

*Changements des comportements  
reproductifs et sexuels  
face au VIH : vers une prise en compte du couple ?*

ANNABEL DESGRÉES DU LOÛ, ANNICK TIJOU-TRAORE,  
HERMAN BROU, HÉLÈNE AGBO ET PHILIPPE MSELLATI

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 l'allaitement, le VIH/sida et les campagnes de prévention qu'il suscite bouleversent les domaines de la sexualité et de la procréation. Que signifie en effet « avoir une activité sexuelle sans risque », tel qu'il est mentionné dans la définition du concept de santé de la reproduction, 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 »<sup>1</sup>, lorsqu'un des deux partenaires est infecté par le VIH, ou lorsque aucun des deux partenaires ne connaît son statut sérologique par rapport au VIH ? Qu'en est-il des recommandations d'allaitement exclusif au sein dispensées par l'OMS et l'UNICEF chez les femmes infectées par le VIH ?

Ces bouleversements prennent place dans un contexte sociodémographique lui-même en évolution constante : les autres chapitres de ce livre montrent bien, comment en matière de sexualité, de contraception et de natalité, les comportements changent actuellement dans les pays du Sud, et combien ces changements sont rapides.

---

1. Tiré de la définition du concept de la santé de la reproduction (cf. Bonnet D. et Guillaume A., 2004).

Le contexte médical de prise en compte et de prise en charge de l'épidémie de sida évolue, lui aussi, d'une année à l'autre. Jusqu'à la fin des années 1990, le seul outil dont disposaient les programmes de santé en Afrique pour prendre en compte le risque du sida était la prévention par l'information des populations et la diffusion des préservatifs. Depuis 1999, on dispose de 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 différents régimes actuellement proposés dans les pays en développement consistent en l'administration d'une combinaison d'anti-rétroviraux au cours du dernier mois de la grossesse et lors de l'accouchement. Depuis seulement cette même période (1999), le risque de transmission du VIH par le lait est lui aussi pris en compte, même dans les contextes d'allaitement maternel généralisé. Mais 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 postnatale du VIH. En pratique, le sevrage « précoce » est recommandé lorsque l'allaitement artificiel dès la naissance n'est pas possible, mais il n'existe pas encore de consensus sur l'âge auquel ce sevrage « précoce » doit être effectué : au plus tard, six mois après la naissance (UNAIDS, 1999).

Par ailleurs, un consensus mondial s'est établi récemment sur la nécessité de rendre les traitements du sida (anti-rétroviraux compris) accessibles aux populations des pays en développement. Même si cet objectif semble encore éloigné, il ne semble plus irréalisable, au regard de la baisse des prix des traitements du sida et du développement de nombreux projets pilotes d'accès aux anti-rétroviraux dans les pays du Sud.

Le propos de ce chapitre est d'analyser quelles sont, en matière de sexualité, de contraception et de procréation, les évolutions spécifiquement liées à l'épidémie de VIH/sida ou à sa prise en charge sociale et médicale au cours des

quinze dernières années à Abidjan. Nous tentons ici de mettre en lumière les mécanismes par lesquels cette épidémie et sa prise en charge peuvent accélérer, ou au contraire, freiner des évolutions existantes dans le domaine de la santé reproductive. Cette analyse s'appuie sur un programme d'enquêtes mené depuis 1997 à Abidjan, Côte d'Ivoire, dans le cadre d'une collaboration entre démographes et médecins impliqués dans des programmes de réduction de la transmission mère — enfant du VIH.

Abidjan offre un contexte particulièrement adapté à ce type d'analyse : grande ville de 2,9 millions d'habitants (RGPH, 1998), c'est la ville la plus touchée par l'épidémie de sida en Afrique de l'Ouest, avec un taux de prévalence du VIH de 14 % chez les femmes enceintes en 1997, date de démarrage de l'étude, et de 10,5 % en 2002 (Sakarovitch *et al.*, 2003). Par ailleurs, cette ville constitue un des sites où se sont développés les premiers programmes de recherche sur la prévention de la transmission mère — enfant du VIH, dès 1995, et est aussi une des villes choisies par l'Onusida pour développer l'initiative d'accès aux traitements du Sida à partir de 1997-1998 (Msellati *et al.*, 2001).

Après avoir décrit succinctement le programme d'enquêtes, nous rappelons l'impact biologique du virus du VIH sur la fécondité, avant de nous intéresser de façon plus approfondie aux changements comportementaux observés en matière de sexualité et en matière de procréation face à la réalité du VIH/sida. Enfin, cela nous conduira, dans un dernier temps, à mener une réflexion sur les relations entre homme et femme au sein du couple, et sur l'impact de cette épidémie sur les liens conjugaux.

### Population étudiée et enquêtes menées

#### *Une collaboration médecine-sciences sociales au sein de projets de réduction de la transmission mère — enfant du VIH*

Dans les pays en développement, notamment en Afrique, le dépistage volontaire du VIH reste une démarche rare, et les consultations prénatales sont un

des lieux privilégiés pour l'entreprendre. Dans les centres de suivi prénatal où sont implantés des projets de réduction de la transmission mère — enfant, les femmes enceintes bénéficient d'une consultation au cours de laquelle on leur propose un test de dépistage gratuit, ou à un prix modique, et on les informe de ce que, si elles s'avèrent séropositives pour le VIH, un traitement pourra leur être délivré pendant la grossesse pour diminuer le risque de transmission du VIH à l'enfant (Dabis *et al.*, 2000). Ainsi, les projets de réduction de la transmission du VIH mère — enfant ont été, pendant plusieurs années, les seuls endroits où le dépistage était suivi d'une « proposition thérapeutique » : même si les médicaments délivrés avaient pour objectif la prévention de la transmission du VIH à l'enfant, et non le traitement de la mère, ils n'en constituaient pas moins une action positive, une proposition concrète, qui justifiait d'accepter ce test de dépistage. En dehors de ces sites de consultation prénatale abritant des projets de recherche, jusqu'à ces dernières années, rares étaient les propositions de dépistage, du fait du manque de motivation de la part des médecins confrontés à l'absence de traitement à offrir en cas de résultat positif.

Lorsque ce programme de recherche en démographie sur « sida et santé de la reproduction » s'est construit en 1996, deux options étaient possibles : mener des enquêtes en population générale — ce qui rendait impossible pour des raisons éthiques la relation entre les phénomènes observés et le statut sérologique des enquêtés — ou mener des enquêtes dans des groupes plus spécifiques qui pouvaient avoir accès au test de dépistage du VIH. Nous avons choisi la seconde solution, car il nous semblait que beaucoup d'études avaient déjà été réalisées sur les attitudes générales de la population face à l'épidémie de sida, et qu'il semblait nécessaire de passer à une analyse plus individuelle des relations entre infection par le VIH et fécondité, santé sexuelle et choix en matière de reproduction. Pour les raisons évoquées ci-dessus, les groupes de personnes ayant accès au dépistage étaient peu nombreux et revêtaient souvent un profil très spécifique : malades dépistés dans les hôpitaux, tuberculeux, prostituées, femmes enceintes. Ces dernières, dépistées en consultation prénatale, constituent un groupe de personnes non malades, et bien entendu, non représentatif

de la population adulte en général (puisqu'on n'y trouve ni les hommes, ni les femmes qui ne peuvent pas ou ne veulent pas procréer). Cependant, ces femmes enceintes reflètent, malgré tout, une image assez proche de la population générale, en particulier dans un pays où le niveau de fécondité est très élevé. Pour ces raisons, il nous a semblé judicieux de commencer l'analyse des rapports entre l'épidémie de VIH et les questions de santé de la reproduction auprès de ces femmes auxquelles le dépistage du VIH est proposé en consultation prénatale, et qui sont ensuite suivies, lorsqu'elles sont VIH+, au sein d'un programme de réduction de la transmission mère — enfant du VIH. Nous avons pour cela développé une collaboration étroite entre médecins et démographes, qui s'est traduite par la réalisation d'enquêtes spécifiques sur les questions de santé de la reproduction, insérées au sein de deux programmes successifs de réduction de la transmission mère — enfant du VIH menés successivement à Abidjan, Côte d'Ivoire : le programme DITRAME jusqu'en 2000, puis le programme DITRAME PLUS à partir de 2000. Au sein de ces deux programmes, nous avons adopté une double approche, quantitative et qualitative.

