

POPULATION & SOCIÉTÉS

Les femmes africaines face à l'épidémie de sida

Alice Desclaux* et Annabel Desgrées du Loû**

L'Afrique est le continent payant le plus lourd tribut à l'épidémie de sida. Et ce sont les femmes qui y sont le plus touchées. Quelles sont les raisons de leur plus grande vulnérabilité? Comment se fait-il que les femmes y soient paradoxalement mieux dépistées et mieux traitées que les hommes? Alice Desclaux et Annabel Desgrées du Loû nous expliquent pourquoi, en Afrique, femmes et hommes ne sont pas égaux face à l'épidémie de sida.

L'épidémie de VIH/sida touche aujourd'hui plus de femmes que d'hommes en Afrique subsaharienne (figure 1). Parmi la population âgée de 15 à 49 ans, elles sont 13 millions (59%) à être infectées par le virus, contre 9 millions d'hommes [1].

Comment expliquer cette «féminisation» de l'épidémie, spécifique au continent africain? Dans quelles conditions les femmes font-elles face? Pour répondre à ces deux questions, examinons étape par étape les réalités auxquelles sont confrontées les femmes d'Afrique et leur marge de manœuvre: est-il possible pour une femme de se protéger de l'infection VIH? Comment peut-elle savoir si elle est infectée ou non, alors que le dépistage est encore peu répandu en Afrique? Lorsqu'elle apprend qu'elle est infectée, peut-elle en parler avec son partenaire? L'accès aux traitements étant encore largement insuffisant, dans quelles conditions se fait-elle traiter? Que deviennent ses désirs et ses projets en matière de procréation?

◆ Difficile pour une femme de se protéger de l'infection

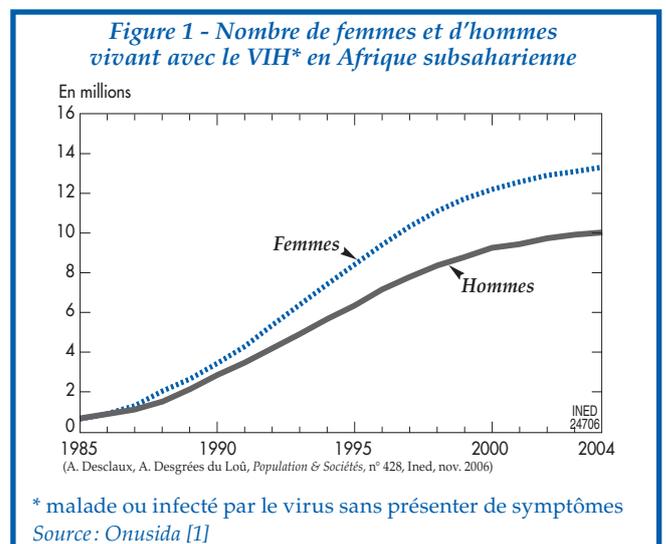
Deux raisons expliquent qu'en Afrique, l'infection VIH soit plus répandue chez les femmes que chez les hommes: leur plus grande vulnérabilité biologique, et,

* Université Paul Cézanne d'Aix-Marseille, Centre de recherche Cultures, santé, sociétés

** Institut de recherche pour le développement, Laboratoire Population, Environnement, Développement

dans des sociétés souvent marquées par l'inégalité des sexes et la pauvreté, leur exposition particulièrement fréquente à l'infection.

La vulnérabilité biologique de la femme à l'infection VIH s'explique essentiellement par des facteurs anatomiques et infectieux. Le risque de transmission est environ deux fois plus élevé de l'homme à la femme que de la femme à l'homme au cours d'un rapport hétérosexuel: l'appareil génital féminin présente en effet une plus grande surface de muqueuses exposée aux sécrétions sexuelles et aux microtraumatismes, et en cas d'infection par le VIH, le sperme contient une concentration plus élevée de virus que les sécrétions



vaginales. De plus, lorsque d'autres infections sexuellement transmissibles, souvent asymptomatiques et donc non traitées, sont déjà présentes chez la femme, le risque d'infection par le VIH est accru.

