

Chapitre XV

Procréation et allaitement : quels choix pour une femme séropositive à Abidjan ?

Annabel Desgrées du Loû

Une femme vivant dans les pays en développement qui apprend qu'elle est séropositive pour le VIH et qui a un jeune enfant devrait recevoir actuellement, d'après les directives de l'OMS, des conseils de trois types (lorsqu'elle a accès au conseil) (Dabis et Msellati 1998) : d'une part on lui recommande de ne pas allaiter son enfant au sein, ou tout au moins de le sevrer le plus tôt possible, pour réduire le risque de transmission du virus par le lait maternel. D'autre part on lui conseille d'éviter des grossesses futures, pour ne pas risquer d'avoir un enfant infecté par le VIH, ou des enfants qui seront à court ou moyen terme orphelins. Enfin elle doit protéger ses relations sexuelles pour éviter de contaminer son partenaire ou de se réinfecter elle-même si son partenaire est aussi séropositif.

Dans le contexte abidjanais, les femmes peuvent-elles suivre de tels conseils, et si oui, quelles stratégies doivent-elles développer pour cela ? D'autre part, n'y a-t-il pas antinomie entre ces différents types de conseil ? En effet, puisque l'allaitement retarde l'ovulation et retarde ainsi le démarrage d'une nouvelle grossesse, ne faut-il pas s'attendre, dans une population comme celle d'Abidjan où la pratique contraceptive est faible, à ce que l'abandon de l'allai-

tement maternel chez les femmes séropositives conduite à l'augmentation des grossesses rapprochées alors même qu'on conseille à ces femmes d'éviter de nouvelles grossesses ?

Pour répondre à ces questions, nous avons tenté à partir d'entretiens menés auprès de femmes séropositives suivies dans le cadre du projet DITRAME, à Abidjan, d'étudier si le fait de se savoir séropositive pour le VIH, et les conseils délivrés à la suite de cette annonce, modifient les attitudes des femmes par rapport aux différents aspects de la procréation : le choix de l'alimentation du nouveau-né, la reprise des relations sexuelles, l'utilisation de moyen(s) de contraception et de préservatifs, le nombre total d'enfants désirés, le désir d'un nouvel enfant, la gestion des grossesses éventuelles lorsqu'elles surviennent ainsi que le dialogue avec le mari concernant ces thèmes. Nous ne développerons pas ici en détail les questions relatives au choix du mode d'alimentation du nourrisson, déjà développées dans un autre chapitre¹. Après une brève synthèse de la situation à Abidjan en matière de fécondité et de planification familiale, nous nous concentrerons sur les liens entre allaitement et fécondité et les choix effectués par ces femmes en matière de procréation et de sexualité afin de déterminer quelle est la "marge de manœuvre" des femmes séropositives dans ces domaines, et comment cela peut et doit être pris en compte dans les programmes de santé et dans les conseils qui leur sont délivrés.

Fécondité et pratiques de contrôle des naissances à Abidjan

Une fécondité encore élevée, mais qui diminue rapidement

La Côte-d'Ivoire est un des pays qui présente les plus forts taux de fécondité du monde : les données les plus récentes indiquent une moyenne de plus de 5 enfants par femme. Cependant, c'est une situation qui 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, ce

¹ Cf. chapitre XIV.

qui représente une réduction de la fécondité considérable sur une période si courte (Kouassi 1995 ; Ministère de la Planification et de la Programmation du développement 1999). Ce phénomène est particulièrement vrai à Abidjan, capitale économique de la Côte-d'Ivoire, 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 et montrant que la Côte-d'Ivoire s'est véritablement engagée sur le deuxième volet de la transition démographique qui est, après la réduction du niveau de la mortalité, la réduction du niveau de la fécondité. Ces chiffres témoignent d'évolutions tant dans les mentalités que dans les pratiques en matière de procréation. Les principaux facteurs qui influent sur ces niveaux de la fécondité sont l'urbanisation² et l'instruction : les femmes ayant suivi l'école jusqu'au niveau secondaire ont en moyenne 2,3 enfants au cours de leur vie, tandis que celles n'ayant jamais été scolarisées ont plus de six enfants (Ministère de la planification, 1999).

Témoin de l'évolution des mentalités en matière de procréation, le nombre idéal d'enfants déclaré par les hommes comme par les femmes diminue au cours des générations : en 1994 il était d'environ quatre chez les plus jeunes, contre six chez les plus âgés (Kouassi 1994). 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 les pratiques et 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 al.* 1995).

Une faible utilisation de la contraception...

Les niveaux de fécondité baissent en Côte-d'Ivoire, cependant les mécanismes par lesquels les femmes ivoiriennes

2 L'indice de fécondité est près de deux fois plus élevé en zone rurale qu'à Abidjan.

contrôlent leur fécondité sont encore mal connus. En effet toutes les enquêtes menées sur ce sujet révèlent des taux d'utilisation des méthodes contraceptives très bas : dans la ville d'Abidjan, seules 12 % des femmes déclarent utiliser une méthode contraceptive moderne (pilule, stérilet, injection, préservatif) et 14 % une méthode traditionnelle (continence périodique, retrait) tandis que dans la même enquête près de 40% des femmes disent qu'elles veulent attendre au moins deux ans avant d'avoir un autre enfant (Ministère de la Planification 1999). Même dans les milieux les plus instruits, seule une minorité pratique la contraception : 20 % des femmes qui ont fait des études secondaires utilisent une méthode moderne de contraception.

L'utilisation du préservatif reste exceptionnelle pour les femmes (2 % des femmes abidjanaises déclarent l'utiliser) et rare pour les hommes (12 % des hommes à Abidjan) (Ministère de la Planification 1999).