### *Le projet DITRAME*

DITRAME (pour DIMinution de la TRANsmission Mère — Enfant), a été mené entre 1995 et 2000 à Abidjan et à Bobo-Dioulasso (Burkina Faso), sous la coordination générale de l'Inserm U. 330 de Bordeaux, (France), avec un financement de l'ANRS. La coordination à Abidjan était assurée par Philippe Msellati, IRD. Il s'agissait d'évaluer la tolérance et l'efficacité d'un régime court d'AZT dans la prévention de la transmission mère — enfant du VIH dans une population où l'allaitement maternel est prédominant. Nous avons mené au sein de ce projet trois types d'enquête :

— Une enquête rétrospective sur la fécondité des femmes VIH+ et VIH-, auprès d'environ 1 250 femmes enceintes, entre juillet 1997 et janvier 1998. L'objectif de l'enquête était de récolter des informations rétrospectives précises sur la vie génésique des femmes et de les mettre en relation avec le statut

sérologique de la femme. Le dernier intervalle intergénésiq ue de la femme y fait l'objet d'une attention particulière, avec description détaillée de la durée d'allaitement, des périodes d'aménorrhée et de la contraception utilisée. Sachant que l'enquête était réalisée auprès des femmes à l'occasion de la visite de consultation prénatale où le test de dépistage du VIH leur est proposé et que les données collectées correspondent donc à un moment de leur vie où elles ignorent encore leur statut sérologique, les relations éventuellement observées entre vie g énésiq ue et statut VIH sont de l'ordre du biologique plus que du comportemental ;

— Une seconde enquête quantitative, menée en 1999 auprès de 150 femmes VIH+ suivies, nous a permis de recueillir tous les événements de la vie g énésiq ue (aménorrhée, reprise et protection des relations sexuelles, incidence et devenir des grossesses, pratiques contraceptives) de ces femmes entre la naissance de l'enfant pour lequel elles étaient suivies dans le cadre du projet et la date de l'enquête. À la différence de la première enquête citée, les femmes VIH + interrogées connaissent leur statut sérologique et les données sont récoltées de façon prospective ;

— Une enquête exploratoire qualitative menée en mai 1998 auprès de 21 femmes VIH+ suivies dans le même projet. Toutes ces femmes ont accouché depuis au moins 8 mois, et leurs enfants sont tous sevrés. Au cours de l'entretien, des questions sont posées à la femme sur le sevrage de l'enfant (âge au sevrage et mode de sevrage, attitude de la famille et du mari face au sevrage), sur les relations avec le mari face au VIH (dialogue concernant le VIH, protection des rapports sexuels, contraception) et sur les projets de procréation de la femme et du couple (désir d'un autre enfant, contraception effectivement utilisée...).

### *Le projet DITRAME PLUS*

Le projet DITRAME PLUS, financé aussi par l'ANRS et coordonné par l'unité l'Inserm 593<sup>2</sup>, comprend une cohorte thérapeutique d'environ 700 femmes

---

2. Les investigateurs principaux de ce programme à l'Inserm U 593 (ex 330) sont F. Dabis

infectées par le VIH, constituée dans la ville d'Abidjan. Il propose depuis 2000 (jusqu'en 2005) des mesures peri-partum (DITRAME PLUS 1) et post-partum (DITRAME PLUS 2) visant à diminuer encore le risque de transmission mère — enfant du VIH ainsi que le poids de l'infection pédiatrique par le VIH. Dans le cadre de ce projet, le test de dépistage du VIH est systématiquement proposé aux femmes enceintes dans sept centres de santé à Abidjan.

Les questions sociodémographiques sont traitées dans ce projet dans un volet spécifique, DITRAME PLUS 3. Coordonné par l'IRD et l'ENSEA d'Abidjan<sup>3</sup>, ce dernier a pour objectif d'étudier les différentes implications de la mise en place d'un tel programme en termes de changements des comportements sexuels, de procréation et d'alimentation des nourrissons, tant chez les femmes qui apprennent qu'elles sont infectées par le VIH que chez celles qui apprennent qu'elles ne sont pas infectées, et chez celles qui ont refusé le test de dépistage. Les données recueillies dans ce volet DITRAME PLUS 3 sont quantitatives et qualitatives.

### *Enquête quantitative*

Dans le cadre de ce volet sociodémographique est mis en place le suivi d'une cohorte de 400 femmes VIH+ et de 62 femmes ayant refusé le dépistage du VIH parallèlement au suivi des femmes VIH+ mené dans les volets médicaux 1 et 2. Une observation comparative est menée entre ces trois cohortes. Les comparaisons entre ces cohortes sont menées au moyen d'analyses quantitatives sur les indicateurs recueillis.

### *Enquête qualitative*

L'enquête consiste en des entretiens semi-directifs approfondis, enregistrés et répétés (les personnes interrogées sont rencontrées à deux reprises) auprès d'un

---

pour le volet 1 et V. Leroy pour le volet 2, en collaboration avec C. Welfens-Ekra du CHU de Yopougon, Service de Gynécologie-Obstétrique, à Abidjan.

3. Les investigateurs principaux de ce volet 3 sont A. Desgrées du Loû de l'IRD et B. Zanou de l'ENSEA.

sous-groupe de femmes et de leurs partenaires dans chaque cohorte (femmes VIH+, VIH- et ayant refusé le test). Cette approche par passages répétés permet de relever les changements d'attitude, de conduite et de perception, d'identifier les événements qui en sont à l'origine, et ainsi, de nous rendre compte de l'instabilité éventuelle de certains comportements et discours. Ces entretiens sont menés auprès d'une vingtaine de femmes séropositives pour le VIH et leurs partenaires, d'une vingtaine de femmes séronégatives pour le VIH et leurs partenaires, et d'une quinzaine de femmes ayant refusé le test de dépistage du VIH et leurs partenaires.

Les données que nous présentons dans ce chapitre sont une synthèse des résultats de ces diverses enquêtes sur les relations entre VIH, sexualité et procréation. Concernant le second programme, DITRAME PLUS, seuls des résultats préliminaires sont en mesure d'être présentés, puisqu'il est en cours de réalisation.

### **Relation VIH/sida—fertilité—fécondité : les effets biologiques**

Avant de s'intéresser aux relations entre l'épidémie de VIH/sida et les comportements sexuels et procréateurs, il est nécessaire de faire le point sur l'impact biologique de ce virus en matière de fécondité et de natalité : en effet, si cet impact biologique était majeur, cela aurait des conséquences directes sur les comportements. L'impact délétère du VIH sur la fertilité est montré dans plusieurs études : chez les hommes, l'infection VIH, au stade symptomatique, entraîne une baisse de la capacité fécondante du sperme (Setel, 1995). Parallèlement, chez les femmes, l'infection par le VIH augmente le risque d'avortement spontané et diminue la fertilité (Gray *et al.*, 1998).

Nous pouvons confirmer, à partir des enquêtes menées à Abidjan, qu'à pratique contraceptive et activité sexuelle égale, les femmes infectées par le VIH mettent un peu plus de temps à démarrer une grossesse que les femmes non infectées, résultat corroboré par d'autres enquêtes en Afrique. À Abidjan, Yaoundé, Kisumu et Ndola, des études similaires montrent en effet que les



intervalles entre deux grossesses sont plus longs chez les femmes infectées par le VIH que chez les femmes non infectées, toutes choses étant égales par ailleurs, avec des réductions de 16 à 26 % de la probabilité de commencer une nouvelle grossesse chez les femmes VIH+ (Desgrées du Loû *et al.*, 1998, 1999 ; Glynn *et al.*, 2000). Cet effet délétère du VIH sur la fécondité semble d'autant plus important que la femme est infectée depuis plus longtemps. On a un moment pensé que c'était l'association entre maladies sexuellement transmissibles (MST) et VIH qui expliquait cette sous-fécondité des femmes VIH+, car certaines MST sont connues pour être des causes d'infécondité et l'infection par le VIH est fréquemment associée à des MST. Cependant, les quelques études qui ont pu prendre en compte ces MST ont montré l'existence d'une sous-fécondité des femmes VIH+ indépendamment des MST (Gray *et al.*, 1998). Bien que la façon dont le virus du VIH agit biologiquement sur la fécondité humaine soit encore très mal connue, il semble qu'aujourd'hui on puisse confirmer l'hypothèse selon laquelle l'infection par le VIH a des retentissements biologiques sur cette fécondité, en diminuant légèrement la fertilité des couples, c'est-à-dire la capacité des femmes à commencer une grossesse, puis, lorsque cette grossesse est commencée, en augmentant le risque de fausse couche.

