre d'entre elles extrêmement démunies sont suivies à l'hôpital universitaire grâce à l'appui d'une organisation non-gouvernementale qui les prend intégralement en charge pour les aspects médicaux, économiques et nutritionnels. Les mères que nous avons interrogées se trouvaient ainsi dans la situation paradoxale d'obtenir les recommandations réservées aux femmes les plus aisées, parce que l'organisation qui leur venait en aide avait choisi de les faire suivre par l'institution la plus proche de leur politique en matière de PTME.

Ainsi, au moment de l'enquête, la majorité des femmes de condition modeste étaient incitées à choisir l'allaitement exclusif. Aux franges de l'éventail économique, les plus aisées et les plus démunies partageaient, du fait de l'organisation institutionnelle du système de soin, l'admonition de recourir au « lait artificiel ». C'est de l'entrée dans une institution (institution médicale ou association d'aide) plutôt qu'une autre que dépendait l'information reçue. Mais, dans les deux cas, elle s'énonçait sur un mode vigoureusement assertif.

probablement la conséquence du caractère inhabituel du choix des femmes dans les services de santé. Cependant, les premières observations de séances de conseil au Cameroun confirment l'interprétation des femmes selon laquelle on ne propose à certaines d'entre elles aucune alternative¹⁷. Cette attitude est rationalisée par des soignants selon lesquels l'évocation d'alternatives inaccessibles n'aurait pour effet que de rendre les femmes amères en leur faisant percevoir leur propre impuissance. Pour d'autres, il apparaît que le choix trouve difficilement sa place dans des relations de soin marquées par l'autorité du soignant dans le contexte des hôpitaux des pays du Sud. Pour les professionnels de santé comme pour les femmes, la dimension de choix « ne va pas de soi » et n'est pas interprétée comme un droit, mais correspond plutôt à l'acceptation plus ou moins active de la proposition du soignant.

Dans la plupart des sites décrits, les conditions matérielles dans lesquelles vivent les femmes ne font pas l'objet d'un recueil d'information de la part du soignant et ne sont pas prises en compte dans la discussion des options, mais interviennent plutôt comme un élément de contexte qui sera considéré si l'option de l'alimentation de substitution est *a priori* retenue. Dans certains cas, l'allaitement maternel exclusif apparaît comme une option par défaut, faisant l'objet d'un conseil limité à quelques remarques concernant les « bonnes pratiques d'allaitement », sans proposition de modalités de suivi de la femme et l'enfant particulières. Ceci renvoie au statut actuel dans les services de soin de l'intervention concernant l'allaitement exclusif, souvent considéré comme un savoir-faire qui relève d'une transmission « par les pairs » plutôt que médicale.

En décrivant et en analysant les pratiques locales de conseil, il est possible d'aborder le statut accordé à l'information sur les options alimentaires et les représentations des soignants concernant les modalités d'alimentation, parfois congruentes et parfois dissociées des représentations populaires. L'analyse des différences en la matière entre services spécialisés dans la PTME et services non spécialisés devrait permettre de préciser notamment les éléments accessibles à la formation des professionnels de santé.

La dimension temporelle des « choix »

Le choix d'une option alimentaire est d'autant plus délicat qu'il est prospectif, et que la femme s'engage pour une période de plus de six mois, alors que son avenir peut être incertain sur le plan économique et social, dans le contexte de précarité des pays à ressources limitées, et plus particulièrement pour les femmes séropositives, lorsque la connaissance de son statut est souvent l'occasion de bouleversements dans les relations de couples, familiales ou de travail (Egrot et Bila, à paraître). Des travaux concernant notamment l'accès aux antirétroviraux ont montré combien la gestion individuelle des contraintes structurelles génère des situations d'impasse et soulève des

¹⁷ Les observations de terrain concernant le Cameroun sont à porter au crédit de Sophie Djetcha.

problèmes éthiques, par exemple lorsque les patients doivent, pour être inclus dans les programmes, décider de s'engager à financer leur traitement sur une longue durée – ce qui se révélera par la suite impossible pour certains d'entre eux (Sow et Desclaux, 2002a).

Le fait que l'allaitement maternel fasse l'objet de décisions successives répétées de la part des mères, renouvelées dans des circonstances telles qu'un épisode diarrhéique de l'enfant ou une maladie de la mère, un changement dans la vie quotidienne ou dans la relation de couple, avait été montré hors du contexte de l'épidémie de Sida par des chercheurs qui concluaient que pour être compris et promu, l'allaitement maternel doit être considéré comme un processus plutôt que comme l'objet d'une décision prise une fois pour toutes (Maher, 1992). Cette observation est particulièrement pertinente dans le cas de l'infection à VIH où le choix d'une option alimentaire est d'abord évoqué en consultation prénatale, puis, selon les étapes du suivi, au cours d'une ou plusieurs autres rencontres avant et après la naissance, et enfin lors des consultations post-natales de suivi de l'enfant. Au cours de cet itinéraire dans le système de soin, mère et enfant sont amenés à rencontrer plusieurs intervenants appartenant généralement à des services différents : ceux des consultations prénatales de santé maternelle et infantile, de la maternité ou du centre de santé où a lieu l'accouchement, des consultations de nourrisson, des services d'éducation nutritionnelle, des services médicaux de pédiatrie, qui n'ont pas toujours la même perception des choix alimentaires. Cet itinéraire passe également par l'approvisionnement, le cas échéant, en substituts du lait maternel auprès d'associations, de pharmacies privées, de boutiques. Il confronte la mère à des discours de sources diverses, la soumet au système de référence et contre-référence entre services de soin et à la collaboration ou aux divergences entre appui médical et aide sociale.

Le recueil de ces « itinéraires nutritionnels » montre en premier lieu les difficultés des femmes, à l'exception de celles qui ont été totalement prises en charge par une organisation non-gouvernementale, et permet d'identifier quelques situations d'impasse où la santé nutritionnelle de l'enfant est menacée, par exemple lorsque le nombre de boîtes de substituts du lait maternel fournies gratuitement n'est plus suffisant pour l'enfant. L'identification de ces situations et du rôle que jouent les secteurs médical, associatif et privé, dans l'assurance de la continuité de l'application des choix nutritionnels apporte des éléments d'information utiles localement. Ces itinéraires soumettent aussi la mère à des discours variés, reconstruisant le sens de l'option alimentaire choisie, notamment lorsque l'enfant est soumis à divers événements tels que des épisodes pathologiques ou l'annonce du statut sérologique ; c'est aussi le cas lorsque le contexte change, par exemple lorsqu'une institution obtient la possibilité de délivrer des substituts du lait maternel ou quand une guerre civile rend l'approvisionnement plus incertain. Les propos recueillis concernant chaque étape de l'itinéraire nutritionnel sont alors indicatifs de la cohérence globale du système de soin en matière d'allaitement et VIH, au plan des idées et des pratiques matérielles, très diverses selon les sites.

