

Prévention de la transmission du VIH/Sida dans les PVD : quelles pistes pour aujourd'hui ?

Annabel Desgrées du Loû

La transmission du VIH/sida peut se faire de façon horizontale (par voie sexuelle) ou verticale (transmission mère-enfant). Prévenir la transmission passe donc par la prévention de ces deux grands modes de transmission. Cela implique de définir un mode de prévention pour chacun de ces modes de transmission, mais aussi de faire en sorte que ce mode de prévention soit utilisable et utilisé par la population. Actuellement on dispose de modes de prévention pour ces deux types de transmission : le préservatif pour prévenir la transmission par voie sexuelle, et des traitements pendant la grossesse et des alternatives à l'allaitement maternel pour éviter la transmission mère-enfant du VIH

Mais dans les deux cas de transmission, la prévention reste très insuffisante dans les pays en développement : le préservatif reste peu utilisé lors des rapports sexuels, même dans des pays à très forte prévalence du VIH, et l'accès des femmes aux programmes de Prévention de la Transmission Mère-Enfant (PTME) reste faible (acceptabilité insuffisante du test de dépistage du VIH en consultation prénatale, femmes qui ne prennent pas les traitements et continuent à donner le lait maternel à leur enfant même lorsqu'elles se savent VIH+).

Face à ces constats d'échec de la prévention, il apparaît clairement que les programmes de lutte contre le sida doivent intégrer toute une série de démarches en amont et en aval des techniques de prévention *stricto sensu*, afin que ces techniques de prévention soient utilisées effectivement. On montrera dans cette contribution quels sont les points d'achoppement pour une bonne prévention de la transmission du VIH/sida dans les deux cas de transmission, vertical et horizontal, quels sont les apports et les réponses donnés actuellement par la recherche, et quels sont les points sur lesquels la recherche française doit être développée dans les années qui viennent. La nécessaire prise en compte des relations de genre aux différents stades de la prévention sera en particulier abordée.

Prévention de la transmission sexuelle du VIH

Deux grands cas de figures sont à considérer lorsqu'on s'intéresse à la prévention de la transmission sexuelle du VIH : la prévention " a priori ", lorsque les personnes ne connaissent pas leur statut sérologique ni celui de leur partenaire, et la prévention " en connaissance de cause ", chez les individus qui se savent infectés par le VIH, ou qui savent leur partenaire infecté par le VIH.

Prévention " a priori ", en l'absence d'information sur le statut VIH

Rappelons tout d'abord que le dépistage du VIH/sida reste une démarche rare sur le continent africain. La situation s'améliore, avec le développement de programmes de conseil et dépistage, et aussi grâce au développement des programmes de réduction de la transmission mère-enfant du VIH, qui impliquent une proposition systématique du test de dépistage aux femmes enceintes. Mais actuellement, la grande majorité des personnes vivant en Afrique n'ont pas fait le test de dépistage du VIH et vivent dans la crainte d'être infectés par le VIH, sans cependant connaître leur statut sérologique.

La crainte omniprésente de l'épidémie de sida se retrouve dans toutes les enquêtes menées à ce sujet en Afrique. Mais les travaux sur la sexualité ont montré que c'est une chose de connaître le risque auquel on est soumis, c'en est une autre de le prendre en compte en changeant ses comportements (Calvez, 1995). On rencontre ainsi très souvent, dans les enquêtes menées, une opposition entre une forte perception du risque de sida, et l'absence d'adoption de pratiques de prévention, qui se traduit en particulier par une utilisation très faible du préservatif (www.measuredhs.org). Cependant, il semble que les comportements évoluent : les études récentes sont de plus en plus nombreuses à montrer les signes de tels changements : au Nigeria, on observe à la fin des années 90 une évolution de l'attitude des hommes et des femmes face aux questions de multipartenariat sexuel et d'infidélité (Orubuloye, Caldwell et Caldwell, 1997 ; Orubuloye, Oguntimekin et Sadiq, 1997). Dans la population étudiée, malgré une tradition en faveur d'un multipartenariat sexuel chez les hommes, les auteurs décrivent une nouvelle tendance qui privilégie le couple monogame, et connote négativement l'infidélité sexuelle. Les hommes disent adopter ce schéma marital monogame et basé sur la fidélité par crainte des maladies sexuellement transmissibles, mais aussi pour "protéger leur mariage". Effectivement, les femmes enquêtées dans cette population semblent ne pas hésiter à exprimer fortement leur désaccord face aux infidélités des hommes, et surtout elles ouvrent au sein du couple un dialogue sur ces sujets, dans le souci de se protéger des maladies sexuellement transmissibles que le conjoint pourrait éventuellement contracter "ailleurs". Ce dialogue existe d'autant plus que la femme est instruite. Ces femmes nigériennes déclarent participer aux décisions en matière de relations sexuelles, de planification familiale, et deux sur trois affirment qu'elles refuseraient une relation sexuelle si leur partenaire avait une MST. A noter qu'il leur paraît plus facile, en cas de MST chez le partenaire, de refuser la relation sexuelle que d'imposer le préservatif.

Dans la même mouvance, on observe dans de nombreuses enquêtes une réduction de la durée d'abstinence sexuelle post-partum (www.measuredhs.org), et une des raisons données par les femmes à cette évolution est leur peur que, pendant cette période d'abstinence sexuelle du couple après la naissance d'un bébé, l'homme n'aille "voir ailleurs" et revienne à la maison porteur d'une infection (Desgrées du Loû et Brou, 2001). Lors d'une étude menée au Ghana, comme on demandait à des femmes en abstinence post-partum si elles avaient confiance dans l'abstinence de leur conjoint, 42 % ont en effet répondu "non" et 36% n'ont pas jugé bon de se prononcer sur ce sujet (Awusabo-Asare et Anarfi, 1997). A juste titre semble-t-il, puisque une autre étude au Bénin a montré une augmentation de 50 à 60% du risque de rapports sexuels extraconjugaux lorsque la femme était en abstinence post partum (Cleland et Ali, 1999).

