

SEXUALITÉ ET PROCRÉATION FACE AUX RISQUES DU SIDA Permanences et adaptations dans les pays fortement touchés par l'épidémie

Le CEPED et le LPED¹ ont organisé les 22 et 23 novembre 2004, avec le soutien financier de l'ANRS², un colloque international sur « La santé de la reproduction confrontée au Sida. Enjeux sociaux et comportementaux dans les pays du Sud ». Ce colloque a rassemblé des chercheurs de plusieurs continents s'intéressant aux liens entre l'épidémie de Sida et les comportements sexuels et reproductifs. En effet, 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 lutte qu'il suscite modifient l'ensemble de la sphère sexualité-contraception-procréation. C'est ainsi tout le domaine de la santé de la reproduction qui est malmené dans ce contexte épidémique. Comment avoir « une activité sexuelle sans risque » 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 lorsqu'un des deux partenaires est infecté par le VIH, ou lorsqu'aucun des deux partenaires ne connaît son statut sérologique par rapport au VIH ? Que deviennent les recommandations d'allaitement exclusivement au sein, dispensées par l'OMS et l'UNICEF chez les femmes infectées par le VIH ? C'est aujourd'hui la complexité des changements sociaux et comportementaux dans cette sphère de la sexualité et de la procréation qu'il convient d'aborder dans les pays du Sud. Sa compréhension est primordiale pour le succès futur des programmes sanitaires de prévention et de prise en charge du VIH/Sida aujourd'hui disponibles.

De nouveaux comportements sexuels en temps de Sida ?

La sexualité : un domaine sous influences multiples

La sexualité est universellement sous le contrôle des cultures, des traditions, des morales, des religions, des législations... et, à l'intérieur même du couple, les relations sexuelles sont soumises aux rapports de genre. D'un côté, nécessaire à la procréation et donc à la constitution d'une descendance, elle détermine en partie la place sociale de l'individu. De l'autre côté, des règles plus ou moins contraignantes se sont toujours efforcées de réguler l'activité sexuelle pour en contrôler le corollaire naturel, la survenue des enfants. Au-delà de ces règles, des techniques diverses ont été utilisées pour permettre la sexualité en écartant la grossesse. Ce n'est finalement que récemment, par la contraception moderne, qu'il est devenu possible de dissocier sexualité et procréation et d'élargir éventuellement les règles et les contrôles sociaux qui entourent l'activité sexuelle. En effet, outre sa nécessité biologique et sociale de reproduction, la sexualité reste du domaine du plaisir, de l'affectif, de l'aventure, voire du risque et de la transgression.

Les infections transmises par l'activité sexuelle, malgré leurs conséquences, avaient été depuis longtemps prises en compte et intégrées à ces règles et ces contrôles. Elles étaient acceptées comme une fatalité et, depuis la deuxième moitié du XX^e siècle,

de mieux en mieux dépistées et traitées au sein des services de santé.

Or, à la fin du XX^e siècle, dans le même temps où la contraception moderne et les traitements des maladies sexuellement transmissibles (MST) permettaient d'envisager une distanciation entre la procréation et la sexualité, offrant à celle-ci une plus grande autonomie et une libéralisation, le VIH/Sida a réintroduit brutalement un risque mortel dans les relations sexuelles, et sans que l'on dispose jusqu'à présent d'un vaccin ou d'un traitement pour éliminer l'infection une fois qu'elle a été contractée.

Les comportements sexuels : « objet d'étude » sensible et peu abordé avant l'épidémie de Sida

Élément du domaine de l'intime, la sexualité a été peu considérée par les chercheurs comme un objet de recherche, que ce soit dans le domaine de la santé ou des sciences sociales, jusqu'à l'arrivée de l'épidémie de Sida. Avec l'émergence de ce virus qui se transmet par voie sexuelle ou sanguine et contre lequel on ne disposait d'aucun médicament au départ, il est devenu urgent de mieux comprendre les comportements sexuels dans les différents pays touchés pour développer une prévention adéquate de la transmission sexuelle. De nombreuses enquêtes ont été menées sur le sujet, et des progrès considérables sur la mesure des comportements sexuels ont été faits dans les

deux dernières décennies. Il est apparu à travers le monde une plus grande homogénéité qu'on ne le pensait généralement, en termes de fréquence des rapports ou de nombre de partenaires par exemple. Par ailleurs, il a été montré que, malgré les efforts d'information et de prévention, les changements de comportements sexuels ne sont qu'extrêmement lents. Les recommandations morales ou sanitaires n'ont que peu de prise.