Le traitement médicamenteux comme élément du « choix »

Depuis l'extension de l'accès aux antirétroviraux, des femmes sont amenées à choisir une option alimentaire alors qu'elles prennent déjà un traitement pour elles-mêmes (curatif tel que le traitement antirétroviral ou prophylactique tel que le cotrimoxazole) ; d'autres femmes prenant un traitement antirétroviral prophylactique dans le cadre d'un essai clinique sont elles aussi soumises à ce choix. Selon les représentations traditionnelles et populaires de cultures qui considèrent souvent qu'il existe un lien entre ce que la mère ingère et la qualité du lait, les mères doivent adopter des prescriptions et proscriptions alimentaires et thérapeutiques durant l'allaitement. La prise d'antirétroviraux peut influencer leur choix du mode d'alimentation de l'enfant de diverses façons. Les mères peuvent penser que leurs enfants sont totalement protégés de la transmission du VIH par la trithérapie, et être moins prudentes concernant l'allaitement exclusif. Le traitement antirétroviral peut être plus ou moins bien accepté en référence aux perceptions locales, notamment en ce qui concerne le passage du médicament dans le lait. Les femmes peuvent refuser l'allaitement exclusif pour cette raison ou essayer de compenser les effets secondaires du traitement sur le lait par d'autres précautions à leur initiative.

La perception des effets secondaires par les femmes pourrait influencer les pratiques de celles qui ont choisi d'allaiter. Les patients sous trithérapie interviewés à Dakar avaient des perceptions ambivalentes de leur traitement, le considérant comme à la fois efficace et dangereux : ainsi, la toxicité de la trithérapie peut être considérée comme un signe d'efficacité (Sow et Desclaux, 2002b). Si cette toxicité perçue et les effets secondaires du traitement sont tolérés par les patients adultes, ils pourraient être refusés par une mère anxieuse pour son enfant. Les mères risquent alors de réduire leur traitement, considérant que la toxicité des molécules véhiculées par le lait peut être néfaste pour leur enfant, qui n'est pas, *a priori*, infecté par le VIH. Elles peuvent aussi interrompre l'allaitement. Les perceptions ou idées pré-conçues des mères concernant les effets des antirétroviraux sur leur enfant doivent être étudiées. A Dakar, des patients ont décrit des effets secondaires pour certaines molécules antirétrovirales tels qu'une augmentation du volume du sperme, qui n'ont pas été répertoriés par les études cliniques ni décrits ailleurs. Ces perceptions sont liées à des représentations locales du corps, de l'ethnophysiologie, concernant particulièrement les fluides corporels, ce qui laisse supposer que cette étude doit être conduite sur ce thème à propos du lait.

Conclusion

La réflexion sur la part d'autonomie des individus dans les décisions en matière de prévention ou de soin et sur la forme et la place que peut prendre l'intervention des soignants n'est pas propre aux pays du Sud : c'est un thème d'actualité dans les pays du Nord où la prévention se dégage du modèle de la contrainte profane exercée par les pouvoirs publics pour adopter le modèle contractuel (Dozon, 2001), accordant la responsabilité aux personnes, dans un contexte de judiciarisation de la médecine. Au Sud, les logiques sociales sous-jacentes à la promotion des choix individuels, évoquées plus haut, sont différentes, mais la santé publique semble soumise à une évolution similaire, accordant davantage de pouvoir de décision aux individus (au moins dans les textes) : en atteste l'essor du « conseil » comme nouvelle forme de relation de soin. Les marges de manœuvre du « choix » sont pourtant limitées de manière générale dans un contexte de pauvreté et plus particulièrement lorsque l'environnement sanitaire et social détermine *a priori* l'option que devront prendre les femmes séropositives. La dimension idéologique et anthropologique du choix peut alors être discutée.

Dans une visée opérationnelle, on peut s'interroger sur la valeur « performative » du choix qui induirait une certaine appropriation par chaque femme d'une décision prise « sous influence » (du soignant) ou « sous contrainte » (de l'environnement matériel et social, du conjoint ...); cette appropriation conférerait à la décision un poids qu'elle n'aurait pas si elle n'avait été que l'application de l'injonction des soignants. S'il est particulièrement difficile d'évaluer cette valeur, l'évocation par les femmes d'un « choix » en matière d'alimentation et leur appréciation *a posteriori* sur cette décision pourra permettre d'aborder le sens que cette notion prend pour elles dans divers contextes des pays du Sud.

D'autres aspects du choix n'ont pas été abordés dans ce chapitre, incluant : certains aspects cognitifs, notamment liés aux représentations de la transmission du virus de la mère à l'enfant, peuvent influencer sur la décision ; les différences de modalités de réalisation du conseil selon l'origine sociale ou ethnique des femmes ; l'impact familial et social du choix qui peut conduire à des changements d'option alimentaire ; les relations entre traitement de la mère et traitement de l'enfant ; les rapports à moyen terme entre le choix d'une option alimentaire et l'attitude de la femme favorisant ou pas, selon son attitude, l'accès du conjoint au traitement disponible dans le cadre de programme PTME+ ... autant de thèmes qui restent à analyser de manière transculturelle et dans divers contextes de soin plus ou moins spécialisés dans la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant.

Remerciements

A Philippe Msellati, épidémiologiste, pour sa lecture d'une version antérieure.