Ces répercussions de l'épidémie de sida sur la perception qu'ont les hommes et les femmes de la sexualité, et en particulier de la sexualité dans le couple stable, ne sont pas un fait nouveau : dès 1995, Jackson Mukiza-Gapere et James Ntozi rapportaient qu'en Ouganda, la peur de l'infection par le VIH entraînait une peur des relations sexuelles, et la peur du mariage : des jeunes disaient refuser de se marier, craignant de trouver "la mort dans le mariage". Parallèlement, parmi ceux mariés, certains décidaient d'éviter systématiquement les partenaires extérieurs, pour éviter le risque d'infection (Mukiza-Gapere et Ntozi, 1995).

Mais si l'inquiétude face à l'épidémie de sida est omniprésente dans les pays africains, et si cela contribue à modifier les attitudes et éventuellement les pratiques de certains individus, notamment en matière de multipartenariat sexuel ou d'abstinence post-partum, l'utilisation du préservatif reste largement insuffisante pour garantir une prévention sûre de la transmission sexuelle. L'analyse des données recueillies sur les relations extraconjugales dans trois grandes villes africaines, Cotonou, Kisumu et Ndola, a montré que, au cours de ces rapports

extraconjugaux, moins d'un tiers des hommes et seulement une femme sur six avaient utilisé au moins une fois un préservatif au cours des douze derniers mois (Lagarde *et al.*, 2001). En Ouganda, sur le site de Rakai où sont délivrés régulièrement des conseils en matière de prévention sida, 16,5% des individus interrogés sur leur activité sexuelle au cours des 39 derniers mois ont déclaré utiliser le préservatif de temps à autre, et seulement 4% ont déclaré l'utiliser de façon systématique (Ahmed *et al.*, 2001). Or si l'association entre utilisation systématique du préservatif et baisse de l'incidence des infections par le VIH a été montrée, il ne semble pas qu'une utilisation occasionnelle du préservatif suffise à diminuer le risque d'infection par le VIH (Ahmed *et al.*, 2001). Dans les deux études citées, le taux d'utilisation du préservatif augmentait avec le niveau d'instruction des individus, mais restait insuffisant pour assurer une prévention correcte.

L'utilisation du préservatif reste en effet associée à l'idée de rapport occasionnel : au Nigeria, si l'utilisation du préservatif reste globalement faible, elle dépasse 60% des cas dans les situations de rapport occasionnel ou de rapport avec une prostituée (Van Rossem *et al.*, 2001). Par contre, au sein du couple stable, le préservatif reste très mal admis. Puisqu'il est utilisé en cas de rapport occasionnel, le proposer à son conjoint revient à confesser son infidélité ou montrer l'absence de confiance qu'on a dans la fidélité sexuelle de son conjoint (Bond et Dover, 1997). A cela s'ajoute la mauvaise "réputation" du préservatif, accusé de diminuer le plaisir sexuel. Son utilisation dans le couple stable est donc difficile à mettre en œuvre, et l'on peut noter à ce propos que les programmes qui préconisent la "double protection", c'est à dire une méthode contraceptive pour prévenir les grossesses indésirées, à utiliser conjointement avec les préservatifs pour prévenir la transmission des MST et du VIH, sont très mal reçus par les populations, le préservatif étant accepté au sein des couples stables essentiellement sous une optique contraceptive (Bauni et Jarabi, 2000).

Ainsi, si la perception du risque que représente l'épidémie de VIH/Sida est généralisée, cela n'entraîne pas pour autant l'adoption de comportements de prévention efficaces dans les populations africaines. Par contre 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 le multipartenariat et les relations occasionnelles.

Une piste actuelle : la circoncision comme élément de prévention de la transmission sexuelle ⁹⁴

Cela fait maintenant 15 ans que l'on se demande si la circoncision ne réduit pas la transmission du virus du sida. Les pays d'Afrique dont une partie de la population masculine n'est pas circoncise sont en effet les plus touchés par l'épidémie, par rapport aux pays où la grande majorité de la population masculine est circoncise. Pour lever l'incertitude, il faut démontrer que c'est bien la circoncision elle-même qui protège, et pas d'autres facteurs qui peuvent lui être associés (la religion, les comportements sexuels...). De récentes études ont contribué à lever le voile : une étude longitudinale menée en Ouganda, suggère fortement que la circoncision a bien un effet protecteur, même s'il n'est que partiel (Quinn *et al.*, 2000). Cette étude a consisté à suivre des couples mariés dont la femme était infectée par le virus du sida alors que l'homme ne l'était pas. Dans une partie des couples l'homme était circoncis alors que dans l'autre, il ne l'était pas. Sur les 137 couples dans lesquels l'homme n'était pas circoncis, 40 hommes ont contracté le virus, pour la plupart de leur femme infectée. En revanche, sur les 50 couples dans lesquels l'homme était circoncis, il n'y a eu aucune

⁹⁴ Ce paragraphe reprend les éléments d'une présentation de Bertrand Auvert et Emmanuel Lagarde à l'atelier du 21 mars 2003 du réseau *Sida et Santé de la reproduction* du CePeD.

transmission du virus de la femme à l'homme. Une autre étude présentée à la conférence internationale sur le SIDA qui s'est tenue en Afrique du Sud en juin 2001 a renforcé la conviction du rôle de la circoncision (Buvé *et al.*, 2000). Deux villes à basse prévalence pour l'infection par le VIH (Cotonou au Bénin et Yaoundé au Cameroun) ont été comparées à deux villes à basse prévalence (Kisumu au Kenya et Ndola en Zambie). Presque tous les hommes sont circoncis dans les deux premières villes, tandis que la proportion d'hommes circoncis n'est que de 30% à Kisumu et de 10% à Ndola. De plus, à Kisumu la circoncision était un facteur individuel associé à un risque individuel moindre d'être infecté par le VIH et cette protection restait inchangée lorsque l'on tenait compte de la religion, de l'ethnie ou des comportements sexuels.

