

La gestion des risques de VIH/sida au sein du couple en Afrique subsaharienne.

Rôles de la polygamie et de la co-résidence.

Annabel Desgrées du Lou¹, Joseph Larmarange^{2, 1}, Hermann Brou^{1,2,3} pour le groupe Ditrane Plus 3*

1. IRD, LPED et CEPED, France, desgrees@ceped.cirad.fr

2. Laboratoire POPINTER, Paris V, France

3. ENSEA, Abidjan

* *Groupe de recherche en sciences sociales sur « Connaissance du statut sérologique maternel vis-à-vis de l'infection par le VIH et comportements en matière de sexualité, de procréation et d'alimentation du nourrisson à Abidjan, Côte d'Ivoire. »*
Investigateurs : A. Desgrées du Lou (IRD, France) - coordinatrice -, B. Zanou (ENSEA, Abidjan), V. Leroy (Inserm, France), C. Wellfens-Ekra (Service de gynécologie Obstétrique CHU Yopougon, Abidjan). Chef de Projet : H. Brou ; Coordinatrice volet qualitatif : A. Tijou-Traore ; assistante de recherche : H. Agbo ; Ingénieur base de données : G. Djohan. Cette recherche est financée par l'ANRS.

Dans les pays africains où la transmission du VIH est essentiellement hétérosexuelle, où la majorité des personnes infectées l'ont été dans le cadre des relations sexuelles conjugales (Cohen et Reid, 1999), c'est souvent à l'intérieur du couple, dans le tête à tête conjugal, que la lutte contre le VIH/sida se joue. Une bonne prévention du VIH/sida au sein du couple passera par le test de dépistage des deux conjoints, la protection systématique par des préservatifs en cas de rapports extraconjugaux avec des partenaires de statut VIH inconnu, la protection des rapports sexuels conjugaux si au moins l'un des conjoints s'avère être infecté par le VIH après le test de dépistage. D'autre part, face au VIH/sida, d'autres questions se posent dans le couple autour de la procréation en particulier lorsque c'est la femme qui est infectée par le VIH : à cause du risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant, la décision d'avoir un nouvel enfant est difficile, demande un suivi médical dans un programme de prévention de la transmission mère-enfant du VIH, et une des mesures de prévention va être d'éviter l'allaitement de l'enfant ou de réduire le plus possible sa durée. Tous ces domaines, sexualité, procréation, allaitement, sont des lieux d'interaction entre l'homme et la femme, et la façon dont est géré le risque de VIH/sida à chacune de ces étapes va dépendre des relations de genre à l'oeuvre dans le couple, et va les révéler.

La nécessaire prise en compte du couple et des relations de genre lorsqu'on parle de santé reproductive est déjà largement acquise dans les études menées en démographie de la santé, et de plus en plus aujourd'hui dans le domaine de la prévention et de la lutte contre le sida. Un des indicateurs de ces relations de genre au sein du couple est la communication qui s'y établit, dont il a été largement prouvé, dans le domaine de la santé reproductive, qu'elle facilite la mise en pratique par les femmes des conseils de santé qui leur sont donnés. Babalola (1999) a montré un lien très net entre l'existence d'un dialogue au sein du couple sur les aspects de santé de la reproduction et la probabilité d'accoucher avec l'assistance de personnel médical ou le suivi adéquat de la grossesse. Hollos et Larsen (1997) observent que la variable la plus liée à la pratique contraceptive est le fait d'avoir auparavant parlé avec son conjoint de l'utilisation éventuelle d'une contraception. Dans la prévention du sida, qui participe de la sphère de la santé sexuelle et reproductive, l'importance de la communication établie entre les conjoints a, de même, été soulignée par diverses études (Painter *et al*, 2001 ; Roth *et al*, 2001..) mais peu de recherches mettent effectivement en relation la communication établie à propos du sida dans le couple et les pratiques effectives de prévention par rapport aux risques du sida.

Par ailleurs, on s'est encore peu penché dans le domaine du sida sur la spécificité introduite par la polygamie dans cette gestion des risques de VIH/sida au sein du couple. Les démographes et les anthropologues ont bien montré cependant que la nature de la relation conjugale dépend du type d'union, et la différence à ce titre entre les unions monogames et les unions polygames a été largement soulignée : citons Philippe Antoine, qui résume bien comment « *dans une union polygame, à la défiance envers l'époux s'ajoute la méfiance envers les coépouses : la dépendance et la soumission des co-épouses sont renforcées par la compétition et les inégalités instituées entre elles* » (Antoine, 2002). Ainsi, alors que la qualité du lien conjugal, la confiance dans le partenaire, le respect et le

soutien de ce partenaire semblent déterminants dans la façon dont chaque membre du couple peut gérer les risques induits par le VIH/sida, on s'est jusqu'ici peu posé la question de savoir ce qu'il en est lorsque le couple existe au sein d'un ménage polygame, c'est-à-dire quand la relation à deux prend place en fait dans une relation à trois ou à quatre. Quelle peut être la confiance accordée par la femme à son mari en termes de confidentialité, si elle fait un test de dépistage VIH et veut informer son mari de son résultat ? Quels choix vont être faits en matière de dépistage des différentes épouses et de l'époux, et, en matière de sexualité, comment le mari va gérer « ses différents couples » ? Quel soutien va apporter le mari à son épouse VIH+, si les autres sont VIH- ?