Ces faibles niveaux d'utilisation des préservatifs comme des méthodes contraceptives ne sont pas dûs à un manque d'information puisque dans toutes les enquêtes, la quasi totalité des individus déclarent connaître au moins une méthode moderne de contraception, et les préservatifs sont reconnus par tous comme une des méthodes de protection contre le sida et les MST (Toure *et al.* 1997). Récemment, sous l'égide de l'USAID, des pilules et des préservatifs à bas prix (respectivement 150 FCFA la plaquette et 100 FCFA les quatre préservatifs) ont été mis sur le marché, pour améliorer l'accessibilité financière de ces méthodes.

Cette faible adhésion de la population aux méthodes modernes de planification familiale en Côte-d'Ivoire, et plus particulièrement à Abidjan, reste en partie incomprise. Elle tient peut-être en partie à l'histoire du développement de la politique de population dans ce pays : jusqu'au début des années 1990, le gouvernement considérait que la population ivoirienne était insuffisante au regard de la superficie du pays et que la forte croissance économique pourrait répondre à l'augmentation de la population. À ce titre le gouvernement s'est opposé à toute politique de promotion de la planification familiale. En juillet 1991, devant la crise économique, le gouvernement ivoirien a modifié sa position dans

ce domaine et une déclaration de "politique de développement des ressources humaines", qui fournissait un cadre de référence des activités de santé maternelle et infantile incluant la planification familiale a été définie (Egina *et al.* 1996). Mais il faudra attendre 1997 pour que soit adoptée une "déclaration de politique nationale de population" qui aborde clairement le problème de la maîtrise de la croissance de la population (Ministère du Plan 1997). Le corollaire de cet engagement politique tardif vers la maîtrise de la croissance démographique est la faiblesse de l'offre en services de planification familiale en Côte-d'Ivoire. Ces services se développent actuellement, mais pendant longtemps ils n'ont été délivrés que par une ONG, l'Association Ivoirienne pour le Bien Être Familial (AIBEF), et sont donc restés en marge des structures sanitaires. En 1994, on estimait ainsi que 43 % des femmes en union avaient des "besoins non satisfaits en planification familiale" (Kouassi 1995).

À ces problèmes de volonté politique et d'accessibilité des services de planification familiale, il faut sans doute ajouter une réticence de la population elle-même face aux méthodes modernes de contraception : d'après des études actuellement en cours sur ce sujet, il semble que l'utilisation des méthodes modernes suscite une certaine inquiétude chez les femmes ivoiriennes qui craignent pour leur santé (Guillaume 1999). L'absence de règles qui peut suivre les injections de DepoproveraTM, par exemple, est peu acceptée. Les pilules sont considérées comme trop contraignantes, et certaines femmes craignent qu'elles n'induisent des cancers.

Et un recours fréquent à l'avortement

Si la pratique contraceptive est étonnamment faible à Abidjan, par contre le taux de recours à l'avortement provoqué en cas de grossesse non désirée est élevé. Une étude dans une commune populaire à Abidjan a montré que, depuis le milieu des années 1990, près d'une grossesse sur quatre conduisait à un avortement, et que une femme sur trois avait déjà eu recours à l'avortement à 20 ans. Cet important recours à l'avortement est un phénomène relativement récent qui s'est largement amplifié au cours des dix

dernières années (Desgrées du Loû *et al.* 1999). L'interruption de grossesse n'est pas légale sauf cas exceptionnel en Côte-d'Ivoire³, mais il semble qu'elle soit rarement punie par la loi et largement passée dans la pratique, ces avortements étant fréquemment effectués dans des structures médicales (ou se désignant comme telles), à des tarifs élevés mais connus par tous (Guillaume 1999). Ainsi, à Abidjan aujourd'hui, il semble que de plus en plus de femmes désirent maîtriser leur fécondité, mais nombreuses sont celles qui utilisent peu ou n'utilisent pas les méthodes contraceptives et qui recourent à l'avortement lorsque survient une grossesse qu'elles ne désiraient pas.

Le pouvoir de négociation de la femme

Pour conclure cette rapide synthèse concernant le contexte de la procréation en Côte-d'Ivoire, il faut évoquer le statut de la femme dans ce pays : de quelle autonomie dispose-t-elle, de quel pouvoir décisionnel au sein du couple et de la famille ? Sur cet aspect, les situations évoluent beaucoup selon le niveau d'instruction et le statut social de la femme. La législation de la Côte-d'Ivoire reconnaît les droits de la femme, dans tous les domaines, mais il existe toujours un écart considérable entre "les textes et la pratique" et de nombreuses femmes, en particulier les moins instruites, d'une part ne connaissent pas leurs droits, et d'autre part ne savent pas les défendre lorsque ceux-ci sont bafoués (Khaudjis-Offoumou 1995). Ainsi, il arrive fréquemment qu'au sein du couple, ce soit l'homme qui prenne les décisions concernant les soins et l'alimentation des enfants, ou encore l'utilisation de méthodes contraceptives, et ce en grande partie car c'est lui qui dispose des ressources financières. Dès lors que la femme est instruite et autonome financièrement, elle est plus libre de ses choix, mais dans la société ivoirienne la décision du mari et celle de la famille restent influentes, même pour les femmes autonomes.

3 En Côte-d'Ivoire, il n'y a pas d'infraction lorsque l'interruption de la grossesse est nécessitée par la sauvegarde de la santé de la mère gravement menacée. Il faut l'avis de deux médecins en plus de celui du médecin traitant (Article 367 du Code Pénal Ivoirien).

Dans un tel contexte, quels choix sont véritablement envisageables pour une femme séropositive pour le VIH en matière de procréation ?

