

UNION POUR L'ETUDE DE LA POPULATION AFRICAINE
5^{ème} Conférence sur la Population Africaine
Arusha, Tanzanie 10-14 décembre 2007

Thème : VIH/SIDA

Séance 654 : L'impact du lancement des ARV sur le comportement sexuel et la fécondité

**LES ENJEUX SEXUELS ET REPRODUCTIFS DE LA MISE
SOUS ARV DES PVVS AU CAMEROUN**

Honoré MIMCHE, IFORD-Université de Yaoundé II
Solange NGO YEBGA, Université Catholique d'Afrique Centrale
Séverin Cécil Abéga, Université Catholique d'Afrique Centrale

Résumé : Avec un taux de séroprévalence de 5.5%, le SIDA constitue aujourd'hui un défi majeur en santé publique au Cameroun. C'est pourquoi le Gouvernement met en œuvre des actions pour faciliter l'accès des PVVS aux ARV. Cependant, la mise sous traitement ARV est porteuse d'enjeux multiples (pour les patients), qui témoignent de la complexité des liens entre l'épidémie de sida et les différents domaines de la santé de la reproduction. L'observance du traitement est génératrice de changements dans la vie reproductive et génésique des patients à cause des normes thérapeutiques prescrites par le corps médical. 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 l'accès au traitement antirétroviral influence les comportements en matière de sexualité, contraception et procréation. Cet article examine les liens entre l'accès au traitement antirétroviral par les patients camerounais et les comportements sexuels et reproductifs qu'ils adoptent. Dans un contexte de forte stigmatisation où les patients ont « peur de partager » leur statut sérologique, comment parviennent-ils à gérer leur sexualité et leur vie féconde lorsqu'ils sont placés sous ARV? Dans quelles circonstances l'accès aux ARV s'accompagne-t-il d'une modification des habitus démographiques (sexuels et reproductifs) des personnes malades? Comment les personnes infectées et suivant le traitement managent-elles désormais leur vie reproductive et sexuelle? A quels types de contraintes sont-elles confrontées, au regard de la place de la sexualité et de la fécondité dans l'imaginaire social? Plus spécifiquement, nous voulons comprendre la manière dont elles vivent désormais leur vie sexuelle et reproductive, parce que tiraillées par les contraintes socioculturelles et les exigences de la maladie, en mettant en relief quelques spécificités de genre.

Mots clés : VIH-SIDA, ARV, PVVS, sexualité, procréation.

Introduction

Le SIDA constitue aujourd'hui dans la plupart des pays en développement un sérieux défi en santé publique. Alors que les premiers travaux scientifiques n'ont montré l'existence du sida qu'en 1985 au Cameroun, cette pandémie est devenue en peu de temps l'un des problèmes majeurs de santé publique dans ce pays. La séroprévalence a connu une évolution inquiétante, touchant principalement les jeunes, les femmes enceintes, les prostitués, les hommes en tenue, les transporteurs qui sont les catégories retenues dans la définition des groupes à risque.

En attendant la découverte d'un vaccin contre « le mal du siècle », le « phénomène sida » a dépassé le cadre de la seule expertise médicale ou sanitaire pour devenir un « problème » de société. Il nécessite désormais des politiques publiques qui ne se contentent plus d'élaborer des messages de prévention portant sur la promotion du préservatif, de l'abstinence ou de la fidélité, mais qui visent un accès des personnes affectées par l'épidémie au traitement, la confidentialité dans la déclaration des résultats des tests sérologiques, la non discrimination des malades du SIDA, la reconnaissance du VIH comme une question de la vie collective, la prise en charge et le soutien des patients et de leur famille, etc. C'est pour cette raison que le Gouvernement Camerounais a entrepris depuis quelques années des actions visant à faciliter l'accès du plus grand nombre de PVVS au ARV. Dans un point de presse du jeudi 19 avril 2007, le ministre de la santé publique a annoncé la gratuité des antirétroviraux à compter du 1^{er} mai 2007. Cette décision arrive à un moment où les Unités de Prise en Charge (UPEC) et les Centres de Traitement Agréé (CTA) enregistrent chaque jour de nouveaux malades et des personnes mises sous traitement antirétroviral.

Cependant la mise sous traitement ARV est, comme la maladie du SIDA, porteuse d'enjeux multiples pour les patients et leur entourage, comme le montre l'histoire d'une jeune femme séropositive à Abidjan, dressée par Kérouedan (1999). « *Etre infecté(e) par VIH a des répercussions sur la vie sexuelle, mais aussi sur les choix de procréation* » (Desclaux et Desgrées du Loû, 2006). Les patients soumis au traitement antirétroviral sont tiraillés par deux registres normatifs présentant chacun un certain nombre d'enjeux pour eux : les normes traditionnelles en matière de sexualité et de procréation qui incitent à un modèle de comportement sociodémographique de type nataliste d'une part, et les dispositions thérapeutiques prescrites par le personnel médical et paramédical qui incite à « *faire une économie de l'utérus* ». En outre, l'observance du traitement du Sida est génératrice d'un certain nombre de changements dans la vie des patients, notamment au niveau de l'organisation quotidienne de leur vie professionnelle (Unesco, 1990 ; Aventin, 1999), familiale (Laurindo da Silva, 1999), mais également au niveau de leur vie reproductive et génésique. Les enjeux soulevés par ces modèles de comportements témoignent de la complexité des liens entre l'épidémie du sida et les différents domaines de la santé de la reproduction. 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 l'accès au traitement antirétroviral peut modifier les comportements en matière de sexualité, de contraception et de procréation. D'après Desgrées du Loû (2004, p. 97), il existe des « *interactions biologiques entre l'infection par le VIH et la fertilité ou la fécondité de la femme et de l'homme, mais aussi les comportements de procréation des couples face à la menace du Sida...Tout d'abord, chez les personnes infectées par le VIH et développant la maladie, l'activité sexuelle va être moins fréquente, voire nulle lorsque le partenaire est lui-même décédé du Sida* ». Autant cette analyse peut être pertinente, autant elle peut présenter des limites, lorsqu'on observe les comportements que les individus atteints par la maladie adoptent, les itinéraires thérapeutiques qu'ils choisissent ou encore le contexte socioculturel de la fécondité, de la nuptialité et de la sexualité dans les sociétés. Comme le montrent Dozon et Guillaume (1994), les changements escomptés dans les comportements procréateurs des personnes atteintes par la maladie ont pour pré requis la modification des habitus démographiques, du statut social de la femme, des attitudes face au VIH/Sida (De Loenzien, 2002) et dans une large mesure des croyances étiologiques. Les ARV étant lancés depuis plusieurs années au Cameroun, il est important de vérifier les effets de l'accès au traitement sur la sexualité et les

comportements procréateurs des patients qui suivent ce traitement afin de savoir les modifications qui surviennent.