À cela s'ajoutent les difficultés pour les femmes de se protéger contre une possible infection. Même dans le cadre d'une relation stable, prémaritale ou maritale, les études sur les comportements sexuels dans différents pays africains montrent la très forte réticence des hommes comme des femmes à utiliser des préservatifs. Ceux-ci sont en effet associés à l'idée de relation occasionnelle (en partie à cause des premières campagnes visant à promouvoir son utilisation). Les proposer dans son couple revient donc soit à professer son infidélité, soit à faire preuve de défiance envers son partenaire. Dans des pays où la prévalence du VIH est élevée, le multipartenariat fréquent (figures 2 et 3) et le dépistage encore rare, le risque d'avoir un conjoint infecté par le VIH sans le savoir est important. On estime d'ailleurs que la majorité des femmes africaines vivant en couple et infectées par le VIH l'ont été par leur partenaire régulier.

Les femmes sont de plus en plus conscientes de cette menace. Pour éviter que le mari n'aille « voir ailleurs », de plus en plus d'entre elles réduisent ou suppriment la période traditionnelle d'abstinence sexuelle après une naissance qui, dans certaines populations, dure près d'un an, voire jusqu'au sevrage de l'enfant. Au Nigeria et en Côte d'Ivoire, des enquêtes ont par ailleurs montré que les femmes abordent fréquemment avec leur conjoint la question des relations extraconjugales, lui enjoignant de se protéger, de ne pas « faire entrer la maladie dans la maison ».

À ces risques dans la sphère conjugale s'ajoutent les relations « à risques » dans lesquelles s'engagent certaines jeunes femmes. Sans pour autant se considérer comme des prostituées, pour subvenir à leurs besoins matériels et parfois à ceux de la famille, elles monnaient des rapports sexuels avec des hommes plus âgés contre des « cadeaux » en espèce ou en nature. Dans ces relations dissymétriques, c'est l'homme, le payeur, qui reste le décideur en matière de prévention, et les femmes ont peu de marge de négociation, même lorsqu'elles souhaitent se protéger du VIH ou des MST (figure 3).

◆ Malgré des progrès grâce aux consultations prénatales, un dépistage encore insuffisant

L'un des principaux obstacles à la prévention est l'ignorance de beaucoup de personnes de leur statut sérologique : en Afrique, on estime que moins de 10% de la population a déjà effectué un test de dépistage. Les femmes y ont recours autant, voire plus que les hommes, mais pour des motifs différents, souvent parce que leur conjoint est malade ou qu'elles le soupçonnent d'avoir des conduites à risques. Les hommes se font plutôt dépister parce que cela leur a été demandé ou imposé pour occuper un emploi, entrer dans l'armée ou obtenir

Figure 2 - Proportion (%) d'adultes de 15-49 ans ayant eu plus d'un partenaire sexuel dans les douze derniers mois dans quelques pays africains

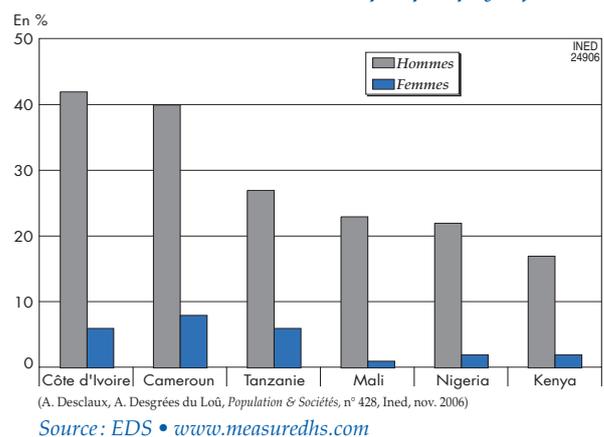
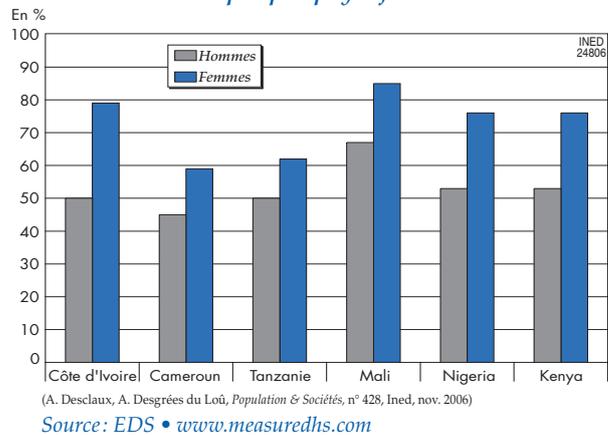