Il reste à comprendre pourquoi la circoncision protège du sida. La présence du prépuce pourrait favoriser les infections locales facilitant le passage du virus dans l'organisme. En ôtant le prépuce, on préviendrait ces infections. On réduirait également la surface des muqueuses masculines en contact avec la muqueuse vaginale lors d'un rapport sexuel. Enfin, la muqueuse du prépuce comporte des cellules impliquées dans le passage du virus dans l'organisme - les cellules de Langherans- et leur suppression diminuerait d'autant le risque de transmission.

Il est cependant nécessaire de vérifier la faisabilité de programmes de circoncision dans une optique de santé publique (car c'est au départ une pratique culturelle avant d'être sanitaire), et à conduire des essais randomisés en population afin d'être certain de l'effet protecteur de la circoncision par rapport à l'infection par le VIH/sida. Trois essais de ce type sont en préparation ou ont débuté récemment. L'un se déroule actuellement au Kenya, un autre en Afrique du sud, un troisième devrait être mis en place en Tanzanie. Les résultats de ces essais doivent être attendus avant d'envisager sérieusement la circoncision comme moyen de lutte contre le sida, particulièrement en Afrique. Il faudra veiller à ce que les circoncisions pratiquées à titre préventif bénéficient d'un environnement médicalisé, et que les personnes reçoivent à cette occasion une information sur la prévention du sida. Ne serait-ce que pour expliquer que la circoncision ne confère pas une protection totale contre le virus et qu'elle ne permet pas de se passer du préservatif lors des pratiques à risques. En effet, si une partie des hommes, croyant qu'ils sont protégés à 100% contre le virus du sida du fait de la circoncision, se mettent à avoir des comportements plus risqués qu'avant, on obtiendrait l'effet inverse de celui attendu.

Prévention de la transmission sexuelle chez les individus qui se découvrent infectés par le VIH

Avec les partenaires occasionnels :

On a vu au paragraphe précédent que, face à la menace du sida, c'est dans le cadre des relations sexuelles avec des partenaires occasionnels qu'on observe le plus de changements dans la population générale : diminution des rapports occasionnels, augmentation de l'utilisation du préservatif. Chez les personnes qui font le test de dépistage du VIH et qui apprennent qu'elles sont séropositives, c'est aussi dans le cadre des relations occasionnelles que les conseils de prévention du VIH sont le plus facile à mettre en oeuvre. Les quelques études menées sur ce sujet ont montré une diminution des rapports occasionnels ou avec des partenaires extraconjugaux après l'annonce du résultat VIH, en particulier chez les hommes qui apprennent qu'ils sont infectés par le VIH (Allen *et al.*, 2003).

Au sein du couple stable :

Les problèmes posés par la gestion de sa séropositivité au sein du couple stable sont très différents de ceux posés dans le strict cadre de rapports sexuels occasionnels. Parallèlement à la gestion du risque de transmission par voie sexuelle du VIH, les individus qui se découvrent séropositifs doivent aussi décider de ce qu'ils vont dire ou ce qu'ils vont taire à leur partenaire, et réenvisager leurs choix de procréation à la lumière de leur statut de séropositif pour le VIH, ces trois éléments (dialogue au sein du couple, sexualité, procréation) étant intimement liés.

Le partage de l'information avec le partenaire :

Vivre avec le VIH est moins difficile lorsque le partenaire est informé, lorsqu'il y a un partage et un dialogue possible. Ainsi, souvent, les programmes qui accompagnent des femmes qui sont informées de leur infection par le VIH essaient de les aider à partager cette information avec leur partenaire : en aidant les femmes à trouver le bon moment pour discuter avec leur partenaire, en leur fournissant un soutien psychosocial si nécessaire.

Malgré cela, dans plus de la moitié des cas, une personne qui se sait infectée par le VIH n'ose pas le dire à son partenaire, de peur de se heurter à un rejet physique et affectif (reproches, arrêt des rapports sexuels, refus de tout contact physique (partage de la nourriture...) voire à un rejet total (divorce, abandon financier, retrait des enfants). On a vu effectivement des cas où les femmes séropositives étaient abandonnées par leur mari (Caraël, 1993 ; Hassoun, 1997). Cependant cette situation n'est pas la plus fréquente : certains partenaires soutiennent leurs femmes, psychologiquement et financièrement, d'autres réagissent par le déni et ne prennent pas en compte cette information.

Mais bien que les cas de rejet de la part du mari semblent relativement peu fréquents (Keogh *et al.*, 1994, Nebié *et al.*, 2001, Gaillard *et al.*, 2002), la crainte de ce rejet social et affectif reste forte chez les femmes, ainsi que la crainte que le mari ne divulgue à d'autres cette information, et de nombreuses femmes choisissent de se taire, faisant ainsi le choix de porter toutes seules le poids de cette information, et de se retrouver seules face aux décisions qu'il faudra prendre en matière de sexualité, de grossesses ultérieures, d'alimentation de l'enfant à venir si elles sont enceintes (allaitement maternel ou non). Le tableau 1 récapitule les niveaux de partage d'information sur le statut VIH et d'utilisation du préservatif mesurés dans diverses études africaines de réduction de la transmission du VIH de la mère à l'enfant : selon ces études, seules 20 à 40 % des femmes qui ont été dépistées en consultation prénatale et qui se savent VIH+ en informent leur partenaire. Les réactions des conjoints sont très négatives (colère, violence, éventuellement divorce) dans environ un cas sur 20.