L'allaitement, facteur d'espacement des naissances ?

En maintenant le taux de prolactine (hormone sécrétée par l'hypophyse) à un niveau élevé dans le sang, l'allaitement intensif empêche l'ovulation, et évite donc que survienne une nouvelle grossesse. Cependant, le taux de prolactine dépend du nombre, de la qualité et de la fréquence des tétées, et cet effet contraceptif de l'allaitement n'est donc valable que si l'allaitement est réalisé à la demande, y compris la nuit, s'il est exclusif (pas de supplément), et si les tétées sont fréquentes (au moins 6 par 24 heures). Enfin le taux de fiabilité de cette méthode contraceptive n'est pas parfait (on estime à 15 % la proportion de femmes qui deviennent enceintes avant le retour de couches). Cela est d'autant plus vrai que l'on s'éloigne du moment de l'accouchement : ainsi, à partir de six mois après l'accouchement, l'allaitement, même exclusif et intensif, ne constitue pas une méthode contraceptive efficace (Legrain *et al.* 1994). En moyenne, la durée pendant laquelle une femme n'est pas fécondable après un accouchement (stérilité *post partum*) est de deux mois pour une femme qui n'allait pas du tout, sept mois pour une femme qui allaite environ 15 mois, 13 mois pour une femme qui allaite 24 mois (Leridon *et al.* 1997). Mais il s'agit de moyennes, donc de données qui ne sont pas applicables au niveau individuel, et chez telle femme qui allaite 20 mois l'ovulation pourra être revenue dès six mois après l'accouchement, et ce parfois avant le retour de couches. Si au niveau de la population, donc de la somme des individus, un allaitement prolongé entraîne globalement un allongement des durées de stérilité *post partum* et donc un espacement des grossesses, par contre au niveau individuel l'allaitement ne peut pas être considéré comme une méthode fiable de contraception, car il existe pour chaque femme un risque d'être de nouveau féconde plus vite que prévu. En particulier, dès lors qu'il n'est plus exclusif, l'allaitement ne maintient pas de façon absolue une "barrière hormonale" à

l'ovulation. Or il est rare que l'allaitement soit véritablement exclusif. La dernière enquête démographique et de santé de Côte-d'Ivoire a en particulier montré que, à Abidjan, si l'allaitement prolongé reste la norme (durée médiane 18 mois⁴), seuls 4 % des enfants sont nourris exclusivement au sein à l'âge de 4 mois. Avant cet âge, 57 % ont reçu des aliments solides et liquides autres que de l'eau en complément du lait maternel (Ministère de la planification 1999).

Indépendamment de ce rôle biologique, l'allaitement contribue à l'espace des naissances dans les sociétés africaines par le biais de l'abstinence *post partum*. En effet, dans la plupart des sociétés d'Afrique centrale et occidentale, les relations sexuelles sont interdites pendant plusieurs mois après l'accouchement : la durée de cette période d'abstinence peut varier selon les groupes ethniques mais elle est généralement liée à la durée de l'allaitement en vertu de représentations selon lesquelles le sperme gâte le lait. Le fait d'avoir des relations sexuelles alors que l'enfant est allaité est alors perçu comme préjudiciable à la santé de l'enfant (Van de Walle E. *et al.* 1988 ; Toure *et al.* 1997). Cette perception traditionnelle a longtemps été la base de l'espace des naissances dans les sociétés africaines : avec une durée d'allaitement d'environ 24 mois, les relations sexuelles ne reprenaient souvent que un à deux ans après la naissance de l'enfant, ce qui assurait des intervalles d'environ trois ans entre chaque naissance (Schoenmaeckers 1988). Cette pratique protégeait la santé de l'enfant mais aussi celle de la mère et des enfants à venir, en évitant un sevrage précoce des nourrissons et des grossesses trop rapprochées. Aujourd'hui ces pratiques existent toujours, mais de façon moins absolue. Il semble que les relations sexuelles soient reprises de plus en plus tôt après la naissance. Ainsi à Abidjan où la durée médiane d'allaitement est de 18 mois la durée médiane d'abstinence *post partum* est de 8,5 mois (Kouassi 1995) : les relations sexuelles sont donc reprises bien avant la fin de l'allaitement. Il faut voir dans cette évolution l'érosion des pratiques traditionnelles, mais aussi l'impact des

4 Cela signifie que 50 % des femmes ont sevré leur enfant avant 18 mois, 50 % après 18 mois.

changements de structure familiale : l'abstinence *post partum* prolongée était plus aisément envisagée dans un système polygame, où le mari pouvait se tourner vers ses épouses "disponibles", et où la femme qui venait d'enfanter était souvent isolée ou envoyée pendant plusieurs mois dans sa famille, que dans un couple monogame. Cependant, même si c'est une pratique en voie de régression, elle est toujours prégnante : ainsi, à Abidjan, la durée médiane d'abstinence *post partum* est encore de plus de huit mois ; elle est même légèrement supérieure à la durée d'aménorrhée *post partum*, dont la valeur médiane est de huit mois (Kouassi 1995). Ainsi cette pratique culturelle joue toujours un rôle dans l'espacement des grossesses à Abidjan, au moins aussi important que le rôle contraceptif de l'allaitement, mais il faut garder à l'esprit qu'aujourd'hui, ces deux mécanismes, allaitement et abstinence sexuelle *post partum*, ne concernent que les premiers mois qui suivent l'accouchement.