Cet article examine les liens entre l'accès au traitement antirétroviral par les patients camerounais et les comportements sexuels et reproductifs qu'ils adoptent. Dans un contexte de forte stigmatisation et où les patients ont peur de rendre public leur statut sérologique, comment parviennent-ils à gérer leur sexualité et leur vie féconde lorsqu'ils sont placés sous ARV ? L'accès aux ARV s'accompagne-t-il d'une modification significative dans les habitudes sexuelles et les habitus reproductifs au sein des couples et dans les relations sexuelles courantes ? Comment les personnes infectées et suivant le traitement managent-elles désormais leur vie reproductive et sexuelle ? A quels types de contraintes sont-elles confrontées, au regard de la place de la sexualité et de la fécondité dans l'imaginaire social (Ela, 1995) ? Quelles différences observe-t-on en matière de comportements sexuels, de contraception, de protection des rapports sexuels et de procréation entre hommes et femmes ? Existe-t-il des obstacles spécifiques aux femmes dans ces domaines ? Cette question est particulièrement importante dans le contexte camerounais où la prévalence chez les femmes est de 6,8%, contre 4,1% parmi les hommes. En outre, la population féminine représente la majorité des patients soumis au traitement dans les centres de santé. Plus spécifiquement, nous analyserons les effets de l'accès au traitement sur la sexualité des patients et mettant en relief des spécificités de genre. Nous voulons, à partir des efforts que le malade déploie pour assurer sa vie quotidienne, comprendre l'organisation de sa vie sur les plans sexuels et reproductifs, la manière dont il vit désormais sa sexualité et sa vie reproductive, parce que tiraillé par les contraintes socioculturelles et les exigences de la maladie. Cette approche nous plonge dans une démarche propre aux sociologues qualitatifs, c'est-à-dire les ethnométhodologues. C'est pourquoi nous articulons deux perspectives théoriques : l'une en termes de systèmes de représentations sociales, à propos de la fécondité, de la sexualité, de la maladie du Sida, qui investissent le quotidien des patients, et l'autre mettant l'accent sur l'expérience quotidienne de la maladie. L'article examine les effets de la maladie du Sida sur les comportements sexuels et procréateurs des personnes atteintes dès lors que celles-ci sont soumises au traitement antirétroviral. Il y a eu ces dernières années des travaux sur l'évolution des comportements sexuels dans un contexte caractérisé par le développement de la maladie du sida mais, très peu de recherche ont été directement orientée vers les personnes atteintes pour voir quelles attitudes elles adoptent dans le domaine de la sexualité et de la reproduction (Ntozi, 2001). Cette perspective de recherche garde toute sa pertinence au vu du contexte de la nuptialité, de la sexualité et de la fécondité en Afrique noire (Ela, 1995).

I. Contexte général de l'étude et aspects méthodologiques

I.1. Terrains et méthodes

La réflexion que nous proposons dans ce article s'appuie sur une étude qui a été réalisée dans le cadre du projet « *Décentralisation de l'accès au traitement antirétroviral en Afrique : évaluation d'une approche « allégée »* » (STRATALL), initié au Cameroun par l'ANRS. Ce projet de « recherche opérationnelle » sur l'évaluation de l'accès aux ARV est fondé sur une approche multi-disciplinaire et une combinaison de méthodes de recherche et de collecte de données. Sur la base de l'expérience des évaluations déjà conduites en Côte d'Ivoire et au Sénégal par l'ANRS, le projet vise à contribuer spécifiquement à l'évaluation de l'élargissement de l'accès aux ARV au Cameroun par un dispositif d'enquêtes quantitatives et qualitatives, d'une part dans des échantillons de la population infectée par le VIH, et d'autre part auprès des professionnels de santé et des structures sanitaires. Les deux objectifs prioritaires du projet concernent en effet :

- d'une part, l'évaluation de l'impact de l'accès au traitement sur la population déjà infectée, par comparaison des caractéristiques médicales, socio-économiques, comportementales et de qualité de vie des personnes vivant avec le VIH selon qu'elles ont ou non accès au traitement ARV ; ce premier

objectif s'inscrit à la fois dans l'évaluation socio-économique de l'efficacité de l'accès aux ARV, et dans la mesure de son impact en terme d'équité.

- d'autre part, l'évaluation des connaissances, attitudes et pratiques des professionnels de santé, et de leur éventuelle hétérogénéité, dans le contexte de changements induits par la montée en puissance rapide de la dispensation des traitements ARV ; ce second objectif concerne les conditions de l'élargissement de l'accès aux ARV en termes d'infrastructures sanitaire et de ressources humaines et réciproquement l'impact de cet élargissement sur le système de santé dans son ensemble.

L'impact de l'accès aux traitements ARV sur la dynamique des comportements à risque tant dans la population déjà infectée que dans la population séronégative exposée au risque d'infection fait intervenir des interactions entre une multitude de facteurs contextuels et comportementaux, et ne peut donc pas être prédite à partir de considérations théoriques. Cet impact demeure un objet d'évaluation empirique d'autant plus décisif qu'il a pu être montré que ce sont les conséquences de l'accès aux traitements sur la dynamique de l'épidémie dans la population non encore infectée (et donc sur la prévention) qui constitueront le paramètre-clé de l'évaluation économique des traitements eux-mêmes (de leur véritable ratio coût-efficacité). Cette question renvoie à l'évaluation socio-comportementale de l'évolution des comportements à risque dans le contexte de l'élargissement de l'accès aux traitements dans les différentes populations concernées (population déjà infectée traitée ou non, populations vulnérables et population générale).

L'analyse est essentiellement basée sur des données qualitatives collectées dans le cadre dudit projet dans les UPEC de Mfou, Monatélé, Mbalmayo et Obala, situés dans la province du Centre. Ce sont des centres de santé situés à la périphérie de la capitale camerounaise qui connaissent, avec la décentralisation du système de soins antirétroviraux, un afflux de patients influencés par la stigmatisation à l'hôpital du jour de Yaoundé. La population concernée est constituée des personnels médicaux chargés de la prise en charge des PVVS placés sous ARV et des PVVS eux-mêmes. Au total, quarante quatre entretiens approfondis ont été conduits dans ces localités. La recherche a eu un caractère biographique qui permet de retracer les différentes implications de la mise sous traitement sur la vie sexuelle et reproductive du patient. Au cours du travail de terrain effectué par les auteurs de cet article, l'objectif était d'établir le lien entre la mise sous ARV et l'adoption de nouveaux comportements, avec une attention sur des différences entre hommes et femmes. L'analyse des données repose sur l'identification des catégories formant le contenu des trajectoires sexuelles et reproductives.

I.2. Situation épidémiologique et système de prise en charge au niveau national et local

I.2.1. Situation épidémiologique nationale

Jusqu'en 2003, les estimations de la prévalence nationale du VIH sont essentiellement obtenues à partir d'un système de surveillance sentinelle dans les services de consultation prénatale. D'après les données recueillies auprès des femmes enceintes, le MINSANTE estimait la prévalence du VIH-SIDA à 0,5% en 1987. En 1999, la prévalence est de 7,2% contre 11% en 2000. Ce taux passera à 12 % en 2002 (OMS, 2004). D'après l'ONUSIDA, 560 000 personnes seraient séropositives pour le VIH au Cameroun dont 40 000 enfants (UNAIDS/WHO, 2004).

D'après l'enquête démographique et de santé (EDS 2004), la séroprévalence est de 5,5% pour les adultes (15-49 ans), avec des disparités régionales marquées. La carte épidémiologique nationale montre que :

- le taux de prévalence est plus élevé chez les femmes, 6,8% contre 4,1% chez les hommes.
- le milieu urbain présente un risque d'infection nettement plus élevé que les zones rurales
- la séroprévalence présente de fortes disparités entre les provinces du pays. A titre d'illustration, il est particulièrement élevé au Nord-Ouest (8,7%), à l'Est (08,6%) au Sud-Ouest (8,0%). A l'opposé, les provinces du Nord et de l'Extrême Nord présentent les plus faibles taux de prévalence, avec

respectivement 1,7% et 2,0%. Seulement, 55.000 malades sur les 75.000 recensés étaient sous ARV à la fin de l'année dernière dans les 18 centres de traitement agréés dans tout le pays.