Une étude menée en Tanzanie auprès de femmes dépistées pendant la grossesse sur les déterminants de ce partage de l'information VIH avec le partenaire a montré que le niveau d'information donné par la personne séropositive à son partenaire dépendait fortement du type d'union engagée avec ce partenaire et de la durée de cette union : le fait d'être marié et le fait d'être en union depuis plus de 2 ans augmentait largement la probabilité d'annonce au partenaire. Par contre l'indépendance économique de la femme, et le fait qu'elle ait une amie à laquelle elle ait confié son statut sérologique, étaient associés à une diminution de l'information du partenaire (Antelman *et al.*, 2001).

Parler à quelqu'un de son statut sérologique est en effet primordial. Pouvoir en parler avec son conjoint l'est particulièrement pour les femmes dépendantes de ce conjoint, mais reste difficile, en particulier pour ces femmes dépendantes, donc vulnérables et qui craignent une réaction négative du partenaire. Face à cette difficulté que rencontrent les personnes dépistées

à informer leur partenaire, des programmes de conseil et de proposition de dépistage qui s'adressent au couple, et non à l'individu, sont mis en place dans de nombreux pays africains : les deux membres du couples ont ensemble un conseil, le dépistage est individuel et confidentiel mais l'équipe en place peut aider un conjoint à annoncer à l'autre un résultat positif le cas échéant (Painter, 2001 ; Roth *et al*, 2001, Allen *et al.*, 2003).

La protection des rapports sexuels :

Le préservatif reste globalement peu utilisé, même dans les couples touchés par le VIH. Le tableau 1 montre que dans les enquêtes qui ont permis de suivre des couples dont l'un au moins des partenaires était séropositif et informé, moins de 15% des couples protégeaient leurs rapports sexuels. Lorsque le partenaire non infecté est informé, l'utilisation du préservatif dans le couple augmente, mais reste peu élevée (tableau 1).

Les expériences de conseil et dépistage adressés au couple et non pas à l'individu montrent que ce système conduit à une augmentation considérable de l'utilisation du préservatif dans le couple, et confirment l'urgence qu'il y a à prendre en compte non seulement les femmes, mais aussi les hommes, et plus globalement la notion de couple, dans les programmes de prévention et de dépistage (Roth *et al*, 2001, Allen *et al.*, 2003). En Zambie, la proportion de rapports sexuels avec préservatifs dans des couples sérodifférents est ainsi passée de 3% à 80% après un programme de conseil et dépistage adressé au couple (Allen *et al.*, 2003).

Tableau 1 : proportion de femmes qui informent leur conjoint après un dépistage positif pour le VIH, proportion de réactions négatives du conjoint et proportion de couples déclarant utiliser des préservatifs, à partir de différentes études africaines.

Etude	% de femmes ayant partagé l'information avec leur conjoint	% de réactions négatives du conjoint après cette information		% de couples qui déclarent utiliser systématiquement les préservatifs lors des rapports sexuels conjugaux		
		Dispute, violence	Rejet, divorce	Conjoint informé	Conjoint non informé	Ensemble
Tanzanie, 1995-2000 (1)	22% deux mois après le test, 40% 4 ans après le test	ND	ND	ND	ND	ND
Kenya, 1997-1999 (2)	31%	3%	3%	ND	ND	ND
Côte d'Ivoire, 1995-1999 (3)	40%*	3%*	5%*	21%	7%	13%
Burkina Faso, 1995-1999 (4)	18%	ND	4%	13%	7%	8%
Tanzanie, 1996-1998 (5)	17%	15%	8%	ND	ND	ND

Note : ces différentes études concernent toutes des femmes à qui le dépistage du VIH a été proposé en consultation prénatale, dans le cadre d'un programme de réduction de la transmission du VIH de la mère à l'enfant.

ND : données non disponibles,

* : résultats non publiés

Sources : (1) Antelman *et al.*, 2001 - (2) Gaillard *et al.*, 2002 - Desgrées-du-Loû *et al.*, 2002 - Nebié *et al.*, 2001 - Kilewo *et al.*, 2001

On réalise de plus en plus en effet que la prévention de la transmission sexuelle du sida passe nécessairement par un dialogue entre les partenaires du couple, et non pas seulement par la mise à disposition des individus de préservatifs. Même si les femmes sont sensibilisées au risque de l'infection par le VIH et si elles ont des préservatifs, même si elle sont organisées en groupes de femmes pour s'entraider face à cette épidémie, s'informer, s'épauler entre

femmes, dans le quotidien du couple elles sont seules face à leur conjoint et c'est de la qualité du rapport homme/femme au sein du couple que va dépendre la protection des rapports sexuels si il y a risque de transmission du VIH (Baylies et Bujra, 2000). Et cela n'est pas seulement dû au fait que le préservatif masculin, principal mode de protection de la transmission sexuelle du VIH, ne peut être utilisé sans l'accord de l'homme : une étude a été menée en 2001 en Ouganda sur l'acceptabilité de méthodes contraceptives féminines : pilules, gels spermicides, préservatif féminin. Ces moyens pouvaient être utilisés " en secret " de leur partenaire. Dans cette étude menée, seul le préservatif féminin était un mode de protection à la fois contre les grossesses indésirées et contre l'infection par le VIH, les autres moyens étant seulement contraceptifs, mais l'objectif était de donner des informations sur l'acceptabilité de plusieurs produits utilisables par la femme, dans une optique ultérieure de prévention sida si la recherche parvient à mettre au point des gels virucides efficaces contre le VIH. L'étude a montré que, si les femmes appréciaient l'autonomie que leur conféraient ces méthodes qu'elles pouvaient utiliser d'elles-mêmes sans demander l'autorisation de leur partenaire, en pratique dans la grande majorité des cas ces femmes informaient rapidement leur conjoint qu'elles utilisaient une de ces méthodes (Green *et al.*, 2001) : dans un contexte de couple stable, il semble que la relation sexuelle soit indissociable du dialogue, car elle prend place dans un contexte d'affection et de confiance, qui laisse peu de place à des décisions à sens unique.