Une hypothèse plausible est que les risques de VIH/sida sont plus faciles à gérer dans un ménage monogame. D'une part en termes de prévention, parce que le dialogue est plus égalitaire dans un couple monogame que dans un couple polygame. Il semble qu'il est moins difficile à une femme en couple monogame en effet de proposer à son conjoint le test de dépistage du VIH ou les préservatifs qu'à une femme d'un ménage polygame, qui, parce qu'elle est en compétition avec d'autres épouses, va hésiter à proposer des changements a priori mal perçus par l'homme (Anoh, 2004). D'autre part, on peut penser qu'une femme qui apprend qu'elle est infectée par le VIH aura moins de crainte quant à la réaction de son mari, s'appuiera plus sur lui, et donc vivra mieux avec le VIH dans un couple monogame, que dans un ménage polygame, où elle craindra à la fois la réaction de son mari et la réaction (ou même l'information) de ses « rivales ».

Pendant les relations sont peut être plus complexes qu'il n'y paraît : en effet, si l'union polygamique est en général associée à plus de domination masculine au sein du couple, il a été montré aussi dans certains contextes qu'elle peut s'accompagner d'une plus grande autonomie des femmes, en particulier en contexte urbain, lorsque les femmes de ménage polygame résident seules, chaque épouse dans sa propre maison (Locoh, 1994). Cette autonomie des femmes vivant en polygamie en milieu urbain pourrait être un facteur facilitant la gestion des risques de VIH/sida, et infirmant donc notre hypothèse initiale.

Pour répondre à ces questions, nous proposons dans cette communication d'analyser ces liens entre gestion des risques de VIH/sida au sein du couple, polygamie et type de résidence, à partir des données collectées dans un programme de recherche mené depuis 2001 à Abidjan, Côte d'Ivoire, le Projet Ditrane Plus 3 « *Connaissance du statut sérologique maternel vis à vis de l'infection par le VIH et comportements en matière de sexualité, de procréation et d'alimentation du nourrisson à Abidjan, Côte d'Ivoire* ». Ce projet est financé par l'Agence Nationale de Recherche sur le Sida (France), et il est mené par l'IRD, UMR 151 en collaboration avec l'INSERM Unité 593, à Bordeaux (France) et l'ENSEA, Ecole Nationale de Statistiques et d'Economie Appliquée, à Abidjan (Côte d'Ivoire).

Contexte :

Abidjan, Côte d'Ivoire

En Côte d'Ivoire, pays où cette étude est menée, l'épidémie de Sida est une des plus fortes d'Afrique de l'Ouest, avec une prévalence de l'infection par le VIH d'environ 10% dans la population adulte à Abidjan, capitale administrative. Abidjan abrite depuis 1995 des projets de recherche médicale sur la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant. Depuis 1999, ces programmes ont montré l'efficacité de traitements courts et peu coûteux en fin de grossesse et pendant l'accouchement pour réduire le risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant. Ces programmes sont actuellement en voie d'opérationnalisation, et cette opérationnalisation rencontre de nombreux obstacles, qui tiennent en particulier aux difficultés qu'ont les femmes à instaurer un dialogue avec leur conjoint au sujet du VIH : des études précédentes ont montré que les femmes à qui le test de dépistage a été proposé en consultation prénatale hésitent parfois à accepter ce test sans l'accord de leur conjoint, et lorsqu'elles le font, ont du mal à dire à leur conjoint qu'elles ont fait ce test, en particulier lorsque le résultat du test est positif. Plus de la moitié des femmes VIH+ gardent ainsi le silence sur leur infection, ce qui crée des difficultés dans leur couple lorsqu'elles doivent prendre un traitement pour réduire le risque de transmission du VIH à l'enfant à la fin de la grossesse, lorsqu'elles essaient de sevrer l'enfant

précocement, ou de ne pas l'allaiter du tout, pour éviter le risque de transmission du VIH par le lait (Desgrées du Loû, 2000), et lors de la reprise des relations sexuelles après l'accouchement (Desgrées du Loû et al., 2002).

Le paysage matrimonial en Côte d'Ivoire reste marqué par la polygamie, qui bien qu'illégale dans ce pays depuis 1964 (Kaudjhis-Offfoumou, 1994), reste une pratique vivace : en 1994, 37% des femmes mariées étaient en union polygame. Une autre pratique courante en Côte d'Ivoire, comme dans le reste de l'Afrique de l'Ouest, est la non co-résidence des conjoints. En particulier, en début de vie commune, il est fréquent que la jeune femme reste chez ses parents, et n'habite pas avec son partenaire, tout en se considérant « en union ».

Un programme de prévention de la transmission mère-enfant du VIH :

L'étude proposée ici prend place dans un programme de recherche multidisciplinaire, le programme DITRAME PLUS. Ce programme, financé par l'ANRS et coordonné par l'unité l'INSERM 593, est une cohorte thérapeutique de femmes infectées par le VIH constituée dans la ville d'Abidjan et qui propose des mesures peri-partum (Ditrime Plus 1) et postpartum (Ditrime Plus 2) visant à diminuer le risque de transmission mère-enfant du VIH et le poids de l'infection pédiatrique par le VIH. Dans le cadre de ce projet, le test de dépistage du VIH est systématiquement proposé aux femmes enceintes dans 7 centres de santé à Abidjan.

Un troisième volet de ce programme, DITRAME PLUS 3, coordonné par l'IRD, UMR 151, s'intéresse aux aspects de sciences sociales. Il consiste à étudier les différentes implications de la mise en place d'un tel programme de dépistage prénatal en termes de changements des comportements face au risque de VIH/sida, et de changements des comportements de procréation et d'alimentation des nourrissons, tant chez les femmes qui apprennent qu'elles sont infectées par le VIH que chez celles qui apprennent qu'elles ne sont pas infectées.