Figure 3 - Proportion (%) d'adultes de 15-49 ans n'ayant pas utilisé de préservatif lors du dernier rapport sexuel à risque dans quelques pays africains



un visa. En dehors des campagnes de dépistage à grande échelle, par exemple auprès des élèves et des étudiants, la majorité des femmes sont dépistées dans le cadre de programmes de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant [2]. Le virus peut en effet être transmis par une femme infectée à son enfant au cours de la grossesse, de l'accouchement, ou par le lait maternel. En l'absence de toute intervention, dans un contexte où l'allaitement dure souvent longtemps, le risque de transmission est d'environ 25% [3]. Or, depuis 1999, on dispose de traitements simples et peu coûteux pour réduire très fortement le risque de transmission du virus à l'enfant au cours de la grossesse ou de l'accouchement. Des programmes sont peu à peu mis en place afin de proposer au plus grand nombre de femmes enceintes un test de dépistage et un traitement lorsqu'elles sont séropositives. Celles-ci acceptent plutôt bien ce dépistage, même lorsque le traitement proposé pendant la grossesse n'est pas suivi d'une prise en charge thérapeutique après.

On arrive ici encore à une situation dissymétrique entre les sexes : parce que c'est la femme qui porte l'enfant, c'est à elle qu'est proposé le test de dépistage, et c'est ainsi par elle qu'arrive la nouvelle de l'infection dans le couple. Les enquêtes réalisées auprès de femmes

dépistées à l'occasion d'une consultation prénatale montrent que celles-ci, lorsqu'elles vivent en couple, souhaitent partager le résultat du test avec leur partenaire. Cependant, si elles le font aisément lorsque le dépistage révèle qu'elles ne sont pas infectées, moins d'une femme infectée par le VIH sur deux parvient à le dire à son conjoint [3] (tableau). Les réactions très négatives des partenaires informés (violence, rejet) sont peu fréquentes, mais il est difficile d'évaluer quelles seraient les réactions de ceux que leurs femmes n'osent pas informer.

Dans ces programmes de prévention de la transmission mère-enfant, le dépistage est possible et en général gratuit pour les conjoints des femmes dépistées. Pourtant, seule une minorité le demande : un homme sur cinq à Abidjan en 2002, dans un programme pilote où le conseil et le suivi des patients est encouragé [2]. Ces hommes en couple pensent à tort que le dépistage de leur femme les renseigne sur leur propre statut sérologique. Ainsi, les femmes qui ont accepté de se faire dépister et qui ont appris qu'elles n'étaient pas infectées se retrouvent démunies face à des conjoints dont elles ignorent le statut car ils ne sont pas testés, et avec lesquels il est difficile d'utiliser des préservatifs du fait de la nature conjugale de la relation.

Malgré leur développement, ces programmes de dépistage ne couvrent cependant encore qu'une minorité de femmes enceintes en Afrique, principalement dans les villes. On estime à 9% seulement la proportion de femmes enceintes qui ont accès au dépistage et à la prévention de la transmission mère-enfant du VIH dans les pays à revenus faibles et moyens.

◆ La maternité reste une priorité même quand on est infectée

Être infecté(e) par le VIH a des répercussions sur la vie sexuelle, mais aussi sur les choix de procréation. Face au risque de donner naissance à un enfant lui aussi infecté, doublé de celui de laisser des enfants orphelins, le conseil donné par les spécialistes aux personnes qui apprenaient leur séropositivité a longtemps été d'éviter d'avoir des enfants, conseil relayé par « l'opinion publique ». Mais il s'est rapidement révélé inopérant, sur un continent où la maternité reste un des piliers de l'identité féminine [2]. Bien que conscientes du risque de transmettre le virus à leur bébé et inquiètes pour leur avenir et celui de leurs enfants, les femmes, infectées ou non par le VIH, subissent une forte « pression de procréation » de la part de leur conjoint, leur famille et leur belle-famille, qui attendent d'elles qu'elles soient mères. En Afrique, les femmes dépistées positives au