Tableau 1 : Prévalence du VIH par province et selon certaines caractéristiques démographiques et socio-économiques

Caractéristiques	Femmes	Hommes	Ensemble
Age			
15-19	2,2	0,6	1,4
20-24	7,9	2,5	5,5
25-29	10,3	5,1	7,8
30-34	9,4	8,3	8,9
35-39	7,8	8,6	8,2
40-44	6,0	5,6	5,8
45-49	5,5	3,8	4,7
50-54	Nd	2,5	Nd
55-59	Nd	1,0	Nd
Ensemble 15-49 ans	6,8	4,1	5,5
Milieu de résidence			
Yaoundé/Douala	8,0	4,8	6,4
Autres villes	8,6	5,0	6,9
Ensemble urbain	8,4	4,9	6,7
Rural	4,8	3,0	4,0
Province			
Adamaoua	9,8	4,1	6,9
Centre	6,8	2,1	4,7
Douala	5,5	3,6	4,5
Est	9,4	7,6	8,6
Extrême-Nord	2,2	1,7	2,0
Littoral	6,4	4,7	5,6
Nord	1,7	1,7	1,7
Nord-Ouest	11,9	5,2	8,7
Ouest	4,3	5,2	4,7
Sud	8,4	4,5	6,5
Sud-Ouest	11,0	5,1	8,0
Yaoundé	10,7	6,0	8,3
Niveau d'instruction			
Aucun	3,4	2,7	3,2
Primaire	7,2	4,2	5,9
Secondaire ou plus	8,2	4,3	6,0
Quintile de bien-être Economique			
Le plus pauvre	3,1	1,4	2,4
Second	4,1	2,2	3,2
Moyen	8,1	4,7	6,5
Quatrième	9,4	5,3	7,4
Le plus riche	8,0	5,3	6,6

Source: EDS-III, 2004.

I.2.2. Quelques spécificités de la séroprévalence dans les sites de l'étude

Dans les sites de l'étude, la proportion de patients placés sous ARV s'accroît considérablement au fur et à mesure que les représentations sociales autour de la maladie deviennent peu discriminantes.

Tableau 2 : Effectifs de patients soumis aux ARV

Sites	Nombre de patients sous ARV en mai 2007
Mbalamayo	325
Mfou	300
Monatéle	74
Obala	189

I.2.3. La problématique de la prise en charge des PVVS et de l'accès aux médicaments contre le sida au Cameroun : de l'initiative « Access to Treatment » à la gratuité des antirétroviraux

Le Cameroun est l'un des pays africains qui a affiché une politique volontariste en matière d'élargissement de l'accès aux ARV dans la perspective de 3 by 5. Depuis 2001, il a conduit une politique favorable à l'initiative « Access to treatment ». Diverses étapes ont depuis marqué l'organisation de la prise en charge par ARV au Cameroun. A la faveur de deux décisions ministérielles de 2001¹, le Gouvernement crée 18 CTA² (Centres de Traitement Agréés) et organise la prise en charge au sein de ces centres. En 2003, les protocoles de prise en charge par ARV sont standardisés³. Le traitement ARV est désormais initié chez les patients correspondant aux critères suivants :

- stade C de la classification CDC quel que soit le niveau des CD4
- stades A et B avec des CD4 inférieurs à 200 ou à 15%
- stade B avec des CD4 compris entre 200 et 350 pour les patients présentant des infections récurrentes.

En effet, il y a six ans, les antirétroviraux coûtaient mensuellement six cent mille francs CFA et peu de malades bénéficiaient de ces traitements onéreux et de luxe. La prise en charge des personnes vivant avec le VIH, comprenant les ARV, a été incluse dans le plan stratégique national de lutte contre le SIDA 2000-2005, conduit par le Comité National de Lutte contre le Sida. Le coût des ARV a régulièrement baissé. En 2000, on observe une première réduction du prix de la trithérapie passant de 450 000 FCFA à 250 000 FCFA. Entre 2001 et 2002, deux nouvelles baisses successives des prix interviennent, aboutissant à une réduction des prix de 72% en avril 2001) et à une nouvelle réduction de 53% en juillet 2002. Ainsi, le prix de la trithérapie varie entre 15 000 (Triomune) et 28.000 FCFA par mois selon les combinaisons.

En décembre 2006, les prix des traitements ARV étaient divisés par trois et celui des examens semestriels de suivi biologique des séropositifs ramené à sept mille francs CFA, permettant ainsi à trente mille personnes contaminées de se soigner. Grâce à l'appui du Fonds Mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et la malaria, le Gouvernement s'engage dans une baisse substantielle des prix des traitements à entre 3000 FCFA par mois (Triomune) et 7000 FCFA, et des examens biologiques (18 000 FCFA). La décision N°468 du 24 septembre 2004 fixe ainsi la nouvelle tarification des protocoles de première ligne de prise en charge des PVVS par les ARV, des médicaments des IO et des examens de suivi biologique.

Le plan stratégique 2004 – 2006 fixe l'objectif explicite d'assurer d'ici fin 2006 la mise sous ARV d'au moins la moitié des personnes nécessitant un traitement. De façon cohérente avec cet objectif, le plan se propose d'étendre la prise en charge par ARV à un niveau plus décentralisé de la pyramide sanitaire. A cette fin, la décision de créer des Unités de Prise en Charge (UPEC) pour le VIH/sida incluant la dispensation des traitements ARV au sein de 60 des 155 hôpitaux de district du pays a été prise en septembre 2004⁴ ; les CTA des capitales provinciales font office de centre de référence pour le VIH/sida, avec une mission de parrainage et de supervision pour les UPEC de leur province. La Province du Centre est, à notre connaissance, celle où ce processus de mise en œuvre est actuellement le plus avancé : la formation théorique des personnels des UPEC, sous l'égide du CTA de l'Hôpital Central de Yaoundé et avec l'appui d'ESTHER, a été réalisée en décembre 2004 ; la mise à niveau des laboratoires est en cours et les premières initiations de traitement pourraient intervenir avant le début de l'été 2005. Cet accès décentralisé s'accompagnera de la mise en œuvre d'un algorithme simplifié pour l'initiation et le suivi du traitement qui s'inspire directement des recommandations OMS. Il faut cependant rappeler qu'il s'agit de

¹ Décision N°0178/MSP/CAB du 16 mars 2001 du Ministre de la Santé Publique ; Décision N°0190/D/MSP/CAB du 30 mars 2001 du Ministre de la Santé Publique

² Dont 2 à Douala, 7 à Yaoundé et 9 autres dans les capitales provinciales. Trois structures privées sont également autorisées à dispenser les ARV.

³ Circulaire N° D36-37 /C/MSP/CAB du 13 août 2003 du Ministre de la Santé Publique

⁴ Décision n° 0455 du 22 septembre 2004

recommandations adaptées par consensus d'experts au contexte de systèmes de santé à ressources limitées et qu'elles n'ont connu pour l'instant aucune évaluation empirique. Le Cameroun sera donc l'un des premiers pays africains à tester à large échelle une montée en puissance de l'accès aux ARV par leur diffusion à un niveau relativement décentralisé du système de soins.

II. Contexte socioculturel de la sexualité et de la maladie et trajectoires des comportements procréateurs chez les PVVS au Cameroun

Pour comprendre certains enjeux sexuels du Sida et la manière dont les PVVS décident de gérer leurs comportements sexuels et reproductifs lorsqu'ils sont soumis au traitement, il est important d'interroger les contextes social et médical, en examinant les registres normatifs qui entourent les pratiques dans les domaines de la santé de la reproduction et leurs impacts sur le partage de la séropositivité. Il s'agit d'une part du statut social de la femme et des principes sociaux qui l'orientent et, d'autre part, des exigences thérapeutiques auxquelles sont soumises les personnes vivant la maladie et placées sous traitement antirétroviral. Ce contexte permettra de répondre à deux questions spécifiques. A quelles types de contraintes sont confrontées les personnes sous traitement antirétroviral, au regard de la place de la sexualité et de la fécondité dans l'imaginaire social et au regard du statut social de la femme ? Existe-t-il des obstacles spécifiques aux femmes dans ces domaines ?

