

LE SIDA, UN RÉVÉLATEUR DES DISPARITÉS DE GENRE : EN AFRIQUE, LES FEMMES AFFRONTÉES À UNE MULTIPLICITÉ DE RISQUES.

Annabel Desgrées du Loû
IRD; Abidjan

Introduction : les femmes et l'épidémie de sida

D'après les estimations du Programme commun des nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) et de l'OMS, 32,4 millions d'adultes vivaient avec le VIH en 1999, dont 14,8 millions de femmes, soit un peu moins de la moitié (ONUSIDA, 1999). En Afrique, en 1999, les femmes sont plus touchées par l'épidémie que les hommes : on estime à 12,2 millions le nombre de femmes infectées en Afrique, contre 10,1 millions d'hommes. Le rapport entre le nombre de femmes infectées et le nombre d'hommes infectés n'est pas le même partout et, au sein d'une même population, il évolue dans le temps. Ainsi les études actuelles suggèrent qu'au début d'une épidémie hétérosexuelle, les hommes sont davantage infectés que les femmes (un nombre restreint de prostituées infectées rapidement transmettent le virus à un large nombre d'hommes), mais que, avec le temps, le rapport s'inverse. C'est ainsi qu'aujourd'hui, en Afrique, l'épidémie touche plus les femmes que les hommes alors qu'il y a quelques années c'était le contraire. Dans une première partie nous proposons d'examiner quels mécanismes expliquent cette propagation de l'épidémie plus rapide chez les femmes que chez les hommes en Afrique et dans quelle mesure les femmes sont particulièrement vulnérables à l'infection par le VIH. Dans une deuxième partie nous décrivons les différentes situations de risque auxquelles est confrontée une femme séropositive, dans les pays en développement. Dans une troisième partie nous ferons le bilan des avancées récentes dans le domaine de la prévention de la transmission mère-enfant du VIH, et de leurs conséquences pour les femmes. Les chiffres cités ci dessus montrent que, parmi les femmes infectées par le VIH, plus de 80 % vivent en Afrique. Cette note portera donc avant tout sur les disparités de genre dans l'épidémie de sida en Afrique, d'autant que la grande majorité des travaux effectués dans ce domaine concernent ce continent.

La VulnErabilitE des femmes face A l'EpidEmie de sida

Vulnérabilité biologique, vulnérabilité sociale

Plusieurs facteurs expliquent la progression plus rapide de l'épidémie chez les femmes que chez les hommes (nous ne considérons ici que le cas des épidémies hétérosexuelles puisque dans les pays du sud (au moins en Afrique) la majeure partie de la transmission du VIH se fait par voie hétérosexuelle).

D'une part des facteurs biologiques : le virus VIH passe plus facilement de l'homme à la femme que de la femme à l'homme au cours des rapports sexuels.

Des facteurs sociaux et culturels d'autre part : dans des sociétés où l'homme reste le chef au sein du couple et où la femme a peu de pouvoir de décision, il est extrêmement difficile à une femme d'exiger le port du préservatif au sein des

relations sexuelles, même si elle a des doutes sur la vie sexuelle de son conjoint et son exposition au VIH. Cela est particulièrement vrai dans le cas d'un couple marital, au sein duquel, dans des sociétés où la fécondité est extrêmement valorisée, la femme a un "devoir de procréation" qui n'est que difficilement compatible avec l'utilisation d'un préservatif. On arrive ainsi à une situation où ce sont les prostituées, de part la nature clairement commerciale de la relation sexuelle qu'elles proposent, qui ont le pouvoir de négociation le plus important et qui peuvent le plus facilement, ou plutôt le moins difficilement, exiger des relations sexuelles protégées.