Dans ce contexte, à Abidjan, quelles sont les conséquences à attendre de la réduction de la durée d'allaitement ou du choix d'autres modes d'alimentation chez les enfants nés de mère séropositive sur la fécondité de ces femmes ? Au vu de ce que nous avons décrit plus haut, si une femme décide de ne pas allaiter, la durée pendant laquelle elle ne sera pas fécondable ne sera que de deux mois après l'accouchement, au lieu d'environ huit sous le régime d'allaitement actuellement en vigueur à Abidjan. Plus important peut-être, si elle décide de ne pas allaiter, il semble que la principale raison de l'abstinence *post partum* disparaisse (bien qu'on ait très peu de travaux sur ce thème puisque jusqu'ici l'allaitement maternel était une norme généralisée à Abidjan). Il est donc possible que les rapports sexuels reprennent beaucoup plus tôt après l'accouchement que chez une femme qui allaite (dans ce cas nous avons vu que la reprise des relations sexuelles se fait environ huit mois après l'accouchement). Ainsi les femmes séropositives qui décident de ne pas allaiter leur enfant pourraient être de nouveau "soumises au risque de grossesse" environ deux mois après l'accouchement, au lieu de huit dans le cas d'une femme allaitante. Une femme infectée par le VIH peut ainsi, si elle n'utilise aucune méthode de contraception et choisit de ne pas allaiter

son enfant, devenir enceinte trois mois après la naissance de son dernier enfant. Des grossesses aussi rapprochées sont de toutes façons néfastes à la santé des femmes et des nourrissons. Le problème se pose de façon encore plus aiguë chez les femmes infectées par le VIH qui sont au courant de leur infection et s'inquiètent pour leur santé et celle de l'enfant. Il est donc absolument nécessaire que les femmes séropositives qui font le choix de ne pas allaiter pour protéger leur enfant du VIH puissent adopter une méthode efficace de contraception dès le *post partum*, ce qui n'est pas aisé à Abidjan, compte-tenu du contexte global de la planification familiale et de la prise en charge du VIH, comme l'attestent les exemples suivants.

Les choix de procréation chez les femmes séropositives : allaitement, sexualité, planification des grossesses

Nous utiliserons dans cette partie les résultats d'une enquête exploratoire menée sur ce sujet en 1998 (voir encadré).

Méthode d'enquête et population concernée

Ce chapitre utilise les résultats d'une enquête exploratoire menée en mai et juin 1998 auprès de 21 femmes suivies dans le cadre du projet DITRAME. L'objectif de cette enquête était de préparer une enquête prospective sur les comportements sexuels et reproductifs chez les femmes infectées par le VIH, et donc d'avoir une première approche sur certains points : en particulier le dialogue avec le mari au sujet de l'infection par le VIH, la gestion des relations sexuelles (reprise des rapports après l'accouchement, protection des rapports), le désir d'enfant et les choix en matière de procréation (désir d'une nouvelle grossesse, pratique contraceptive, dialogue avec le conjoint à ce sujet). Cette enquête s'est déroulée dans une des structures concernées par le projet DITRAME (le CHU de Yopougon) : le recrutement des 21 femmes s'est fait selon le calendrier des consultations prévues par ce projet. Pendant trois semaines en mai 1998, toutes les femmes venues en consultation étaient interrogées, et ces femmes ont été revues un mois plus tard pour un entretien plus approfondi sur le dialogue avec le mari et les projets de procréation. Ces femmes avaient toutes eu leur bébé depuis plus de 8 mois (les femmes suivies dans ce service étaient les premières à avoir été recrutées dans le projet).

Cette enquête, dont le principal enjeu était de préparer une étude à plus large échelle sur ces thèmes, ne nous donne pas de résultats chiffrés qui puissent être considérés comme représentatifs des femmes séropositives, mais les éléments apportés par les expériences de 21 femmes permettent de mieux comprendre les situations auxquelles elles ont à faire face.

Partager l'information avec le conjoint

En Côte-d'Ivoire le dépistage volontaire est encore rare, et la majeure partie des femmes qui se savent séropositives sont des femmes à qui le test de dépistage a été proposé pendant la grossesse, au cours d'une consultation prénatale, souvent dans le cadre d'un projet de recherche sur la réduction de la transmission mère-enfant du VIH. Les femmes que nous avons interrogées étaient dans ce cas là. Rappelons qu'à ces femmes qui ont appris qu'elles étaient séropositives, l'équipe médicale conseille d'éviter de nouvelles grossesses, et d'avoir des rapports sexuels protégés, pour éviter la transmission du virus au partenaire, ou d'éventuelles réinfections si celui-ci est séropositif. Les femmes ont reçu quelques préservatifs au cours des premières consultations après l'accouchement, et pouvaient soit s'adresser à l'assistante sociale qui les suivait dans le cadre du projet, soit se rendre à la consultation de planning familial dans le service, si elles désiraient adopter une méthode de contraception.

Partager ou ne pas partager l'annonce ?

Une des premières questions qui se pose à ces femmes, lorsqu'elles apprennent leur séropositivité, est le partage de cette annonce avec le conjoint, père de l'enfant qu'elles portent. La décision de partager ou de ne pas partager cette information aura des répercussions importantes sur les choix ultérieurs concernant l'enfant, la vie sexuelle, et les enfants à venir.

Parmi les femmes que nous avons interrogées, celles qui ont informé leur mari de leur séropositivité (12/21) sont à

peu près aussi nombreuses que celles qui ne l'ont pas fait (9/21). Les femmes qui n'ont pas informé leur mari ne l'ont pas fait par peur qu'il les abandonne et les laisse sans ressources. L'une a mentionné le risque qu'il divulgue l'information autour de lui, une autre qu'il ne veuille plus la toucher ou manger dans le même plat. Lorsque les femmes ont choisi d'informer leur mari, dans deux tiers des cas le mari a bien réagi et a choisi de soutenir la femme par la suite dans le cadre de l'essai. Il semble que les femmes "testent" leur mari avant de l'informer effectivement. Ainsi celles qui décident d'informer leur mari sont celles qui attendent une réaction de soutien de sa part. Il arrive que le mari ne reproche rien à la femme mais nie l'existence du VIH, pour la femme comme pour lui ou pour l'enfant. Dans un cas le mari est parti lorsqu'il a appris que sa femme était séropositive.