II.1. Statut social de la femme, accès au traitement antirétroviral et comportements sexoreproductifs

Les enjeux du Sida pour les femmes ont généralement été examinés à travers l'impact de leur condition sociale sur le risque d'infection. C'est pourquoi, à l'image des statistiques épidémiologiques, les femmes ont généralement été présentées comme des personnes vulnérables. Dotées d'un faible pouvoir de négociation dans leurs relations sexuelles avec les hommes, notamment dans les domaines relatifs au choix du partenaire, à l'utilisation des méthodes contraceptives, au type de rapports sexuels, elles sont apparues dans la littérature comme les personnes les plus exposées à la maladie et les plus touchées par l'épidémie du Sida en Afrique.

Les statuts et les rôles sociaux sont une composante de toute organisation sociale. Ainsi, la variété de la condition féminine peut expliquer la diversité des modèles de fécondité et les régimes de sexualité, de même que la vulnérabilité des femmes dans les domaines de la santé de la reproduction. Dans les sociétés où les femmes sont d'abord des « mères et des épouses », et où il n'y a « pas de féminité sans maternité », elles sont tenues de « produire » des enfants pour avoir une meilleure visibilité sociale. La valeur de la femme est donc liée à sa capacité procréative, c'est-à-dire sa fertilité. L'entrée en union est souvent corrélée à l'entrée en vie sexuelle et reproductive, le mariage étant le cadre formel de la validation de la reproduction. C'est pourquoi les femmes ont la pression de la procréation ou l'obligation d'enfanter dans la plupart des communautés africaines. Généralement dans ce cas, elles ne peuvent ni décider de la taille des ménages, ni prendre des décisions dans les domaines relatifs à la sexualité et la reproduction. D'après Ela (1994) le fait qu'une femme décide de s'approprier son corps en recourant à l'utilisation des nouvelles technologies de la reproduction est souvent associé à « *une grève du ventre* », pouvant l'exposer à la répudiation. C'est dire que c'est dans le domaine de la vie reproductive que peuvent aussi se lire les interactions entre l'individu et la société. Dans ce sens, le statut de la femme, en particulier une plus grande autonomie en matière de prise de décisions, constitue un élément important de la dynamique de la séroprévalence. Le statut de la femme au sein du couple ou du ménage détermine sa capacité à négocier ses relations sexuelles et de recourir ou non à une méthode contraceptive pour contrôler sa descendance et éviter les IST-SIDA. Il dénote aussi de la capacité des femmes séropositives à protéger leurs partenaires et à changer de comportements lorsqu'elle est infectée et soumise au traitement.

Ces éléments du contexte social justifient l'intérêt à porter sur le statut social de la femme dans l'analyse des enjeux sexuels et reproductifs de la mise sous traitement ARV des personnes atteintes. Autrement dit, comment les femmes peuvent-elles dans de telles circonstances développer des comportements sans risques ? Les femmes des hommes infectés peuvent-elles réellement éviter les rapports (non protégés) lorsqu'elles le désirent, sans risque de stigmatisation par la société et de répudiation par leurs conjoints ? De même, peuvent-elles décider de ne pas avoir d'enfant dans un environnement social où la société attend qu'elle « fasse des enfants ». Comment la mise sous traitement peut-elle réellement se conjuguer avec ces impératifs sociaux qui sont devenus des habitudes fortement ancrées dans les mœurs démographiques. Ce sont là des questionnements spécifiques que pose réellement l'épidémie du Sida dans le domaine de la santé de la reproduction. Ces enjeux interfèrent avec les droits réels des femmes et des hommes dans le domaine de la vie sexuelle et reproductive.

D'après les données de l'EDSIII (2004, p. 136) au Cameroun, les femmes qui ne participent à aucune décision au sein du ménage déclarent avoir plus d'enfants que celles qui participent. En outre, les résultats de l'EDS III (2004, p. 59) montrent que plus de la moitié des femmes camerounaises pensent qu'il n'est pas justifié qu'une femme refuse d'avoir des rapports sexuels avec son mari/partenaire, soit 52%. C'est ce contexte de la sexualité et de la fécondité féminine qui permet de comprendre les contraintes auxquelles sont quotidiennement confrontées les femmes, y compris celles qui sont séropositives et placées sous ARV. D'après Dozon et Guillaume (1994), « *la fécondité reste une valeur importante au sein des sociétés africaines, au même titre que la polygynie [...] Avoir de nombreux enfants est toujours la marque d'une réussite sociale, avec bien sûr la perspective qu'à leurs vieux jours les parents bénéficieront, même de leurs descendants. Cet habitus de la fécondité, même s'il est le produit de systèmes traditionnels dominés largement par les hommes, est et reste aussi, et peut-être surtout, véhiculé par les femmes elles-mêmes. Elles y voient toujours le moyen d'asseoir normalement leur statut au sein de la société...* ». Par rapport aux hommes séropositifs, les femmes séropositives jouissent d'une faible autonomie et d'un faible pouvoir de décision. Ces éléments montrent des prédispositions des patients à changer leurs comportements dans les domaines de la sexualité et de la reproduction, tel que le préconisent les normes médico-saitaires.

II.2. Le discours biomédical

A côté des valeurs socioculturelles relatives à la sexualité et à la reproduction, de nouvelles normes ont émergé à la suite des travaux en biologie et en médecine. Celles-ci prescrivent des modèles de comportements à adopter aux personnes infectées, particulièrement dans les domaines de leur alimentation, de la gestion de leur vie sexuelle et reproductive. De façon générale, ces normes sont sous tendues par l'idéologie de la planification familiale et de la parenté responsable. C'est pourquoi le personnel de santé recommande aux patients soumis au traitement une grande rigueur dans la gestion de la vie sexuelle, notamment en leur demandant d'éviter des rapports non protégés, d'avoir de nouvelles grossesses. L'utilisation des préservatifs reste la règle alors que les couples ont souvent eu une faible prédisposition à recourir à cet outil de la sexualité (Yomi, Aoudou et Tambashe). D'après certains patients interrogés, les véritables difficultés du traitement résident dans les difficultés à respecter ces exigences médico-sanitaires tout en cherchant à assurer leur intégration sociale. Comme le souligne Desgrées du Loû (2005, p. 236), « *décider de ne plus avoir d'enfants expose la femme à trop de risques sociaux* ». Les enjeux familiaux et sociaux de la sexualité ne sont donc pas pris en compte dans ces prescriptions. Ce qui a souvent conduit les patients à refuser le traitement « *pour d'abord d'affirmer socialement* » comme nous l'a affirmé une patiente rencontrée à Monaté.

Contrairement aux valeurs traditionnelles, la mise sous traitement apparaît comme une perspective de construction d'une nouvelle identité sexuelle et reproductive. Elle confronte finalement le patient à un défi, celui de construire une nouvelle identité dans la société, en prenant en compte l'influence de la

stigmatisation, les impératifs sociaux et sanitaires et le désir d'affirmer son statut d'homme par sa fertilité. Ces deux registres normatifs mettent en relief toutes les difficultés rencontrées dans les domaines de la sexualité et de la reproduction par les personnes atteintes par le virus du Sida. Ainsi, il convient de comprendre les types de comportements qui se développent dans ce contexte particulièrement « *embarrassant* » pour la plupart des patients interrogés.