Ce faible pouvoir de négociation dans la relation sexuelle soumet effectivement les femmes, quelle que soit leur condition matrimoniale, au risque d'être infectée par leur partenaire habituel, car, sans tomber dans des clichés simplistes, le multipartenariat sexuel est fréquent en Afrique, à tout âge, et généralement socialement accepté, soit sous forme de polygamie, soit sous forme de relations extra conjugales. C'est ainsi qu'on estime que 60 à 80 % des femmes africaines en union qui deviennent séropositives ont eu un seul partenaire sexuel, et ont donc été infectées dans le cadre des relations sexuelles avec le partenaire habituel (Cohen et Reid, 1999).

Enfin des facteurs économiques interviennent : dans des pays lourdement frappés par la crise économique, les relations sexuelles de type "transactionnel" ou commercial sont plus fréquentes : sans être considérées et sans se considérer elles mêmes comme des prostituées, de nombreuses femmes ont des relations sexuelles avec un homme en échange d'un soutien financier ou matériel. Dans ce type d'échange, la femme a peu de pouvoir pour exiger une relation protégée. Ces relations sont en particulier fréquentes parmi les adolescentes, qui y recourent pour payer leurs études ou par absence de soutien familial. Des études récentes dans des pays africains ont ainsi montré que la probabilité que les filles de 15 à 19 ans soient séropositives était de cinq à six fois plus grande que chez les garçons du même âge. Les hommes infectés le sont plus tardivement, vers la trentaine. Ainsi il apparaît que les jeunes filles adolescentes sont majoritairement infectées au cours de rapports avec des hommes plus âgés. Ce type de rapports entre adolescentes et hommes plus âgés est en effet particulièrement à risque d'infection par le VIH pour la jeune fille : la plupart du temps ces rapports sont contraints physiquement et financièrement, donc il est difficile pour la jeune fille d'exiger le préservatif dans un tel cadre, alors même que ces hommes, plus âgés qu'elles, ont un risque non négligeable d'avoir eu plusieurs partenaires et d'être infectés par le VIH.

On observe donc que les relations sexuelles, en Afrique, sont fréquemment le lieu de prises de risque très inégales entre hommes et femmes : d'un côté les hommes sont relativement libres de leurs relations sexuelles et prennent des risques en terme d'infection par le VIH, mais peuvent adopter le préservatif s'ils le désirent ; d'un autre côté les femmes ont peu ou pas de moyens de se protéger d'une éventuelle infection, même si elles sont conscientes du risque d'infection par le VIH, que ce soit au sein du couple marié, ou elles peuvent difficilement exiger le préservatif car sexualité et procréation y sont étroitement liées, ou que ce soit dans des relations extra conjugales, où l'homme est le payeur donc bien souvent le décideur.

Nous ne mentionnons dans cette partie que la situation en Afrique car, si la vulnérabilité particulière des femmes au VIH a été largement commentée pour ce continent, il n'en est pas de même pour les autres continents où on connaît très peu les différences de diffusion de l'épidémie chez les hommes et chez les femmes.

La vulnérabilité des femmes : un problème de couple avant tout

Nous devons cependant rappeler avant d'aller plus loin que même si ces faits sont indéniables : manque de pouvoir de décision des femmes africaines dans la sphère conjugale, manque de ressources financières, il faut se garder de toute généralité ou stéréotype sur la vulnérabilité des femmes africaines. "Les femmes ne sont pas, par essence, vulnérables" (ONUSIDA, 1999) mais elles sont placées dans des contextes qui les rendent vulnérables. C'est ainsi que, dans le domaine de la sexualité et du couple, plusieurs études ont montré que les femmes africaines, dans certains contextes, refusent de se plier à la seule volonté de l'homme, font leurs propres choix et développent les stratégies nécessaires pour y parvenir.