Bibliographie

- Academy for Educational Development, 2001 - *Food and Nutrition Technical Assistance Project Manual*. Washington, AED.
- Beck U., 1992 - *Risk society, towards a new modernity*. London, Sage Publications.
- Bonnet D., 1996 - La notion de négligence sociale à propos de la malnutrition de l'enfant. Présentation du numéro spécial « La malnutrition de l'enfant : fait culturel, effet de la pauvreté ou du changement sociale ? » *Sciences sociales et santé*, 14, 1 : 5-16.
- Cadart M.L., 2000 - *Les interprétations du risque de transmission mère-enfant du VIH par les femmes séropositives dans la région PACA*. DEA d'anthropologie, Laboratoire d'Ecologie Humaine et d'Anthropologie d'Aix-Marseille.
- Charles C., Gafni A., Whelan T., 1997 - Shared decision-making in the medical encounter : what does it mean ? (or it takes at least two to tango). *Social Science and Medicine*, 44, 5 : 681-692.
- Coulibaly-Traoré D., Msellati P., Vidal L., Welffens Ekra C., Dabis F., 2003 - Essai clinique Ditrane (ANRS 049) visant à réduire la transmission mère-enfant du VIH à Abidjan. Compréhension des principes par les participantes. *La Presse Médicale* 32, 8 : 343-50
- Desclaux A., 1996 - Le traitement biomédical de la malnutrition au temps du sida. *Sciences sociales et santé*, 14, 1 : 73-101.
- Desclaux A., 2004 - Transmission par l'allaitement : la prévention par les substituts du lait maternel négligée. *Transcriptases ANRS Informations, Numéro spécial Bangkok* : 33-35.
- Desclaux A., Egrot M., 2003 - Le chiffre et ses interprétations. Logiques sous-jacentes aux discours médicaux contemporains sur le risque VIH. in *Le risque épidémique*, Leca A. (Ed), Aix-en-Provence, Presses Universitaires d'Aix-Marseille : 435-446.
- Desclaux A., Taverne B. (eds), 2000 - *Allaitement et VIH en Afrique de l'Ouest. De l'anthropologie à la santé publique*. Paris, Karthala, 556 p.
- Douglas M., 1992 - *Risk and blame, Essays in cultural theory*. London, Routledge.
- Dozon J.P., 2001 - Quatre modèles de prévention. in *Critique de la santé publique : une approche anthropologique*, Dozon J.P., Fassin D. (Eds). Paris, Balland : 23-46.
- Gobatto I., Lafaye F., 2005 - Petits arrangements avec la contrainte. Les professionnels de santé face à la prévention de la transmission mère-enfant du VIH à Abidjan (Côte d'Ivoire). *Sciences sociales et santé*, 23, 1 : 79-108.
- Egrot M., Bila B., à paraître - *Réseaux de sociabilité, quête thérapeutique et vécu des traitements pour les personnes vivant avec le VIH au Burkina Faso*. Rapport Projet ANRS 1281. Aix-en-Provence, CReCSS.
- Maher V. (Ed.), 1992 - *The Anthropology of Breast-Feeding*. Oxford, Berg Publisher.
- Peretti-Watel P., 2000 - *Sociologie du risque*. Paris, Armand Colin.

- Rabain J., 1979 - *L'enfant du lignage. Du sevrage à la classe d'âge chez les Wolof du Sénégal*. Paris, Payot, réédition 1994.
- Rabain-Jamin J., 2000 - Anthropologie et clinique. De l'usage des représentations culturelles. In *L'Autre. Clinique, culture et société. Revue transculturelle 1*. Paris, La pensée sauvage : 127-143.
- Sow K., Desclaux A., 2002a - La solidarité familiale dans la prise en charge des patients : réalités, mythes et limites. in *L'Initiative Sénégalaise d'accès aux médicaments antirétroviraux, analyses économiques, sociales, comportementales et médicales*, Desclaux A., Lanièce I., Ndoye I. Taverne B. (Eds). Paris, ANRS : 79-93.
- Sow K., Desclaux A., 2002b - L'adhésion au traitement antirétroviral. In *L'initiative sénégalaise d'accès aux médicaments antirétroviraux. Analyses économiques, sociales, comportementales et médicales*, Desclaux A., Lanièce I., Ndoye I., Taverne B. (Eds.). Paris, ANRS : 169-178.
- Tijou Traoré A., à paraître - Pourquoi et comment en parler ? Dialogue conjugal autour de l'annonce de la séropositivité à son conjoint au sein de couples sérodifférents à Abidjan (Côte d'Ivoire). *Sciences Sociales et Santé*.
- WHO, 2004 - Piwoz E. *What are the options ? Using formative research to adapt global recommendations on HIV and infant feeding to the local context*. Geneva.
- WHO/UNAIDS/UNICEF, 1998 - *HIV and infant feeding: A guide for health care managers and supervisors*. Geneva. WHO/FRH/NUT/CHD/98.2.
- WHO/UNAIDS/UNICEF, 2000 - *Le Conseil en VIH et en alimentation du nourrisson. Cours de formation. Manuel du participant*. WHO/FCH/CAH/00.4, Genève, 114 p.
- WHO/UNICEF, 2001 - *New data on the prevention of mother-to-child transmission of HIV and their policy implications*. Technical consultation. UNFPA/UNICEF/WHO/UNAIDS Inter-Agency Task Team on Mother-to-Child Transmission of HIV. Geneva, WHO. Report n° WHO/RHR/01.28.
- WHO/UNICEF/UNFPA/UNAIDS, 2003 - *HIV and infant feeding: Guidelines for decision makers*. Geneva, WHO (revised).
- WHO/UNICEF/UNFPA/UNAIDS/World Bank/UNHCR/WFP/IAEA/FAO, 2003 - *HIV and infant feeding: Framework for priority action*. Geneva, WHO.
- Zempléni A., 1985 - La maladie et ses causes. *L'Ethnographie*, LXXXI, 96-97 : 13-44.

Influences socio-culturelles sur les décisions d'alimentation des enfants nés de mère séropositive¹

Lucy N. Thairu

G.H. Pelto, N.C. Rollins, R.R. Bland, N. Ntshangase

Introduction

« Toutes les mères infectées par le VIH doivent bénéficier de conseils, en particulier d'informations sur les risques et les avantages des divers modes possibles d'alimentation des nourrissons, et d'indications quant à l'option la mieux adaptée à leur situation. Lorsque l'alimentation de substitution est une solution acceptable, possible, d'un coût abordable, sûre et durable, il est recommandé à toutes les mères infectées de ne pas allaiter leur nourrisson au sein. Dans le cas contraire, l'allaitement exclusif au sein est recommandé pendant les premiers mois de vie ; il devra ensuite être interrompu dès que possible » (WHO, 2003). Voici les recommandations de l'OMS pour le choix de l'alimentation du nourrisson lorsque la mère est infectée par le VIH. Le principe d'un tel « choix bien renseigné » ou « choix éclairé » exige que les femmes séropositives reçoivent une information adéquate sur ces différentes options (Convention sur les Droits de l'Enfant, 1990). Conformément à ce principe, le Programme commun des Nations unies sur le VIH/Sida (l'ONUSIDA) et ses deux partenaires (l'UNICEF et l'OMS) ont conjointement préparé des directives. Ces agences soulignent que les mères séropositives ont le droit de faire un choix complètement informé et libre (UNAIDS, 1998). Il faut informer les mères séropositives à la fois des risques de transmission verticale par le lait maternel et du danger des infections associées à l'allaitement artificiel dans leur environnement. Des conseillers en matière de VIH, ou des professionnels de la santé, doivent aider chaque

¹ Cette étude a été présentée sous un autre format en version anglaise sous la référence suivante : Thairu L.N. et al., 2004 - Sociocultural influences on infant feeding decisions among HIV-infected women in rural Kwa-Zulu Natal, South Africa. *Materna and Child Nutrition*, 1, 9 p.

femme à bien comprendre ces risques pour qu'elle puisse prendre ensuite elle-même la décision du meilleur type d'alimentation possible pour son enfant en fonction de son environnement sanitaire.