II.3. Partage de diagnostic avec le conjoint, prise charge familiale et évolution des comportements démographiques

La plupart des travaux effectués sur l'annonce du statut sérologique par le corps médical a montré les difficultés qui sont associées à ce rôle dans l'activité médicale (Vidal, 1997). Dozon et Guillaume (1994) parlent d'une « *rude épreuve pour la profession médicale* ». Au-delà de cette interaction sociale difficile à construire, l'annonce du statut est en soi une forme de construction d'une nouvelle identité chez le patient, notamment par la définition implicite d'une nouvelle manière d'exister à travers l'ensemble des exigences associées au traitement (prise de médicaments, contrôle du CD4, régime alimentaire, rendez-vous, utilisation des préservatifs, limitation des naissances, etc.). Les jugements portés par les malades sur les dispositifs médicaux rendent compte du ritualisme qui entoure le dépistage. Le diagnostic d'une maladie par le médecin modifie le comportement du patient. Comme le souligne (Laurindo Da Silva Lindinalva, 1999 : 39), « *le diagnostic de sida ou de séropositivité [est], pour la personne atteinte, le point de départ d'une situation avec un virus qu'elle [sait] impossible à éliminer avec des médicaments. Cette prise de conscience fait basculer la vie de la personne de façon irrémédiable, impliquant des choix et des remaniements profonds de son existence* » à cause du nouveau statut social inhérent à sa maladie. A ceci peut s'ajouter le fait que le SIDA est une maladie chronique qui impose au malade toute une « *carrière thérapeutique* ». A ce titre et comme l'a observé Thiaudière (2002), l'annonce du statut sérologique positif et l'entrée dans la maladie constituent pour le malade une « *sanction autant médicale que sociale* ». La prescription du test dans les hôpitaux est subjectivement vécue comme une manière pour le personnel médical d'attribuer au patient un statut social et pathologique. Ainsi, l'usage des termes « *personne vivant avec le VIH* » ou une « *personne atteinte par le sida* » pour définir une catégorie de malades est toujours perçu comme étant porteur du stigmate à cause des représentations collectives de cette maladie.

La séropositivité est alors une forme d'institutionnalisation de ce statut et l'entrée du patient dans cette « *carrière* » qui finit par être une réelle manière de lui conférer une autre identité sociale. Les témoignages de patients montrent que l'admission à ce statut de « *personne atteinte* » se passe au début comme un véritable classement social puisque dans les rites de socialisation spécifique au milieu hospitalier, on apprendra au malade les personnes avec lesquelles il sera désormais en interaction, à savoir le personnel de l'UPEC, chargée de la prise en charge des PVVS. C'est cette construction qui est la base de l'adoption de certains comportements pouvant influencer ceux relatifs à la sexualité et à la reproduction. Le refus du test par de nombreuses personnes apparaît ici comme un refus d'intégrer cette classification qui dote les personnes atteintes d'une « *identité blessée* ». Ainsi, l'ensemble des pratiques liées à la prise en charge de la maladie forme un espace de pratiques et de relations sociales, renforce « *le sentiment d'appartenir à un monde social à part* ». Chez plusieurs patients, « *la chronicité impose une représentation de soi* » qui tend à développer une forme de culpabilité. Ainsi, le dépistage, l'annonce du statut sérologique et la mise sous traitement antirétroviral « *participent à la construction d'une identité qui reconnaît non seulement des besoins spécifiques aux malades mais qui, immanquablement, institue une définition (une catégorie administrative, [sociale et] juridique) du « malade atteint par l'infection à VIH » et, par là même, participe à la constitution d'un statut social* » (Thiaudière, 2002). C'est pourquoi sur le champ hospitalier, comme en dehors de cet espace, être atteint par le VIH-SIDA va constituer un fardeau pour le patient et son entourage, notamment avec le poids de la stigmatisation qui a été construite déjà à partir du travail médical. Le statut de « *personne atteinte par le virus du Sida* » ou « *de personne vivant avec la maladie du Sida* » apparaît comme une

caractéristique d'une catégorie de personnes. Ce trait devient un stigmate par la valeur négative qui est attribuée à ces personnes dans le tissu social et les interactions quotidiennes. Dès lors, être une personne atteinte et même affectée par la maladie constitue un attribut qui vous discrédite et vous élimine théoriquement du cercle de personnes pouvant mener aisément leur vie sexuelle et reproductive. Comme l'a souligné Goffman, ce discrédit contamine tous ceux qui ont ces caractéristiques dans la société et la stigmatisation contribue à leur marginalisation sociale.

Cette situation qui expose l'individu à un regard critique de la société est à l'origine d'une multiplicité de trajectoires qui rythment son comportement thérapeutique au quotidien. « *Dans tous les lieux de la vie sociale perturbée par la maladie, la personne malade est donc un acteur central, obligé de faire des choix et de prendre des initiatives* » pour gérer les problèmes posés par la stigmatisation (Adam et Herzlich, 1994). « *Le sentiment qu'on a immédiatement d'appartenir à une catégorie de personnes malades est toujours quelque chose qui vous distingue des autres. En plus le fait que vous soyez désormais soumis à un espace particulier de traitement c'est-à-dire l'UPEC, vous confère également un nouveau statut qui est implicitement une expression de la stigmatisation* », relève une patiente. Les récits de vie des patients montrent que, quelle que soit l'importance du counselling avant ou après le test, il s'opère un changement dès qu'ils sont informés de ce nouveau statut. C'est ce contexte qui justifie le statut du Sida comme « *maladie stigmatisante* » et principalement le rôle de l'activité médicale dans la production d'une « *identité blessée* » du patient. Quelles que soient les stratégies de « *normalisation* » que mettent en œuvre pour gérer au quotidien le stigmate associé à cette maladie, la nouvelle manière de vivre à laquelle l'invite l'annonce de son statut par le corps médical n'est jamais un retour à l'état antérieur mais elle constitue toujours un ensemble d'actions et d'interprétations devant mener à la construction d'une « *nouvelle attitude naturelle* » (Adam et Herzlich, 1994 :110). L'annonce de la séropositivité constitue toujours « *une rupture biographique* » (Bury, 1982) qui intègre désormais l'individu dans la gestion quotidienne du stigmate.

Compte tenu de ce qui précède, la communauté perçoit le VIH comme une maladie occulte sanctionnant un mauvais comportement. La personne vivant avec le VIH est stigmatisée. Sa maladie est synonyme de surcoût, car cette personne et ses descendants devront être pris en charge. Cette perception prédispose les partenaires à des comportements spécifiques en matière de partage du statut sérologique. La personne vivant avec le VIH (PVVIH), qui, seule a connaissance du diagnostic, peut donc dévoiler son statut s'il veut rechercher un soutien matériel, financier ou psychologique, la protection de son partenaire ou de sa descendance. Au cas contraire, il préfère, de peur d'être stigmatisé, cacher son statut sa séropositivité.

La prise en charge familiale et les changements de comportements sexuels peuvent suivre plusieurs logiques, selon le membre de la famille qui sera dépisté en premier. Quand un ascendant (enfant) est dépisté en premier, les choses sont plus faciles dans la mesure où le dialogue est plus aisé dans le couple en ce qui concerne la sexualité et la gestion de la reproduction telle que stipulée par le personnel médico-sanitaire. Les parents décident d'informer le partenaire au cas où la personne infectée est adulte en vue de les amener à revoir leurs habitudes sexuelles. Dans le cas contraire, si la première personne dépistée est l'homme ou la femme, la prise en charge familiale est très difficile. Ils refusent le plus souvent de dialoguer sur la maladie et de s'informer mutuellement sur leurs statuts sérologiques. La prise du médicament se fait dans l'anonymat, de peur qu'un partenaire soit informé. Cette situation peut durer des années et la vie du couple se déroule normalement dans tous les domaines de la reproduction. Lorsque c'est la femme qui est dépistée avant son conjoint, elle peut par peur d'être répudié, cacher son statut et continuer d'avoir régulièrement sa vie sexuelle et reproductive. C'est parfois l'arrivée d'un enfant dans le ménage qui permet aux deux partenaires de découvrir leur séropositivité et, dans ce cas décider de développer la contraception dans leur vie sexuelle. Dans le cas contraire, la femme préfère créer l'anonymat autour de sa maladie, au niveau de son partenaire et de sa belle famille. Ce qui rend difficile le changement de comportement. Les principales sources de

difficulté sont alors liées aux contraintes qui vont désormais peser sur la procréation et la sexualité. L'homme a peur que sa belle-famille soit informée. La femme craint d'être qualifiée de stérile et la répudiation qui s'en suivra ou encore le recours à la polygamie par son conjoint. Si les deux partenaires sont diagnostiqués au même moment, les difficultés sont moins grandes, en facilitant le dialogue et les possibilités de changement de comportements sexuels. Une dédramatisation peut alors avoir lieu, et cette banalisation peut conduire les PVVIH à adopter complètement les comportements de prévention les plus élémentaires : utilisation des préservatifs, limitation des naissances.

