

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 faithfull, 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 Khat 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.

Desgrées du Loû Annabel, Ferry Benoît (2006)

Introduction : sexualité et procréation confrontées au sida : permanences et adaptations dans les pays fortement touchés par l'épidémie

In : Desgrées du Loû Annabel (ed.), Ferry Benoît (ed.).
Sexualité et procréation confrontées au Sida dans les pays du Sud

Nogent-sur-Marne : CEPED, p. 1-15. (Rencontres - CEPED)

La Santé de la Reproduction Confrontée au Sida :
Enjeux Sociaux et Comportements dans les Pays du Sud
: Colloque International, Nogent-sur-Marne (FRA),
2004/11/22-23

ISBN 2-87762-150-2

ISSN 1772-0125