Or, l'information est seulement l'un des facteurs qui peut influencer les décisions des femmes séropositives. Non seulement il faut que cette information soit objective et exacte, mais il faut aussi qu'elle soit individualisée et présentée d'une façon compatible avec les croyances culturelles des femmes (Thairu, 2001). Le contexte culturel dans lequel l'information est présentée est critique. En réalité, les contraintes culturelles et sociales peuvent être si grandes que les femmes ne peuvent pas effectuer le choix qu'elles souhaitent, même si elles sont bien renseignées. Cette étude ethnographique a donc pour but de répondre à une question essentielle : quels sont les facteurs socio-culturels qui influencent les décisions des femmes séropositives dans le choix de l'alimentation de leurs nourrissons ?

L'enquête que nous présentons ici a été menée auprès d'un petit échantillon de femmes séropositives qui faisaient partie d'une étude épidémiologique dirigée par le Centre Africain d'Etudes de la Santé et de la Population. Cette étude épidémiologique avait pour but la quantification de la transmission verticale par l'allaitement au sein comparé au lait artificiel. La névirapine était fournie aux femmes séropositives. Conformément aux recommandations des Nations unies, des conseillers en matière de VIH et d'alimentation du nourrisson aidaient chaque femme à bien comprendre les risques de l'allaitement au sein, ainsi que ceux du lait artificiel. Chaque femme choisissait ensuite comment elle allait nourrir son enfant en fonction de son environnement sanitaire.

L'étude explore le rôle de facteurs culturels, sociaux, économiques et psychologiques dans les décisions des femmes dans le choix d'alimentation de leur nourrisson (de zéro à six mois).

Méthodes

L'étude ethnographique a été conduite de juin à août 2002. L'autorisation a été obtenue des comités d'éthique de la recherche à l'Université du Natal et à l'Université de Cornell. Tous les individus qui ont participé à l'étude ont également donné leur consentement. Pour préparer le guide d'entretien, l'investigateur principal (LT) et son assistant de la recherche (NN), ont d'abord mené des entrevues exploratoires avec les conseillers et infirmières qui travaillent pour le projet central ; les deux ont également observé des sessions de conseil individuel et en groupe.

Les entrevues exploratoires étaient des discussions très flexibles dans lesquelles nous avons encouragé les femmes à parler de leurs expériences. Les questions étaient très ouvertes. A la fin de ces entrevues exploratoires, nous avons réussi à identifier plusieurs éléments qui affectaient le choix de l'alimentation du nourrisson dans cette région.

Nous avons ensuite créé un ensemble de cartes que nous avons utilisées dans les entretiens avec les mères. Chaque carte contenait un mot (ou exprimait une idée), écrit en Zulu. La carte était utilisée comme stimulus pour discuter sur un élément spécifique qui nous paraissait pertinent pour la décision des femmes. Nous disposions des quinze cartes suivantes : (1) le travail, (2) l'école, (3) ce que vous savez à propos du VIH, (4) votre santé, (5) la santé de votre bébé, (6) les gens qui vivent avec vous, (7) les conseils du corps soignant à l'hôpital, (8) les conseils du corps soignant de l'étude épidémiologique, (9) ce que votre partenaire sait à propos du VIH, (10) ce que votre famille sait à propos du VIH, (11) vos amis, (12) ce que vous croyez à propos du lait artificiel, (13) ce que vous croyez à propos de l'allaitement au sein, (14) le coût du lait artificiel, (15) votre expérience précédente avec l'alimentation des nourrissons.

Six cliniques participent à l'étude épidémiologique ; les femmes dans la cohorte sont affectées à une clinique située sur leur lieu de résidence. Dans notre étude ethnographique, nous avons choisi d'interviewer les femmes qui venaient dans deux des six cliniques. Ces deux cliniques ont été choisies pour les entretiens : l'une parce qu'elle était la plus rurale des six, l'autre parce que c'était la plus urbaine. En juin 2002, il y avait 205 femmes séropositives enrôlées dans l'étude épidémiologique. Dans cette cohorte, les femmes qui avaient déjà donné naissance ont été invitées à participer à notre étude quand elles sont venues à l'une de ces deux cliniques pour une visite post-natale classique. Aucune des femmes que nous avons invitées n'a refusé d'y participer.

Nous avons ainsi recruté un échantillon de 22 femmes pour les entretiens ethnographiques. Ces femmes constituent un échantillon de convenance dans le sens plein du mot parce que c'était des femmes venues pour leurs visites habituelles aux cliniques pendant les jours où nous étions en interview.

Au cours des entretiens avec ces femmes, nous mélangeons d'abord les cartes dont nous avons parlé, puis nous les montrions, une par une, à la femme, puis nous demandions : « *Comment est-ce que (le concept écrit sur la carte) a influencé le choix d'alimentation de votre enfant ?* ». Par exemple, « *Comment est-ce que vos amis ont influencé votre choix d'alimentation de votre enfant ?* ». Comme certaines femmes ne pouvaient pas lire confortablement, nous lisions toujours le mot ou l'idée exprimée sur la carte pour elles. L'avantage des cartes comme outil d'entretien est que les femmes les trouvaient amusantes. Cette technique les faisait se sentir plus à l'aise pour parler d'un sujet aussi sensible que le VIH/Sida.

Comme la plupart des femmes ne parlaient pas anglais, les entretiens ont été menés avec l'aide d'un assistant de la recherche qui était de la région et qui parlait Zulu. Toutes les entretiens ont été enregistrés sur cassette audio et ont été transcrits en utilisant les recommandations pour l'analyse de la conversation, c'est-à-dire en incluant la notation d'hésitations-pauses dans la conversation, les rires et les moments où les femmes semblaient embarrassées (Seale et Silverman, 1997). Le logiciel d'analyse de texte (NUD*IST) a été utilisé pour coder le texte (QSR 2002). Pour commencer, tout le texte qui parlait de l'alimentation du nourrisson a été extrait, puis le codage a été fait à plusieurs niveaux, en commençant avec un codage descriptif et général (par exemple « lait artificiel »), suivi par un codage plus raffiné (exemple : « aucun argent pour acheter le lait artificiel »). Bien que le codage descriptif rendait la comparaison des

réponses aux cartes spécifiques facile, cette approche analytique ne permettait pas de capturer le contexte des déclarations qui était important pour comprendre leur signification. C'est pour cette raison que l'étape suivante dans l'analyse a été une analyse comparée de contenus des différents entretiens. Dans cette seconde analyse, nous avons cherché des thèmes qui paraissaient dans plus d'une entrevue. Les résultats de l'étude sont présentés par « thèmes ».