Tableau - Proportion de femmes ayant informé leur conjoint après avoir été dépistées séropositives pour le VIH au cours d'une grossesse et proportion de réactions négatives du conjoint

Étude	Proportion de femmes ayant partagé l'information avec leur conjoint (%)	Fréquence de réactions négatives du conjoint après cette information (%)	
		Dispute, violence sans que ce soit allé jusqu'à un rejet ou un divorce	Rejet, divorce
Abidjan, 1995-1999	40	3	5
Tanzanie, 1995-2000	22 ⁽¹⁾	*	*
Kenya, 1997-1999	31	3	3
Burkina Faso, 1995-1999	18	*	4
Tanzanie, 1996-1998	17	15	8

(A. Desclaux, A. Desgrées du Loû, *Population & Sociétés*, n° 428, Ined, nov. 2006)
 * non disponible
 (1) 22% deux mois après le test et 40% quatre ans après • Source : [3]

cours d'une grossesse sont ainsi fréquemment de nouveau enceintes dans les trois ans qui suivent (1). Le développement à large échelle de programmes de prévention de la transmission du virus de la mère à l'enfant s'avère donc une priorité en Afrique.

◆ Les femmes suivent mieux les traitements que les hommes

Depuis 2003, les traitements du sida à base d'antirétroviraux se sont considérablement diffusés grâce à des initiatives internationales visant à les rendre accessibles au plus grand nombre. Fin 2005, environ 800 000 personnes infectées suivaient un traitement de ce type en Afrique. Presque partout, des programmes subventionnent partiellement ou intégralement l'achat des médicaments pour les patients, laissant seulement à leur charge le coût du suivi biologique et médical. Or, contrairement à ce que l'on pouvait observer lorsque les traitements devaient être totalement payés par les patients, la plupart des programmes traitent davantage de femmes que d'hommes. Si elles sont certes plus nombreuses que les hommes à en avoir besoin, d'autres facteurs entrent aussi en jeu.

Un certain nombre de femmes accèdent au traitement suite à une grossesse. D'abord passées par un programme de prévention de la transmission mère-enfant, leur prise en charge est facilitée après l'accouchement, même si en Afrique les programmes de prévention et ceux de traitement sont rarement coordonnés. Les femmes semblent globalement plus disposées que les hommes à se soumettre au suivi thérapeutique nécessaire à la mise sous antirétroviraux : leur fréquentation des centres de santé maternelle et infantile les a conduites à recourir régulièrement aux services de soins, même lorsqu'elles ne sont pas malades. Les hommes se comportent davantage comme des clients, ne consultant que pour obtenir une

(1) En France, cette fréquence est trois fois plus élevée chez les originaires d'Afrique que chez les originaires d'Europe.

ordonnance et ne voulant plus «entendre parler du VIH» lorsque les symptômes ont disparu. Les femmes semblent aussi profiter davantage que les hommes de l'appui des associations, qui les soutiennent dans leur démarche de soins. Ceci ne tient pas à une attitude psychologique *a priori* différente selon le sexe: ce sont les rôles sociaux qui favorisent cette distinction [4]. En attribuant aux femmes la charge du maintien de la santé des enfants, ils leur permettent de connaître le fonctionnement du système de soins, les modes d'organisation de la prévention, du dépistage et du suivi de long terme. Les femmes s'accommodent ainsi du temps passé à l'hôpital, voire le mettent à profit pour établir des relations susceptibles de les aider. À l'inverse, les hommes, qui n'ont pas acquis cette connaissance du système et parviennent plus difficilement à conjuguer leur emploi du temps professionnel et la fréquentation des structures sanitaires, vivent plus souvent leur maladie seuls, cachant le plus possible leur atteinte, ce qui les prive d'opportunités de traitement précoce. Le fait que les femmes parlent davantage de leur maladie, avec le médecin, des proches, ou entre elles, a aussi un impact sur le vécu du traitement, qu'elles connaissent mieux que les hommes. Elles semblent aussi davantage sensibilisées aux risques d'effets secondaires des anti-rétroviraux.