Améliorer la prévention de la transmission sexuelle du VIH dans le couple ne passera donc pas par la mise au point de méthodes de prévention que chacun puisse utiliser pour se protéger sans en avertir l'autre, mais par l'amélioration de la qualité du dialogue dans le couple autour de ce point de la prévention du VIH/Sida.

Prévention de la transmission mère-enfant

Traitements disponibles et recommandations

La transmission du virus du VIH de la mère à l'enfant peut se faire au cours de la grossesse, pendant l'accouchement, et après la grossesse via le lait maternel (transmission post-natale). Depuis 1996 on disposait d'un protocole permettant de réduire de deux tiers la transmission mère-enfant du VIH : administration d'un traitement antirétroviral (zidovudine ou AZT) à la mère au cours des quatre derniers mois de la grossesse, puis par perfusion pendant le travail, et au nouveau né sous forme de sirop pendant les 6 premières semaines de vie, l'allaitement maternel étant systématiquement exclu et remplacé par un allaitement artificiel. Ce protocole n'était pas applicable dans les pays en voie de développement à cause du coût élevé des médicaments et de la difficulté de supprimer complètement l'allaitement maternel dans ces pays. Depuis 1999, des essais cliniques menés dans plusieurs pays en développement ont montré l'efficacité de régimes plus courts, moins coûteux, et ce dans un contexte d'allaitement maternel. La transmission au cours de la grossesse se fait majoritairement à la fin de la grossesse et lors de l'accouchement, et les différents régimes actuellement proposés dans les pays en développement concernent donc le dernier mois de la grossesse et l'accouchement : le premier régime dont on a prouvé l'efficacité en 1999 était l'administration de zidovudine (AZT) au cours du dernier mois de la grossesse et pendant l'accouchement, et les essais en cours en 2003 proposent d'améliorer la réduction de la transmission mère-enfant par une combinaison de deux antirétroviraux en fin de grossesse (Zidovudine et lamiduvine) et/ou par l'administration d'un autre médicament, la névirapine, seulement au moment de l'accouchement. Dans le cas de la triple combinaison, on arrive

actuellement à un taux de transmission hors allaitement d'environ 5%, contre plus de 20% sans intervention (Dabis *et al.*, 2003).

Les recommandations de l'ONUSIDA, face à ces avancées scientifiques sont de développer des programmes pilotes de réduction de la transmission mère enfant avec administration de ces régimes courts d'antirétroviraux aux femmes séropositives, programmes pilotes qui doivent déboucher sur une prévention en routine de la TME à terme, lorsque les services de santé auront intégré le savoir faire nécessaire (ONUSIDA, 1999).

En matière d'alimentation du nourrisson la situation est moins claire : la transmission du virus par le lait est établie (Leroy *et al.*, 1998), mais il demeure des inquiétudes quant aux risques liés à l'introduction d'un allaitement artificiel dans un contexte de pays en développement. La question de savoir si les risques de malnutrition et d'infection liés à l'allaitement artificiel ne sont pas plus importants que les risques d'infection par le VIH par la voie postnatale se pose toujours aujourd'hui. Face à cette interrogation, les recommandations internationales sont très prudentes : les femmes infectées par le VIH doivent être "aidées à utiliser des aliments de remplacement pour éviter le lait maternel lorsque c'est possible", mais, surtout, doivent décider librement du mode d'alimentation de leur enfant, après avoir été informées du risque de transmission postnatal du VIH (ONUSIDA, 1999). En pratique le sevrage "précoce" est recommandé, lorsque l'allaitement artificiel dès la naissance n'est pas possible. Il n'existe pas encore de consensus sur l'âge auquel ce sevrage "précoce" doit être effectué : 3, 4, 6 mois après la naissance ? Cette question de l'alimentation des enfants nés de mère VIH+ constitue une des grandes questions auxquelles s'attachent à répondre les études actuelles en matière de prévention de la transmission mère-enfant.

Obstacles actuels en matière de prévention de la transmission mère-enfant du VIH

De nombreuses déperditions entre la proposition du dépistage et la mise sous traitement de PTME

Dans un programme français mené en Côte d'Ivoire (ANRS 1201), les investigateurs ont montré que sur environ 25 000 femmes à qui le dépistage a été proposé en consultation prénatale, le programme n'a permis d'éviter que 108 infections d'enfants sur 549 prévues, soit une efficacité de 20% seulement, alors que le traitement en lui-même est efficace à 70%, donc que 384 cas d'infections auraient dû être évités et non seulement 108 : cela s'explique par les nombreuses déperditions d'effectif en amont de la mise sous traitement : 30% des femmes soit refusent le test de dépistage soit l'acceptent mais ne reviennent pas chercher leur résultat de dépistage (par peur du résultat, peur de la réaction du conjoint...), et 60% des femmes VIH+ informées de leur infection ne sont pas mises sous traitement, pour quelques unes d'entre elles parce qu'elles ne remplissent pas les critères d'éligibilité, mais pour la majorité parce qu'elles refusent le programme (crainte d'être "repérées" comme malades si elles intègrent un tel programme, désaccord du conjoint...)⁹⁵. Ces déperditions, observées dans tous les programmes de prévention de la transmission mère-enfant en Afrique, et qui conduisent à une faible efficacité de ces programmes, révèlent les obstacles sociaux et comportementaux auxquels se heurtent des programmes par ailleurs efficaces d'un point de vue strictement médical : c'est aujourd'hui l'acceptabilité du dépistage en consultation

⁹⁵ Présentation du programme DITRAME PLUS par François Dabis lors des journées scientifiques de l'ANRS, Abidjan, 30 juin 2003.

prénatale et l'acceptabilité d'un traitement de la femme enceinte qu'il faut mieux comprendre afin d'améliorer cette prévention de la transmission verticale du VIH.