Ainsi, il ressort des quelques entretiens menés que lorsqu'ils ont été mis au courant, la réaction des maris a dans l'ensemble été compréhensive : seul un mari est parti, les autres ont soutenu leurs femmes, psychologiquement et financièrement, venant même parfois aux rendez-vous cliniques, ou dans quelques cas ont choisi de nier l'infection par le VIH mais sans être hostiles ou méfiants vis-à-vis de leur femme. Aucune femme ne s'est plaint que son mari n'ait plus de relations sexuelles avec elle ou ne mange plus dans le même plat qu'elle. Cependant, bien que le risque de rejet de la part du mari semble effectivement assez faible, la crainte de ce rejet social et affectif reste forte, et la moitié environ des femmes interrogées choisissent de se taire, faisant ainsi le choix de porter toutes seules le poids de ce secret, et de se retrouver seules face aux décisions qu'il faudra prendre en matière d'alimentation de l'enfant, de grossesses ultérieures, etc... Parmi les femmes qui n'ont pas informé leur mari, la moitié ont le désir de le faire mais ne savent pas comment trouver l'occasion.

Attitudes des conjoints face à l'infection par le VIH et au test de dépistage

La majorité des maris n'ont pas fait leur test (14 sur 21) ou, s'ils l'ont fait, ils n'en ont pas informé leur femme.

Selon leurs épouses, ils ne "veulent pas savoir". Dans plusieurs cas, le mari semblait décidé à faire le test après en avoir discuté avec sa partenaire, puis il est revenu sur sa décision, déclarant qu'il y avait renoncé après en avoir parlé avec des amis, ou des camarades de travail, qui le lui auraient déconseillé : « *ça ne sert à rien, il vaut mieux ne pas savoir...* ». Parmi les maris qui ne sont pas au courant de la séropositivité de leur épouse, un seul a fait un dépistage volontaire (il est séronégatif). Parmi ceux que leur épouse a informés, une minorité ont fait le test de dépistage et ont parlé du résultat avec elle. Les autres refusent de faire le test, ou ne veulent pas en parler avec leur épouse, ou ont fait le test mais lui déclarent qu'ils ne sont pas allés en chercher le résultat. Dans certains cas il s'agit clairement d'un refus du mari de parler du sida avec son épouse : en particulier un mari est suivi dans un projet clinique qui ne prend en charge que des séropositifs, mais continue à dire à son épouse qu'il n'est pas allé chercher le résultat de son test. Parmi les maris qui connaissent la séropositivité de leur partenaire, certains réagissent par le déni (de leur éventuelle infection et/ou de l'infection de leur épouse), qu'ils aient ou non effectué un test de dépistage : une femme explique que son mari « *ne semble pas prendre au sérieux la menace du sida* » et refuse de se faire dépister. Lorsqu'il a appris sa séropositivité, un mari qui avait fait son test a déchiré le papier du résultat et a déclaré : « *les docteurs mentent, nous n'avons rien* ».

La protection des rapports sexuels

Toutes les femmes qui avaient repris les rapports sexuels ont déclaré avoir proposé le préservatif à leur mari, au moins une fois, depuis qu'elles ont été informées de leur statut VIH+ (le projet leur a donné des préservatifs gratuitement qu'elles ont remis à leur mari). Cependant, dans plus de la moitié des cas, le mari a toujours refusé l'utilisation du préservatif ; parmi ces hommes, certains sont au courant de l'infection de leur conjointe : l'un d'eux, informé que sa femme était séropositive, a fait un test VIH qui s'est révélé négatif. Cependant il n'utilise jamais de préservatif avec sa femme « *puisque'il n'a pas attrapé le sida jusqu'ici, c'est qu'il*

ne peut pas l'attraper ». Certains maris acceptent de temps en temps d'utiliser les préservatifs, et quelques-uns l'utilisent systématiquement. Ces derniers sont tous au courant de l'infection de leur femme, et sont venus rencontrer le personnel du projet ; ils ont donc eu un "conseil" (au sens de counseling) dans ce sens. Ce sont eux qui achètent les préservatifs.

Une femme qui venait de perdre son enfant et voulait être enceinte de nouveau le plus vite possible n'avait pas parlé de sa séropositivité à son conjoint et attendait d'être enceinte pour la lui annoncer. Leurs rapports n'étaient donc pas protégés.

Ainsi, pour une minorité de couples où la femme a informé son mari de sa séropositivité, le conjoint en tient compte en adoptant l'utilisation systématique de préservatifs. Mais dans la grande majorité des cas qui nous ont été rapportés, les rapports sexuels au sein du couple ne sont pas protégés, soit parce que le conjoint n'est pas au courant de l'infection de son épouse et qu'elle n'ose pas lui proposer le préservatif, soit parce qu'il est au courant mais ne craint pas d'être infecté, ou encore parce qu'il nie la réalité de l'infection.

Nous avons remarqué que, dans le discours des femmes, le risque de transmission du virus à l'enfant au cours de la grossesse et de l'allaitement est fréquemment abordé, mais le risque de transmission de l'infection au conjoint est peu mentionné. Ceci est vraisemblablement un des éléments explicatifs de cette absence de protection des rapports sexuels.