Cependant, cet impact sur la fertilité des couples reste limité, et concerne essentiellement les femmes les plus âgées, vraisemblablement parce qu'elles sont infectées depuis plus longtemps que les jeunes femmes (Zaba et Gregson, 1998). Chez ces dernières, on observe au contraire une fertilité et une fécondité plus forte chez les femmes VIH+ que chez les femmes VIH- ; ceci s'explique par le fait qu'elles sont susceptibles d'avoir eu une activité sexuelle plus précoce et moins protégée que les femmes du même âge non infectées, et qu'elles ont donc été plus « soumises au risque d'être enceintes » que ces dernières.

Sans aller plus loin sur ce sujet, qui n'est pas ici l'objet de notre étude, on retiendra que les effets biologiques du VIH sur la fécondité existent, mais restent mineurs, tout au moins dans les pays à prévalence du VIH faible ou moyenne, et ne sont pas de nature à engendrer des changements comportementaux en matière de procréation.

## Protection des rapports sexuels face au VIH : stratégies mises en place

### *Dans la population générale à Abidjan : une faible utilisation du préservatif*

Malgré une perception élevée du risque d'infection par le VIH (Desgrées du Loû et de Béchon, 2001), les habitants d'Abidjan utilisent peu le préservatif. Ainsi, dans la dernière enquête démographique et de santé, 31 % des femmes interrogées déclarent avoir utilisé le préservatif au moins une fois au cours de leur vie et seulement 2 % au cours du dernier rapport sexuel (EDS-CI 1998). D'autres sources confirment cette faible utilisation : en 1997, au cours d'une enquête menée à Yopougon, commune populaire d'Abidjan, seules 4 % des femmes et 9 % des hommes ont déclaré utiliser régulièrement le préservatif (Toure *et al.*, 1997). Cette utilisation est un peu plus importante chez les jeunes, auprès desquels la prévention sida est intensifiée, mais elle reste modérée : au cours d'une enquête sur les comportements sexuels, menée auprès des jeunes de 15 à 19 ans sur l'ensemble de la Côte d'Ivoire en 1998, 35 % des garçons et 32 % des filles ont déclaré avoir utilisé un préservatif au cours de leur dernier rapport sexuel (Zanou *et al.*, 1999). Bien que la crainte de l'infection par le VIH semble sévère à Abidjan, elle n'incite pas pour autant à recourir au préservatif, la fidélité étant considérée par les deux tiers de la population comme une prévention suffisante. Pourtant, dans une population où environ une personne sur sept est infectée par le VIH, la fidélité, même lorsqu'elle est effective, n'est pas une garantie suffisante de protection contre le risque d'infection, d'autant que les personnes infectées, dans la plupart des cas, ne se savent pas séropositives (Vidal et Msellati, 2000) : dans une enquête menée auprès de consultants dans un centre de santé, une personne sur 10 seulement avait fait la démarche de dépistage pour le VIH (Desgrées du Loû et de Béchon, 2001).

*Chez les femmes suivies dans les programmes de prévention de la transmission mère — enfant : le préservatif reste peu utilisé*

La faible utilisation du préservatif, globalement, dans la ville d'Abidjan, alors que le taux de prévalence y est assez fort, pourrait s'expliquer par la faible pratique de dépistage du VIH : les individus ne connaissant pas leur statut VIH ne savent comment se situer par rapport à ce risque d'infection et, partant, ne se protègent pas. Qu'en est-il alors des femmes qui, dépistées pendant la grossesse dans le cadre d'un programme de réduction de la transmission mère — enfant du VIH, se savent VIH+ (ou VIH-) ?

Dans l'enquête « vie génésique » menée dans le projet DITRAME auprès de 150 femmes VIH+ dépistées pendant une grossesse, parmi les femmes sexuellement actives au moment de l'enquête, 64 % ont déclaré ne jamais utiliser de préservatifs, et seulement 13 % ont déclaré en utiliser à chaque rapport sexuel. Ces proportions varient fortement selon que la femme ait ou non informé son partenaire de sa séropositivité : parmi les femmes sexuellement actives qui ont informé leur partenaire<sup>4</sup>, 48 % n'utilisent jamais de préservatifs et 21 % en utilisent à chaque rapport sexuel contre respectivement 76 % et 7 % lorsque le partenaire n'est pas informé<sup>5</sup> ( $p = 0.02$ ) (tableau 1).

À la question « pourquoi n'utilisez vous pas de préservatifs ? », plus de la moitié des femmes ne répondent pas ; 21 % répondent qu'elles ont proposé le préservatif à leur partenaire mais ne l'utilisent pas régulièrement (ou pas du tout) car le partenaire (et parfois elles-mêmes) n'aime pas les utiliser ; 14 % répondent qu'elles n'ont pas proposé le préservatif à leur partenaire, par peur de sa réaction, ou parce qu'elles ne le jugent pas nécessaire ; 7 % n'utilisent pas de préservatifs parce qu'elles veulent être enceintes et 3 % pour des raisons religieuses.

---

4. Ces femmes représentent 45 % de l'ensemble des femmes séropositives de notre échantillon, soit 48 femmes sur 107.

5. Dans ce premier projet DITRAME, très peu de partenaires, même parmi ceux informés que leur femme était infectée par le VIH, ont fait la démarche du dépistage VIH. On ne dispose donc pas d'information sur le statut VIH des partenaires.

Tableau 1. Utilisation du préservatif chez des femmes VIH+ suivies dans un projet de réduction de la transmission du VIH de la mère à l'enfant selon que le partenaire est informé ou non du statut sérologique de sa femme.

Projet DITRAME ANRS 049, 1995-2000, Abidjan

Utilisation du préservatif dans le couple	Partenaire informé (N=48)	Partenaire non informé (N=58)	Ensemble (N=107)
Jamais	48 %	76 %	64 %
Rarement	13 %	10 %	11 %
Souvent	19 %	7 %	12 %
Toujours	21 %	7 %	13 %

Les premiers résultats du programme DITRAME PLUS, actuellement en cours, confirment cette difficulté à l'utilisation du préservatif : une première comparaison des groupes de femmes VIH+ et VIH- montrent que, malgré les conseils de prévention du sida délivrés à l'occasion du test de dépistage, le préservatif est très peu utilisé, tant chez les femmes qui se savent infectées par le VIH que chez celles qui se savent non infectées par ce virus. Dans ce groupe de femmes, dépistées au cours d'une grossesse, parmi les femmes sexuellement actives 6 mois après la naissance du bébé, seules 12 % utilisent des préservatifs au cours des rapports sexuels avec leur conjoint, et le chiffre est le même dans le groupe VIH+ et dans le groupe VIH- (Brou, 2003). Le conseil en matière de protection des rapports sexuels est donc peu suivi, au contraire de ceux portant sur la contraception, qui semblent rencontrer une bonne adhésion : 67 % des femmes VIH+ et 66 % des femmes VIH- utilisent une méthode moderne de contraception à 6 mois post-partum. Dans les deux types de conseil, on n'observe pas de différences entre les deux groupes de femmes, VIH+ et VIH- (Brou, 2003).

Ainsi, dans ce contexte de relativement forte prévalence du VIH, on observe une utilisation très faible du préservatif, autant dans la population générale, malgré une conscience dominante du risque, qu'au sein des couples dont la

femme au moins a été dépistée pour le VIH. Ceci s'observe chez les femmes VIH+ comme chez les femmes VIH-. On retrouve ici des résultats observés dans de nombreux pays d'Afrique, où il apparaît que le préservatif reste très mal admis au sein du couple. Il reste en effet associé à l'idée de rapport occasionnel ou de rapport avec une prostituée (Van Rossem *et al.*, 2001), et le proposer à son conjoint revient à confesser son infidélité ou à montrer l'absence de confiance qu'on a dans la fidélité sexuelle de son conjoint. À cela, s'ajoute la mauvaise réputation du préservatif, accusé de diminuer le plaisir sexuel (Bond et Dover, 1997). Même dans les couples qui se savent séro-différents, au sein desquels la protection de la transmission sexuelle du VIH est cruciale, l'usage du préservatif reste problématique. Au cours d'un entretien, une femme VIH+ explique ainsi comment elle ne peut se résoudre à utiliser des préservatifs au cours des rapports sexuels avec son mari, lui-même VIH-, car ce préservatif lui rappelle de façon trop douloureuse son infection (Tijou-Traore et Desgrées du Loû, *soumis*).