Résultats

Les caractéristiques démographiques de l'échantillon ethnographique sont présentées dans le tableau 1. La comparaison des caractéristiques des femmes que nous avons enquêtées par rapport à la cohorte épidémiologique est également fournie dans cette table. Comparées aux femmes dans l'étude épidémiologique, les femmes dans notre échantillon étaient plus souvent chefs de leur famille (28 % contre 10 %) et choisissaient plus souvent le lait artificiel (23 % contre 18 %).

Tableau 1 – Caractéristiques comparées de la cohorte de l'étude épidémiologique et de l'échantillon de l'étude ethnographique

		Cohorte épidémiologique N = 205	Echantillon ethnographique N = 22
L'âge moyen (SD)		26,1 (8,5)	27,5 (6,6)
La parité médiane		1 (0-8)	2 (1-6) *
La mère est principale fournisseuse du revenu		20	6
Choix de l'alimentation à la naissance	Lait maternel	187	17
	Lait artificiel	18	5

* Les 22 femmes avaient accouché, leurs enfants avaient plus de six mois

Thème 1 – Stigmatisation sociale de l'infection au VIH

L'un des thèmes identifiés dans les entrevues avec les 22 femmes était le stigma lié à l'infection avec le virus de Sida et la possibilité de désapprobation sociale due au choix d'alimentation. Dans une communauté telle que celle-ci où l'allaitement au sein est la norme, le choix de ne pas allaiter aurait paru anormal, même avant la venue de l'épidémie du Sida. Aujourd'hui où il y a eu beaucoup de discussions publiques à

propos de la transmission du virus par l'allaitement, le fait de choisir de ne pas allaiter équivalait à annoncer qu'on est séropositive.

Du fait des attitudes négatives par rapport au VIH dans la communauté, les femmes font face à une décision très difficile quand elles apprennent qu'elles sont infectées. La plupart des femmes que nous avons interviewées avaient décidé de ne pas divulguer leur statut, même à leur famille. Une femme qui avait négocié l'allaitement artificiel avec son mari et dont celui-ci connaissait le statut VIH Positif, a dit : « *Les gens parlent, vous savez ? Si ils voient ces voitures (du Centre de santé) venir (pour les visites à domicile) ils commencent à parler (dire) vous savez qu'elle est séropositive, (ils parlent) de quelque chose qu'ils ne savent pas, donc il faut juste les ignorer* ».

Pour les femmes qui ont accouché dans les hôpitaux locaux, le dilemme de la révélation du statut au conjoint et du choix d'alimentation se posait presque immédiatement après l'accouchement. La plupart des femmes ont perçu le personnel d'hôpital comme soutenant l'allaitement et le fait de ne pas allaiter dans un hôpital par conséquent a exigé la révélation de leur statut. Comme un conseiller a expliqué à l'interviewée : « *... les hôpitaux (ici sont) des Hôpitaux « Amis des Bébés »,² ils encouragent l'allaitement, donc quand (les mères) viennent à l'hôpital (elles) doivent expliquer aux infirmières pourquoi (elles) n'allaitent pas, (donc les mères pensent) pensez ah, plutôt que d'expliquer (que je suis) séropositive (...) je préfère allaiter* ». Quand nous lui avons demandé pourquoi les mamans ne voulaient pas qu'on connaisse leur état, le conseiller nous a répondu : « *Ici c'est encore un stigma, le VIH est encore stigmatisé (...) on n'est pas arrivé au point où il est accepté comme n'importe quelle autre maladie* ».

Thème II – L'âge et l'influence de la famille sur le choix d'alimentation du nourrisson

Un autre thème identifié dans les entrevues était l'influence d'autres membres de la famille qui rend en particulier l'allaitement exclusif difficile. Comme l'une des femmes plus jeunes nous a dit : « *(Les gens plus âgés) à la maison ils souhaitent voir le bébé manger (...) ils aiment voir le bébé manger tout le temps (...) ils croient si le bébé pleure (vous devez) lui donner quelque chose à manger* ».

Une mère de 18 ans qui avait choisi d'allaiter nous a raconté : « *Chez moi, on me dit que le lait du sein n'est pas assez pour le bébé, on dit que je dois donner au bébé d'autres aliments afin qu'il puisse grandir. Ils pensent que c'est un fardeau (pour) moi de lui donner uniquement le sein* ».

L'influence de la famille était particulièrement importante chez les mamans les plus jeunes. Un tiers de l'échantillon ethnographique avait moins de 19 ans, et aucune de ces jeunes mamans n'avait choisi d'utiliser le lait artificiel.

Nous avons aussi trouvé une influence de l'âge dans le choix de divulguer son état séropositif. Par exemple, comparées aux mères plus âgées dont beaucoup ont choisi de

² Traduction de l'anglais : Baby Friendly Hospital.

parler de leur état séropositif avec nous – bien que nous ne leur ayons pas demandé cette information – peu de jeunes mamans ont choisi de nous dire qu'elles étaient séropositives. L'une des conseillères a résumé la situation pour les jeunes mères comme suivant : « *La plupart du temps, les adolescentes ne prennent pas le (VIH) sérieusement, comparées aux femmes plus âgées, (...) parfois quand elles rencontrent (...) des difficultés, c'est dur pour elles de parler à leurs parents parce qu'elles ne veulent pas que leurs parents sachent qu'elles ont des rapports sexuels. La plupart du temps les adolescentes nient (leurs résultats) ; elles deviennent très heureuses quand elles ont des résultats négatifs, elles oublient la période « blanche »³, elles peuvent être négatives, mais elles pourraient aussi être positives* ».

Thème III – La situation économique

Le rôle de la situation économique était un thème commun dans les entrevues. Par exemple, l'une des femmes qui avait choisi d'allaiter nous a expliqué : « *Je ne travaille pas, je n'ai même pas d'argent pour acheter du lait artificiel* ». Une autre femme qui avait aussi choisi l'allaitement nous a dit : « *Mon mari est très heureux parce que j'allaité mon bébé (...) comme il ne travaille pas, l'argent pour acheter le lait artificiel nous manque, c'est pourquoi il (préfère) que j'allaité le bébé* ».

Les femmes qui avaient choisi le lait artificiel ont aussi noté des difficultés associées à leur choix. L'une de ces femmes s'est plainte : « *Le lait en boîte coûte très cher. Chez nous, nous achetons 6 (boîtes) pour un mois, mais ça n'est jamais assez. Ça n'est jamais assez. Six, six, six, mais ça ne suffit pas pour un mois, quand le mois est (à moitié achevé) nous devons en acheter plus. Au moins avec l'allaitement on épargne, on peut utiliser cet argent pour faire autre chose* ».