Des comportements qui évoluent

L'évolution du rapport à la sexualité est due aux changements des sociétés plus qu'à l'épidémie de Sida. En effet, la sexualité hors mariage ou hors union stable se généralise ; elle est liée aux changements qui affectent la nuptialité d'au moins deux manières. Tout d'abord, dans les pays du Sud la précocité sexuelle augmente dans toutes les populations, alors que l'âge au mariage devient plus tardif, laissant une période préconjugale plus longue. Le contrôle social avant le mariage est moins fort qu'auparavant, les jeunes sont plus autonomes, sous l'effet de l'instruction, des migrations, de l'urbanisation. La sexualité des jeunes qui se développe sous l'influence des pairs, bien souvent dans une certaine précarité économique et sociale, et qui est vécue comme une des étapes initiatiques du passage à l'âge adulte, est fréquemment le lieu de prise de risques. Par ailleurs, de la même façon, les formes du mariage évoluent, se diversifient et les divorces augmentent, conduisant les adultes à vivre de larges périodes hors du cadre strict du mariage.

Parallèlement à ces évolutions dues aux changements de société, le Sida modifie peu les comportements sexuels. Le dépistage du VIH reste encore rare dans les pays du Sud, toutefois cela n'empêche pas les populations d'être très conscientes du risque d'infection par le VIH au cours des relations sexuelles. Sans bouleverser pour autant les comportements en la matière, la menace que fait peser cette épidémie sur la sexualité entraîne ou accélère des modifications dans les mentalités et les attitudes vis-à-vis de certains domaines de la sexualité. En particulier, considérés comme des situations plus à risque que la sexualité dans le cadre du couple stable, le multipartenariat et les relations occasionnelles sont moins bien acceptés par les femmes.

Une prévention difficile à généraliser : le préservatif

Faute de vaccin, et en l'attendant, les mesures préventives proposées ont été le recours au préservatif dans les « situations à risque » et la fidélité dans le cas contraire. Cette approche préventive a connu quelques succès dans les pays développés, notamment auprès des communautés homosexuelles et chez les jeunes pour la première méthode et chez les couples mariés pour la seconde.

L'extension de cette stratégie à l'ensemble de la planète, auprès de populations ayant des cultures, des pratiques, des morales, des religions et traditions diverses, s'est avérée un échec et n'a pas permis d'endiguer la transmission sexuelle du VIH, l'épidémie continuant de se développer de façon dramatique, en majorité par la voie sexuelle. On est loin, dans les pays du Sud, de l'utilisation systématique du préservatif, « *magic bullet* » selon certains pour infléchir les épidémies de VIH. Malgré une augmentation significative de sa diffusion, son utilisation reste très faible. Si la connaissance des populations des pays du Sud concernant les modes de transmission et les messages de prévention s'est en effet vite diffusée, les pratiques de prévention sont restées très en deçà des seuils qui permettraient un effet significatif sur l'épidémie. La connaissance du risque et des moyens de prévention ne suffit pas, et la distance entre normes et pratiques reste considérable.

Une partie de l'échec du préservatif vient de sa mauvaise image en terme de plaisir sexuel. Mais une raison non moins importante à cet échec est due aux types de messages qui ont été véhiculés dans les campagnes de promotion du préservatif dans le cadre de la lutte contre le Sida. En effet, l'utilisation du préservatif a été conseillée en cas de rapports « à risque », les rapports à risque étant définis comme les rapports sexuels avec des partenaires occasionnels ou avec des prostituées. Ainsi l'image du préservatif est-elle associée à celle de multipartenariat et/ou à celle de relation de courte durée, sans lendemain. D'ailleurs dès que la relation s'installe dans la durée, le préservatif est abandonné sans pour autant que les deux partenaires n'aient fait de test de dépistage. C'est aussi pour cette raison qu'il est très difficile de proposer le préservatif dans un contexte conjugal, alors que la majorité des femmes africaines séropositives ont été infectées par leur conjoint.

Rester vigilant...

Même si l'horizon est un peu moins sombre qu'il n'a été, avec l'espoir d'un accès aux traitements antirétroviraux généralisé à tous les pays et plus seulement réservé aux pays riches, une prévention efficace et soutenue reste indispensable. Une réponse apportée actuellement à ces difficultés de prévention est constituée par la stratégie ABC (*abstinence, be faithful, condom if necessary*), abstinence, fidélité, préservatif si nécessaire, prônée maintenant par nombre de pays et de religions, sous l'impulsion des Etats-Unis. Cette stratégie inquiète une partie des acteurs de la lutte contre le Sida car il est à craindre qu'elle ne facilite guère l'accès à la prévention des jeunes célibataires, groupe de population particulièrement vulnérable par rapport aux risques de transmission du VIH.