*Retarder la reprise des rapports sexuels après une naissance : une stratégie alternative au préservatif ?*

Parallèlement à cette faible utilisation du préservatif, on observe une augmentation de la durée d'abstinence post-partum chez les femmes séropositives suivies dans DITRAME par rapport à la valeur obtenue dans un groupe comparable avant le dépistage du VIH : 12,0 mois (Déviation Standard [DS] : 8,8) contre 9,6 mois (DS : 12,9) (Desgrées du Loû *et al.*, 2002 ; Desgrées du Loû *et al.*, 1999). Dans les faits, l'écart est plus important, car la durée moyenne d'abstinence post-partum est en fait sous-estimée : dans le groupe de contrôle, on calcule une durée moyenne d'abstinence post-partum dans un intervalle fermé entre deux grossesses, où toutes les femmes ont repris leur activité sexuelle après la première grossesse, alors que dans le groupe étudié on observe un intervalle ouvert, avec 23 femmes qui sont toujours en abstinence post-partum au moment de l'enquête. Cet allongement de la durée d'abstinence post-partum est

plus important chez les femmes qui n'ont pas informé leur partenaire de leur séropositivité (tableau 2). Il s'agit peut-être d'une des stratégies adoptées par ces femmes qui se savent séropositives pour éviter le risque de transmission sexuelle, face à la difficulté qu'elles rencontrent à utiliser le préservatif.

Cependant, l'augmentation de la durée d'abstinence post-partum ne concerne pas toutes les femmes de la même façon ; cette pratique varie en fonction de leur profil sociodémographique qui, selon les cas, leur donne plus ou moins de facilité à la mobiliser et, partant, à l'adopter. Il est, par exemple, plus facile pour les femmes qui ne sont pas en union, de décider de ne pas reprendre les relations sexuelles que pour les femmes en union : on observe ainsi une durée d'abstinence deux fois plus longue chez les premières (tableau 2). Par ailleurs, il semble que le niveau d'instruction soit aussi une variable déterminante de l'adoption de cette stratégie. On peut faire l'hypothèse que, pour expliquer au conjoint une longue durée d'abstinence sans pour autant lui révéler leur séropositivité, les femmes se retranchent vraisemblablement derrière la tradition d'abstinence post-partum prolongée, tradition plus difficile à invoquer pour les femmes instruites que pour les femmes non instruites. Traditionnellement, la reprise des relations sexuelles était conditionnée à l'arrêt de l'allaitement, une des croyances à l'origine du tabou post-partum étant que le sperme gêne le lait (Van de Walle et Van de Walle, 1998). On aurait alors pu penser que l'adoption d'un sevrage précoce chez ces femmes VIH+ (selon les recommandations de l'OMS pour réduire le risque de transmission du VIH par le lait) s'accompagne d'une réduction de l'abstinence post-partum ; or, nous observons le contraire. Ces femmes qui se savent séropositives s'appuient donc sur des arguments autres que l'allaitement pour justifier la reprise tardive des relations sexuelles, un aspect qui reste à approfondir dans des recherches ultérieures.

Tableau 2. Déterminants de la durée d'abstinence sexuelle post partum chez des femmes suivies après une grossesse au cours de laquelle elles ont été dépistées pour le VIH. Analyse de Kaplan Meyer. N=149. Projet DITRAME ANRS 049, Abidjan, Côte d'Ivoire, 1995-2000

Variable	N	Médiane de l'abstinence post-partum en mois* (95 % CI)	p
<b>Age</b>			
15-24 ans	47	15,8 (12,0-19,6)	0,47
≥ 25 ans	64	22,1 (17,4-26,7)	
<b>Statut marital</b>			
Non en union	17	32,6 (25,8-39,4)	0,004
En union	92	17,3 (13,6-21,0)	
<b>Niveau d'instruction</b>			
Non scolarisée	39	23,8 (18,3-29,2)	0,04
Instruction primaire	45	16,6 (12,2-21,0)	
Instruction secondaire	26	18,5 (11,4-25,6)	
<b>Parité</b>			
1	13	19,5 (12,9-26,1)	0,03
2-4	75	15,9 (12,0-19,7)	
≥ 5	19	29,3 (21,5-37,0)	
<b>Information du partenaire</b>			
No	63	20,8 (16,1-25,5)	0,05
Yes	46	17,1 (12,3-21,9)	
<b>Le partenaire désire un autre enfant</b>			
No	44	17,3 (12,4-22,3)	0,96
Yes	33	16,1 (10,8-21,4)	
<b>Statut du bébé DITRAME</b>			
Mort-né ou décédé	16	11,3 (7,0-15,5)	0,14
Vivant	95	20,7(17,0-24,4)	

Source : Desgrées du Loué A, Msellati P, Viho I *et al.*, 2002, « Contraceptive use, protected sexual intercourse and incidence of pregnancies among African HIV-infected women. DITRAME Project ANRS 049, Abidjan 1995-2000 ». *Int J of STDs and AIDS*, vol. 13, n°7 pp. 462-468

Notes : \* estimé par le modèle de Kaplan Meyer en tenant compte des données censurées  
IC : intervalle de confiance

## Contraception et procréation face au VIH

### *Le contexte ivoirien et abidjanais : une baisse de la fécondité notable...*

La Côte d'Ivoire est un des pays qui présente les plus forts taux de fécondité du monde, avec près de 5 enfants par femme. Cependant, cette situation évolue rapidement : en moins de 20 ans, le nombre moyen d'enfants par femme est passé de 7,2 à 5,2, soit deux enfants de moins en moyenne, ce qui représente une réduction de la fécondité considérable sur une période aussi courte (Kouassi, 1995 ; EDS-CI 1998). Ce phénomène est particulièrement vrai à Abidjan, capitale économique, où le nombre moyen d'enfants par femme est passé de 4,7 en 1988 à 3,5 en 1998, atteignant ainsi des niveaux comparables à ceux des pays d'Amérique latine. Les principaux facteurs qui influent sur ces niveaux de la fécondité sont l'urbanisation (l'indice de fécondité est près de deux fois plus élevé en zone rurale qu'à Abidjan) et l'instruction : les femmes ayant été à l'école jusqu'au niveau secondaire ont en moyenne 2,3 enfants au cours de leur vie, tandis que celles qui n'ont jamais été à l'école ont plus de six enfants (EDS-CI, 1998).

### *... à mettre en rapport avec l'épidémie de VIH/sida ?*

Cette baisse de la fécondité au cours des quinze dernières années a été concomitante avec le développement de l'épidémie de sida dans la ville d'Abidjan. On a vu dans un paragraphe précédent qu'on ne pouvait imputer à l'épidémie de VIH/sida, une baisse notable de la fécondité grâce à des mécanismes biologiques, l'impact biologique sur la fertilité et la fécondité des couples étant faible pour le niveau de prévalence que connaît la Côte d'Ivoire. On pourrait en revanche faire l'hypothèse que la baisse de fécondité observée soit l'effet d'une réaction de la population au risque de VIH/sida. Dans certains pays comme l'Ouganda, on a observé que les jeunes filles commencent les relations sexuelles et se marient plus tard qu'auparavant, et ce à cause de la peur du sida (Mukisa-Gapere et



Ntozi, 1995), facteur pouvant être à l'origine d'une baisse de la fécondité. Par ailleurs, la tradition selon laquelle l'épouse d'un homme décédé doit se remarier avec le frère de ce dernier, est battue en brèche dans de nombreux pays par peur que ces veuves ne soient porteuses du virus. Enfin, on pourrait s'attendre à une augmentation des divorces et séparations en cas d'infidélité conjugale, le sida engendrant une moins grande « tolérance conjugale ». Tous ces changements iraient dans le sens d'une baisse de la fécondité. Parallèlement, les programmes de lutte contre le VIH/sida, préconisant la protection des rapports sexuels ou l'abstinence, pourraient aussi tendre à diminuer la fécondité des individus.