Mais là encore une vision simpliste des actions à entreprendre doit être évitée. Il a été montré que l'amélioration des conditions sociales et économiques des femmes (qui passe en particulier par l'instruction et l'éducation des jeunes filles), si elle est indispensable à l'acquisition d'une certaine autonomie et au renforcement de leur pouvoir (notion *d'empowerment* en anglais), ne suffira pas à changer les comportements au sein du couple et peut au contraire conduire à des conflits hommes-femmes qui placeront les femmes dans des situations encore plus difficiles (divorces, rejet de la famille, pertes des enfants...). En effet, pour que les femmes puissent effectivement faire entendre leur voix au sein du couple en matière de relations sexuelles, de protection par rapport au VIH, il faut que l'homme soit prêt à accepter un tel dialogue, à accepter que la femme puisse émettre des avis et prendre des décisions en matière de sexualité et procréation, et c'est ce point qui est fréquemment pierre d'achoppement actuellement dans les sociétés africaines, indépendamment de l'autonomie intellectuelle et financière de la femme. Des chercheurs ont ainsi mis en garde contre des programmes qui ne prendraient en compte que la vulnérabilité des femmes et ne viseraient que l'augmentation de l'autonomie féminine (Cohen et Reid, 1999). C'est la modification des comportements au sein du couple qu'il faut viser, de façon à ce que les hommes soient plus prêts à écouter leurs compagnes, à prendre en compte les craintes qu'elles expriment en matière d'infection par le VIH, et à réfléchir en tant que couple aux moyens de protéger le couple et la famille contre cette infection.

Un discours abusif : le sida présenté comme une “ maladie des femmes ”

Dans le domaine des erreurs à éviter, notons une dérive qui a été observée dans certains pays africains : le développement rapide de l'épidémie chez les femmes, et leur vulnérabilité face à cette épidémie, couplé au fait que bien souvent les prostituées sont désignées comme le point de départ de l'épidémie, ont contribué à développer une image de l'épidémie qui dont les femmes seraient la source et le vecteur : ainsi au Mali on a parlé un moment de “ maladie des femmes ” pour désigner le sida (Le Palec, 1999). Cette approche réductrice de l'épidémie est dangereuse car, à mettre en avant ainsi les femmes, on risque de les désigner non seulement comme victimes mais aussi comme coupables de cette épidémie, et les programmes de prévention risquent d'être ciblés uniquement sur les femmes, en oubliant complètement que cette épidémie met avant tout en jeu des relations de couple, et concerne les hommes tout autant que les femmes.

Les différents types de risque auxquels est confrontée une femme séropositive pour le VIH

Partager l'information avec le conjoint ou se taire ?

Une des premières questions qui se pose aux femmes, lorsqu'elles apprennent leur séropositivité, est le partage de cette annonce avec le conjoint ou le partenaire. Bien souvent, dans le contexte africain, les femmes apprennent leur séropositivité au cours de la grossesse, car le dépistage du VIH est peu répandu et c'est dans les services de consultation prénatale que la proposition du test est le plus développée, en partie grâce aux programmes de réduction de la transmission mère-enfant du VIH. Le choix qui est fait, de partager ou de ne pas partager cette information, a des répercussions importantes sur les choix ultérieurs, concernant la vie sexuelle du couple, les choix de procréation, ou les choix concernant l'enfant à venir si la femme est enceinte. En choisissant d'annoncer sa séropositivité à son partenaire, la femme prend le risque d'une réaction négative du partenaire, qui peut la placer dans des situations difficiles aussi bien affectivement que financièrement : cela peut aller d'un rejet physique et affectif (reproches, arrêt des rapports sexuels, refus de tout contact physique, refus de partager la même nourriture...) 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 ; cependant cette situation n'est pas la plus fréquente : il semble que, dans la majorité des cas, lorsqu'ils sont informés, la réaction des conjoints est positive, ou neutre (Desgrées du Loû, à paraître). Certains soutiennent leurs femmes, psychologiquement et financièrement, d'autres réagissent par le déni et ne prennent pas en compte cette information. Il semble que peu de conjoints réagissent en se faisant dépister à leur tour, mais les données à ce sujet sont encore rares. Bien que les cas de rejet de la part du mari semblent relativement peu fréquents 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, *cf supra*), etc. Ainsi parmi les femmes qui n'ont pas informé leur mari, il semble que de nombreuses femmes désireraient le faire mais ne savent pas comment trouver l'occasion.