Dans ce cadre, une cohorte de 746 femmes VIH+ et une cohorte de 400 femmes VIH-, recrutées dans deux quartiers populaires d'Abidjan, Côte d'Ivoire, sont ainsi suivies deux ans après la grossesse au cours de laquelle le dépistage du VIH a été proposé. Au cours de ces deux ans de suivi, des informations de type quantitatif sont recueillies sur le dialogue avec le partenaire, les relations sexuelles, l'alimentation du nourrisson, les pratiques contraceptives, et la survenue d'éventuelles nouvelles grossesses (pour certaines questions, notamment celles concernant le dialogue avec le partenaire et les relations sexuelles, le recueil de données a été effectué auprès des femmes VIH+ via une enquête complémentaire menée 18 mois après l'accouchement, qui n'a concerné qu'un sous groupe de 350 femmes VIH+).

Parallèlement à ce recueil quantitatif, des entretiens approfondis, enregistrés et répétés, sont menés auprès d'une vingtaine de femmes et de leur partenaire, dans chaque cohorte VIH+ et VIH-.

Notre étude concerne donc les relations au sein du *couple* par rapport aux risques du sida, mais, du fait du contexte dans lequel elle se situe (un programme de prévention de la transmission mère-enfant du VIH), les informations sont essentiellement recueillies auprès des *femmes* (on dispose d'entretiens qualitatifs menés auprès des d'hommes mais pas de données quantitatives), et il s'agit de femmes qui viennent de donner naissance à un enfant.

Objectifs de la recherche :

On cherche à caractériser la communication établie autour du VIH entre ces femmes qui ont accepté d'être dépistées pour le VIH au cours d'une grossesse et leur partenaire, ainsi qu'à comprendre ce qui détermine ou, à l'inverse, ce qui freine l'adoption au sein du couple de comportements de prévention face aux risques du sida après ce dépistage.

Selon que les femmes sont infectées ou non par le VIH, la nature et les enjeux des comportements de prévention sont différents.

- Pour les femmes qui se découvrent infectées par le VIH, la prévention des risques du sida va consister en la prévention d'une transmission éventuelle du virus à leur partenaire, si celui-ci n'est pas infecté, et en la prévention de la transmission du virus à l'enfant qu'elles portent. Nous nous intéressons seulement ici à la prévention de la transmission postnatale du virus à l'enfant par le lait maternel (la prévention prénatale par antirétroviraux pendant la grossesse étant de nature essentiellement médicale, elle n'est pas traitée ici où nous nous intéressons aux phénomènes sociaux et comportementaux).
- Pour les femmes qui apprennent à l'issue du test de dépistage qu'elles ne sont pas infectées par le VIH, l'enjeu est de se protéger elles mêmes contre une potentielle future infection.

On distinguera donc ces deux groupes, femmes VIH+ et femmes VIH-, tout au long de l'étude.

Le niveau de communication instauré par la femme avec le partenaire sur le test de dépistage qu'elle a effectué et le VIH et les MST en général est évalué *via* les informations suivantes :

- avoir parlé de MST avec son conjoint (avant et après le dépistage)
- avoir informé son conjoint du résultat de son propre test de dépistage VIH
- avoir conseillé à son conjoint de faire le test de dépistage VIH
- avoir conseillé à son conjoint d'utiliser des préservatifs lorsqu'il a des rapports extraconjugaux

L'adoption d'une prévention par rapport aux risques du sida se décompose en :

1. La prévention de la transmission sexuelle, que nous mesurons par :

- le dépistage VIH du partenaire
- l'abstinence (dans un contexte post-accouchement l'abstinence post-partum peut être prolongée pour éviter le risque d'infection par le VIH)
- l'utilisation de préservatif à la reprise des rapports sexuels

2. La prévention de la transmission mère-enfant pour les femmes VIH+, que nous mesurons par l'indicateur suivant (d'autres indicateurs seront par la suite disponibles mais à cette étape du projet c'est le seul dont nous disposons actuellement) :

- avoir allaité au sein (au moins une fois) le bébé né après le dépistage¹

Nous analysons l'influence de certaines caractéristiques de l'organisation conjugale au sein de laquelle vivent ces femmes (le caractère monogamique ou polygamique de l'union, avec ou sans cohabitation des partenaires, la différence d'âge entre les partenaires) sur ces huit indicateurs, en ajustant par l'ensemble des variables socio démographiques disponibles : la religion, le niveau d'étude et l'âge de la femme ; l'âge auquel elle a eu ses premiers rapports sexuels, si elle a une activité rémunérée ou non, le fait d'habiter en cour commune ou en logement individuel, l'âge et le niveau d'études du partenaire.

¹ Dans le cadre du programme de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (Ditrane Plus), l'équipe médicale conseille aux femmes de ne pas allaiter leur enfant au sein et leur donne gratuitement le matériel nécessaire pour l'allaitement artificiel, ainsi que les conseils associés. Cependant, les femmes pour qui cet allaitement artificiel semble trop difficile ou risqué (quelles que soient les raisons, sociales ou sanitaires) sont laissées libres de choisir l'allaitement au sein, avec un sevrage précoce.

Population étudiée - place de la polygamie

L'étude présentée ici porte sur les femmes des cohortes du projet qui avaient été suivies au moins 18 mois après l'accouchement et pour lesquelles le recueil des données sur le dialogue avec le partenaire au sujet du VIH et les comportements sexuels étaient disponibles en mars 2005, soient 322 femmes infectées par le VIH et 353 femmes non infectées. Les caractéristiques socio-démographiques des femmes de ces deux cohortes sont décrites dans le *tableau annexe 1*. On n'observe pas de différence socio-démographique majeure entre les femmes VIH+ et les femmes VIH- participant à ce projet. Deux tiers des femmes sont chrétiennes et un tiers sont musulmanes, elles sont de niveau scolaire très variés, ainsi que leurs partenaires. La moitié d'entre elles ont une activité rémunérée, environ deux tiers vivent avec leur partenaire et un tiers ne cohabitent pas avec leur partenaire. Dans ce dernier cas, elles résident dans leur propre famille dans la grande majorité d'entre elles.