- Supprimer l'allaitement maternel : les difficultés

Réduire (ou supprimer) l'allaitement maternel place les femmes dans des situations sociales parfois difficiles. En effet, l'allaitement a une fonction plus importante que la simple alimentation de l'enfant : il est considéré comme constitutif du lien entre la mère et l'enfant. Ainsi une mère qui allaite est considérée comme une bonne mère, tandis que le conjoint, la belle-mère, l'entourage en général (voisines, co-épouses) reprochent facilement à une mère qui n'allait pas ou qui sèvre trop tôt son enfant d'être une "mauvaise" mère, une mère sans coeur, égoïste, qui sèvre son enfant pour être plus libre sans s'occuper de la santé de celui-ci. Les femmes qui vivent avec le VIH, lorsqu'elles choisissent de ne pas allaiter leur enfant pour le protéger du risque d'infection par le VIH, s'exposent donc aux critiques de leur entourage. Les travaux réalisés sur ce sujet ont montré toutes les difficultés sociales auxquelles ont à faire face ces mères qui choisissent de ne pas allaiter longtemps leur enfant (Desclaux, 2000). Ils ont montré aussi que ces femmes, parce qu'elles sont persuadées que c'est le bon choix pour préserver la santé de leur enfant, contournent parfois ces difficultés en développant diverses stratégies : certaines prétextent une maladie des seins, ou un manque de lait pour justifier l'arrêt de l'allaitement. D'autres sèvent l'enfant en cachette, sans que l'entourage ne le remarque. Cette dernière stratégie est facilitée lorsque les enfants reçoivent très tôt des aliments de compléments, comme c'est le cas à Abidjan, Côte d'Ivoire : bouillies dès 3 ou 4 mois, plat familial dès 5 ou 6 mois. Le fait de vivre en ville facilite aussi ces sevrages précoces : de plus en plus de femmes en ville vivent en famille nucléaire, avec leur conjoint, sans mère ou belle mère ou co-épouse. Elles sont donc plus autonomes dans leurs choix d'alimentation pour leur nourrisson que des femmes vivant en famille élargie, comme c'est le cas en zone rurale, et qui sont "surveillées" par les autres femmes de la concession. Ainsi, le type d'organisation familiale, le type de relations établies avec le conjoint et avec la famille ont un rôle majeur dans les choix que peut faire une femme infectée par le VIH pour prévenir la transmission du VIH à son enfant, en particulier dans l'alimentation du nourrisson.

- Le dialogue avec le conjoint : difficile et nécessaire

Ce point a été abordé au paragraphe précédent à propos du retentissement du VIH sur la sexualité dans le couple : nous ne redévelopperons donc pas ici cet aspect, mais la problématique est exactement la même : les femmes éprouvent des difficultés à informer leur conjoint de leur séropositivité, et celles, nombreuses, qui cachent leur statut sérologique doivent cacher qu'elles prennent un traitement pendant la grossesse (pour prévenir la transmission du VIH à l'enfant) et se retrouvent seules face aux décisions à prendre ensuite en matière d'alimentation de l'enfant (allaitement maternel ou non). Les programmes de prévention de la transmission mère-enfant se sont adressés jusqu'ici, logiquement, aux mères essentiellement. Les pères pouvaient y venir sur proposition de leur conjointe, mais n'y étaient pas directement associés, et la porte d'entrée dans le programme était la mère, seule personne du couple à qui était proposée le conseil et le dépistage du départ. Face aux difficultés que les femmes éprouvent à informer leur conjoint, mais aussi à vivre leur séropositivité et leurs choix en matière de prévention de la transmission mère-enfant en l'absence de dialogue avec le conjoint, certains programmes de PTME s'adressent maintenant au couple. Une séance entière à la CISMA de Nairobi en septembre 2003 s'intitulait d'ailleurs : *Prévention de la transmission mère-enfant du VIH : impliquer les pères.*

- VIH et choix de procréation :

On pourrait s'attendre à une réduction volontaire de la fécondité des individus, face à la menace du sida : en effet, lorsqu'un individu apprend qu'il est infecté par le VIH, le conseil délivré par les équipes de santé est d'utiliser des préservatifs à chaque relation sexuelle, et, pour les femmes, d'éviter si possible une nouvelle grossesse, pour éviter de donner naissance à un enfant qui pourrait être infecté, ou qui pourrait se retrouver orphelin quelques années plus tard.

Or les projets menés dans les pays africains qui ont suivi des individus se sachant infectés par le VIH ont observé le contraire. La plupart de ces projets suivent plutôt des femmes, qui apprennent qu'elles sont infectées par le VIH à l'occasion d'un test de dépistage prénatal, dans le cadre d'un programme de réduction de la transmission mère-enfant du VIH. Dans ces différents projets, le dépistage du VIH et l'information qui l'accompagnait (conseils de protection des rapports sexuels et de contraception, délivrance gratuite des préservatifs et contraceptifs), n'ont pas été suivis d'une réduction de la fécondité chez les femmes séropositives par le VIH. Une étude au Rwanda a 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 (ou à cause de) la découverte de leur infection par le VIH (Allen *et al.*, 1993, Keogh *et al.* 1994).