Protéger ses relations sexuelles ?

Parmi les conseils donnés à une femme qui vient d'apprendre qu'elle est séropositive, un des premiers est de protéger ses rapports sexuels (voire de s'abstenir de rapports sexuels), pour éviter de transmettre l'infection d'une part, mais aussi pour éviter des ré-infections si le partenaire est lui-même infecté. Dans les faits, un tel conseil s'avère extrêmement difficile à suivre : dans le cas où la femme a choisi de ne pas dire à son partenaire qu'elle était séropositive, il est quasiment impossible de légitimer auprès du partenaire l'utilisation de préservatifs, tout au moins sur

le long terme. Certaines femmes, dépistées pendant leur grossesse, s'abstiennent de relations sexuelles le plus longtemps possible après cette grossesse ou demandent à utiliser le préservatif pendant quelques mois sous le prétexte d'éviter une nouvelle grossesse trop rapprochée. Mais, hors de ce cas, le refus de relations sexuelles non protégées place la femme dans une situation de conflit avec pour conséquences des violences conjugales, des séparations, divorces... Lorsque la femme a choisi de se confier à son partenaire, le choix d'avoir des relations sexuelles protégées semble rare : il est fréquent de voir des conjoints nier le fait que leur femme soit infectée par le VIH, ou encore estimer que puisqu'ils n'ont pas été infectés jusque là, c'est qu'ils ne sont pas vulnérables à la maladie. Notons que peu d'études existent sur la gestion de la sexualité dans les couples atteints par l'infection VIH dans les pays en développement. Mais les quelques études disponibles semblent montrer qu'il existe encore très peu de dialogue autour de l'utilisation du préservatif au sein de ces couples, même lorsque les deux partenaires sont informés du risque de transmission du VIH et de leur statut.

Quels choix de procréation ?

Un autre type de conseil donné aux femmes séropositives pour le VIH, dans les pays en développement, est de ne plus avoir d'enfants, tout d'abord pour éviter les rapports non protégés, mais aussi pour éviter le risque d'avoir un enfant infecté, ou un enfant qui sera un jour orphelin. Les programmes menés en Afrique, au sein duquel des femmes sont suivies pendant plusieurs années, montrent que ces messages de prévention sont peu suivis car, s'ils ont pour objectif de réduire les risques de transmission de l'infection à VIH, ils exposent la femme à une série d'autres risques liés à l'absence de procréation : le risque, fréquemment formulé par les femmes, d'être rejetée par le partenaire qui désire, lui, avoir des enfants. En effet, lorsque la femme n'annonce pas sa séropositivité, il lui est 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, belle-mère dont ces femmes craignent qu'elles " n'influencent " leur mari et les poussent à divorcer ou à prendre une seconde femme. 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 femme 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,1999).

Cependant il faut souligner que, parallèlement à ce désir d'enfant et même lorsqu'elles font le choix de s'engager dans une nouvelle grossesse, les femmes séropositives restent tout à fait conscientes du risque d'avoir un enfant infecté, d'une part, et angoissées par le devenir de leurs enfants si elles meurent, d'autant que bien souvent elles ne connaissent pas le statut sérologique de leur conjoint et craignent son décès.

Les risques économiques

Un autre type de difficultés, et non des moindres, auxquelles sont exposées les femmes confrontées au sida sont les difficultés d'ordre économiques : les femmes dont les maris sont malades du sida, qu'elles soient infectées elles même ou non, doivent faire face à des situations économiques extrêmement difficiles, lorsque le conjoint ne travaille plus mais qu'il faut le soigner et payer ses traitements, puis plus encore lorsqu'il décède et laisse la femme seule soutien de famille et parfois même privée de l'héritage, qui revient dans certaines ethnies à la belle famille (Delcroix et Guillaume, 1997). Lorsque la femme est elle même infectée, même si sa santé est altérée elle se retrouve dans l'obligation de travailler pour subvenir aux besoins de la famille et payer ses médicaments. A long terme, ces femmes ne peuvent en effet pas compter sur l'aide financière des autres membres de la famille (grands parents, frères et sœurs) car ces aides, même si elles existent parfois (principe de la solidarité familiale africaine), ne suffisent pas à couvrir les besoins de la famille, et surtout sont aléatoires.

