

SUD

Désir et décision de grossesse chez la femme africaine : Influences sociales et conduite à tenir

Pierre M'Pelé

médecin, Onusida (Genève)

Damien Rwegera

anthropologue, Organisation pan-africaine de lutte contre le sida (OPALS)

La reproduction humaine garde une place centrale dans toutes les sociétés, et plus particulièrement dans les sociétés vivant en situation de précarité, ce qui est le cas de l'Afrique. L'activité de reproduction est vitale et essentielle pour la survie des populations et, à cet égard, elle est contrôlée par la collectivité. De la nécessité de survie du groupe découle le statut de la femme, qui est à la fois dépendante et surprotégée au point de n'avoir souvent d'autre droit que d'être épouse pour devenir mère et considérée.

Les sociétés africaines, comme toutes les sociétés de précarité, privilégient des attitudes conservatoires, c'est-à-dire le respect des pratiques qui ont fait leur preuves. Dans de telles sociétés, pour survivre, personne n'a droit à l'erreur. Toute initiative est une prise de risque et donc potentiellement dangereuse.

Voilà pourquoi on privilégie ce qui est expérimenté, connu et reconnu comme bénéfique pour le groupe. Il ne s'agit pas d'une logique de type conservateur qui refuse tout changement mais d'une attitude conservatoire qui porte en elle une dynamique d'évolution respectant d'abord les procédures éprouvées. Dans ces sociétés, les choix sont limités, contrairement aux sociétés de sécurité dans lesquelles peuvent être " assurées " la santé et la vie, et où donc les choix sont quasi illimités y compris certaines prises de risques.

Ajoutons enfin que, dans les sociétés africaines, le groupe prime sur l'individu et que la solidarité y est à la fois une vertu et une obligation. Le contrôle social découle des liens tissés entre tous les membres d'un groupe et s'exerce comme un devoir social assurant à chacun reconnaissance, stabilité, sécurité et à tous cohésion et unité.

Et le sida...

Le sida est une catastrophe sociale, économique et politique en Afrique. Il menace concrètement la sécurité et l'existence même de certaines sociétés africaines. Le VIH emprunte les voies de la reproduction pour se transmettre et tuer hommes, femmes et enfants. En accroissant la précarité, il multiplie ses propres capacités de reproduction.

Le sida est une maladie individuelle et, à cause de sa charge symbolique de maladie de la mort, il rend muet son porteur, l'envoyant dans la solitude de son individualité et l'obligeant à un silence insupportable dans des communautés où la parole partagée est la mesure d'une vie de groupe réussie.

Le sida est également une maladie qui remet en cause les valeurs du groupe. Le mode de contamination essentiellement hétérosexuel, en Afrique, pose le problème des rapports de l'individu au groupe. Celui-ci impose à l'individu un contrôle social et des normes qui apparaissent comme n'ayant pas été respectées lorsque quelqu'un est atteint de VIH. C'est de cette faille que jaillit l'exclusion. Il est donc difficile au groupe d'utiliser ses propres normes et valeurs pour la prise en charge d'une maladie qui menace l'existence même du groupe en défaisant les liens de solidarité.

Le sida touche désormais plus de femmes (55%) que d'hommes et il est urgent qu'en Afrique on trouve des solutions à la fois médicales, culturelles, sociales et économiques à ce problème majeur dont les conséquences affectent la reproduction et donc la survie des sociétés concernées.

Désir et décision de grossesse

Lorsque le désir de grossesse chez une femme est en parfaite harmonie avec les impératifs de survie de sa famille et de son groupe, point n'est besoin de décision mûrement réfléchie pour débiter une grossesse et faire tout pour la mener jusqu'à son terme. Pour les Africaines, désir et décision de grossesse sont à placer dans la logique des sociétés de précarité dans lesquelles, comme nous l'avons indiqué, le statut de la femme est lié à sa maternité. De plus, en tant qu'individu, la femme est soumise d'abord aux décisions du groupe qu'elle intériorise et assume.