Le désir d'enfant

Indépendamment de la protection des rapports sexuels pour éviter l'infection du partenaire ou la réinfection, qu'en est-il du désir d'enfant chez ces femmes qui viennent de donner naissance à un enfant et à qui on conseille de ne pas en avoir d'autres ?

Lorsqu'on leur demande si elles souhaitent avoir d'autres enfants, on observe que le désir d'enfant reste im-

portant, malgré le conseil reçu de ne plus avoir d'enfants à cause de leur séropositivité, et bien que toutes les femmes soient conscientes du risque de transmission mère-enfant du VIH (sans pour autant le quantifier⁵). Les seules femmes qui déclarent ne plus vouloir d'enfants sont en général des femmes qui en ont déjà au moins trois ou quatre. Quelques femmes ne veulent plus d'enfants mais subissent une forte pression du mari ou des mères et belles-mères pour en avoir d'autres ; ce sont des femmes jeunes, avec peu d'enfants, ou qui ont eu des enfants d'un autre homme et dont c'est le premier enfant avec le mari actuel. Mais la moitié des femmes interrogées ont clairement déclaré vouloir un autre enfant, pas forcément tout de suite mais quand celui qu'elles portent aura environ cinq ans. Comme nous l'avons déjà évoqué, une femme qui venait de perdre son enfant (qui était séropositif) voulait être enceinte de nouveau le plus vite possible.

Ainsi, les seules femmes décidées à ne plus avoir d'enfant sont celles qui estiment qu'elles en ont suffisamment, le nombre idéal d'enfants étant d'environ quatre, ce qui rejoint les chiffres observés à l'échelle nationale. Pour les autres, le désir d'enfant reste intact, souvent soutenu par le désir du conjoint (qui persiste lui aussi même s'il sait que sa femme est séropositive), ou d'autres membres de la famille (mère, belle-mère...). Cela ne signifie pas pour autant que ces femmes ignorent les risques attachés à de futures grossesses. Au cours des entretiens, elles posent fréquemment des questions sur les risques d'infection pour l'enfant à venir. Mais le désir d'enfant est plus fort que cette angoisse, comme en témoigne l'exemple de la mère qui vient de perdre son enfant infecté par le VIH mais qui désire un autre enfant, dans l'immédiat, malgré le risque. Au cours des consultations de psychologie auxquelles peuvent se rendre les femmes suivies dans le projet, ce désir d'enfant est d'ailleurs fréquemment exprimé (Aka-Dago-Akribi *et al.* 1999). Face à l'annonce de mort que représente l'annonce de sa séropositivité, un projet d'enfant est promesse de vie, promesse d'avenir ; c'est aussi pour la femme une façon de prouver aux

5 Cf. chapitre XVI.

autres et à elle-même qu'elle est en bonne santé, qu'elle peut mener une vie normale.

Ces résultats sont semblables à ceux obtenus dans d'autres recherches qui s'intéressent à des femmes ou des couples touchés par le sida (Desgrées du Loû 1998). Citons en particulier une étude menée au Rwanda, en zone urbaine, où S. Allen *et al.* (1993) ont montré que le conseil de ne plus avoir d'enfant donné aux femmes séropositives débouchait sur un échec⁶. Dans cette étude, le dépistage du VIH et l'information qui l'accompagnait n'ont donc pas été suivis d'une réduction de la fécondité chez les femmes séropositives. Au contraire, il semble que les femmes séropositives qui ont moins de quatre enfants se "dépêchent" de faire un autre enfant, peut-être pour atteindre un nombre idéal d'enfants (Allen *et al.* 1993 ; Keogh *et al.* 1994), et sans doute plus encore parce que, pour une femme qui se sait séropositive, commencer une nouvelle grossesse est un moyen de continuer une vie normale malgré l'infection, une façon de réduire le risque d'être rejetée par le mari et la famille.

La contraception dans le post partum

Un constat d'échec...

Dans notre étude exploratoire, parmi les femmes qui avaient des rapports sexuels et ne désiraient pas de grossesse, au moins "pour l'instant", seule la moitié utilisaient un moyen moderne de contraception : il s'agissait en premier lieu des préservatifs (6/9), secondairement de la pilule (2/9),

6 Dans leur étude, 1458 femmes en âge d'avoir des enfants étaient testées pour le VIH et recevaient une information sur la maladie, ses modes de transmission, et en particulier la transmission mère-enfant. Pendant cette phase de conseil, il était expliqué à chaque femme séropositive les risques que présenterait une grossesse pour elle et pour l'enfant, et la contraception orale leur était conseillée. Malgré cette information, la moitié des femmes séropositives qui utilisaient la contraception orale au moment du test ne l'utilisaient plus un an après le test, et près de la moitié des femmes suivies ont commencé une grossesse moins de deux ans après la naissance du dernier enfant. Parmi elles, les femmes qui avaient moins de quatre enfants au moment du test étaient significativement plus enclines à démarrer une nouvelle grossesse que les autres.

et dans un cas d'injections. Parmi celles qui n'utilisaient pas les contraceptifs, deux femmes étaient déjà enceintes. Pour ces deux dernières, la grossesse était survenue de la même façon : elles avaient repris les rapports sexuels, quelques mois après l'accouchement, sans utiliser de préservatifs et attendaient leur retour de couches pour se rendre à la consultation de planning familial, comme cela est conseillé dans le *post partum* à Abidjan. La nouvelle grossesse a débuté avant le retour de couches et elles ne s'en sont aperçues l'une et l'autre qu'au bout de quatre mois de grossesse. Elles ont déclaré toutes les deux qu'elles auraient souhaité avorter mais la grossesse était trop avancée.