Les progrès récents dans la diminution de la transmission mère-enfant du VIH : conséquences pour les femmes séropositives

Si jusqu'à une époque récente, le seul moyen de prévention de la transmission de l'infection VIH de la mère à l'enfant était d'éviter les grossesses chez les femmes séropositives, conseil qui comme on vient de le voir était peu suivi et difficile à suivre, aujourd'hui d'autres voies s'ouvrent pour les femmes séropositives qui souhaitent avoir un enfant. En effet, au cours des deux dernières années, des progrès importants ont été faits dans la recherche sur la diminution de la transmission mère-enfant du VIH. Le virus peut être transmis de la mère à l'enfant pendant la grossesse (l'essentiel de la transmission se fait en fin de grossesse), au cours de l'accouchement, et après la naissance par le lait maternel (ce dernier mode de transmission est responsable d'environ un tiers des infections). La prévention de la transmission du virus de la mère à l'enfant passe donc par le développement de traitements qui permettent de limiter l'infection de l'enfant au cours de la grossesse et de l'accouchement, et par la suppression de l'allaitement maternel.

Les régimes médicamenteux

En 1994, a été mis au point en Europe et aux États Unis un traitement par l'AZT pendant la grossesse et six semaines après la naissance de l'enfant, qui réduit de 66 % le risque de transmission mère-enfant du VIH chez des femmes non allaitantes. Ce traitement étant inapplicable financièrement et pratiquement dans les pays en développement, des régimes simplifiés ont été étudiés. Des essais cliniques menés en Thaïlande et en Afrique ont montré en 1998 et 1999 que de tels régimes simplifiés d'antirétroviraux administrés aux femmes enceintes réduisent de façon significative la transmission du VIH au cours de la grossesse et de l'accouchement¹⁸ : l'administration d'AZT par voie orale (600mg/jour) pendant quatre semaines à la fin de la grossesse et pendant l'accouchement réduit la transmission de la mère à l'enfant de 50% chez des femmes non allaitantes. Cependant dans la majorité des pays en développement, l'allaitement maternel est le principal mode d'alimentation des nouveaux nés. Le même régime (dit régime court d'AZT) chez des femmes allaitantes a conduit à une réduction du risque d'infection de 38% chez des enfants de 6 mois (programme ANRS 049) : ce régime reste donc efficace mais dans une moindre mesure à cause de la transmission par le lait maternel. Les résultats préliminaires d'un essai récent mené en Ouganda ont montré une efficacité à 6 semaines de 50% avec un régime encore plus simple et beaucoup moins coûteux : un comprimé de névirapine à la mère en début de travail et une dose de névirapine à l'enfant à 72 heures de vie. Mais ces résultats restent encore à confirmer. Ainsi, même si la recherche continue pour obtenir des régimes toujours plus courts et plus efficaces, on dispose donc aujourd'hui, depuis 1999, de régimes médicamenteux peu coûteux, applicables à partir du dernier mois de la grossesse, et qu'il est envisageable d'intégrer dans les services de santé de la mère et de l'enfant dans les pays en développement. Notons cependant que ces différents régimes médicamenteux ont pour objectif la réduction de la transmission du virus à l'enfant mais en aucun cas le traitement de la femme elle-même. Actuellement la mise sous traitement des femmes séropositives pour préserver leur propre santé n'existe qu'à l'état embryonnaire, dans le cadre de l'Initiative ONUSIDA d'accès aux traitements du VIH/sida, qui a débuté dans quatre pays (la Côte d'Ivoire, l'Ouganda, le Vietnam et le Chili), et dans quelques autres pays dans le cadre d'initiatives propres au pays (ex : Sénégal).