Le succès de ces nouvelles directives reste non seulement à discuter mais aussi à évaluer, et il convient d'être extrêmement vigilant sur cette prévention de la transmission sexuelle du VIH qui reste un des enjeux majeurs de la lutte contre l'épidémie dans les pays du Sud. La gestion individuelle, collective, sociale et politique du risque de transmettre le VIH ou de s'infecter, est une équation extrêmement complexe qui dépend sans doute plus de la prise en compte des dimensions et des contextes culturels et sociaux que d'une prévention alarmiste ou moralisatrice. Il est important de garder à l'esprit que, dans un environnement de sous-développement et de pauvreté, les risques sont multiples, et que leur gestion compétitive ne place pas nécessairement les risques liés au VIH/Sida comme prioritaire car il n'est souvent pas ressenti comme le plus immédiat ou le plus vital.

Fécondité et procréation dans des contextes marqués par le Sida

Dans les pays fortement touchés, l'épidémie de Sida diminue globalement la fécondité

Dans un contexte de déclin général de la fécondité dans les pays en développement, l'impact du VIH/Sida sur la fécondité sera sans doute plus important que l'on ne l'envisageait il y a quelques années. Cependant les mécanismes en jeu étant complexes, la façon dont le VIH/Sida agit sur les déterminants et les niveaux de fécondité n'est pas encore complètement éclaircie. Les relations entre Sida et fécondité sont en effet de deux ordres : elles mettent en jeu d'une part, les interactions biologiques entre l'infection par le VIH et la fertilité de la femme et de l'homme, mais aussi d'autre part, les comportements des couples face à la menace du Sida. Globalement cette épidémie engendre une réduction de la fécondité, tout d'abord du fait des conséquences physiologiques de l'infection par le VIH sur la

santé des femmes et des hommes, diminuant leur fécondabilité (aptitude à démarrer une grossesse et à la conduire à son terme), et ensuite du fait de 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, utilisation de préservatifs...).

Cependant, dans les pays africains, la lutte contre le VIH/Sida qui s'accompagne d'une lutte contre les MST, parce que ces maladies favorisent l'infection par le VIH, peut aller dans le sens d'une augmentation de la fécondité. En effet les MST, maladies répandues et souvent mal soignées, en particulier à cause de leur caractère asymptomatique chez la femme, sont à l'origine d'une certaine infertilité. Leur prise en charge, via les programmes de lutte contre le Sida, est susceptible de réduire cette infertilité et donc d'augmenter la fécondité de la population générale.

L'épidémie de VIH/Sida peut ainsi agir de diverses manières, parfois opposées, sur la fécondité, et ces interactions restent en fait encore mal connues, car si l'on s'est intéressé tôt aux répercussions du VIH/Sida en terme de mortalité, la communauté scientifique a mis plus de temps à s'interroger sur les répercussions de cette épidémie sur la fertilité et la fécondité, le lien étant moins évident. Pour donner un ordre de grandeur de « l'effet global », des démographes anglais ont estimé que, dans un pays où 10 % de la population est infectée par le VIH, la fécondité globale diminue d'environ 4 %. A chaque augmentation de 1 % de la prévalence du VIH, on peut s'attendre à une diminution de 0,4 % de la fécondité.

Toutefois, les principales conséquences du Sida sur la fécondité, au-delà des baisses attendues, seront surtout indirectes du fait du bouleversement des ménages et des structures de reproduction et d'élevage des enfants.

La menace du Sida induit-elle des changements dans les choix de procréation ?

Rappelons que dans les pays du Sud, et en particulier en Afrique, le dépistage du VIH n'est pas encore généralisé. Seule une minorité des personnes infectées par le VIH en a été informée. Face à la menace du Sida on pourrait s'attendre à une réduction volontaire de la fécondité chez ces personnes informées. On retrouve dans tous les pays du monde l'opinion selon laquelle les personnes qui se savent infectées par le VIH/Sida devraient s'abstenir de toute nouvelle grossesse, afin d'éviter de donner naissance à un enfant qui pourrait être infecté ou qui pourrait se retrouver orphelin quelques années plus tard.