Il apparaît en effet qu'en Afrique, décider de ne plus avoir d'enfants expose la femme à trop de risques : le risque, fréquemment formulé par les femmes que nous avons pu suivre, d'être rejetée par le partenaire qui désire, lui, avoir des enfants. En effet, lorsque la femme n'annonce pas sa séropositivité à son partenaire, cas fréquent comme nous l'avons vu, il devient alors extrêmement difficile d'expliquer au mari comme à la belle famille le refus d'une nouvelle grossesse, à moins que le couple n'ait déjà un nombre estimé suffisant d'enfants. Même lorsque le mari est au courant du statut sérologique de sa femme, il peut exister une pression de la part de la belle mère pour faire un autre enfant : ces femmes craignent que les belles mères "n'influencent" leur mari et les poussent à divorcer ou à prendre une seconde épouse. Toujours dans le cas (le plus fréquent) où les femmes cachent leur statut sérologique, 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. Enfin, il semble que pour les femmes séropositives, en tous cas pour celles qui n'ont pas encore atteint un nombre d'enfants qui leur paraît suffisant, décider de ne plus jamais avoir d'enfants constitue une négation de l'avenir, qui s'ajoute à l'angoisse de mort consécutive à la connaissance de leur infection à VIH, et qui semble insurmontable. L'enfant à venir est ainsi à la fois gage de solidité pour le couple et gage de survie pour l'individu "dans sa descendance" (Aka Dago *et al.*, 1999).

On retrouve ainsi, appliquée au domaine de la procréation, la même problématique que celle développée à propos du décalage entre la connaissance du risque de l'infection par le VIH et l'adaptation des comportements sexuels : il a été largement montré qu'il ne suffisait pas qu'un individu connaisse le risque de l'infection par le sida pour qu'il adopte des comportements de prévention. Dans le domaine de la procréation, comme dans celui de la sexualité, les impératifs familiaux, sociaux et affectifs paraissent plus importants que la préservation de la santé d'un des membres du couple, voire même que le risque de donner naissance à un enfant infecté.

Face à ce constat, les avancées de la recherche et de la santé publique en terme de réduction de la transmission mère-enfant du VIH dans les pays en développement semblent d'autant plus précieuses. Si le conseil donné aux personnes infectées par le VIH de ne plus avoir

d'enfants est un conseil impossible, on peut au moins accompagner leur désir de fécondité en limitant dans la mesure du possible le risque d'infection pour les enfants à naître. Les programmes de prise en charge des personnes infectées par le VIH doivent en tous cas aujourd'hui tenir compte de ces éléments " non sanitaires " dans le domaine de la procréation et en particulier de l'importance du désir d'enfant.

Conclusion

Il semble que l'échec partiel des différents programmes de prévention de la transmission du VIH vient en grande partie d'une insuffisante prise en compte de la dimension du couple impliqué dans ces transmissions.

En effet, dans les pays africains où la transmission horizontale est essentiellement hétérosexuelle, où la majorité des femmes infectées le sont aujourd'hui dans le cadre des relations sexuelles conjugales, la protection des rapports sexuels entre conjoints en cas d'infection par MST ou VIH (ou de suspicion d'infection) reste un des points faibles de la lutte contre le sida. De la même façon qu'on a réalisé que les programmes de planning familial doivent s'adresser aux hommes et pas seulement aux femmes, il apparaît aujourd'hui, en matière de lutte contre le sida, qu'il est nécessaire de mener des actions de prévention qui ne sont pas ciblées que sur les hommes, ou que sur les femmes, mais qui visent aussi le couple. Pour améliorer l'utilisation du préservatif lors des relations conjugales, il semble important par exemple que les programmes de prévention prennent en compte la communication qui va s'établir dans un couple à propos de ce préservatif, et non pas seulement la connaissance que les membres du couple ont du préservatif ou la disponibilité de ces préservatifs.

De même, c'est au niveau du couple, et non pas seulement des femmes, que se prennent les décisions en matière de procréation lorsqu'un des deux conjoints est infecté par le VIH/sida, mais aussi les décisions en matière d'alimentation du nourrisson, lorsqu'un enfant naît dans un couple affecté par le VIH. La prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant ne peut être efficace sans une prise en compte effective des pères.

Il semble donc aujourd'hui qu'une des priorités dans la lutte contre le sida en Afrique soit une meilleure prise en compte du concept de couple dans les différents programmes de prévention et de prise en charge du VIH/sida. Cela implique de mieux cerner tout ce que recouvre la notion de couple en Afrique, notion qui évolue d'ailleurs rapidement, et c'est un champ de recherche encore largement inexploré.