En pratique, si on observe effectivement un recul de l'âge au mariage à Abidjan (l'EDS de 1998 mesure un recul de l'âge médian à la première union de 1,3 ans (18,4 à 19,7 ans) entre les générations 30-34 ans et 25-29 ans), il est difficile de l'imputer à l'épidémie de VIH/sida, car on peut observer un recul semblable dans d'autres pays beaucoup moins touchés par cette épidémie (Van de Walle, 1996). Par ailleurs on a vu, d'une part, que les conseils de prévention du VIH/sida par la protection des rapports sexuels étaient dans l'ensemble peu suivis dans la population générale, et, d'autre part, que le préservatif est utilisé essentiellement dans le cadre de relations sexuelles perçues comme étant à risque (relations occasionnelles, avec des prostituées...)<sup>6</sup>. Le préservatif reste très peu utilisé au sein des couples stables et ses répercussions en terme de baisse de fécondité des individus sont sans doute marginales.

Il semble donc que la baisse de fécondité que l'on observe à Abidjan depuis quinze ans soit plutôt l'effet d'une évolution globale des mentalités en matière de procréation : en effet, le nombre idéal d'enfants déclaré par les hommes comme par les femmes diminue au cours des générations : en 1994, il était d'environ 4 chez les plus jeunes générations, contre 6 chez les plus âgés (Kouassi, 1995). Cependant, comme on peut le voir, même s'il diminue, le nombre idéal d'enfants reste élevé : quatre enfants ou plus selon les âges. Ainsi, s'il est indéniable que la Côte d'Ivoire connaît actuellement d'importants bouleversements dans

---

6. On peut noter toutefois que le nombre de préservatifs achetés en Côte d'Ivoire est passé de 500 000 unités par an en 1992 à environ 33 millions d'unités en 2002.

les pratiques et les mentalités en matière de procréation, elle n'en demeure pas moins un pays à forte fécondité, où la procréation et la maternité sont largement valorisées (Dédry et Tapé, 1995).

### *Contraception et procréation chez les femmes VIH+*

Si, sur l'ensemble de la population, on observe une baisse de la fécondité qui semble indépendante de l'épidémie de sida, que se passe-t-il en termes de choix de procréation chez les personnes qui se savent infectées par le VIH ?

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 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 résultats des enquêtes que nous avons menées à Abidjan auprès de femmes VIH+ montrent en fait le contraire : bien que la pratique contraceptive observée dans le projet DITRAME de réduction de la transmission mère — enfant soit largement plus élevée que dans la population générale (environ 30 %, à comparer à 16 % d'utilisation mesurée dans la population du même quartier en 1997 (Toure *et al.*, 1997)), l'incidence des grossesses reste élevée : sur les 149 femmes VIH+ enquêtées en 1999, 37 ont eu au moins une grossesse au cours du suivi post-partum, ce qui correspond, en rapportant aux durées de suivi des femmes, à une incidence des grossesses de 10,8 grossesses pour 100 femmes — années au risque pour les 12 premiers mois post-partum et de 16,5 grossesses pour 100 femmes — années au risque sur les 24 premiers mois post-partum. Cette forte incidence des grossesses dans les deux ans qui suivent la fin de la grossesse au cours de laquelle les femmes ont appris qu'elles étaient séropositives se retrouve dans toutes les catégories sociales, y compris chez les femmes instruites (Desgrées du Loû *et al.*, 2002). Parmi les principaux facteurs de survenue d'une nouvelle grossesse chez ces femmes

que nous avons suivies et qui se savent VIH+, trois étaient attendus : le décès du bébé index, la durée d'allaitement du bébé index et la durée d'abstinence post-partum après l'accouchement index. On retrouve là des déterminants proches classiques de la fécondité : plus l'allaitement et plus la durée d'abstinence post-partum sont longs, plus l'intervalle entre cette grossesse et la suivante est long. Inversement, lorsque le bébé décède, la grossesse suivante survient plus rapidement (appelé « phénomène de remplacement »). En revanche, le quatrième facteur que nous avons observé était très inattendu : le niveau d'instruction de la femme augmente fortement la probabilité de survenue d'une deuxième grossesse (Desgrées du Loû *et al.*, 2002). L'incidence des grossesses sur les 12 premiers mois post-partum est en effet de 7,5 pour 100 femmes — années chez les non scolarisées, 10,7 pour 100 femmes — années chez les femmes d'instruction primaire et 20,9 pour 100 femmes — années chez les femmes d'instruction secondaire. Par ailleurs, ni l'utilisation d'une contraception à un moment du suivi post-partum, ni le partage de l'information du statut sérologique avec le partenaire n'influent de façon significative sur la survenue d'une grossesse.

Ces observations montrent que, loin d'éviter une nouvelle grossesse parce qu'elles se savent VIH+, les femmes expriment un désir d'enfant (que nous avons pu vérifier à partir des entretiens qualitatifs) et le réalisent.

En termes d'incidence des grossesses, des résultats similaires ont été observés en France chez les femmes infectées par le VIH suivies en France, originaires d'Afrique de l'Ouest (Fourquet *et al.*, 2001). On retrouve aussi les mêmes résultats dans les autres pays africains où sont suivies des femmes VIH+ dans le cadre de projets de prévention de la transmission mère — enfant. Dans ces différents projets, le dépistage du VIH et l'information associée (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, montre que les femmes qui ont moins de quatre enfants se « dépêchent » 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, la décision de ne plus avoir d'enfants expose la femme à trop de risques. Le risque le plus fréquemment formulé par les femmes que nous avons pu suivre, est celui d'être rejetée par le partenaire qui désire, lui, avoir des enfants. En effet, dans de nombreux cas (environ un sur deux), la femme n'annonce pas sa séropositivité, par peur d'être totalement abandonnée par son mari ou son partenaire, mais 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 d'enfants estimé suffisant. 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 qui n'ont pas encore atteint le nombre d'enfants espéré, décider de ne plus jamais procréer constitue une négation de l'avenir, qui s'ajoute à l'angoisse de mort liée à la connaissance de leur infection à VIH, et qui semble insurmontable. À la mort physique, s'ajoute une mort spirituelle et lignagère parce que sans descendance (c'est ce qu'expriment les femmes VIH+ dans les entretiens et témoignages recueillis). 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 VIH pour qu'il adopte des comportements de préven-

tion. 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, ou que la naissance d'un enfant infecté. Dans la hiérarchie des risques, le risque sanitaire (contracter l'infection par le VIH ou la transmettre au partenaire) est moins important que les risques sociaux, familiaux et affectifs liés à l'arrêt de la sexualité et de la procréation, d'où certains choix individuels qui vont souvent à l'encontre des choix préconisés par les programmes de lutte contre le sida.

Il est intéressant de noter que la décision de démarrer une nouvelle grossesse semble être un choix plutôt individuel qu'un choix de couple, à la différence du port des préservatifs. Les premiers entretiens qualitatifs révèlent en effet que si le préservatif est un sujet discuté au sein du couple et pour lequel l'avis du partenaire revêt une importance certaine, c'est moins le cas pour les choix de procréation (Tijou-Traore et Desgrées du Loû, *soumis*). Cela se traduit dans le modèle quantitatif de survenue d'une nouvelle grossesse, par le fait que l'information du partenaire sur le statut sérologique de la femme n'influe pas sur la probabilité de commencer une nouvelle grossesse.

Face à ce constat, les avancées de la recherche et de la santé publique en termes de réduction de la transmission mère — enfant du VIH dans les pays en développement semblent d'autant plus précieuses. Le conseil donné aux femmes de ne plus procréer est en effet contradictoire, d'une part, avec l'attitude nataliste en vigueur dans le pays — avec tout ce que cela implique en termes de reconnaissance sociale et de valeurs — et, d'autre part, avec des aspirations individuelles, la construction d'un avenir. Si le conseil donné aux personnes infectées par le VIH de ne plus avoir d'enfants apparaît pour ces dernières comme impossible, voire impensable, on peut depuis quelques années 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.

Cependant, parallèlement à ce désir d'enfant, parfois clairement exprimé, la forte incidence des grossesses que nous avons observée chez ces femmes VIH+ suivies au sein du projet DITRAME était aussi en partie due à une difficulté à contrôler leur fécondité : la moitié de ces grossesses n'étaient pas désirées (d'après ce qu'ont déclaré les femmes), et un tiers ont été interrompues par un avortement volontaire. Comme cela l'a été dit plus haut, ces femmes qui se savaient infectées par le VIH utilisaient peu le préservatif et la pratique contraceptive restait faible.

