

# Désir d'enfant.

**Animatrice : Graciella Cattaneo de Aides. Rapportrice : Myriam Mercy du Planing familial.**

En faisant le tour de table, nous avons constaté que plus de 90 % des personnes présentes étaient des professionnels et des militants associatifs, les femmes directement concernées se trouvant en minorité. Nous avons décidé, d'un commun accord, de ne pas focaliser sur celles-ci pour éviter qu'elles ne deviennent un «objet d'étude».

On a parlé autour de la problématique du désir d'enfant, mais pas sur le désir d'enfant lui-même et comment celui-ci se posait pour les personnes qui y étaient confrontées.

Les premiers témoignages sont venus des pays d'Afrique, particulièrement du Niger, du Togo et du Burkina.

## **Stigmatisation.**

L'enfantement est lié à la stigmatisation. Du moment où se pose le problème d'avoir ou non un enfant, il peut y avoir rupture de confidentialité qui entraîne des problèmes de stigmatisation. Une femme connaissant son statut sérologique ou l'apprenant au moment de la grossesse sera confrontée aux médecins, aux équipes hospitalières ou sociales, que ce soit ici ou en Afrique, qui peuvent l'interroger sur son conjoint et sa situation familiale, allant parfois jusqu'à la rupture de la confidentialité ; situation pouvant entraîner sa ségrégation. La peur que cette situation pourrait susciter, agir comme un frein empêchant tout recours aux dispositifs médicaux, sociaux ou associatifs.

Pour une femme africaine, la question de l'enfant en tant que désir ne se pose pas, «il faut avoir des enfants», la valeur de la femme est lié à sa capacité à enfanter et la pression sociale est extrêmement forte. Programmer une grossesse ou en limiter le nombre apparaît comme très difficile.

Le désir d'enfant va mettre en évidence toutes les difficultés que les

personnes rencontrent en matière de dépistage. Malgré le consensus sur l'importance d'un dépistage précoce qui permet un meilleur suivi de la grossesse, les problèmes économiques, sociaux et culturels vont empêcher sa mise en place dans de bonnes conditions, «ici et là-bas» :

- tests fait à l'insu des femmes (Guyane) ;
- manque de confidentialité concernant les résultats ;
- refus du conjoint de se faire dépister, etc.

### **L'allaitement.**

Il est inconcevable qu'une femme ayant un enfant, en Afrique, n'allait pas. Pour éviter les problèmes liés à la discrimination et faire accepter plus facilement un allaitement artificiel, les associations développent des programmes de soutien.

Les orientations actuelles sont de promouvoir un allaitement au sein relativement strict pendant les 3 à 6 premiers mois et progressivement d'introduire l'alimentation artificielle, sachant que les problèmes d'eau compliquent sérieusement la qualité de ce lait artificiel.

### **Les traitements.**

Il s'est ensuite agi de faire le point des conséquences des traitements préventifs de la transmission materno-foetale sur les enfants.

Le nombre d'études concernant les effets toxiques des traitements antirétroviraux sur les embryons, les fœtus et les enfants reste limité. Un des obstacles rencontrés dans le suivi régulier de ces enfants est la difficulté à les maintenir à l'intérieur du dispositif de surveillance sur le long terme.

Les tests auxquels sont soumis les enfants à travers les années réactivent l'angoisse vécue par les femmes pendant la grossesse «ce n'est pas simple d'être enceinte, de prendre des traitements aussi lourds et de savoir que le bébé les reçoit aussi».

### **Recommandations.**

A la suite de cet atelier, les recommandations suivantes sont apparues :

- Promouvoir le dépistage précoce dans le respect de la confidentialité et avec le consentement de la personne.
- Informer et accompagner les femmes en désir d'enfant.
- Proposer un examen de santé pour l'homme dans le cadre du suivi de la grossesse.
- Lutter contre la stigmatisation à travers les témoignages de femmes concernées.
- Développer les études sur la toxicité chez l'enfant des traitements antirétroviraux pris pendant la grossesse.