Les seules différences démographiques notables entre ces deux groupes portent sur la polygamie, l'âge d'entrée en vie sexuelle, l'âge du partenaire et la différence d'âge entre les conjoints.

Près de 20 % des femmes VIH+ vivent en ménage polygame contre 14 % des femmes VIH- (*tableau annexe 1*). Dans cette étude on classe une femme en ménage polygame dès lors qu'elle a déclaré avoir au moins une co-épouse, quelle que soit la nature des liens matrimoniaux : ainsi une femme qui a un partenaire avec qui elle vit en union libre, sans cohabitation, et qui lui-même a une épouse « légitime » avec qui il habite, est considérée comme vivant en ménage polygame (ici sans co-résidence) : il s'agit d'une des formes modernes urbaines de polygamie.

Les femmes VIH+ sont plus nombreuses à avoir eu leurs premiers rapports sexuels avant 16 ans, et, ce qui s'explique par le mécanisme même de la polygamie, à avoir un partenaire plus âgé qu'elles (45% des femmes VIH+ ont un partenaire plus âgé qu'elles de plus de 10 ans contre 35% des femmes VIH).

La polygamie est elle-même fortement associée à ces variables (*tableau annexe 2*): le fait de vivre en union polygame est fortement lié au fait d'avoir un partenaire âgé, et d'avoir eu sa première relation sexuelle tôt. Les partenaires polygames sont globalement moins instruits que les monogames, et on trouve moins de femmes en unions polygames chez les chrétiennes (14%) que chez les musulmanes ou que chez les femmes d'autre religion ou sans religion (21%). Enfin la polygamie est fortement associée à la non corésidence avec le partenaire : 14% des femmes cohabitent avec leur partenaire sont en union polygame contre 23% des femmes ne cohabitent pas avec leur partenaire.

En ce qui concerne le partenaire, étant donné que la collecte des données a porté pour chaque femme sur 18 mois, les femmes ont pu changer de partenaire et de statut matrimonial au cours de ces 18 mois. L'analyse longitudinale de ces changements de statut matrimonial est prévue mais n'a pas pu être faite pour cette présentation. Pour simplifier, nous prenons en compte ici :

- au moment du dépistage, le partenaire décrit par la femme comme auteur de la grossesse en cours, quel que soit le type d'union établie entre eux (même si ce n'était qu'une liaison passagère, les questions sur le dialogue avec le partenaire autour des MST sont pertinentes).
- pour la période post-partum, nous avons exclu de l'analyse 9 femmes VIH+ et 3 femmes VIH- qui n'avaient déclaré aucun partenaire tout au long du suivi, du dépistage jusqu'à M18. Toutes les autres ont eu un partenaire déclaré comme régulier à un moment au moins du suivi. Les caractéristiques sociodémographiques utilisées pour le partenaire sont celles du partenaire concerné par l'évènement étudié, lorsque plusieurs partenaires se sont succédés. En fait ces changements de partenaires concernent peu de femmes (une trentaine environ) dans ce contexte post accouchement.

Résultats

Communication établie avec le partenaire autour des MST et du VIH

Le tableau 1 résume l'information donnée par les 5 indicateurs de communication autour des MST et du VIH, selon le statut VIH des femmes à l'issue du dépistage, et le caractère poly ou monogamique de l'union. On observe que le dépistage augmente considérablement le dialogue sur les MST et le VIH, avec cependant une situation nettement différente selon que la femme apprend qu'elle est VIH+ ou VIH-. Dans les deux ans avant le dépistage, dans l'ensemble, une femme sur deux avait discuté de MST avec son partenaire régulier. Dans les dix huit mois qui ont suivi la grossesse au cours de laquelle le dépistage a été proposé et accepté, 96% des femmes VIH- ont abordé ce sujet avec leur partenaire, mais elles ne sont que 63% à le faire chez les femmes VIH+. Globalement, comme cela a été montré par Hermann Brou dans une analyse précédente spécifique aux femmes VIH- (Brou *et al.* 2005), les femmes qui apprennent à l'issue d'un dépistage du VIH en prénatal qu'elles ne sont pas infectées communiquent beaucoup avec leur partenaire autour des MST et du VIH : elles parlent de leur propre dépistage (à 98%), proposent à leur partenaire de se faire dépister lui-même (à 91%) et 96% disent suggérer à leur partenaire d'utiliser des préservatifs si il a des rapports extraconjugaux. Pour les femmes qui sont en union polygames, ces chiffres sont moins élevés mais ils concernent toujours entre 8 et 9 femmes sur 10 (tableau 1).

Pour les femmes VIH+ la situation est évidemment plus difficile : 54% seulement des femmes osent annoncer à leur partenaire qu'elles sont infectées, mais une proportion plus grande parlent du VIH ou des MST sous d'autres modes : trois quart des femmes suggèrent à leur partenaire de se faire dépister, et 63% lui suggèrent d'utiliser les préservatifs si il a des rapports extraconjugaux. Pour ces femmes VIH+, la différence selon le statut matrimonial est forte : seules 41% des femmes de polygames osent confier à leur partenaire le résultat de leur test VIH, et en général les femmes de polygames suggèrent beaucoup moins le test de dépistage ou les préservatifs à leur partenaire que les femmes de monogames (tableau 1). Le fait d'être infectée par le VIH creuse les écarts observés entre femmes de monogames et femmes de polygames.