Lutter contre la transmission materno-foetale dans les sociétés où les systèmes de parenté sont entièrement au service d'une natalité festive et compétitive nécessite un travail sur les enjeux sociaux économiques, culturels, religieux et politiques d'un changement qui, à première vue, affecte l'objectif de survie des sociétés concernées, alors qu'en fait il maximise justement leur chance de survie, mais à moyen et long terme.

Nous présentons ici une conduite à tenir porteuse de changements que les femmes africaines et leurs familles sont capables d'opérer à condition qu'elle soit perçue comme bénéfique et devant concourir à la survie du groupe.

Conduite à tenir devant le désir de grossesse chez une femme en Afrique

3 situations peuvent se présenter :

- la sérologie VIH est négative ;
- la femme est séropositive et la sérologie connue avant la grossesse ;
- la femme est séropositive et la sérologie est révélée pendant la grossesse.

1.- la sérologie est négative

C'est le cas de la majorité des femmes. La conduite à tenir est celle habituellement utilisée en cas de grossesse normale (prophylaxie anti-paludisme, etc.) selon les politiques de santé préconisées en Afrique. S'y ajoutent les conseils de prévention VIH.

2. La femme est séropositive et la sérologie est connue avant la grossesse

L'attitude est fonction de la sérologie du conjoint :

- **Si le conjoint est séropositif**, des rapports non protégés au cours d'une période définie par le médecin comme offrant une plus grande probabilité de fécondation peuvent être envisagés. Le conduite à tenir dépend de l'état clinique, immunitaire et notamment virologique (charge virale) ainsi que de l'accessibilité à un traitement antirétroviral pour la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant.

Le tableau ci-après confirme la prise en compte de l'état virologique de la femme dans la transmission du VIH à l'enfant.

Tableau I : risques de transmission du VIH en fonction de la virémie maternelle

Virémie maternelle	n	Risque de transmission
< 1000 copies	20	0
1000-10 000 copies	52	13,5%
10 000-100 000 copies	48	33,3%
> 100 000 copies	18	33,3%

Source : Lapointe, N., Lecoœur, S., Samson, J., in Gentilini, M. et Chièze, F., (sous la direction de) : L'OPALS et les centres de traitement ambulatoire du sida en Afrique, John Libbey Eurotext, Paris, 1999, pp. 117, 119,122.

Ces études confirment l'importance de la réduction de la transmission mère-enfant lorsqu'un

traitement antirétroviral est mis en place et surtout lorsque la virémie maternelle est faible. Malgré ces constatations, il persistera dans tous les cas un risque même faible de transmission du virus de la mère à l'enfant.

Il s'agit dans ces conditions d'assurer l'organisation de la prise en charge des conséquences psychosociologiques. La femme doit donc en être informée et la gestion des conséquences psychosociales doit dépendre d'elle, de son conjoint et, dans certains cas, de la famille. Les questions liées à la confidentialité en rapport avec la suppression de l'allaitement maternel du nouveau-né et aux possibilités de diagnostic sérologique fiable et précoce du statut de l'enfant sont également à discuter entre le médecin traitant et le couple concerné dans un cadre à définir de confidentialité partagée.

- **Si le conjoint est négatif**, il peut être envisagé, avec l'accord et la compréhension du couple et en tenant compte de l'état clinique, virologique et immunitaire de la mère, de l'accessibilité à un traitement pour la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant ou des possibilités d'offrir un accouchement par césarienne, d'utiliser la fécondation médicalement assistée. Dans ce cas, les conséquences psychologiques en seront discutées en tenant compte de ce qui est acceptable dans les différentes sociétés et cultures africaines. Même avec un traitement antirétroviral de prévention, le risque de transmission du VIH à l'enfant persiste. Comme dans le cas précédent, les questions liées à la confidentialité en rapport avec la suppression de l'allaitement maternel du nouveau-né et le diagnostic sérologique de l'enfant restent à discuter. Dans les deux cas, il demeurera toujours un risque de transmission du VIH à l'enfant. Si l'enfant est infecté, l'apparition inéluctable de la maladie chez celui-ci pèsera sur le couple et sur la famille et peut briser la confidentialité du statut sérologique de la mère.