¹⁸ Deux articles de synthèse sur ces traitements : Dabis et al., in press ; De Cock et al., 2 000.

Les nouvelles directives en matière d'alimentation du nourrisson né de mère séropositive

Étant donné le risque de transmission du virus par le lait maternel, trouver des alternatives à l'allaitement maternel lorsque la mère est infectée sans pour autant augmenter le risque de malnutrition et d'infections chez l'enfant est actuellement une des priorités de la recherche. Depuis fin 1998, l'OMS et l'UNICEF ont revu leurs recommandations en matière d'allaitement, préconisant la recherche de solutions adaptées dans le cas des mères infectées par le VIH (Dabis et Msellati, 1998). La principale directive de ces organisations, à ce sujet, est que les femmes séropositives doivent avoir une information complète sur les risques de transmission mère-enfant, en particulier la transmission par le lait (ce dont elles étaient peu informées jusque là) et doivent pouvoir choisir en conséquence le mode d'alimentation de leur enfant. Cela implique qu'elles aient accès à moindre coût à l'allaitement artificiel lorsqu'elles sont séropositives, mais aussi que ce choix soit soutenu par un suivi nutritionnel étroit de l'enfant et des conseils adaptés. Une étude observationnelle récente semblerait d'autre part indiquer que les modalités d'allaitement (exclusif ou mixte) entraîneraient des différences de transmission importantes (Newell, *The Lancet*, 354). Il ne faudra pas perdre de vue dans les programmes concernés que les femmes séropositives à qui on propose des alternatives à l'allaitement maternel devront aussi recevoir un conseil et un soutien approprié en matière de contraception, pour éviter que la suppression de l'allaitement, qui induit une diminution de la période d'aménorrhée post partum, ne conduise à une nouvelle grossesse trop précoce.

Le développement du soutien psychosocial

Une des conclusions qui ressort des programmes pilotes de réduction de la transmission mère enfant est l'importance du soutien psychosocial pour les femmes séropositives. Celles-ci, comme on l'a dit précédemment, apprennent bien souvent leur séropositivité à l'occasion d'une grossesse, et doivent faire face à la fois à l'angoisse de leur devenir à elle, à l'angoisse du devenir de l'enfant qu'elles portent, au difficile choix de partager ou ne pas partager cette information avec le conjoint, aux répercussions qu'ont cette infection et son annonce sur leur vie de couple, sur leur sexualité, sur leurs choix de procréation ultérieurs. Dans une telle situation, porteuse d'angoisses et d'incertitudes sur les comportements à adopter, les choix à faire, le conseil des professionnels de santé (sages femmes, infirmiers, médecins, psychologues) et des assistantes sociales est important. Un autre élément tout aussi important est le conseil des "paires" : l'expérience a montré que les groupes de femmes séropositives constituent un lieu de soutien primordial. Dans ces groupes, les femmes peuvent confier leurs angoisses et leurs problèmes à d'autres femmes qui vivent la même situation, comparer leurs expériences, échanger des solutions, en particulier sur les comportements à avoir avec le conjoint : faut-il l'informer de sa séropositivité, si oui comment, comment gérer les situations de crise qui peuvent en résulter, comment gérer les relations sexuelles dans le couple, etc. (Aka Dago *et al. Submitted*).