Les données dont on dispose sur les réactions du partenaire lorsqu'il est informé de la séropositivité de sa femme révèlent des réactions positives dans l'ensemble : 86% des partenaires monogames et 84% des partenaires polygames informés ont été compréhensifs². Cependant, dans les ménages monogames, 3% des femmes ont eu à affronter la colère de leur partenaire et 1,5% (2/133) se sont senties rejetées par leur partenaire à partir de ce moment là. Ces chiffres sont plus élevés chez les polygames, avec 1 partenaire sur 25 (4%) qui a réagi par la colère et 2 autres (8%) qui ont rejeté leur femme à ce moment là. Il semble donc que la réticence plus grande des femmes en union polygame à se confier à leur partenaire ne soit pas injustifiée.

Le tableau 2 récapitule les liens statistiques observés entre les caractéristiques sociodémographiques et les 5 indicateurs de communication autour du VIH et des MST.

Chez les femmes VIH-, on l'a vu, la communication autour du VIH et des MST après le dépistage est généralisée, donc les variables socio-démographiques sont peu discriminantes. On note cependant une tendance à plus de communication dans les ménages monogames et lorsqu'il y a co-résidence des partenaires.

Par contre on observe deux profils d'indicateurs nettement différents chez les femmes VIH+. Avoir parlé de MST avec son partenaire avant le dépistage et lui suggérer, après le dépistage, d'utiliser des préservatifs en cas de rapports extraconjugaux sont des indicateurs très dépendants de toutes les caractéristiques sociodémographiques connues pour influencer sur les relations de genre : la communication sur ces sujets est plus fréquente lorsque les deux membres du couple sont instruits, lorsque l'homme est plutôt jeune ou qu'il y a peu de différence d'âge entre les partenaires, et chez les femmes chrétiennes par rapport aux femmes musulmanes.

² Chiffre à considérer cependant avec précaution car il est fort possible qu'il y ait un effet de sélection, les femmes se confiant plus facilement à leur partenaire lorsqu'elles prévoient une réaction positive chez ce dernier.

Tableau 1 : Dialogue induit par les femmes avec leur partenaire régulier autour du test et du VIH (en %), en relation avec la polygamie

	Avant le dépistage (n=675)		Après le dépistage, femmes VIH+				Après le dépistage, femmes VIH- (n=350)*			
	Dialogue autour des MST dans les 2 ans avant la grossesse (%)		Dialogue autour des MST après le test	Notification de son propre test VIH	Suggestion au partenaire de faire un test VIH	Suggestion au partenaire de protéger ses éventuels rapports extraconjugaux	Dialogue autour des MST après le test	Notification de son propre test VIH	Suggestion au partenaire de faire un test VIH	Suggestion au partenaire de protéger ses éventuels rapports extraconjugaux
Ensemble	48%		63%	51%	70%	57%	96%	98%	91%	96%
Ménages	49%		67%	54%	75%	63%	97%	98%	92%	97%
Monogames	39%		47%	41%	52%	32%	89%	98%	85%	89%
Polygames	$p=0,04$		$p=0,005$	$p=0,09$	$p=0,001$	$p<0,001$	$p=0,02$	$p=0,95$	$p=0,14$	$p=0,01$
Test (Chi2) de la différence entre unions monogame et polygame										

* ont été exclues de l'analyse pour la période post-dépistage 9 femmes VIH+ et 3 femmes VIH- qui n'ont déclaré aucun partenaire entre le dépistage et M18.

Tableau 2 : influence des caractéristiques socio-démographiques sur les indicateurs de dialogue

	Avant le dépistage (n=675)		Après le dépistage, femmes VIH+				Après le dépistage, femmes VIH- (n=350)*			
	Dialogue autour des MST dans les 2 ans avant la grossesse (%)		Dialogue autour des MST après le test	Notification de son propre test VIH	Suggestion au partenaire de faire un test VIH	Suggestion au partenaire de protéger ses éventuels rapports extraconjugaux	Dialogue autour des MST après le test	Notification de son propre test VIH	Suggestion au partenaire de faire un test VIH	Suggestion au partenaire de protéger ses éventuels rapports extraconjugaux
VIH-/VIH+	+++									
Religion chrétienne/autres	++					+++				
Instruction de la femme	+++					+++				
Monogamie/polygamie	++		+++	+	+++	+++		++		++
Co-résidence avec le partenaire			+++	+++	+++			+		
Age de la femme aux 1ers rapports sexuels >=17 ans	+++					++				
Instruction du partenaire	+++		++		+++	+++				
Faible différence d'âge entre les partenaires	+++					+++				
Femme jeune			++							
Homme jeune	+++		++		++	+++				

* ont été exclues de l'analyse pour la période post-dépistage 9 femmes VIH+ et 3 femmes VIH- qui n'ont déclaré aucun partenaire entre le dépistage et M18.

Chi Deux : + : liaison significative à 10%, ++ : liaison significative à 5%, +++ : liaison significative à 1%

Les trois autres indicateurs (parler de MST après le dépistage, parler de son propre test, suggérer au partenaire de se faire dépister) suivent un autre profil d'influence : ils sont essentiellement liés aux caractéristiques de l'union : ils montrent plus de communication dans le couple lorsque le ménage est monogame et lorsque les partenaires habitent ensemble. Dans une moindre mesure, la communication sur ces sujets est facilitée lorsque le partenaire est plus instruit et jeune. La religion, l'instruction de la femme, la différence d'âge entre partenaires n'ont aucune influence.