◆ Une tâche supplémentaire pour les femmes: assurer les soins et la prévention pour toute la famille

Les femmes africaines sont, comme dans la quasi-totalité des sociétés, considérées comme des «soignants naturels» à domicile pour toute la famille: conjoint, ascendants, descendants, fratrie. Ceci représente pour elles une lourde charge qui peut commencer très tôt dans leur vie: les filles sont souvent retirées de l'école pour s'occuper d'un parent malade. Cette pratique est très préoccupante en Afrique australe où la proportion de personnes infectées par le VIH est si élevée dans certaines régions que toutes les familles comptent des malades du sida. Le soin représente aussi une charge psychologique, d'autant que les modes de transmission du virus sont encore largement méconnus et sa contagiosité souvent surestimée. Pour éviter le rejet, une femme doit en permanence gérer le secret. Elle doit aussi faire face au risque de transmission dans la famille, sans compter qu'elle-même peut être infectée, tomber malade et mourir.

L'anxiété est parfois accrue par la façon dont les conseils médicaux sont délivrés, comme dans le cas de la prévention de la transmission par le lait maternel. Les femmes sont en effet invitées par le personnel médical à choisir entre nourrir leur bébé au lait artificiel, ce qui évite la transmission du VIH mais est coûteux, et allaiter leur enfant au sein pendant un temps limité, ce qui est plus facile pour elles, mais n'élimine pas le risque de transmission. De nombreuses femmes ne disposent pas des moyens nécessaires à l'achat de lait en poudre et allaitent leur enfant en étant conscientes du

risque: «À chaque fois que je lui donne le sein je me dis que je lui transmets peut-être le virus», disait une femme d'Abidjan. Le sentiment de culpabilité est d'autant plus lourd à assumer que les institutions sanitaires considèrent comme un choix de la femme ce qui n'est généralement pour elle qu'une décision prise sous contrainte.

*
* *

En Afrique, les femmes et les hommes ne sont pas égaux face à l'épidémie de sida. Si les premières sont plus nombreuses à être touchées, de façon paradoxale, elles bénéficient mieux qu'eux des nouveaux programmes de traitement. Leur approche de la santé, et les relations qu'elles entretiennent avec les services sanitaires, jouent un rôle, ainsi peut-être que les actions spécifiquement destinées à réduire leur vulnérabilité, comme celles développées depuis une dizaine d'années sous l'égide du programme des Nations unies pour les droits des femmes (UNIFEM). Malgré cet avantage, et au-delà des questions de santé, elles restent plus vulnérables que les hommes à l'infection en raison de leur statut social. L'épidémie de sida reste pour elles d'un poids considérable au plan psychologique et médical sans compter qu'elle rajoute une charge de travail supplémentaire à leur vie de tous les jours déjà bien occupée.

RÉFÉRENCES

- [1] ONUSIDA - *Rapport sur l'épidémie mondiale de sida 2006, et Les femmes et le sida*, décembre 2004 - www.unaids.org
- [2] A. DESGRÉES DU LOÛ et B. FERRY (dir.) - *Sexualité et procréation confrontées au sida dans les pays du Sud*, Les Collections du Ceped, Paris, 2006, 273 p.
- [3] A. DESGRÉES DU LOÛ - Le couple face au VIH/sida en Afrique subsaharienne: information du partenaire, sexualité, procréation, *Population*, 2005, 60 (3), p. 221-242
- [4] A. DESCLAUX, I. LANIÈRE, I. NDOYE, et B. TAVERNE (dir.) *L'initiative sénégalaise d'accès aux médicaments antirétroviraux - Analyses économiques, sociales, comportementales et médicales*, ANRS, Coll. Sciences sociales et sida, 2002, 260 p.

RÉSUMÉ

En Afrique, les femmes sont plus nombreuses que les hommes à être infectées par le virus du sida. Plus vulnérables biologiquement, elles n'ont pas toujours la capacité de négocier qui leur permettrait d'insister sur l'utilisation de préservatifs ou sur la fidélité de leur partenaire.

Prévention et dépistage, encore rares, leur sont cependant plus accessibles qu'aux hommes grâce aux consultations prénatales. Mais, si elles apprennent qu'elles sont infectées, leur fragilité socio-économique, la peur de l'opprobre et la pression de procréation qu'elles subissent, conduisent trois femmes sur quatre à taire leur séropositivité. Paradoxalement, elles bénéficient pourtant plus souvent que les hommes des traitements.