Nous avons décrit précédemment comment ces femmes, qui se savent VIH+, face à la difficulté qu'elles ont à proposer le préservatif à leur partenaire, s'appuient sur la méthode traditionnelle de l'abstinence post-partum pour retarder le plus possible la reprise de l'activité sexuelle et les problèmes qui peuvent en découler. Cependant, comme on l'a dit plus haut (tableau 3), les femmes les plus instruites semblent avoir plus de difficultés à recourir à ces tabous traditionnels : on observe dans le groupe des femmes les plus instruites une incidence des grossesses dans la première année *post partum* deux fois plus forte que chez les moins instruites, sans que ces grossesses ne soient désirées (la plupart se terminent par des avortements) (Desgrées du Loû *et al.*, 2002). Cela vient de ce que ces femmes instruites reprennent les rapports sexuels plus tôt que les femmes moins instruites, mais sans pour autant adopter une contraception efficace ou utiliser des préservatifs systématiquement dès la reprise de l'activité sexuelle.

La question de l'offre de contraception dans le post-partum, point important dans les programmes de santé de la reproduction dans toute l'Afrique, est donc à considérer attentivement dans un contexte d'infection par le VIH. En effet, en l'absence de pratique contraceptive efficace après une naissance, le risque de redémarrer une grossesse trop rapidement existe pour toutes les femmes, mais il est légèrement plus important chez les femmes infectées par le VIH, qui décident de ne pas allaiter leur enfant pour réduire le risque de transmission postnatale du VIH par le lait : la réduction de la durée d'allaitement entraîne en effet une réduction de la durée d'aménorrhée post-partum, et ces femmes redeviennent fécondes précocement.

Tableau 3. Déterminants du risque d'être enceinte à nouveau au cours du suivi post-partum.  
Régression de Cox chronologique. Projet DITRAME ANRS 049,  
Abidjan, Côte d'Ivoire, 1995-2000

	Rapport des risques* (95 % CI)			
	Modèle A N=134	Modèle B N=128	Modèle C N=101	Modèle D N=97
<b>Bébé Ditrane Mort-né ou DCD**</b>				
Oui vs Non	<b>6,6 (2,5-17,0)</b>	NI	<b>3,2 (0,9-11,2)</b>	NI
<b>Sevrage**</b>				
Oui vs Non	NI	<b>9,0 (1,9-42,4)</b>	NI	<b>6,0 (0,6-44,4)</b>
<b>Reprise des rapports sexuels **</b>				
Oui vs Non	NI	NI	<b>13,7 (2,7-68,6)</b>	<b>12,3 (2,4-61,8)</b>
<b>Age</b>				
≥ 25 vs 15-24 ans	0,6 (0,2-1,4)	0,6 (0,3-1,5)	0,7 (0,2-2,4)	0,9 (0,3-2,5)
<b>Statut matrimonial</b>				
En union vs non en union	1,2 (0,4-3,8)	1,9 (0,6-5,9)	0,9 (0,2-3,5)	1,3 (0,3-4,9)
<b>Niveau d'instruction</b>				
Primaire vs aucun	1,4 (0,5-3,6)	1,4 (0,5-3,9)	1,1 (0,3-3,6)	1,3 (0,4-4,7)
Secondaire vs aucun	<b>3,2 (1,0-9,5)</b>	<b>2,8 (0,9-8,7)</b>	<b>1,8 (0,5-6,2)</b>	<b>1,9 (0,5-7,0)</b>
<b>Parité</b>				
1-3 vs 0	2,4 (0,7-8,7)	2,7 (0,7-9,6)	0,9 (0,2-4,6)	0,9 (0,2-4,4)
≥ 4 vs 0	<b>3,6 (0,7-21,0)</b>	<b>3,1 (0,5-17,9)</b>	<b>1,3 (0,1-12,2)</b>	<b>0,8 (0,1-7,2)</b>
<b>Pratique contraceptive***</b>				
Oui vs Non	0,8 (0,4-1,8)	0,5 (0,2-1,1)	0,6 (0,2-2,1)	0,4 (0,1-1,2)
<b>Partenaire informé femme VIH+</b>				
Oui vs Non	1,1 (0,5-2,5)	0,5 (0,2-1,1)	0,9 (0,3-3,0)	0,4 (0,1-1,1)

Source : Desgrées du Loué A., Msellati P., Viho I. *et al.*, 2002, « Contraceptive use, protected sexual intercourse and incidence of pregnancies among African HIV-infected women. DITRAME Project ANRS 049, Abidjan 1995-2000 ». *Int J of STDs and AIDS*, vol. 13, n° 7, pp. 462-468.

Notes : \*Un rapport des risques inférieur à 1 signifie que la probabilité de survenue d'une nouvelle grossesse est réduite, donc l'intervalle entre les deux grossesses allongé.

\*\* covariables dépendantes du temps.

\*\*\* utilisation d'une méthode contraceptive moderne au moins une fois au cours du suivi.

NI : variable non incluse dans le modèle.

Les données statistiquement significatives, ou au seuil de la significativité, sont en gras.

## Le couple face au VIH : premiers éléments

L'analyse des comportements sexuels, puis celle des comportements de procréation nous ont, bien entendu, conduit à nous intéresser à la notion de couple. Il est clair en effet que les choix et les comportements en matière de procréation ne peuvent être étudiés comme relevant uniquement de motivations individuelles des femmes concernées. Ils doivent être resitués dans un contexte plus large au sein duquel ils prennent forme, à savoir, le couple. Cette prise en compte du couple dans les choix de fécondité, de procréation face au problème du sida est d'ailleurs particulièrement importante en Afrique où la procréation est au cœur des préoccupations sociales, familiales et individuelles.

En particulier, le dialogue entre les deux membres du couple sur les conseils donnés à celui qui apprend qu'il est infecté par le VIH est un aspect essentiel qui peut donner sens aux comportements adoptés en matière de prévention du sida. En effet, cet échange représente la toile de fond sur laquelle prennent forme des attitudes et des conduites à partir desquelles les négociations sont possibles. Si par exemple, les informations transmises à une femme séropositive, dans le cadre d'un projet de réduction de la transmission mère — enfant du VIH, ne sont pas discutées au sein du couple, on est à même de se demander comment elle pourra imposer l'utilisation du préservatif lors des rapports sexuels ou convaincre son partenaire de la nécessité d'alimenter le bébé au biberon. La notion de communication est donc ici déterminante, dans la mesure où elle est à même de faciliter ou de compliquer la mise en application des conseils prodigués.

C'est pourquoi, au-delà des notions de sexualité ou de procréation, notre équipe s'attache, au sein du programme DITRAME PLUS 3, par une approche qualitative, à mieux comprendre la relation qui existe entre les femmes suivies dans des projets de prévention de la transmission mère — enfant et leur (s) partenaire(s) sexuel(s), dans le but de cerner les éléments constitutifs de la vie en couple qui facilitent ou empêchent une gestion objectivement correcte des conseils de prévention relatifs au VIH/sida, et en particulier



des conseils en matière de protection des rapports sexuels, de contraception et de procréation. Nous présentons ici des premiers résultats, l'enquête étant actuellement en cours.

En dépit, de façon générale, d'un échange peu intense avec son partenaire autour des conseils donnés aux femmes au sein du projet, il faut noter qu'il existe un minimum de dialogue sur cette question au sein du couple (Agbo et Tijou-Traore, 2002 ; Tijou-Traore, 2003, Tijou-Traore et Desgrées du Loû, *soumis*).

Le projet de procréation est parfois objet de réajustement face au risque de VIH. Les partenaires séropositifs rencontrés tendent à être plus réticents que les autres à envisager d'autres naissances. Si certains préfèrent renoncer à leur projet initial, d'autres pensent nécessaire de limiter le nombre de naissances. Ce qui est moins le cas des partenaires VIH- qui n'envisagent pas autant la nécessité de moduler leur projet. Inversement, certains individus (femmes comme hommes) qui pensaient ne plus pouvoir avoir d'enfants sont revenus sur leur décision au regard des informations reçues dans le cadre du projet en relation avec la prévention de la transmission mère — enfant. C'est le cas d'une femme âgée de 24 ans qui est vendeuse de bouillie : « Je me suis dit que ayant la maladie, je ne peux plus faire d'enfants, mais je vois que ce n'est pas le cas (...) parce que l'on peut avoir la maladie et faire des enfants ».

Il apparaît que ce désir d'enfant est parfois l'objet de conflits au sein du couple. Les situations que nous avons rencontrées à ce stade de l'analyse montrent que, dans la plupart des cas, c'est la femme qui souhaite préserver son projet de procréation face à un partenaire qui perçoit le projet « trop risqué », compte tenu du risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant.