A partir de ces trois indicateurs qui ont un profil d'influence homogène, nous avons créé un « indicateur synthétique de dialogue » : Le dialogue est considéré complet si la femme a abordé ces trois sujets avec son partenaire, incomplet si elle en a abordé un ou deux, absent si elle n'a abordé aucun des trois. Le *tableau annexe 3* donne les détails des profils sociodémographiques des femmes selon le type de dialogue ainsi établi autour des MST/VIH, à partir desquels on peut définir une typologie :

- les femmes qui évitent le dialogue autour des MST/VIH avec leur partenaire sont plutôt peu instruites, leurs partenaires sont peu instruits aussi, elles vivent plus souvent en union polygame, sans co-résidence. Il y a eu peu de dialogue sur les MST avant le dépistage chez ces femmes.

- les femmes qui instaurent un dialogue complet autour des MST/VIH vivent plutôt en ménage monogame, en co-résidence. Elles ont plus souvent des partenaires instruits, mais le niveau d'instruction de la femme elle-même n'est pas discriminant. Ces couples ont souvent abordé la question des MST avant le dépistage.

- les femmes qui adoptent un dialogue « incomplet » (en général elles parlent de MST avec leur partenaire, éventuellement lui suggère de faire le test mais ne parlent pas de leur propre test de dépistage) ne sont pas dans une situation socio-démographique intermédiaire entre les deux premiers groupes. Ce sont des femmes plutôt instruites, vivant en co-résidence avec leur partenaire (le caractère mono ou polygamique de l'union n'est pas discriminant), leur partenaire est plutôt instruit et jeune. Ces couples ont souvent abordé la question des MST avant le dépistage.

Cette typologie est confirmée en analyse multivariée. Le tableau 3 présente la régression logistique multinomiale de cet indicateur de dialogue en 3 modalités. On y voit que le principal prédicteur du dialogue incomplet est l'instruction de la femme, tandis que les prédicteurs du dialogue complet sont les caractéristiques de l'union (polygamie/monogamie et corésidence).

Ainsi, à l'issue de cette première analyse sur les déterminants du niveau de dialogue instauré autour des MST et du VIH après un dépistage du VIH proposé en consultation prénatale, deux résultats majeurs apparaissent :

- les femmes qui apprennent qu'elles sont VIH- instaurent de façon généralisée avec leur partenaire un dialogue sur le VIH et /ou les MST

- les femmes qui apprennent qu'elles sont VIH+ instaurent un dialogue avec leur partenaire dans environ 2 cas sur 3, mais sans forcément parler de leur propre test (stratégie développée en particulier par des femmes instruites). Ce sont essentiellement les caractéristiques de la vie en ménage (ici le caractère poly ou monogame de l'union et le fait de résider ou non avec son partenaire) qui déterminent le niveau d'information qui va être donnée au partenaire autour du dépistage VIH de la femme.

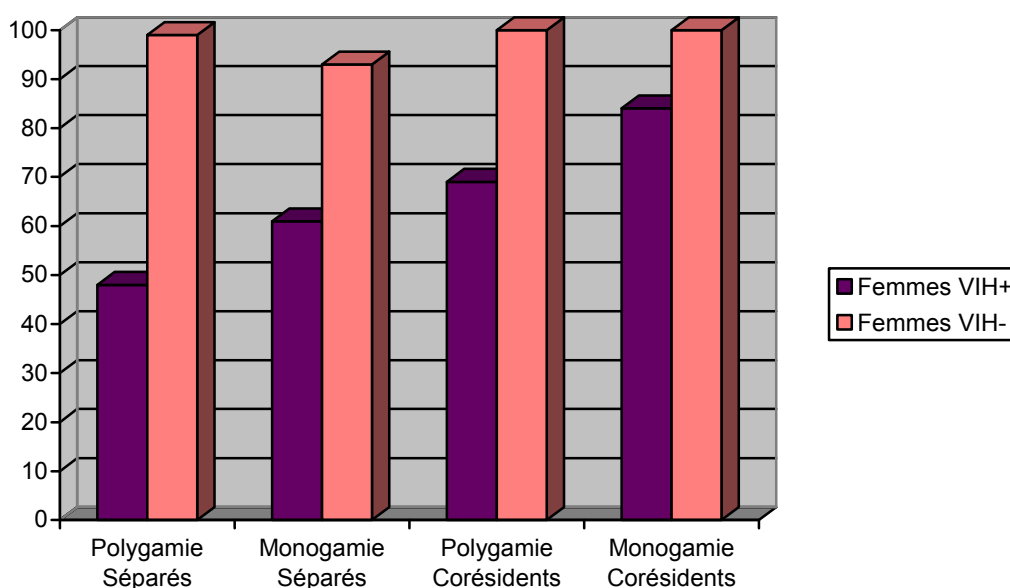
La figure 1 montre ainsi le gradient de communication qui peut être obtenu pour les femmes VIH+ en combinant co-résidence et polygamie : les couples où l'on échange le moins sur les sujets liés au VIH sont les couples en union polygame, non co-résidents, puis les couples monogames, non co-résidents, puis les couples en union polygame, co-résidents, et enfin les couples monogames, co-résidents.