On peut donc parler d'un constat d'échec de la contraception dans le *post partum* chez ces femmes séropositives, car près de la moitié des femmes sexuellement actives qui ne désiraient pas de grossesse au moins dans l'immédiat n'utilisaient aucun mode de contraception.

...à replacer dans un contexte national

Ces lacunes de la contraception dans le *post partum* ne sont pas spécifiques aux femmes séropositives ; elles correspondent à la situation générale en Côte-d'Ivoire, et tiennent à la fois au type d'offre disponible en planification familiale et à l'attitude des consultantes. Au type d'offre, car jusqu'à ces dernières années les services de planification familiale étaient distincts des autres services de santé, donc distincts des consultations post natales⁷, ce qui ne facilitait pas leur accès (Guillaume et Desgrées du Loû 1999). À cela s'ajoute le type de conseil délivré à l'accouchement ou lors de la consultation post natale : on recommande aux femmes de se rendre à la consultation de planning familial le jour de son retour de règles. Comme il arrive fréquemment que la femme reprenne les rapports sexuels avant son retour de règles, cela la laisse exposée au risque de grossesse pendant toute la période entre la reprise des rapports sexuels et le retour de règles. Ce risque de grossesse est plus important chez les femmes séropositives qui n'allaitent pas leur enfant ou qui

7 De plus, les consultations post-natales sont rares en Côte-d'Ivoire.

ne l'allaitent que quelques mois, même s'il existe chez toutes les femmes, même en cas d'allaitement prolongé.

Mais il faut voir aussi dans le faible recours aux méthodes contraceptives un manque d'adhésion de la population, en général, à ces méthodes. On a décrit au premier paragraphe la faible pratique contraceptive mesurée dans la population ivoirienne. Il existe vraisemblablement une méfiance de la population vis-à-vis de ces méthodes, et parallèlement un recours important à l'avortement en cas de grossesse non désirée. On peut se demander si l'avortement n'est pas parfois "préféré" à l'utilisation de la contraception, d'une part parce qu'il permet de décider au dernier moment si on garde ou non la grossesse, et d'autre part parce qu'il rassure la femme sur sa "fécondabilité" ; cet aspect pourrait être important pour une femme séropositive qui a besoin d'être rassurée sur sa santé et sur son intégrité physique. Des efforts spécifiques pour améliorer l'accès aux méthodes contraceptives dès le *post partum* devraient donc être menés à Abidjan pour changer cet état de fait.

Conclusion : VIH, allaitement et procréation, quels choix pour un moindre risque ?

La femme qui se découvre séropositive pour le VIH pendant sa grossesse va être conduite à faire toute une série de choix par la suite. Des choix concernant l'alimentation de l'enfant qu'elle porte. 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 épouse, d'être mise au ban de la famille, d'être étiquetée comme malade et non fertile, et, indépendamment des contraintes sociales, de se retrouver frustrée dans son propre désir d'enfant ?

Quelle que soit la voie choisie, celle-ci 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. L'individu qui se sait séropositif le cache fréquemment à son partenaire, par crainte d'être rejeté : 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'être abandonnées pour les femmes économiquement dépendantes (Coulibaly-Traoré *et al.* 1997 ; Blibolo 1995).

De même, le conseil de ne plus avoir d'enfants, donné aux femmes infectées par le VIH, est peu suivi. Décider de ne plus procréer expose la femme à des conséquences trop importantes, dont celle, fréquemment formulée par les femmes que nous avons pu suivre, d'être rejetée par le partenaire qui, lui, désire 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 alors il devient 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 la crainte d'être étiquetée comme "malade" puisque non fertile. Au contraire, une nouvelle grossesse rassure l'entourage, mais aussi la femme elle-même, sur sa santé et sa fécondité. Enfin, il semble que pour les femmes séropositives, en tout 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'indi-

vidu "dans sa descendance" (Rwegera 1995 ; Aka-Dago-Akribi *et al.* 1999).

On peut d'ailleurs se poser des questions sur le bien fondé d'une telle démarche, qui persuaderait les femmes, dès lors qu'elles sont séropositives, de ne plus avoir d'enfants. En effet, on ne peut ignorer que 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 (Dabis *et al.* 1993), et que 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 (Dabis *et al.* 1999). 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. 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. Il appartient en tous cas à la femme d'en décider, en toute connaissance des risques et des possibilités d'aide.

Une réflexion sur cette gestion des différents risques qui s'articulent étroitement avec le risque de transmission par l'allaitement maternel 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" dans le domaine de la procréation et en particulier de l'importance du désir d'enfant. Cette réflexion concerne particulièrement les couples sérodifférents et a été peu menée jusqu'ici, bien qu'elle soit particulièrement importante en Afrique où la procréation est au cœur des préoccupations sociales, familiales et individuelles. Cependant, parallèlement à cela, il ne faut pas perdre de vue la nécessité de proposer aux femmes qui viennent d'accoucher une méthode contraceptive efficace pour leur éviter de recommencer trop tôt une grossesse, ce qui serait préjudiciable à leur santé. Ce risque de redé-

marrer une grossesse trop rapidement existe pour toutes les femmes, qu'elles allaitent ou non, mais il est légèrement plus important chez les femmes séropositives qui décident de ne pas allaiter leur enfant et redeviennent fécondes précocement.