Thème IV – Croyances sur la transmission du VIH par l'allaitement maternel

Beaucoup de femmes nous ont parlé de la transmission du VIH par l'allaitement maternel (14 sur 22). Parfois, ces femmes parlaient explicitement de la peur qu'elles avaient d'infecter leurs enfants. Sur les cinq femmes séropositives qui avaient choisi de donner du lait artificiel à leurs enfants, quatre ont fait ce choix parce qu'elles avaient peur de transmettre le virus à leurs enfants. Comme l'une de ces mères nous a expliqué : « *(A la clinique), quand ils ont pris mon sang (pour faire des tests) ils ont trouvé une maladie dans mon sang, donc j'ai décidé de donner du lait artificiel à mon bébé (...) le lait maternel, j'y crois parce que c'est ce que j'ai l'habitude d'utiliser mais... (silence)* ».

Parfois, la possibilité de transmission était sous entendue dans les discours des femmes, sans déclaration explicite. Par exemple, l'une des femmes nous a expliqué :

³ Après un premier test dont le résultat est négatif, il faut faire trois mois plus tard un test de confirmation.

« Je dois allaiter mon bébé jusqu'à ce qu'elle ait 6 mois, pendant ce temps, je ne dois rien lui donner en plus, même le lait artificiel. La raison c'est que, si je mélange les aliments que je donne à mon bébé, il obtiendra cette maladie que j'ai. » Une autre femme a noté : « Le lait maternel est très bon. Le problème c'est que, maintenant que je suis malade, ça n'est pas bien que le bébé soit allaité par une personne malade ».

Thème V – Croyances liées la qualité du lait maternel par rapport au lait artificiel

Des remarques positives vis-à-vis des qualités du lait maternel ont paru dans presque toutes les entrevues, surtout chez les femmes qui avaient choisi d'allaiter au sein. Seize sur 17 femmes qui avaient choisi l'allaitement ont noté que l'allaitement « protège des maladies. » Souvent la valeur de l'allaitement au sein a été comparée à celle du lait artificiel, comme dans la déclaration suivante : « Le bébé qui est nourri de lait artificiel toujours tombe malade ». Notons qu'une des femmes qui avait choisi le lait artificiel s'est sentie obligée de contrecarrer la vue dominante en expliquant : « Je n'ai jamais vu de problème, la différence entre le lait artificiel et l'allaitement ? Je ne vois pas du tout de problème ».

Discussion

La découverte que le virus du Sida pouvait être transmis par le lait maternel a induit un grand dilemme dans la santé publique, surtout dans les pays où la vaste majorité des femmes allaitent, et où une proportion importante de la population est infectée par le VIH. Dans ces situations, le VIH/Sida est devenu une réalité de vie quotidienne, et il place des milliers de femmes face à un choix difficile. Grâce à cette enquête ethnographique dans une communauté d'Afrique du Sud, nous avons une idée des principaux éléments qui influencent un petit échantillon de femmes séropositives quand celles-ci essaient de faire un choix bien informé au sujet de l'alimentation de leurs nourrissons.

Les femmes de Kwa-Zulu Natal prennent en effet leur décision en matière d'alimentation du nourrisson dans un contexte où l'allaitement au sein reste la norme. Les femmes que nous avons enquêtées savent que le lait maternel peut être une voie d'infection pour leur enfant, mais un thème dominant dans les discussions de ces femmes était que l'allaitement artificiel protège leurs enfants, mais que l'allaitement au sein est supérieur au lait artificiel. Ceci est une découverte rassurante, ces femmes semblent avoir compris les avantages et les risques de chaque choix. Nous sommes convaincus que, grâce à la nature non-directrice des techniques utilisées, nous avons pu obtenir des informations sûres et que les femmes ont véritablement exprimé leurs croyances et leurs pensées, sans réserve.

Une découverte frappante dans l'étude était le rôle de la stigmatisation sociale dans les décisions des femmes. La stigmatisation paraît particulièrement aiguë pour les jeunes femmes. Ce résultat est en accord avec ceux d'autres études en Afrique du Sud qui suggèrent que, dans ce pays, les adolescents ont plus de difficultés à accepter leur état séropositif et qu'elles le nient pendant plus longtemps comparé aux adultes (Campbell et MacPhail, 2002 ; Eaton *et al.*, 2003). Quand on sait qu'en Afrique du Sud, plus de 35 % de femmes de moins de vingt ans ont été enceintes ou ont eu un enfant, et que plus de 21 % d'adolescents sont infectés par le VIH (Jewkes *al et.*, 2001), il apparaît particulièrement important d'être attentif aux besoins de ces jeunes gens.

L'importance de la politique de l'hôpital vis-à-vis de l'allaitement, et des attitudes du personnel soignant dans le choix d'allaiter a été documentée à maintes reprises (Weng *et al.*, 2003 ; Knodel *et al.*, 1990 ; Williamson, 1990). L'effet de la politique de l'hôpital dans des situations d'infection endémique au VIH et la stigmatisation sociale associés à la maladie n'ont pas été appréciés suffisamment. Dans la réalité l'initiative « Hôpital "Amis des Bébés" » n'empêche pas l'usage du lait artificiel dans les situations où celui-ci est prescrit médicalement (WHO/UNICEF, 1989). Cependant, si les mères séropositives souhaitent ne pas allaiter, on doit leur donner le droit de le faire, tout en gardant leur état séropositif confidentiel, et sans pour autant éroder la politique de l'allaitement de l'hôpital.

Par ailleurs, la difficulté d'allaiter exclusivement dans des conditions sociales où les membres de la famille ne comprennent pas la valeur de l'allaitement exclusif n'est pas limitée à la situation de femmes séropositives. Il est possible que cette situation soit très aiguë pour beaucoup de jeunes mamans partout dans le monde. Dans cette étude, les mères adolescentes ont fréquemment noté qu'elles avaient reçu des conseils de leur famille pour donner d'autres aliments au bébé (en plus de l'allaitement). Il y a une pénurie d'études documentant la manière avec laquelle les mères adolescentes en Afrique sub-saharienne négocient avec leurs familles quand elles (les adolescentes) ont eu des conseils ailleurs – notamment du corps soignant – qui ne vont pas dans le même sens que ceux donnés par les familles. Mais il est possible que, comme partout dans le monde, les mères adolescentes hésitent à contredire l'opinion de la famille concernant l'alimentation de l'enfant, peut-être parce que, la plupart du temps, les adolescentes sont financièrement et émotionnellement dépendantes de la famille. Comme décrit par Bentley *et al.* (1999), il est aussi probable que les adolescentes manquent d'expérience et qu'elles sont incertaines. Pour cette raison, elles font appel à leur famille, en particulier à leur mère et leur grand-mère, pour obtenir de l'aide. Même quand les mères adolescentes sont en désaccord avec la famille, la famille peut insister pour qu'elles suivent ses conseils ou, moins fréquemment, la famille fait ce qu'elle veut avec le nourrisson sans avoir le consentement de la mère. Pour les mères adolescentes, réaliser ce que leur demande la famille peut aussi être une stratégie pour faire face au défi énorme d'être mères quand elles sont elles-mêmes au milieu de leur propre développement.