Accessibilité de ces nouveaux programmes

Aujourd'hui, de telles intégrations de la prévention de la transmission mère-enfant dans les structures de santé maternelle et infantile n'existent dans les pays en développement qu'à très petite échelle, dans le cadre d'essais thérapeutiques ou de programmes pilotes, hormis en Thaïlande, où le programme de réduction de la transmission mère-enfant du VIH est déjà développé à large échelle dans le nord du pays. Sous l'égide de l'ONUSIDA et de l'UNICEF, une douzaine de programmes pilotes de prévention de la transmission mère enfant basés sur les nouveaux régimes courts d'antirétroviraux pendant la grossesse sont prévus ou en cours de démarrage, dans plusieurs pays d'Afrique et au Honduras. La France est engagée dans un projet de même nature en Côte d'Ivoire, depuis l'année 1999, et ce dans le cadre de la mise en place du Fonds de Solidarité thérapeutique international (FSTI), créé à l'initiative de la France après la X^e Cisma de décembre 1997 à Abidjan. Le FSTI envisage la prévention de la transmission mère-enfant comme un objectif en soi mais aussi comme une porte d'entrée à une prise en charge plus globale des adultes (femmes notamment) et des enfants.

Conclusion : Les femmes face au sida : faire le choix du moindre risque

Dans les pays en développement, la femme qui se découvre séropositive pour le VIH, souvent au cours d'une grossesse va être conduite à faire toute une série de choix par la suite. Des choix à propos de l'enfant qu'elle porte : vaut-il mieux allaiter cet enfant au risque de lui transmettre le virus du sida, ou ne pas l'allaiter mais alors prendre le risque d'une part de déclencher la suspicion de l'entourage, à commencer par le conjoint, et d'autre part de lui donner une alimentation plus coûteuse et peut-être moins adaptée à ses besoins ? Des choix à propos du conjoint : faut-il l'informer de sa séropositivité à elle et risquer d'être rejetée, ou ne pas l'informer, assumer toute seule l'angoisse de cette nouvelle, pour elle et pour l'enfant, et continuer les rapports sexuels sans protection malgré le risque de transmettre le virus à ce conjoint ? Enfin des choix pour une fécondité future : peut-on continuer à désirer d'autres enfants, tout en sachant qu'ils ont un risque d'être infectés, ou faut-il décider d'arrêter toute procréation, au risque d'être rejetée par le conjoint qui lui désire d'autres enfants, de voir celui-ci prendre une autre femme, d'être mise au ban de la famille, d'être étiquetée comme malade et non fertile, et, indépendamment des contraintes sociales liées à la maternité, de se retrouver frustrée dans son propre désir d'enfant ?

On le voit, quelle que soit la voie choisie, elle comporte une part de risque. La femme va donc devoir à chaque étape faire le choix du " moindre risque ", et les choix individuels qu'on observe ne vont pas toujours dans le sens de ceux préconisés par les programmes de santé. En particulier, dans les choix effectués par rapport à l'annonce de l'infection par le VIH au partenaire et à la protection des rapports sexuels, on observe peu d'adhésion aux conseils reçus. C'est ainsi que la femme qui se sait séropositive le cache fréquemment à son partenaire, par crainte d'être rejetée : le risque de transmission de l'infection au partenaire peut être considéré comme moins grave que le risque d'éclatement du couple et de la famille ou que le risque d'abandon pour les femmes dépendantes économiquement.

On retrouve ainsi, avec des aspects plus spécifiques aux femmes, 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. Cela parce que l'activité sexuelle se situe dans un environnement affectif, et que les comportements sexuels adoptés dépendent de facteurs affectifs et relationnels, souvent prédominants sur la logique sanitaire. En d'autres termes, le postulat selon lequel " le comportement de préservation de la santé est naturel et premier " s'avère généralement faux dans le domaine des comportements sexuels. De même, pour une femme africaine, les impératifs familiaux, sociaux et affectifs paraissent fréquemment 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. 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 procréation, d'où des choix individuels qui vont souvent à l'encontre des choix préconisés par les programmes de lutte contre le sida.