Avec la césarienne, sans intervention médicamenteuse, le risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant diminue de 47,3%. La césarienne ajoutée à une thérapie antirétrovirale diminue le risque de transmission de 72,6%.

Il est à souligner que, pour l'Afrique, ces interventions peuvent se heurter à un manque de moyens et à des conditions de réalisation difficiles.

3. La femme est séropositive et la sérologie est révélée pendant la grossesse

Deux possibilités se présentent

1. L'annonce de la séropositivité et la possibilité d'avortement (le choix définitif appartenant à la femme en accord avec son conjoint et, pourquoi pas, avec la famille dans des conditions de respect de la confidentialité partagée et en connaissance des risques). Les conséquences psychosociales liées à l'avortement sont beaucoup plus importantes avec le poids de la société, surtout chez une primipare.

2. La poursuite de la grossesse en cas de bon état clinique, virologique et immunitaire tout en évoquant les possibilités de réduction de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (disponibilité du traitement antirétroviral, accessibilité de la césarienne). Un risque de transmission du VIH à l'enfant persiste en tout état de cause et les questions liées à la confidentialité en rapport avec la suppression de l'allaitement maternel du nouveau-né et du diagnostic sérologique de l'enfant restent à régler. Comme dans le cas précédent, l'apparition inéluctable de la maladie chez l'enfant pèsera sur le couple et la famille et peut contribuer à briser la confidentialité au statut sérologique de la mère.

Conclusion

Nous souhaitons à partir de cette réflexion ouvrir un débat dans lequel les expériences pratiques des uns et des autres contribueront à raffiner cette conduite à tenir pour l'amélioration de la prise en charge des femmes africaines concernées par ce problème. C'est là que l'interrogation de Christine Katlama nous interpelle : "*Empêcher qu'un enfant soit contaminé pendant la grossesse ou la naissance, c'est bien. Mais est-ce vraiment le sauver si c'est pour en faire un orphelin deux ans après ?*". - Pierre M'Pelé, Damien Rwegera

Michalon C, Différences culturelles, mode d'emploi, Sepia, Paris, 1997.

Gentilini M et Chièze F (sous la direction de) : L'OPALS et les Centres de Traitement Ambulatoire du Sida en Afrique, John Libbey Eurotext, Paris, 1999.

European Collaborative Study " Risk factor mother-to-child transmission of HIV-1 " Lancet, 1992, 339, 1007-12

Lapointe N et al. " Factors associated with HIV transmission from mother-to-child " HIV Infection in Women Conference, Washington, February 95

Katzenstein DA, Mbizvo M, Zijenah L et al. " Serum level of maternal HIV RNA, Infant mortality, and Vertical

- Transmission of HIV in Zimbabwe " J Infect Dis, 1999, 179, 6, 1382-87
- Shaffer N, Roongpisuthipong A., Siriwasin W et al. " Maternal virus load and perinatal VIH-1 subtype E transmission, Thailand " J Infect Dis, 1999, 179, 3, 590-9
- Villari P, Spino C, Chalmer TC et al. " Cesarean section to reduce perinatal transmission of HIV " Online J Curr Clin Trials, 1993, July 8, doc 74
- Leroy V, Nedwell ML, Dabis F et al. " International multicentre pooled analysis of late postnatal mother-to-child transmission of HIV-1 infection " Lancet, 1998, 352, 597-600
- Centers for Disease Control and Prevention " Recommendations for the Use of Antiretroviral Drugs in pregnant Women Infected with HIV-1 for Maternal Health and for Reducing Perinatal HIV-1 Transmission in the United States " MMWR, 1998, 47, RR-2, 1-30