Compte tenu de tout ce qui précède, l'accès aux ARV s'accompagne-t-il d'une modification dans les habitudes sexuelles et les habitus reproductifs au sein des couples et dans les relations sexuelles courantes ? Comment les personnes infectées et suivant le traitement managent-elles désormais leur vie reproductive et sexuelle ? Quelles différences observe-t-on en matière de comportements sexuels, de contraception, de protection des rapports sexuels et de procréation entre hommes et femmes ?

III. Entre logiques médico-sanitaires et logiques sociales : évolution des comportements sexuels et des déterminants immédiats de la fécondité

La présentation des éléments précédents permettent à présent d'analyser les interactions entre le VIH Sida, à travers l'accès aux ARV, et la fécondité, à travers quelques déterminants et les facteurs socio-culturels de la fécondité. Il s'agira des prédispositions en matière de paternité et de maternité, de l'utilisation du préservatif, du mariage.

III.1. Les prédispositions en matière de paternité et de maternité chez les personnes vivants avec le virus du Sida

Dans la plupart des couples, fonder une famille reste un des objectifs prioritaires du mariage et de la famille. Malgré les évolutions observées dans les habitus démographiques, avec une tendance à la baisse de la fécondité, le désir d'enfant est encore un indicateur de réussite sociale. Comme le souligne Dozon et Guillaume (1994), *« la fécondité reste une valeur importante au sein des sociétés africaines, au même titre que la polygynie [...] Avoir de nombreux enfants est toujours la marque d'une réussite sociale, avec bien sûr la perspective qu'à leurs vieux jours les parents bénéficieront, même de leurs descendants. Cet habitus de la fécondité, même s'il est le produit de systèmes traditionnels dominés largement par les hommes, est et reste aussi, et peut-être surtout, véhiculé par les femmes elles-mêmes. Elles y voient toujours le moyen d'asseoir normalement leur statut au sein de la société... »*. Dans les unions polygamiques, cette obsession de la descendance crée souvent une compétition entre les femmes, la taille de la descendance permettant à une femme d'avoir une meilleure considération sociale. Ces observations permettent de comprendre la situation dans laquelle se retrouvent certaines femmes placées sous ARV, c'est-à-dire une sorte de dilemme. D'une part, elle est face à ses obligations sociales et conjugales pour lesquelles elle doit, pour conserver ses privilèges, avoir une descendance. D'autre part, le personnel soignant lui demande d'informer son partenaire, d'éviter des rapports non protégés et dans une certaine mesure d'éviter d'avoir une grossesse. Le principal conseil est la systématisation du préservatif, le plus souvent dans un couple qui ne l'a pas utilisé, si ce n'est pour éviter des grossesses trop rapprochées. Cette dernière exigence pèse davantage sur les jeunes femmes qui désirent encore avoir des enfants face à la pression du réseau de parenté. L'exigence d'affirmer sa féminité par sa maternité et les contraintes de la maladie dont elle souffre. C'est pourquoi, certaines femmes refusent leur statut sérologique, de peur de perdre leur conjoint. D'autres par contre, lorsqu'elles acceptent de suivre le traitement, n'informent pas leurs conjoints également. Ce qui leur fraie la voie à une sexualité comme toute personne non atteinte par le virus du Sida.

Cependant, on a souvent observé chez les jeunes patientes le recours à l'avortement pour garder l'anonymat autour de leur statut sérologique, le test devenant pratiquement obligatoire pour les femmes enceintes. Il convient de noter que ce recours à l'avortement est corrélé à la stigmatisation dont sont

victime les PVVS dans la société et dans les familles (Mimche, 2007). Ce qui ne les amène pas toujours à réduire leur activité sexuelle après avoir appris qu'elles étaient séropositives. A l'UPEC de Mfou, l'infirmière a reçu plusieurs fois une patiente pour des soins post-abortifs, alors qu'elle lui avait prescrit l'usage systématique du préservatif pour ses rapports sexuels.

III.2. La demande d'enfants chez les personnes infectées

Pour comprendre la dynamique de la fécondité et l'évolution des comportements reproductifs, il est nécessaire d'examiner les projets des acteurs sociaux en matière de procréation. C'est pourquoi il importe de savoir le nombre d'enfants souhaités par personne comme c'est généralement le cas dans les enquêtes quantitatives. Il renseigne sur les attitudes et les préférences d'une population en matière de fécondité. Ces projets peuvent être différents selon que la personne interrogée est une femme ou un homme. De manière générale, la prise en compte des préférences selon le sexe des enquêtés peut mieux permettre de saisir les perspectives des comportements reproductifs.

La dimension désirée de la famille montre que la demande d'enfant traduit la permanence de comportements natalistes, la fécondité étant hautement valorisée. En choisissant de ne plus avoir d'enfants définitivement ou pendant une période relativement longue, les femmes infectées estiment qu'elles risquent de perdre la considération dont elles jouissent au sein de la famille et auprès de leur belle-mère ou leurs conjoints.

Parmi les femmes infectées, la demande d'enfant est un réel besoin pour assurer leur place dans la société. Lorsqu'elles sont au début de leur vie génésique, le statut sérologique et les pressions exercées par le personnel paramédical n'influencent pas considérablement les choix en matière de reproduction et de sexualité. De manière générale, les femmes séropositives qui ne désirent plus d'enfants sont celles qui ont déjà eu une descendance relativement importante et qui se situent à la ménopause. Par contre les jeunes femmes et les jeunes couples désirent avoir des enfants, même lorsqu'ils sont séropositifs. Ce qui détermine l'acceptabilité et le recours à la contraception. En effet, les prédispositions à l'utilisation du préservatif chez personnes infectées ne changent pas systématiquement. Ce qui est en partie lié à l'introduction du condom par un partenaire et au partage de l'information sur le statut sérologique.

Au cours des six premiers mois qui suivent le résultat du test, les personnes infectées ont généralement préféré garder confidentiel l'information sur leur statut sérologique. Les personnes sélectionnées pour partager l'information sont celles qui peuvent contribuer à la prise en charge du traitement. Ce qui a souvent amené les femmes à éviter dans un premier temps de discuter de leur maladie avec leur conjoint. Dans ce cas, elles continuent de vivre leur sexualité normalement, c'est-à-dire sans utiliser le préservatif. Le refus de partager l'information sur la maladie est aussi lié à la peur de la répudiation chez les femmes, alors que les hommes craignent d'être considérées par leurs conjointes comme des personnes infidèles.