Finalement, nous notons l'influence de la pauvreté sur les décisions des femmes dans notre échantillon dans le choix de l'alimentation donnée à leurs enfants. Nous avons rencontré de nombreuses familles où le lait artificiel apparaissait comme une option inenvisageable financièrement. Cela souligne la nécessité d'inclure le contexte

politique et les influences économiques sur les individus et leurs familles dans le concept de « choix bien renseigné ». À longue échéance, la diminution de la pauvreté et celle du chômage parmi les Sud-Africains pourraient améliorer la confiance des femmes en elles-mêmes et leur donner la possibilité de prendre leur propre destin en main et de gérer leur propre santé ainsi que celle des membres de leur famille (Campbell et MacPhail, 2002).

Nous pensons que les thèmes identifiés dans cette étude ethnographique dans la région de Kwa-Zulu Natal peuvent être importants dans d'autres régions du monde où les femmes doivent faire des choix difficiles dans des situations de contraintes. Mis à part le contenu thématique spécifique, dans cet article, nous avons aussi cherché à illustrer l'importance du contexte socio-culturel dans les programmes de réduction de la transmission verticale. Les efforts pour modifier des pratiques d'alimentation doivent faire plus que de donner des informations aux femmes vis-à-vis des risques sanitaires. En examinant le contexte dans lequel les décisions d'alimentation du nourrisson sont faites, une meilleure compréhension des influences multiples peut être établie. Ceci est un pas nécessaire pour le développement de programmes plus efficaces pour prendre en compte les besoins des femmes et de leurs enfants dans les populations où le VIH/Sida est un problème majeur de santé publique.

Remerciements

Cette recherche a été financée par une subvention (1 D43 TW01271) du Centre Fogarty aux Instituts Nationaux de la Santé (NIH) aux Etats-Unis et par une bourse de voyage pour la Recherche Internationale du Centre Einaudi d'Études Internationales à l'Université de Cornell. Le Centre Africain d'Études de la Santé et de la Population (Groupe Santé de l'Enfant) a permis la collaboration avec l'étude épidémiologique (Mamanengane). Nous sommes reconnaissants aux conseillères et aux infirmières de l'étude épidémiologique qui ont beaucoup facilité notre travail. L'article a bénéficié des commentaires perspicaces de Kathleen Rasmussen, Marina de Paoli et Solveig Argeseanu. Nous souhaitons remercier les mamans qui ont participé à notre étude et qui nous ont autorisés, pendant le temps passé avec elles dans les entrevues, à entrer dans leur monde et à voir les choses de leur perspective.

Bibliographie

- Africa Centre for Health and Population Studies, University of Natal, Durban, 2001 - *The Vertical Transmission Study: A Cohort Study to Assess the Impact of a Breastfeeding Counseling and Support Strategy to Promote Exclusive Breastfeeding on Post-Natal Transmission of HIV in African Women*. Durban.
- Bentley M., Gavin L., Black M., Teti L., 1999 - Infant feeding practices of low-income, African American adolescent mothers: an ecological, multi-generational perspective. *Social Science and Medicine*, 49 : 1085-1100.
- Bland R.M., Rollins N., Coutsooudis A., Coovadia H.M., 2002 - Breastfeeding practices in an area of high HIV prevalence in rural South Africa. *Acta Paediatrica Scandinavia*, 91, 6 : 704-11.
- Campbell C. and MacPhail C., 2002 - Peer education, gender and the development of critical consciousness: participatory HIV prevention by South African youth. *Social Science and Medicine*, 55 : 331-345.
- Coutsooudis A., Pillay K., Spooner E., Kuhn L., Coovadia H.M., 1999 - Influence of infant-feeding patterns on early mother-to-child transmission of HIV-1 in Durban, South Africa: a prospective cohort study. *Lancet*, 354, 9177 : 471-6.
- Curtis B., Bradshaw D., Nojilana B., 2002 - *Socio-demographic profile of the magisterial district of Hlabisa-1996 census*. South African Medical Research Council.
- DeKock K.M., Fowler M.G., Mercier E., de Vincenzi I., Saba J., Hoff E., 2000 - Prevention of mother-child HIV transmission in resource poor countries. *Journal of the American Medical Association*, 283 : 1175-1185.
- Eaton L., Flisher A.J., Aaro L.E., 2003 - Unsafe sexual behavior in South African Youth. *Social Science and Medicine*, 56, 1 : 149-165.
- Francis E. 2002 - Rural livelihoods, institutions and vulnerability in North West Province, South Africa. *Journal of Southern African Studies*, 28, 3 : 531-550.
- Jewkes R., Vundule C., Maforah F., Jordaan E., 2001 - Relationship dynamics and teenage pregnancy in South Africa. *Social Science and Medicine*, 52 : 733-744.
- Knodel J., Chayovan N., Wongboonsin K., 1990 - Breast-feeding trends, patterns and policies in Thailand. *Asia Pacific Population Journal*, 5, 1 : 135-150.
- Latham M.C. and Preble E., 2000 - Appropriate Feeding Methods for Infants of HIV-infected Mothers in Sub-Saharan Africa. *British Medical Journal*, 320 : 1656-1660.
- QSR, 2000 - *NUD-IST 5: Non-numerical Unstructured Data Indexing Searching & Theorizing Qualitative Data Analysis Program*. Melbourne, Australia: QSR International Pty.
- Seale C. and Silverman D., 1997 - Ensuring rigor in qualitative research. *European Journal of Public Health*, 7 : 379-384.

- Tanser F.C., 2000 - *The Application of Geographical Information Systems to Infectious Diseases and Health Systems in Africa*. Unpublished PhD thesis, Faculty of Health Sciences, University of Natal, South Africa.
- Thairu L., 2001 - *Infant feeding options for mothers with HIV: Using women's insights to guide policies*. ACC/SCN Nutrition and HIV/AIDS. Nutrition policy paper N° 20. ACC/SCN: Geneva.
- United Nations, 1990 - *Convention on the Rights of the Child*. (en ligne): <http://www.unhchr.ch/html/menu3/b/k2crc.htm>
- UNAIDS, 1997 - *HIV and Infant Feeding: A Policy Statement Developed Collaboratively by UNAIDS, WHO and UNICEF*. Geneva, revised 1998.
- Weng D.R., Hsu C.S., Gau M.L., Chen C.H., Li C.Y., 2003 - Analysis of the outcomes at baby-friendly hospitals: appraisal in Taiwan. *Kaohsiung Journal of Medical Sciences*, 19, 1 : 19-28.
- Williamson N.E., 1990 - Breast-feeding trends and the breast-feeding promotion programme in the Philippines. *Asia Pacific Population Journal*, 5, 1 : 113-124.
- WHO/UNICEF, 1989 - Protecting, promoting and supporting breastfeeding: the special role of maternity services. Geneva: WHO. (en ligne) <http://www.unicef.org/programme/nutrition/infantfe/tensteps.htm>
- Health Organization, 2003 - *HIV and infant feeding: guidelines for decision-makersWorld*. Geneva, WHO/UNICEF/UNFPA/UNAIDS. (en ligne) http://www.who.int/child-adolescent-health/publications/NUTRITION/ISBN_92_4_159122_6.htm.