Tableau 3 : Régression logistique multinomiale de l'indicateur de dialogue dans le couple autour des MST/VIH

Le niveau de dialogue autour des MST/VIH est mesuré en combinant trois indicateurs de dialogue décrits au tableau 1 : avoir parlé de MST avec son partenaire après le test de dépistage, avoir parlé de son propre test à son partenaire, avoir suggéré à son partenaire de faire son test de dépistage. Le dialogue est considéré complet si la femme a abordé ces trois sujets avec son partenaire, incomplet si elle en a abordé un ou deux, absent si elle n'a abordé aucun des trois. Les variables entrées dans le modèle sont celles qui avaient en analyse univariée une liaison significative à 5% avec l'indicateur de dialogue (cf tableaux annexe 3), soit : le niveau d'instruction de la femme, le mode de résidence, et le caractère polygame ou monogame de l'union. Les variables présentées dans le tableau ci-dessous sont celles qui apparaissent significativement liées à l'indicateur de dialogue, après ajustement sur les autres variables, via un modèle de régression logistique multinomiale

Caractéristiques de la femme	Pas de dialogue (référence)	Dialogue incomplet Odds ratio (IC à 95%)	Dialogue complet Odds ratio (IC à 95%)
Monogamie/polygamie	1	NS	2,39 [1,13-5,05]
Co-résidence		NS	
<i>Vit seule avec son partenaire/autre sans part.</i>	1		5,52 [1,10-27,77]
<i>Vit avec son partenaire et la famille élargie/autre sans partenaire</i>	1		5,00 [1,02-24,45]
Niveau d'instruction de la femme			
<i>Primaire/non scolarisé</i>	1	6,25 [2,63-14,29]	2,86 [1,30-6,25]
<i>Secondaire/non scolarisé</i>	1	2,22 [0,99-5]	1,89 [0,85- 4,16]

Figure 1 : Proportion de couples où il y a eu une communication sur les MST/VIH après le dépistage de la femme, selon le type d'union et la co-résidence des partenaires



Dépistage du partenaire et prévention de la transmission sexuelle du VIH au sein du couple

Dépistage du partenaire

Malgré le fait que presque toutes les femmes VIH- et plus de la moitié des femmes VIH+ aient suggéré à leur partenaire de venir se faire dépister dans le projet dans lequel elles sont suivies (le dépistage y est gratuit), seuls 22% des partenaires de femmes VIH+ et 17% des partenaires de femmes VIH- ont effectué ce test de dépistage. Le tableau 4 montre que les partenaires polygames se font moins dépister que les partenaires monogames lorsque la femme est infectée par le VIH, et lorsque la femme est non infectée et que les partenaires vivent séparés. Le niveau de dépistage du partenaire ne suit pas le niveau de communication établi à ce sujet : dans les ménages polygames co-résidents où la femme est VIH+, deux tiers des femmes ont suggéré à leur partenaire de se faire dépister et un seulement a fait cette démarche (tableau 4).

Tableau 4 : Proportion (en %) de couples où la femme a suggéré à son partenaire de se faire dépister et où le partenaire s'est fait effectivement dépister pour le VIH, selon le type d'union (polygame ou monogame) et la co-résidence des partenaires

Type de situation conjugale	Couples où la femme est VIH+ (n=313)				Couples où la femme est VIH- (n=350)			
	La femme a suggéré à son partenaire de se faire dépister		Le partenaire s'est fait dépister		La femme a suggéré à son partenaire de se faire dépister		Le partenaire s'est fait dépister	
	%	n/N	%	n/N	%	n/N	%	n/N
Ménage Polygame, partenaires non co-résidents	39	10/26	4	1/26	93	13/14	0	0/14
Ménage monogame, partenaires non co-résidents	59	33/56	20	11/56	87	81/93	18	17/93
Ménage polygame, partenaires co-résidents	63	20/32	3	1/32	82	27/33	21	7/33
Ménage Monogame, partenaires corésidents	79	157/199	29	57/199	94	196/209	17	35/209

Le tableau 5 donne les résultats d'une analyse multivariée de la probabilité que le partenaire se soit fait dépister pour le VIH. Après ajustement sur l'ensemble des variables disponibles, il apparaît que les variables qui expliquent cette probabilité de dépistage du partenaire sont, par ordre d'importance, le fait que la femme ait informé son partenaire qu'elle a fait elle-même un test de dépistage, le fait qu'elle soit infectée par le VIH, et enfin le niveau d'étude du partenaire. Ces trois facteurs sont ceux qui déterminent la perception que le partenaire a de son propre risque d'être infecté par le VIH : les partenaires qui savent que leurs femmes sont infectées se sentent plus à risque par rapport au VIH et

cela les conduit à une démarche de dépistage, dans laquelle leur niveau d'instruction joue un rôle important.

Le fait que la femme ait suggéré à son partenaire de se faire dépister, et les caractéristiques du type d'union (poly ou monogamie et co-résidence) ne sont pas significativement liés au dépistage du partenaire, après ajustement sur les autres variables.

Tableau 5 : régression logistique de la probabilité que le partenaire se soit fait dépister pour le VIH – ensemble des femmes (n=509)

Variables entrées dans le modèle : niveau d'étude de la femme, niveau d'études de son partenaire, situation conjugale (selon la polygamie et la co-résidence), âge de la femme, âge de son partenaire, religion de la femme, la femme a une activité rémunérée, âge de la femme au premier rapport sexuel, habitat individuel ou en cour commune, statut sérologique VIH de la femme, la femme a parlé de son propre test à son partenaire, la femme a suggéré à son partenaire de se faire dépister.

Le modèle est une régression logistique avec une procédure pas à pas ascendante. Seules les variables significatives sont retenues dans le modèle final présenté ici.

Variable	Modalités	OR [IC à 95%]
Statut sérologique de la femme	VIH+/VIH-	3,02 [1,86-4,90]
Notification du test VIH de la femme au partenaire	Oui/Non	7,35 [3,09-17,48]
Niveau d'étude du partenaire	Primaire/non scolarisé	3,24 [1,12-9,36]
	Secondaire/non scolarisé	4,24 [1,61-11,16]
	Supérieur/non scolarisé	3,15 [1,06-9,33]

Prévention de la transmission du VIH au cours des rapports sexuels

Deux stratégies sont possibles pour prévenir cette transmission : l'abstinence, ou la protection des rapports sexuels.