Théoriquement, on s'attendrait à ce que deux types de comportements se développent avec le VIH SIDA et en rapport avec la fécondité : le recours à l'avortement et le refus de concevoir chez les femmes qui ne veulent pas que soient contaminés leurs enfants (Nzoti, 2001). Plusieurs travaux effectués dans d'autres contextes épidémiologiques ont d'ailleurs montré que l'épidémie de VIH SIDA faciliterait la baisse de la fécondité partant de l'hypothèse que les femmes et les hommes qui acceptent généralement leur statut sérologique et se mettent sous traitement se conforment aux prescriptions médico-sanitaires en décidant d'éviter de nouvelles grossesses. Cependant, malgré les effets de la maladie sur la progéniture et les effets de l'infection sur une éventuelle grossesse, on observe souvent dans les services de santé maternelle et infantile que des femmes décident de procréer malgré leur état sérologique, parce que tiraillées par des contraintes sociales, familiales, culturelles et religieuses.

Les impératifs thérapeutiques viennent donc se greffer à des logiques sociales en matière de sexualité et de reproduction sans les bousculer totalement.

III.3. « *Etre sans enfant et vivre sous ARV* » : quelles incertitudes pour les femmes nullipares et primipares ?

Les données des entretiens avec les patientes montrent que des différences peuvent s'observer entre les femmes séropositives nullipares ou primipares, les femmes séropositives issues des ménages polygyniques d'une part et les femmes multipares d'autre part. Le besoin d'enfanter et d'affirmer leur féminité est encore significatif chez les premières. Ce qui leur donne la possibilité d'accorder plus d'importance à ces impératifs sociaux qu'à la préservation de leur santé et au risque de contaminer leur enfant. C'est le cas de Hélène, une patiente de 26 ans rencontrée à l'hôpital de Mfou. Elle découvre sa séropositivité alors qu'elle est encore fiancée à Isaac son partenaire. Elle décide de ne pas l'informer parce qu'elle l'aime beaucoup et reste convaincue qu'il est également infecté. Après son résultat, elle s'engage à continuer à faire ses rapports sans préservatifs parce qu'elle n'arrive pas à concevoir depuis deux années que dure leur relation. Entre temps, sa belle famille estime qu'elle constitue un obstacle à la pérennisation de la famille de Isaac. Elle veut que ce dernier prenne une femme qui peut « faire des enfants pour agrandir la famille ». Après des discussions avec les agents de santé, elle constate qu'elle peut recourir à la PTME si elle est enceinte. Après des mois de traitement, elle tombe enceinte et informe son partenaire qui lui confirme alors qu'ils vont se marier. Ce dénouement est l'expression des trajectoires que vivent plusieurs femmes infectées. Cette situation n'est pas distincte de celle racontée par Sylvie, également infectée et vivant dans un ménage polygamique. Contrairement à sa co-épouse qui a eu des enfants, elle estime qu'elle n'a pas les mêmes considérations que cette dernière parce qu'elle n'a pas accouché. Ce qui l'oblige à affirmer sa féminité par la procréation. Elle ajoute qu'elle aimerait avoir beaucoup d'enfants pour attirer aussi la sympathie de sa belle famille. Dans ce sens, il n'est pas évident que la mise sous ARV entraîne automatiquement des changements dans le calendrier de sexualité, la manière d'avoir les rapports sexuels et le désir de procréation. Les femmes infectées ont aussi des pressions sociales concernant leur féminité et ce en rapport avec les maternités. La plupart des patientes rencontrées affirment encore que rien n'a changé dans la manière de faire les rapports sexuels avec leur conjoint depuis qu'ils ont dépisté leur séropositivité. Au-delà des raisons économiques, la barrière à l'utilisation du préservatif réside dans la « *confiance qui s'instaure dans le couple avec les rapports sans préservatif* ». D'après certains patients, « condom ne doit pas s'interposer entre deux personnes qui s'aiment ». Le traitement influence les rapports sexuels quotidiens dans leur intensité ou fréquence et détermine le recours aux contraceptifs, surtout lorsque les deux conjoints sont informés de leurs statuts sérologiques respectifs et ont souvent une descendance. Cependant, les femmes qui connaissent la PTME ont aussi tendance à minimiser le risque de transmission mère-enfant en se livrant à une sexualité non protégée pour procréer.

II.4. « *On n'introduit pas le condom du jour au lendemain dans un couple !* » : quand les habitudes enfrennent le dialogue sexuel et le changement de comportement sexuels dans les couples

D'après plusieurs enquêtes réalisées au Cameroun sur les comportements sexuels, il est apparu que les couples n'utilisent pas généralement les préservatifs. Leur utilisation étant principalement conçue comme une manière d'éviter la grossesse rapprochée. Lorsqu'ils sont utilisés, c'est dans le cadre des relations qu'entretient un conjoint avec partenaire occasionnel. En outre, l'utilisation du préservatif est souvent observée dans les six premiers mois qui précède le début d'une relation, au terme duquel se crée une forme de fidélité. C'est dire que le préservatif reste très peu utilisé au sein des couples. Dans ce contexte, lorsqu'un partenaire est déclaré séropositif, le recours au préservatif constitue un problème pour plus d'une raison. D'abord à cause des habitudes sexuelles, mais surtout pour éviter le soupçon d'un partenaire.

Jean est un patient polygame vivant à Yaoundé, mais qui suit son traitement dans une ville périphérique de Yaoundé. Aucune des ses deux femmes n'est informée de son statut sérologique. Mais il entretient régulièrement ses rapports sexuels avec ses épouses. Il a d'ailleurs eu deux enfants avec ses épouses depuis qu'il est dépisté séropositif. Il affirme qu'il éprouve beaucoup de difficultés à introduire le préservatif pour protéger ses conjointes. Par peur d'être considéré comme infidèle, il cache son statut et continue d'avoir normalement ses relations sexuelles. Trois ans durant, il n'a pas pu engager un dialogue sur sa maladie et éprouve des difficultés à imposer le préservatif à ses femmes parce qu'il estime aussi qu'elles penseront qu'il ne veut pas qu'elles procréent.

En guise de conclusion

Nous nous sommes proposés dans cet article de voir quels impacts le recours aux soins antirétroviraux avait sur les comportements sexuels et les prédispositions en matière de maternité et de paternité des patients atteints par le virus du Sida. Avec le niveau relativement élevé de la fécondité en Afrique noire, le développement de la pandémie du sida est souvent apparu dans la littérature comme étant probablement le catalyseur de la transition de la fécondité. Cette posture se fonde sur un certain nombre d'hypothèses qui ont été vérifiées dans certains contextes épidémiologiques. Parmi ces hypothèses, on peut citer : le VIH/SIDA infléchit la fécondité à travers des déterminants biologiques et comportementaux immédiats; le sida engendre des modifications dans les structures familiales, dans les comportements sexuels et dans la nuptialité, susceptibles d'avoir des conséquences sur les phénomènes et la dynamique démographiques. Parce les personnes infectées auraient tendance à réduire leur activité sexuelle dès qu'elles apprennent qu'elles sont séropositives ou parce qu'elles décident d'interrompre les grossesses afin d'éviter la transmission mère enfant qui peut d'ailleurs constituer le moyen implicite du dévoilement de leur séropositivité, ces comportements sexuels et reproductifs auraient une influence sur le taux de natalité, qui est calculé sur la base du nombre de naissances vivantes uniquement (Nzoti, 2001). Dans ce sens, la séropositivité peut conduire à une limitation des naissances parce qu'elle influence les rapports sexuels quotidiens dans leur intensité ou leur fréquence et détermine le recours aux nouvelles technologies de la reproduction, surtout lorsque les deux conjoints sont informés de leurs statuts sérologiques respectifs.