En France, mais aussi en Thaïlande, on observe effectivement que l'annonce de l'infection par le VIH est un frein net aux projets de procréation. En Afrique, la situation est très différente : le dépistage du VIH et l'information qui l'accompagne (conseils de protection des rapports sexuels et de contraception, délivrance gratuite des préservatifs et contraceptifs), ne sont jamais suivis d'une réduction du désir d'enfant chez les femmes séropositives. Une étude au Rwanda a, au contraire, montré que les femmes qui avaient moins de quatre enfants se « dépêchaient » alors de faire un autre enfant, comme s'il fallait atteindre un nombre idéal d'enfants, malgré la découverte de leur infection par le VIH.

Il semble, en effet, que sur le continent africain où la fécondité reste un élément central de l'identité de la femme, celle-ci ne peut se décider à ne plus avoir d'enfant sans s'exposer à d'importants risques sociaux : celui d'être rejetée par le partenaire, par la belle-famille, mais aussi celui 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. L'enfant est ainsi à la fois gage de solidité pour le couple et gage de survie pour l'individu. De fait, le projet de procréation, loin d'être remis en cause par l'annonce de l'infection par le VIH, en est ravivé. Il ne faut pas voir là un aveuglement total des femmes africaines ou une méconnaissance absolue des risques que représente le fait d'avoir un enfant en étant infectée par le VIH, mais le choix du « moindre risque » : le plus souvent bien portantes, même si elles sont séropositives, ces femmes espèrent qu'elles vivront suffisamment pour élever un enfant qui leur est nécessaire. Elles comptent sur les solidarités familiales en cas de malheur, et elles attendent surtout des programmes de prévention de la transmission mère-enfant, au sein desquels elles ont été dépistées pour la plupart, qu'ils les aident à donner naissance à un enfant sain.

La prévention de la transmission mère-enfant du VIH : élément-clé d'une stratégie efficace

Des traitements disponibles à un coût accessible, et une prévention périnatale possible

Une femme enceinte infectée par le VIH peut transmettre le virus à l'enfant à des moments successifs : au cours de la grossesse, au cours de l'accouchement, et aussi après la naissance via le lait maternel. On estime ainsi qu'en l'absence de tout traitement, environ un enfant sur quatre né de mère infectée par le VIH sera lui-même infecté.

Depuis 1999, il existe des 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 programmes actuels consistent en l'administration d'une combinaison d'antirétroviraux au cours du dernier mois de la grossesse et lors de l'accouchement.

Depuis 1999 également, le risque de transmission du VIH par le lait est lui aussi pris en compte, même dans les contextes d'allaitement maternel généralisé comme c'est le cas en Afrique. Toutefois 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 postnatal du VIH. En pratique, le sevrage précoce est recommandé lorsque l'allaitement artificiel dès la naissance n'est pas possible.

Le risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant, de 20 % à 30 % en l'absence de traitement, tombe grâce à ce type de programme à moins de 6 % dans des contextes d'allaitement maternel généralisé, et à moins de 2 % lorsqu'il n'y a pas d'allaitement maternel.

La consultation prénatale : lieu privilégié d'une prévention globale des risques du Sida

Avec le développement à large échelle des programmes de prévention de la transmission mère-enfant du VIH, les consultations prénatales deviennent un des lieux majeurs du dépistage du VIH : on y propose en effet à toutes les femmes enceintes un dépistage pour pouvoir, en cas d'infection par le VIH, les faire bénéficier du traitement permettant de réduire le risque de transmission du virus à leur enfant. Les mêmes femmes qui auraient refusé le dépistage en d'autres lieux, l'acceptent en prénatal « pour leur enfant ». Ce dépistage a des conséquences sur la santé de l'enfant à venir, mais permet

aussi une prévention de la transmission sexuelle : les femmes apprenant qu'elles sont séropositives reçoivent un traitement pour limiter le risque de transmission du virus à l'enfant, mais elles reçoivent aussi le conseil de protéger leurs rapports sexuels pour éviter d'infecter leur(s) partenaire(s). Quant aux femmes qui apprennent qu'elles sont séronégatives lors de ce dépistage, elles reçoivent des conseils de prévention pour éviter d'être par la suite infectées par le VIH.

En créant une opportunité de dépistage et de conseils de prévention VIH au sein des structures prénatales, non habituellement dévolues à la prévention du Sida et recevant une grande partie de la population adulte féminine, les programmes de prévention de la transmission mère-enfant constituent un nouvel espoir pour le développement de la prévention du Sida.