Références bibliographiques

- Aka-Dago-Akribi H., A. Desgrées du Loû, P. Msellati *et al.*
1999 Issues surrounding reproductive choice for women living with HIV in Abidjan, Côte-d'Ivoire. *Health Reproductive Matters* 7 : 20-29.
- Allen S., A. Serufulira, V. Gruber *et al.*
1993 Pregnancy and contraception use among urban rwandan women after HIV testing and counseling. *American Journal of Public Health* 83 (5) : 705-710.
- Bajos N., M. Bozon, A. Giami *et al.*
1995 *Sexualité et sida*. Paris, ANRS.
- Blibolo A.D.
1995 « Les couples de séropositifs au VIH face à l'usage des préservatifs ». In : J.P. Dozon et L. Vidal (éds.), *Les sciences sociales face au sida : cas africains autour de l'exemple ivoirien* : 143-146. Paris, ORSTOM.
- Calvez M.
1995 « La sexualité dans les recherches sociologiques sur le sida : des questions de prévention à la construction d'une approche ». In : N. Bajos, M. Bozon, A. Giami *et al.* (éds.), *Sexualité et Sida* : 143-158. Paris, ANRS.
- Coulibaly-Traoré D. *et al.*
1997 *Le vécu des femmes d'un essai thérapeutique visant à réduire la transmission mère-enfant du VIH-1 à Abidjan, Côte-d'Ivoire en 1997 (essai ANRS 049)*. Communication à la X^e CISMA, 7-11 décembre 1997, Abidjan, Côte-d'Ivoire.
- Dabis F., P. Msellati, D. Dunn *et al.*
1993 Estimating the rate of mother-to-child transmission of HIV. Report of a workshop on methodological issues. Ghent (Belgium), 17-20 February 1992. *AIDS* 7 : 1139-1148.

- Dabis F, P. Msellati, N. Meda *et al.*
 1999 Six-month efficacy, tolerance, and acceptability of a short regimen of oral zidovudine to reduce vertical transmission of HIV in breastfed children in Côte-d'Ivoire and Burkina Faso; a double-blind placebo-controlled multicentre trial. *Lancet* 353 : 786-792.
- Dabis F. et P. Msellati
 1998 Transmission mère-enfant dans les pays en développement. Genève. Numéro Spécial ANRS-Le Journal du Sida-Transcriptase : 57-58.
- Dédy S. et G. Tapé
 1995 *Sida et procréation en Côte-d'Ivoire, le cas d'Abidjan.* Abidjan, PNLs, Direction Régionale de la Santé Publique et des Affaires Sociales du Sud, Coopération Française. Cyclostylé.
- Desgrées du Loû A.
 1998 Sida et santé de la reproduction en Afrique : enjeux et défis. *Population* 4 : 701-730.
- Desgrées du Loû A., P. Msellati, I. Viho *et al.*
 1999 Le recours à l'avortement provoqué à Abidjan : une cause de la baisse de fécondité ? *Population* 54 (3) : 427-446.
- Guillaume A. et A. Desgrées du Loû
 1999 *Planification familiale à Abidjan : contraception et/ou avortement ? Une étude auprès des consultantes de quatre formations sanitaires urbaines à Abidjan.* Communication au Séminaire "Santé de la reproduction en Afrique", ENSEA-IRD, Abidjan, 9-12 novembre 1999.
- Evina A. et P. Vimard
 1996 *Planification familiale et Santé de la reproduction en Afrique Francophone, rapport scientifique.* Abidjan, IFORD/ORSTOM. Cyclostylé.
- Keogh P., S. Allen, C. Almedal *et al.*
 1994 The social impact of HIV infection on women in Kigali, Rwanda : a prospective study. *Soc Sci Med* 38 (8) : 1047-1053.
- Khaudjis-Offoumou F.
 1995 *Les droits de la femme en Côte-d'Ivoire.* Abidjan, KOF Editions/Editions Neter.

Kouassi L.

1995 « Préférences en matière de fécondité ». In : Ministère de la Planification et de la Programmation du développement, *Enquête Démographique et de santé 1994. Côte-d'Ivoire* : 89-102. Abidjan, Institut National de la Statistique de Côte-d'Ivoire/Macro International Inc.

Legrain G. et P. Delvoye

1994 *La planification familiale pratique et opérationnelle*. FNUAP, Éd. Hatier/Ceda.

Leridon H. et L. Toulemon

1997 *Démographie, approche Statistique et dynamique des populations*. Paris, Economica.

Ministère chargé du Plan et du Développement Industriel

1997 *Déclaration de Politique Nationale de Population*. République de Côte-d'Ivoire, FNUAP, mars 1997. Cyclostylé.

Ministère de la Planification et de la Programmation du développement

1999 *Enquête Démographique et de santé Côte-d'Ivoire 1998-1999, Rapport Préliminaire*. Abidjan, DHS, Macro International Inc./INS, Mai 1999.

Rwegera D.

1995 *Représentations et vécu des familles touchées par l'infection à VIH/sida en Côte-d'Ivoire*. Communication à l'atelier "Synthèse des recherches menées en sciences de l'homme et de la société sur le sida en Afrique", ANRS-ORSTOM, Paris, septembre 1995, 4 p.

Schoenmaeckers R.

1988 « Les niveaux et tendances de la fécondité ». In : D. Tabutin (éd.), *Population et Société en Afrique au Sud du Sahara* : 111-140. Paris, L'Harmattan.

Toure L., Z. Kamagate, A. Guillaume et al.

1997 *Santé de la reproduction et planification familiale à Yopougon*. Études et Recherches, ENSEA, Abidjan, janvier 1997, 66p. + annexes.

Van de Walle E. et F. Van de Walle

1988 « Les pratiques traditionnelles et modernes des couples en matière d'espacement ou d'arrêt de la fécondité ». In : D. Tabutin (éd.), *Population et Société en Afrique au Sud du Sahara* : 141-166. Paris, L'Harmattan.