De manière générale, il faut signaler que cette conception est fortement sous-tendue par une conception bio-médicale de la reproduction et qui ne prend pas toujours en compte tout l'arsenal culturel et idéologique qui s'articule autour de la reproduction. Ainsi, on s'oriente vers une conception de la reproduction qui se veut plus englobante. Comme on peut l'observer dans les récits de vie de patients infectés et mis sous traitement, la difficile rupture avec l'imaginaire collectif en matière de sexualité et de procréation montre que, même lorsqu'ils sont sous traitement antirétroviral, ils restent tiraillés par les valeurs sociétales qui ont établi qu'il n'y a pas de féminité sans maternité et que la valeur d'un homme se définit socialement par sa capacité procréative. Ces résultats, qui se rapprochent de ceux obtenus par d'autres chercheurs à partir de l'exemple ivoirien (Moatti et al., 2003, Desgrées Du Loû, 2005), montrent que dans les domaines de la sexualité et de la reproduction, « les impératifs familiaux, sociaux et affectifs paraissent plus importants que la préservation de la santé d'un membre du couple, voire même que le risque de donner naissance à un enfant infecté » (Desgrées du Loû, 2005, pp. 236-237). La mise sous ARV n'entraîne pas toujours une diminution de l'intensité des relations sexuelles chez les personnes non mariées. De même, l'accès au traitement n'implique pas un changement radical dans les habitus socio-démographiques. Les patients ont tendance à accorder plus d'importance aux impératifs sociaux qu'aux exigences médico-sanitaires.

Cet article a contribué à la compréhension des mécanismes d'interactions entre la pandémie de VIH/sida et la fécondité, avec un accent particulier sur la sphère sexualité/procréation. Il apparaît que le lancement des ARV pose un certain nombre de problèmes aux personnes infectées, notamment dans le domaine de la reproduction. Ces problèmes sont liés au fait que les normes médicales qui tendent à

prescrire l'usage systématique du préservatif aux couples infectés sont préconisées dans un environnement particulièrement nataliste. La demande d'enfant reste une préoccupation importante chez les femmes infectées et les femmes des hommes infectés, malgré les prescriptions médico-sanitaires. C'est pourquoi, la parité apparaît finalement comme l'élément clé de l'observance de ces prescriptions d'autant plus que entre l'obligation médicale et les exigences socioculturelles, ces dernières l'emportent souvent dans les choix stratégiques des acteurs sociaux interpellés par les logiques communautaires et familiales. Ce qui se confortent d'ailleurs avec la PTME. On observe souvent que les femmes qui connaissent la PTME ont tendance à minimiser le risque de transmission mère enfant en se livrant à une sexualité non protégée. Tous ces enjeux sont corrélés à la stigmatisation dont sont victimes les personnes atteintes dans leurs réseaux de relations quotidiennes (Mimche, 2007).

Bibliographie

- Adam P. et Herzlich C. (1994), *Sociologie de la maladie et de la médecine*, Paris, Nathan.
- Aventin L. (1999), « Stratégies d'entreprises dans le dépistage et le licenciement de employés vivant avec le VIH à Abidjan (Côte d'Ivoire) », in Becker et al., *Vivre et penser le sida en Afrique*, pp. 613-628.
- Becker Charles et al. (1999), *Vivre et penser le sida en Afrique*, Dakar, paris, CODESRIA, Karthala, IRD.
- Benoist Jean (dir.) (1996), *Se soigner au pluriel. Essai sur le pluralisme thérapeutique*, Paris, Karthala.
- Bury M. (1982), « Chonic Illness as Biographical Disruption », *Sociology of Health and Illness*, vol. IV, n° 2, pp. 167-182.
- Carricaburu D. et Ménoret (2004), *Sociologie de la santé. Institutions, professions, maladies*, Paris, Armand Colin.
- Circulaire N° D36-37 /C/MSP/CAB du 13 août 2003 du Ministre de la Santé Publique
- Décision N°0178/MSP/CAB du 16 mars 2001 du Ministre de la Santé Publique
- Décision N°0190/D/MSP/CAB du 30 mars 2001 du Ministre de la Santé Publique
- Dozon J.-P. et Guillaume A. (1994), « Contextes, conséquences socio-économiques et coûts du Sida », in Vallin J. (dir.), *Populations africaines et Sida*, Paris, La Découverte, Ceped, pp. 179-223.
- *Economics of AIDS and Access to HIV/AIDS Care in Developing Countries, Issues and Challenges*, ANRS, Collection Sciences Sociales et Sida.
- Ela J. M. (1994), *Afrique : L'irruption des pauvres. Société contre ingérence, Pouvoir et argent*, Paris, l'Harmattan.
- Ela J.M. (1995), « Fécondité, structures sociales et fonctions dynamiques de l'imaginaire en Afrique », Gérard H. et Piché V., *La sociologie des populations*, Montréal, PUM/AUPELF-URE, pp. 189-215.
- INS et ORC Macro (2005), *Enquête démographique et de santé Cameroun 2004*, Calverton, Maryland, USA, DNRGPH2, INS et ORC Macro.
- Kaptué L. (1998), « Les adolescents et le VIH/SIDA », in KUATE DEFO Barthélémy, *Sexualité et santé reproductive durant l'adolescence en Afrique, avec une attention particulière sur le Cameroun*, Ediconseil Inc, pp. 287-296.
- Kerouédan D. (1999), « Christine, jeune femme séropositive. Réflexion sur la prévention et la prise en charge du Sida de la mère et de l'enfant en Côte d'Ivoire », Kerouédan D. et Eboko F., *Politiques publiques du Sida en Afrique*, CEAN Bordeaux, n° 61-62, pp. 3-8.
- Flick Uwe (1992), *La perception quotidienne de la santé et de la maladie. Théories subjectives et représentations sociales*, Paris, L'Harmattan.
- Goffman E. (1975), *Stigmate. Les usages sociaux des handicaps*, Paris, Minuit.
- Laurindo Da Silva L. (1999), *Vivre avec le Sida en phase avancée. Une étude de sociologie de la maladie*, Paris, L'Harmattan.
- Loenzien M. De (2002), *Connaissances et attitudes face au VIH/Sida*. Paris, L'Harmattan.
- Mimche H. (2006), Enquête CAP de base portant sur le VIH/SIDA sur le milieu de travail au Cameroun, rapport de recherche, BIT, Yaoundé.
- Mimche H. (2007), « Peut-on réaliser un accès universel aux traitements ARV et aux soins ? Les effets de la stigmatisation des PVVS sur la mise sous ARV et l'observance du traitement », communication présentée aux journées Scientifiques de l'IRSA-ANRS sur le thème « stigma et acces aux antirétroviraux au Cameroun », Yaoundé.

- Moatti, J-P. *et al.* (2003) Access to antiretroviral treatment and sexual behaviours of HIV-infected patients aware of their serostatus in Côte d'Ivoire. *AIDS* 17 (suppl. 3): S69-S77.
- Ntozi J. P.M (2001), *Incidence du VIH/sida sur la fécondité en Afrique subsaharienne*, Nations Unies, CES, Yaoundé.
- OMS (2004), « Initiative 3 by 5, rapport de la mission d'évaluation au Cameroun, 29 mars – 2 avril 2004 », Yaoundé.
- République du Cameroun, Ministère de la Santé Publique, *Plan stratégique de lutte contre le VIH / SIDA / IST du secteur santé au Cameroun 2004 – 2006*, novembre 2004.
- Thiaudière Cl. (2002), *Sociologie du SIDA*, Paris, La découverte, coll. Repères.
- UNAIDS/WHO (2004), Epidemiological Factsheet. Cameroon.
- UNAIDS. *2004 Report on the global AIDS epidemic*, Geneva.
- Vidal L. (1997), « L'annonce aux malades. Contextes et significations à partir d'exemples ivoiriens », in Desclaux A. et Raynaud Cl. (dir.), *Le dépistage VIH et le conseil en Afrique au Sud du Sahara. Aspects médicaux et sociaux*, Paris, Karthala, pp.27-33.
- Yomi G., Aoudou C. et Tambashe B., Enquête qualitative sur les barrières à l'utilisation du condom au Cameroun, SFS, IRESCO, Yaoundé.