Les grands absents de ces consultations prénatales restent bien sûr les hommes qui, parfois mais rarement, y accompagnent leurs conjointes et qui, de ce fait, sont encore peu touchés par cette proposition de dépistage. Cela crée des difficultés dans les couples concernés, les femmes hésitant à se confier à leur partenaire lorsqu'elles sont VIH+, bien qu'elles le souhaitent. Quelques projets pilotes tentent d'ailleurs, lorsque c'est possible, de proposer le dépistage au couple et pas seulement à la femme, tout en garantissant le respect de la confidentialité individuelle.

« Safe sex » et désir d'enfant : comment concilier les deux ?

Prévenir les risques de transmission sexuelle du VIH passe par l'utilisation de préservatifs, éventuellement l'abstinence, deux méthodes incompatibles avec un désir d'enfant éventuel. On a vu que ce désir reste très fort chez les personnes qui se savent (ou savent leur partenaire) infectées par le VIH.

Rendre accessible les solutions techniques

Comme mentionné plus haut, la plupart des personnes n'ont pas fait la démarche du dépistage VIH et ne connaissent pas non plus le statut sérologique de leur(s) partenaire(s). Dans ce cadre, toute relation sexuelle non protégée, entre autre pour concevoir un enfant, est vécue comme risquée. Lorsque la démarche de dépistage a été faite, nombre de couples se découvrent sérodifférents et le désir de procréation va alors à l'encontre du désir de protection du partenaire VIH-. Le plus souvent, les plus précautionneux d'entre eux utilisent des préservatifs « presque systématiquement », mais ont des rapports non protégés pendant les jours féconds du cycle, en espérant que ces rapports soient fécondants mais non contaminants... Si c'est la femme qui est VIH+ et l'homme VIH-, la solution de l'insémination artificielle est pourtant facile et peu coûteuse à mettre en oeuvre, mais c'est l'information et l'aide médicale qui manquent. Si c'est l'homme qui est VIH+ et la femme VIH-, c'est plus difficile ; au Nord, il existe des techniques de « lavage de sperme » mais elles demandent des moyens techniques complexes non disponibles dans les pays du Sud. Pourtant la demande est importante et la recherche nécessaire dans cette voie.

Vers une meilleure intégration de la prévention des risques du Sida dans les programmes de santé reproductive

Il est indispensable aujourd'hui de ne plus compartimenter les types de prévention du Sida dans des programmes verticaux

ciblés sur des « groupes à risque », mais au contraire de profiter de toutes les opportunités pour prévenir toute transmission du VIH. Ainsi, la prévention du Sida peut et doit être menée à tous les niveaux des programmes de santé reproductive : au sein des programmes de lutte contre les MST, mais aussi dans les consultations prénatales et postnatales où il est possible de développer à la fois une prévention de la transmission sexuelle et de la transmission mère-enfant, ou encore dans les programmes de planification familiale. Vu l'ampleur de l'épidémie et les difficultés rencontrées par les programmes de prévention, toutes les synergies doivent être développées dans cette sphère sexualité-procréation.

Annabel **DESGRÉES** du LOÛ

Benoît **FERRY**

Chercheurs à l'IRD (LPED, UMR 151 IRD-Université de Provence)

Respectivement coordinateurs des champs « Famille et Genre » et « Santé » du CEPED.

¹LPED : Laboratoire Population-Environnement-Développement (UMR 151 IRD-Université de Provence).

²ANRS : Agence Nationale de Recherches sur le Sida.

❑ A paraître dans Les Collections du CEPED, série « Rencontres »



Sexualité et procréation confrontées au Sida dans les pays du Sud. Eds. A. Desgrées du Loû et B. Ferry.

Ouvrage de synthèse d'études présentées lors du colloque « La santé de la reproduction confrontée au Sida. Enjeux sociaux et comportementaux dans les pays du Sud », organisé au CEPED, ouvrage qui offre un panorama des recherches francophones menées actuellement dans ce domaine, ainsi que des textes retraçant les débats, discussions et conclusions du colloque.

Toutes les chroniques sont consultables sur le site : <http://ceped.cirad.fr> (rubrique Publications), ainsi que l'ensemble des collections papier et numériques parues et à paraître.

Groupement d'intérêt scientifique INED - IRD - PARIS I - PARIS V - PARIS X

Directeur de la publication : André Quesnel

Prix au numéro : **1,55 euro**

Abonnement 1 an (4 numéros) : **4,50 euros**

Imprimeur : **Présence Graphique**