Dans la plupart des cas, les enquêtes montrent que le dialogue, d'une part autour du statut sérologique de l'un ou l'autre membre, d'autre part autour des conseils donnés, favorise les changements de comportement au sein du couple.

Par ailleurs, certains propos de partenaires tendent à remettre en question des stéréotypes bien connus laissant penser que la femme est confinée dans une situation de soumission ne lui permettant pas de gérer le risque de transmission du VIH comme il se doit. À travers ces stéréotypes, on montre souvent l'image

d'un partenaire faisant obstacle aux méthodes de prévention de la transmission du VIH. Les entretiens que nous avons menés tendent ainsi à nuancer ce constat. Il apparaît, par exemple, que lorsque le préservatif n'est pas utilisé dans un couple atteint par le VIH, cela peut provenir tout autant d'une réticence de la femme à l'utiliser que de l'homme (Tijou-Traore et Desgrées du Loû, soumis). En ce qui concerne la procréation, le contexte est un peu différent : comme nous l'avons dit précédemment, bon nombre d'études ont souligné combien la procréation était importante pour une femme séropositive et il existe un protocole thérapeutique permettant de diminuer le risque de transmission du VIH à l'enfant. En dépit de cela, il faut souligner l'attitude de certains partenaires qui s'efforcent de faire prendre conscience à leur femme du risque de transmission du VIH/Sida en remettant en question le projet de procréation initial ou en cherchant à le retarder ou le diminuer. Bien entendu ces données doivent être mises en perspective avec d'autres variables (statut sérologique du partenaire, connaissance sur le sida, situation familiale....) et doivent être davantage approfondies dans la suite de cette recherche, ces premières données, rappelons-le, ne portant que sur un nombre restreint d'entretiens.

## Conclusion

L'épidémie de VIH/sida intervient en Afrique dans un contexte de baisse lente mais généralisée de la fécondité. Dans ce cadre, peut-on observer un impact spécifique de cette épidémie sur la fécondité et les comportements de procréation ? Il ressort des différentes études, et des enquêtes menées à Abidjan dans ce domaine, que globalement cette épidémie contribue à la réduction de la fécondité dans les pays africains, au niveau des individus comme au niveau des groupes, mais cela tient plus aux retentissements physiologiques de l'infection par le VIH sur la santé des femmes et des hommes, et à 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, préservatifs...) qu'à des choix de procréation de la part des personnes infectées. Les premières

approches montrent que, dans ce domaine, il est difficile d'établir un modèle général, et que, dans chaque population, selon l'intensité de l'épidémie et les pratiques en vigueur (en matière de contraception, de comportements sexuels, de protection des rapports sexuels...), les rapports entre VIH et fécondité sont spécifiques.

D'autre part, nos efforts pour comprendre l'impact de cette épidémie sur les aspects comportementaux de la fécondité (procréation mais aussi sexualité), nous ont conduit à nous interroger sur les rapports au sein du couple. En effet les décisions en matière de protection des rapports sexuels et de procréation impliquent non seulement la femme mais aussi son conjoint, quel que soit le lien (matrimonial ou non) entre les deux partenaires. Une deuxième question se pose alors, dans une problématique de changements des comportements : l'épidémie de sida contribue-t-elle à une évolution des rapports au sein du couple ?

L'analyse de la bibliographie en la matière, montre qu'on assiste actuellement dans plusieurs pays d'Afrique, depuis quelques décennies, à une transition du modèle familial, qui s'accompagne nécessairement d'une transition du modèle de couple : on passe de sociétés souvent polygames, fondées sur une notion communautaire de la famille, lieu d'alliance entre lignages, à des sociétés basées sur la famille nucléaire, fondées sur le lien conjugal, qui relie deux individus et non plus deux familles (Vimard, 1993). Ainsi, le lien conjugal, qui devait composer avec d'autres réalités (liens lignagers, liens filiaux, etc...) prend peu à peu le devant de la scène. Cette évolution se traduit par une plus grande place des femmes dans les décisions qui concernent la famille, un dialogue plus équitable dans le couple qui évolue vers un « partenariat » entre l'homme et la femme (Hollo et Larsen, 1997). À Abidjan, grand centre urbain « creuset de la modernité », on observe effectivement une évolution vers ce type de modèle, même si des situations matrimoniales et conjugales fort différentes co-existent. Il est difficile de démêler le rôle de l'épidémie de sida dans cette évolution. Mais on peut dire qu'à ce changement de nature du lien conjugal, l'épidémie de sida confère un caractère d'urgence, car les éléments qui l'accompagnent (plus grande place de la femme dans le processus de décision, plus grand dialogue)

sont essentiels pour une prévention efficace de la transmission du VIH au sein du couple. La situation est variée et encore incertaine : s'il y a des prises de conscience et une aspiration explicite à la communication verbale au sein du couple, il reste que l'échange tel que présenté par les personnes rencontrées n'est pas toujours à même de favoriser les négociations nécessaires (Tijou-Traore et Desgrées du Loû, *soumis*). La protection des rapports sexuels entre conjoints en cas d'infection par des MST ou le VIH (ou de suspicion d'infection) reste un des points les plus problématiques. Ainsi, on peut dire avec Thomas Painter (2001) que, pour améliorer l'utilisation du préservatif lors des relations conjugales, il faut que les programmes de prévention prennent en compte la communication qui va s'établir dans un couple à propos de ce moyen de prévention.

De même qu'il a été montré que les programmes de planification familiale doivent s'adresser aussi aux hommes et pas seulement aux femmes, il apparaît nécessaire aujourd'hui, en matière de lutte contre le sida, d'adopter la même approche selon laquelle les actions de prévention doivent s'adresser non seulement à l'homme ou la femme, mais également au couple. Cette manière de penser la prévention est d'autant plus essentielle que le couple est le premier « lieu » de la transmission sexuelle du VIH en Afrique. Ce questionnement sur la question du sida au sein du couple implique au préalable de mieux cerner tout ce que recouvre la notion de couple en Afrique, en ces temps de mutation, et il semble que c'est un champ de recherche encore largement inexploré.

### Références bibliographiques

- AGBO H. et TIJOU-TRAORE A., 2002, « Projet DITRAME PLUS Troisième partie : du dialogue au changement de comportement en matière de sexualité et de procréation après le dépistage du VIH », présentation à l'atelier de l'UMR 151, Marseille, novembre 2002.
- AKA-DAGO-AKRIBI H., DESGRÉES DU LOÛ A., MSELLATI P., DOSSOU R. et WELFENS EKRA C., 1999, « Issues surrounding reproductive choice for women living with HIV in Abidjan, Côte d'Ivoire ». *Health Reproductive Matters* n° 7, pp. 20-29.
- ALLEN S., 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*, vol. 83, n° 5, pp. 705-710.

- 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*, sup. vol. 7, pp. 377-391.
- BONNET D. et GUILLAUME A., 2004, « La santé de la reproduction : une émergence des droits individuels », in GUILLAUME A., KHLAT M. (éd.), *Santé et droits de la reproduction au temps du Sida*, CePed, Les collections du CePed, Rencontres, CePed, Paris, pp. 11-32.
- BROU H., 2003, « Déterminants de la protection des rapports sexuels et de la pratique contraceptive après la proposition du test de dépistage pour le VIH dans le cadre d'une étude de la transmission mère — enfant à Abidjan », Mémoire du DEA « Épidémiologie et intervention en santé publique », Bordeaux 2, juillet 2003, 65 p. + ann.
- BROU H. , ZADY G. , ZANOU B. *et al.*, 2003, « Protection of sexual intercourse and contraceptive use after HIV testing : comparison between HIV + and HIV- women. ANRS 1253, DITRAME PLUS Project, 2001-2002, Abidjan, Cote d'Ivoire » The 13th International Conference on AIDS & STIs in Africa. Nairobi, Kenya, Septembre 2003, communication orale, ref. 801339.
- DABIS F., LEROY V., CASTETBON K., *et al.* 2000, « Preventing mother-to-child transmission of HIV-1 in Africa in the year 2000 », *AIDS*, vol. 14, pp. 017-26.
- DÉDY S. ET TAPÉ G., 1995, *Sida et procréation en Côte d'Ivoire, le cas d'Abidjan*. PNLS, direction régionale de la Santé publique et des Affaires sociales du Sud, Coopération Française, août 1995.
- DESGRÉES DU LOÛ A., MSELLATI P., VIHO I. *et al.*, 2002, « Contraceptive use, protected sexual intercourse and incidence of pregnancies among African HIV-infected women. DITRAME Project ANRS 049, Abidjan 1995-2000 ». *Int J of STDs and AIDS*, vol. 13, n° 7, pp. 62-468.
- DESGRÉES DU LOÛ A., MSELLATI P., YAO A. *et al.*, 1999, « Impaired fertility in HIV1 infected pregnant women : a clinic based survey in Abidjan, Côte d'Ivoire, 1997 ». *AIDS*, vol. 13, pp. 517-21.
- DESGRÉES DU LOÛ A. 1998, « Sida et santé de la reproduction en Afrique : enjeux et défis », *Population*, vol. 4, pp. 701-730.
- DESGRÉES DU LOÛ A., BÉCHON N. (de), 2001, « Attitudes par rapport au sida, accès au dépistage et connaissances des traitements du VIH à Abidjan dans le contexte de l'Initiative », in Msellati P., Vidal L. et Moatti J.-P. (éd.), *L'accès aux traitements du VIH/sida en Côte d'Ivoire. Évaluation de l'initiative Onusida/Ministère ivoirien de la Santé publique. Aspects économiques, sociaux et comportementaux.*, ANRS, collection sciences sociales et sida, Paris, pp. 253-268.