Bibliographie

- Ahmed S, Lutalo T, Waver M et al. "HIV incidence and sexually transmitted disease prevalence associated with condom use : a population study in Rakai, Ouganda". *Aids* 2001, 15 : 2171-2179.
- Aka-Dago-Akribi H., Desgrées du Loû A., Dossou R. et Msellati P. " Issues surrounding reproductive choice for women living with HIV in Abidjan, Côte d'Ivoire ". *Health Reproductive Matters*, 1999, 7 :20-29
- Allen S, Serufilira A., Gruber V. et al. Pregnancy and contraception use among urban rwandan women after HIV testing and counseling. *American Journal of Public Health*, 1993; 83 (5) : 705-710.
- Allen S, Meinzen-Derr J, Kautzman M et al. "Sexual behavior of HIV discordant couples after HIV counseling and testing". *AIDS* 2003, 17 : 733-740.
- Antelman G, Smith Fauzi M, Kaaya S et al. "Predictors of HIV-1 serostatus disclosure :a prospective study among HIV-infected pregnant women in Dard es Salaam, Tanzania." *AIDS* 2001, 15, 1865-1874.
- Awusabo-Asare K and Anarfi J. "Post-Partum sexual abstinence in the era of AIDS in Ghana : prospects for change." *Health Transition Review*, 1997, sup vol.7, pp. 257-270.
- Bauni E and Jarabi B O. "Family planning and Sexual Behavior in the Era of HIV/AIDS : the case of Nakuru district, Kenya." *Studies in Family Planning* 2000, 31(1) : 69-80
- Baylies C and Bujra J with the Gender and Aids Group. *Aids, sexuality and gender in Africa : collective strategies and struggles in Tanzania and Zambia*. Routledge, London, NY, 2000, 222 p.
- Bond V and Dover P. "Men, women and the trouble with condoms : problems associated with condom use by migrant workers in rural Zambia." *Health Transition Review*, 1997, sup vol.7, pp. 377-391.
- Buve A, Auvert B, Lagarde E, Kahindo M, Hayes R, Carael M. Male circumcision and HIV spread in sub-Saharan Africa [MoOrC192] 13th World AIDS Conference, Durban 9-14-July 2000.
- Calvez Marcel, " La sexualité dans les recherches sociologiques sur le sida : des questions de prévention à la construction d'une approche. " in *Sexualité et Sida*, Bajos N., Bozon M., Giami A. et al. (éds.), ANRS, Paris, 1995, pp.143-158.
- Carael M. " Women's vulnerability to STD/HIV in sub-saharan Africa : an increasing evidence." Communication au séminaire " Women and demographic change in subsaharan Africa. " Commission de l'UIESP sur le statut de la femme et la Population, Dakar, 6-13 mars 1993.
- Cleland J, Ali M et Capo-Chichi V. " Post partum sexual abstinence in West Africa : implications for AIDS control and family planning programmes. " *AIDS* 1999, 13 : 125-131.
- Dabis F., Bequet L., Ekouevi D. *et al.* "Effectiveness of short course combinations of zidovudine, lamivudine and nevirapine to prevent peripartum transmission of HIV. The ANRS 1201 Ditrane Plus study, Abidjan, Côte d'Ivoire." 10th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, Boston, MA (USA), 10-14 February 2003, abstract 854 and the 2nd IAS Conference on HIV Pathogenesis and Treatment, Paris (France), 13-17 July 2003, abstract 219.
- Desclaux A. et Taverne B. *Allaitement et VIH en Afrique de l'Ouest : de l'anthropologie à la santé publique*. 2000, Paris, Editions Karthala.
- Desgrées du Loû A. et Brou H. " La reprise des relations sexuelles après une naissance : normes, pratiques et négociations à Abidjan, Côte d'Ivoire. " Communication au congrès mondial de l'UIESP, 18-24 Août 2001, Salvador de Bahia , Brésil.
- Desgrées du Loû A., Msellati P, Viho I. et al. 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* 2002 ; 13(7) : 462-8
- Gaillard P, Melis R, Mwanyumba F et al. "Vulnerability of Women in African Setting : lessons for mother-to-child HIV transmission prevention programmes." *AIDS*, 2002, 16(6), 937-938.
- Green G. et al. " Female control of sexuality : illusion or reality ? Use of vaginal products in South West Ouganda". *Social Science and Medicine*, 2001, 52 : 585-598
- Hassoun J, *Femmes d'Abidjan face au Sida*, Karthala, Coll. Médecines du Monde, Paris, 202 p.

- Keogh P, Allen S, Almedal C, Temahagili B. The social impact of HIV infection on women in Kigali, Rwanda : a prospective study. *Soc Sci Med* 1994 ; 38 : 1047-53.
- Kilewo C, Massawe A, Lyamuya E et al. " 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* 2001, 28(5) : 458-62.
- Lagarde E, Caraël M, Glynn J et al. "Educationnel level is associated with coindom use within non spousal partnerships in four cities of Sub Saharan Africa." *Aids* 2001, 15 : 1399-1408.
- Leroy V, Newell M, Dabis F, Peckham C, Van de Perre P, Bulterys M, et al. International multicentre pooled analysis of late postnatal mother-to-child transmission of HIV-1 infection. *Lancet* 1998; 352 :597-600.
- Mukiza-Gapere J et Ntozi J, " Impact of AIDS on marriage patterns, customs and practices in Uganda. " *Health Transition Review, The third World AIDS epidemic. Supplement to volume 5, 1995, pp.201-208.*
- Nebié Y, Meda N, Leroy V et al. "Sexual and reproductive life of women informed of their seropositivity : a prospective cohort study in Burkina Faso." *J Acquir Immune Defic Syndr* 2001, 28(4) : 367-372.
- ONUSIDA, Prevention of HIV transmission from mother to child – Strategic options. UNAIDS, Geneva, 1999, 18 p.
- Orubuloye IO, Caldwell J, Caldwell P. "Men's sexual behavior in urban and rural Southwest Nigeria : its cultural, social and attitudinal context." *Health Transition Review, 1997, sup vol.7, pp. 315-328.*
- Orubuloye IO, Oguntimakin F and Sadiq T. "Women's role in reproductive health decision making and vulnerability to STD and HIV/AIDS in Ekiti, Nigeria." *Health Transition Review, 1997, sup vol.7, pp. 329-336.*
- Painter T. "Voluntary counseling and testing for couples : a high leverage intervention for HIV/AIDS prevention in Sub saharan Africa." *Social Science and Medicine, 2001, 53, pp.1397-1411*
- Quinn TC, Wawer MJ, Sewankambo N et al. Viral load and heterosexual transmission of human immunodeficiency virus type 1. *New Engl J Med. 2000; 342:921-929.*
- Roth D, Stewart K, Clay O et al. "Sexual Practices of HIV discordant and concordant couples in Rwanda : effects of a testing and counselling programme for men". *Int J STD AIDS* 2001, 12 : 181-188.
- Van Rossem R, Meekers D, Akinyeni Z. "Consistent condom use with different types of partners : evidence from two Nigerian Surveys." *Aids Educ Prev* 2001, 13(3), 252-267.

Desgrées du Loû Annabel.

Prévention de la transmission du VIH/Sida dans les PVD
: quelles pistes pour aujourd'hui ?

In : Ferry Benoît (ed.), Gautier Arlette (ed.), Samuel O.
(ed.), Golaz V. (ed.), Hamelin Philippe (ed.). La situation
dans les pays du Sud : synthèse et ensemble des
contributions de chercheurs des institutions de
recherches partenaires.

Nogent-sur-Marne (FRA), New York : CEPED, ONU,
2004, p. 139-151.

Session de la Commission de la Population et du
Développement de l'ONU : Population et
Développement : Le Caire + 10, 37., 2004/03/22-26,
New York