Liste des sigles utilisés

ABC	Abstinence, Be faithfull, Condom if necessary
ANRS	Agence Nationale de Recherches sur le sida et les hépatites virales
ARV	Antirétroviraux
AZT	Zidovudine
CEPED	Centre Population et Développement
CMS	Centre Médico-Social
CNTS	Centre National de Transfusion Sanguine
CTA	Centre de Traitements Ambulatoire
CTS	Centre de Transfusion Sanguise
DIU	Dispositif Intra-Utérin
EDS	Enquête Démographique et de Santé
ENSEA	Ecole Nationale supérieure de Statistique et d'Economie Appliquée
ESTHER	Ensemble pour une Solidarité Thérapeutique Hospitalière en Réseau
FNUAP-UNFPA	Fonds des Nations unies pour la Population
FSTI	Fonds de solidarité thérapeutique internationale
FSU Com	Formations Sanitaires Urbaines Communautaires
GFATM	Fond Global de Lutte contre le Sida, la Tuberculose et la Malaria
GHEKIO	Groupe Haïtien d'Etude du Sarcome de Kaposi et des Infections Opportunistes
HSV-2	Virus de l'herpès génital (Herpes Simplex Virus)
IC	Intervalle de confiance
INED	Institut National d'Etudes Démographiques
INS	Institut National de la Statistique
INSERM	Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
IRD	Institut de Recherche pour le Développement
IST	Infection Sexuellement Transmissible
LPED	Laboratoire Population-Environnement-Développement
MAMA	Méthode Allaitement Maternel Aménorrhée
MST	Maladie Sexuellement Transmissible
NACO	National AIDS Control Organisation (Organisation Nationale pour le Contrôle du Sida)

NVP	Névirapine
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONU	Organisation des Nations unies
ONUSIDA-UNAIDS	Programme des Nations unies pour le Sida
OR	Odds Ratio
PMA	Procréation Médicalement Assistée
PMI	Protection Maternelle et Infantile
PNLS	Programme National de Lutte contre le Sida
PNUD	Programme des Nations unies pour le Développement
PTME	Prévention de la Transmission Mère-Enfant du VIH
PTPE	Prévention de la Transmission Parents-Enfants du VIH
PvVIH	Personne vivant avec le VIH
SACS	State AIDS Control Societies
SR	Santé Reproductive ou Santé de la Reproduction
TB	Tuberculose
TME	Transmission Mère-Enfant du VIH
UNICEF	United Nations International Children's Emergency Fund (Fonds des Nations unies pour l'Enfance)
VIH	Virus de l'Immuno-déficience Humaine

Légende de la photo de couverture

© IRD – Elisabeth Antheaume
Peinture murale, support d'une campagne contre le SIDA sur le thème : "AIDS NEW STRUGGLE" : "SIDA UN NOUVEAU COMBAT", commanditée par le Ministère de la Santé, réalisée par des artistes locaux, à proximité de la gare routière du Township. Message explicite sur les risques de contamination du SIDA. Le Cap, Guguletu, Afrique du Sud

Imprimé en France
par PRESENCE GRAPHIQUE
2, rue de la Pinsonnière - 37260 MONTS
N° d'imprimeur : 010619508-500

Dépôt légal 1^{er} trimestre 2006

Le CEPED et le LPED (UMR 151 IRD-Université de Provence) ont organisé les 22 et 23 novembre 2004, avec le soutien financier de l'ANRS (Agence Nationale de Recherches sur le Sida), un colloque international sur « La santé de la reproduction confrontée au Sida. Enjeux sociaux et comportementaux dans les pays du Sud ». Ce colloque a rassemblé des chercheurs de plusieurs continents s'intéressant aux liens entre l'épidémie de Sida et les comportements sexuels et reproductifs. En effet, parce qu'il se transmet par voie sexuelle mais aussi de la mère à l'enfant au cours de la grossesse, de l'accouchement et de l'allaitement, le VIH/Sida et les campagnes de lutte qu'il suscite modifient l'ensemble de la sphère sexualité-contraception-procréation. Dans ce contexte épidémique, c'est ainsi tout le domaine de la santé de la reproduction qui est perturbé.

Comment avoir « une activité sexuelle sans risque » dans un contexte de forte prévalence du VIH/Sida ? Quelle est la possibilité pour les femmes et les hommes de désirer une grossesse et de la mener à terme dans de bonnes conditions sanitaires lorsqu'un des deux partenaires est infecté par le VIH, ou lorsqu'aucun des deux partenaires ne connaît son statut sérologique par rapport au VIH ? Que deviennent les recommandations d'allaitement au sein dispensées par l'OMS et l'UNICEF chez les femmes infectées par le VIH ?

C'est aujourd'hui la complexité des changements sociaux et comportementaux en matière de sexualité et de procréation qu'il convient d'aborder dans les pays du Sud. Sa compréhension est primordiale pour le succès futur des programmes sanitaires de prévention et de prise en charge du VIH/Sida pouvant aujourd'hui être mis en oeuvre.

Annabel DESGRÉES du LOÛ, démographe, chargée de recherche à l'Institut de Recherche pour le Développement (IRD), membre du Laboratoire Population-Environnement-Développement, UMR 151 IRD-Université de Provence, est actuellement en activité au CEPED où elle coordonne les activités du champ « Société, Famille et Genre ». Ses travaux portent sur les liens entre le Sida et la santé de la reproduction en Afrique subsaharienne.

Benoît FERRY, démographe, directeur de recherche à l'Institut de Recherche pour le Développement (IRD), membre du Laboratoire Population-Environnement-Développement, UMR 151 IRD-Université de Provence, est actuellement en activité au CEPED où il coordonne les activités du champ « Santé ». Après avoir travaillé sur les déterminants proches de la fécondité dans les pays du Sud, ses recherches sont orientées sur les niveaux, les déterminants, la dynamique et l'impact des épidémies de VIH/Sida.

Prix : 25 €

ISSN : 1772-0125

ISBN : 2-87762-150-2

<http://ceped.cirad.fr>