On peut d'ailleurs à ce propos remettre en cause la démarche qui persuade les femmes, dès lors qu'elles sont séropositives, de ne plus avoir d'enfants. En effet, les femmes séropositives mais au stade asymptomatique de la maladie (qui constituent la très grande majorité des femmes enceintes séropositives) ont 70 à 80 % de chances, à chaque grossesse, de donner naissance à un enfant parfaitement sain, non infecté par le VIH, et ces chances peuvent aujourd'hui être augmentées par des traitements par antirétroviraux au cours de la grossesse et de l'accouchement, faciles à mettre en œuvre dans les pays en développement et relativement peu coûteux. Dans une société où la fécondité est fortement valorisée et où les femmes qui n'ont pas d'enfants sont facilement marginalisées, cela peut justifier le risque à prendre. Et ce, d'autant plus que, vu les solidarités familiales qui existent encore (même si elles évoluent) dans les sociétés africaines, certaines femmes savent qu'elles auront la possibilité de confier leur enfant à une ou un parent pour le faire élever, et que cet enfant ne se retrouvera donc pas seul si elles décèdent. Reste posé le problème du risque de transmission au partenaire, et les moyens de le minimiser.

Une réflexion sur cette gestion des différents risques mérite d'être poursuivie et prise en compte dans les programmes de lutte contre le sida et de planning familial car les messages de prévention doivent tenir compte de ces facteurs " non sanitaires " pour les femmes séropositives et leur couple, et en particulier de l'importance du désir d'enfant. Cette réflexion a jusqu'ici peu été menée, bien qu'elle soit particulièrement importante en Afrique où la procréation est au cœur des préoccupations sociales, familiales et individuelles.

Références

Aka Dago *et al.* *Submitted*

Aka Dago H. *et al.*, 1999, " Issues surrounding reproductive choice for women living with

HIV in Abidjan, Côte d'Ivoire". *Reproductive Health Matters*, 7, 13, pp.20-29.

Cohen D. et E. Reid, 1999, "The vulnerability of women : is this a useful construct for policy and programming ?" In Becker *et al.*, eds, *Vivre et penser le sida en Afrique*, Codesria-Karthala-Ird, pp 377-388.

Dabis F., Leroy V., Castetbon K., Spira R., Newell ML., Salamon R., 2 000, Preventing mother-to-child transmission of HIV-1 in *Africa in the year 2000*. *AIDS* 2000; in press

Dabis F. et Msellati P., 1998, " Transmission mère-enfant dans les pays en développement. " *Genève. Numéro Spécial ANRS-Le Journal du Sida-Transcriptase*, Automne 1998, pp. 57-58.

De Cock K, Fowler M, Mercie E, de Vincenzi I, Saba J, Hoff E, *et al.*, 2 000, Prevention of Mother-to-Child HIV Transmission in Resource-Poor Countries Translating Research Into Policy and Practice. *JAMA* 2000;283:1175-82.

Delcroix S. et Guillaume A., 1997, " Le devenir des familles affectées par le sida : une étude de cas en Côte d'Ivoire ". In Pilon M. *et al.*, *Ménages et familles en Afrique. Approches des dynamiques contemporaines*. Etudes du Ceped, pp.345-370

Desgrées du Loû A. à paraître, " Procréation, fécondité et allaitement : quels choix pour une femme séropositive ? Le cas d'Abidjan. " in A.Desclaux. *L'allaitement dans le contexte du VIH en Afrique : de l'anthropologie à la santé publique*, ouvrage ANRS à paraître.

Le Palec A., 1999, "Le sida, une maladie des femmes". In Becker *et al.*, eds, *Vivre et penser le sida en Afrique*, Codesria-Karthala-Ird, p 343-362.

Newell ML. " Infant feeding and HIV-1 transmission. "(letter) *The Lancet*, 354, pp.442-443.

ONUSIDA, 1999, *Le point sur l'épidémie de sida*, décembre.

Desgrées du Loû Annabel.

Le SIDA, un révélateur des disparités de genre : en Afrique, les femmes affrontées à une multiplicité de risques.

In : Bozon M. (dir.), Locoh T. (dir.). Rapports de genre et questions de population.

Paris : INED, 2000, p. 105-116 multigr.