- DESGRÉES DU LOÛ A., MSELLATI P., LA RUCHE G. *et al.*, 1999 « Estimation of HIV-1 prevalence in the population of Abidjan by adjustment of the prevalence observed in antenatal centres », *AIDS*, vol. 13, n° 4, pp. 526-527.
- DESGRÉES DU LOÛ A., MSELLATI P., RAMON R *et al.*, 1998, « HIV -1 infection and reproductive history : a retrospective study among pregnant women : Abidjan, Côte d'Ivoire, 1995-1996 », *International Journal of STD and AIDS*, vol. 9, pp. 452-6.
- Enquête démographique et de santé, Côte d'Ivoire 1998-1999. 2001, Institut national de la statistique, Côte d'Ivoire, ORC Macro, 298 p.
- FOURQUET F., LE CHENADEC J., MAYAUX M.-J. ET MEYER L. for the SEROCO and SEROGEST Group. 2001, « Reproductive behaviour of HIV infected women being in France according to geographical origin », *AIDS*, vol. 15, n° 16, pp. 2193-96.
- GLYNN J., BUVÉ A., CARAËL M. *et al.*, 2000, « Decreased fertility among HIV 1 infected women attending antenatal clinics in three African cities », *J. Acquir Immune Def Syndr*, vol. 25, pp. 345-52.
- GRAY R., WAVER M., SERWADDA *et al.*, 1998, « Population-based study of fertility in women with HIV-1 infection in Uganda », *Lancet*, vol. 351, pp. 98-103.
- HOLLOS M et LARSEN U., 1997, « From lineage to conjugality : the social context of fertility decisions among the Pare of Northern Tanzania », *Soc Sci Med*, vol. 45, n° 3, pp. 361-372.
- 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*, vol. 38, n° 8, pp. 1047-1053.
- KOUASSI L., 1995, « Préférences en matière de fécondité », Enquête démographique et de santé 1994. Côte d'Ivoire, Institut national de la statistique de Côte d'Ivoire, Macro International Inc., Calverton, Maryland, USA, pp. 89-102.
- MUKIZA-GAPERE J. et NTOZI J., 1995, « Impact of AIDS on marriage patterns, customs and practices in Uganda », *Health Transition Review*, The third World AIDS epidemic, *AIDS*, Supplement to volume 5, pp. 201-208.
- MSELLATI P., VIDAL L. et MOATTI J.-P. (éd.), 2001, L'accès aux traitements du VIH/sida en Côte d'Ivoire. Évaluation de l'initiative Onusida/ministère ivoirien de la Santé publique. Aspects économiques, sociaux et comportementaux. ANRS, collection Sciences sociales et sida, Paris, 327 p.
- PAINTER T. 2001, « Voluntary counseling and testing for couples : a high leverage intervention for HIV/AIDS prevention in Sub saharan Africa », *Soc Sci and Med*, vol. 53, pp. 1397-1411.
- RECENSEMENT GÉNÉRAL DE LA POPULATION et DE L'HABITATION de 1998, RGPH-1998, 2002, République de Côte d'Ivoire, Institut national de la statistique.

- SAKAROVITCH C, MSELLATI P, BEQUET L *et al.* 2003, « HIV prevalence and incidence among pregnant women in Abidjan, 1995-2002 ». XIII<sup>e</sup> conférence internationale sur le sida en Afrique, Nairobi 21-26 septembre 2003, Résumé TuePs397727.
- SETEL P, 1995, « The effects of HIV and AIDS on fertility in East and Central Africa », *Health Transition Review*, The third World AIDS epidemic. Supplement to vol. 5, pp. 179-190.
- TIJOU-TRAORE A., 2000, *Situations de vie, risques au quotidien et risque sida chez des jeunes citadins (Daloa, Côte d'Ivoire)*. Thèse de doctorat en anthropologie sociale et culturelle, Université de Bordeaux 2, 367 p.
- TIJOU-TRAORE A. et DESGRÉES DU LOÛ A., « Dialogue et gestion du sida au sein de couples sérodifférents résidant à Abidjan, Côte d'Ivoire », Soumis à *Sciences Sociales et Santé*
- TIJOU-TRAORE A. 2003, « La gestion du VIH/sida au sein du couple. Le cas des femmes et de leur partenaire résidant à Abidjan (Côte d'Ivoire) », Projet de recherche Ensemble contre le sida, 2003.
- TIJOU-TRAORE, A., AGBO H., GNONZIBA G. *et al.*, 2003, « La gestion des conseils de prévention de la transmission du VIH/sida au sein de couples sérodifférents : dialogue au présent et projection dans l'avenir. Projet DITRAME PLUS ANRS 1253, Abidjan », The 13<sup>th</sup> International Conference on AIDS & STIs in Africa. Nairobi, Kenya, septembre 2003. Poster 591525.
- TOURE L., KAMAGATE Z., GUILLAUME A., DESGRÉES DU LOÛ A., 1997, « Planification familiale et santé de la reproduction à Yopougon. Rapport d'enquête », *Études et Recherches ENSEA* n° 22, 66 p. + annexes.
- UNAIDS, 1999, « Prevention of HIV transmission for mother to child. Strategic options », UNAIDS, coll. Best practice collections, 18 p. <http://www.unaids.org>.
- VAN DE WALLE E. et F., 1988, « Les pratiques traditionnelles et modernes des couples en matière d'espacement ou d'arrêt de la fécondité », in TABUTIN D. (éd.). *Population et Société en Afrique au Sud du Sahara*. L'Harmattan, pp. 141-166.
- VAN DE WALLE E. 1996, « L'âge au mariage. Tendances récentes », in Foote K., Hill A., Martin L.G. *Changements démographiques en Afrique Subsaharienne* INED, PUF, pp. 119-154.
- VAN ROSSEM R., MEEKERS D., AKINYENI Z. 2001, « Consistent condom use with different types of partners : evidence from two Nigerian Surveys », *Aids Educ Prev*, vol. 13, n° 3, pp. 252-267.
- VIDAL L., MSELLATI P., 2000, « Qu'est-ce que traiter le sida en Afrique ? », *Afrique contemporaine*, Numéro spécial 3<sup>e</sup> trimestre 2000, pp. 91-104.
- VIMARD P., 1993, « Modernité et pluralité familiale en Afrique de l'Ouest », *Revue Tiers Monde*, tome XXXIV, n° 133, pp. 89-115.

Desgrées Du Loû Annabel, Tijou-Traoré A., Brou H., Agbo H.,  
Msellati Philippe.

Changements des comportements reproductifs et sexuels  
face au VIH : vers une prise en compte du couple ?

In : Adjamagbo Agnès (dir.), Msellati Philippe (dir.), Vimard  
Patrice (dir.). Santé de la reproduction et fécondité dans les  
pays du Sud : nouveaux contextes et nouveaux  
comportements. Louvain-la-Neuve (BEL), Marseille :  
Academia Bruylant, LPED, 2007, p. 401-432.

ISBN 978-2-87209-832-3