Une durée d'abstinence post-partum plus longue chez les femmes VIH+

On observe chez les femmes VIH+ une durée d'abstinence post-partum plus longue que chez les femmes VIH- (tableau 6). L'abstinence sexuelle prolongée après une naissance est une pratique traditionnelle en Afrique de l'Ouest. Facilitée par le système de la polygamie, elle reposait en grande partie sur un tabou selon lequel une femme ne devait pas reprendre de relations sexuelles tant qu'elle allaitait son enfant et constituait un des piliers de l'espacement naturel des naissances dans le système traditionnel. C'est une pratique qui évolue, qui n'est plus adoptée par tous les couples (Desgrées du Loû et Brou, 2005) mais cela reste une tradition sur laquelle semblent s'appuyer les femmes VIH+ (malgré une durée d'allaitement moins longue, pour éviter le risque de transmission du VIH par le lait), devant les difficultés qu'elles rencontrent à gérer les risques liés à la reprise des rapports sexuels dès lors qu'elles se savent infectées par le VIH.

Cette abstinence prolongée est plus utilisée par les femmes vivant en ménage polygame et qui ne résident pas avec leur partenaire. En analyse multivariée, les seules variables significativement associées à cet allongement de l'abstinence sexuelle après l'accouchement sont, après ajustement sur l'ensemble des variables, le fait d'être infectée par le VIH (Modèle de Cox, OR=1,71 [1,45-2,02]) et le fait de ne pas vivre avec son partenaire (Modèle de Cox, OR=2,07 [1,72-2,51]).

Tableau 6 : Durée médiane d'abstinence post-partum (en semaines) selon le statut VIH de la femme, le type d'union (polygame ou monogame) et la co-résidence des partenaires. Analyse de Kaplan-Meier.

	Durée médiane d'abstinence post partum (en semaines) dans les couples où la femme est VIH+ (n=313)	Durée médiane d'abstinence post partum (en semaines) dans les couples où la femme est VIH- (n=350)	Log Rank test
Ensemble	21 [17-24]	17 [15-18]	p<0,01
Union monogame	21 [18-23]	18 [16-19]	p=0,03
Polygame	37 [22-51]	17 [10-23]	
Partenaires			p<0,001
Co-résidents	20 [18-22]	15 [13-16]	
Non co-résidents	61 [33-88]	27 [23-30]	

Peu de protection des rapports sexuels

Les femmes qui se savent VIH+ protègent plus leurs rapports sexuels que celles qui se savent VIH-, en particulier lorsque leur partenaire s'est fait dépister. Cependant la protection des rapports sexuels est indépendante du statut sérologique du partenaire, lorsque celui-ci est connu (figure 2a) : environ un couple sur deux a utilisé des préservatifs de façon systématique lors de la reprise des rapports sexuels après l'accouchement chez les couples où la femme était VIH+ et où l'homme a choisi de se faire dépister, aussi bien lorsque l'homme était VIH+ que VIH-. Lorsque l'homme ne s'est pas fait dépister, seul un couple sur 3 a utilisé des préservatifs.

Chez les femmes VIH-, 25% des couples ont utilisé des préservatifs lorsque l'homme s'était fait dépister et se savait VIH- et 28% lorsqu'il ne s'était pas fait dépister. Deux partenaires de femmes VIH- ont appris qu'ils étaient VIH+ lors du dépistage. Dans ces deux couples les préservatifs ont été utilisés de façon systématique à la reprise des rapports.

L'existence d'une communication autour des MST et du VIH, même incomplète, dans les couples où la femme est VIH+, est associée à une meilleure utilisation du préservatif (figure 2b).

Par contre on n'observe pas de relation claire entre la protection des rapports sexuels et le type d'union (figure 2c). C'est parmi les femmes VIH+ qui déclarent une coépouse mais qui ne vivent pas avec leur partenaire que la protection des rapports sexuels est la plus élevée (42%), malgré la faible proportion de couples de ce type communiquant autour du VIH et des MST (cf figure 1). A l'inverse, les femmes VIH+ ayant des co-épouses mais qui vivent avec leur partenaire sont celles qui utilisent le moins les préservatifs (17%). Ce dernier résultat nous conduit à nous interroger sur la différence du lien conjugal dans les ménages polygames selon qu'il y a co-résidence ou non des partenaires, et confirmerait notre hypothèse de départ d'une plus grande autonomie des femmes qui ne vivent pas avec leur partenaire, qu'elles aient ou non des coépouses.

Les analyses multivariées de la probabilité d'utiliser des préservatifs chez les femmes VIH+ et chez les femmes VIH- montrent que les seules variables significativement associées à la protection des rapports sexuels sont, par ordre d'importance et après ajustement sur l'ensemble des variables, le dialogue qui existe dans le couple autour des MST et du VIH, et le niveau d'étude du partenaire (tableau 7). Chez les femmes VIH-, la seule variable qui reste significative en analyse multivariée est le niveau d'études de la femme (tableau 7).

Le type d'union entre les partenaires (monogame ou polygame, avec ou sans co-résidence) n'apparaît pas associé à l'utilisation de préservatifs lors de la reprise des rapports sexuels.

Figure 2 : Proportion (en %) de femmes ayant utilisé systématiquement des préservatifs lors de la reprise des rapports sexuels après l'accouchement (seules les femmes ayant déclaré avoir repris une activité sexuelle sont prises en compte)

Figure 2a : selon le statut VIH de la femme et ce qu'elle sait du statut VIH de l'homme

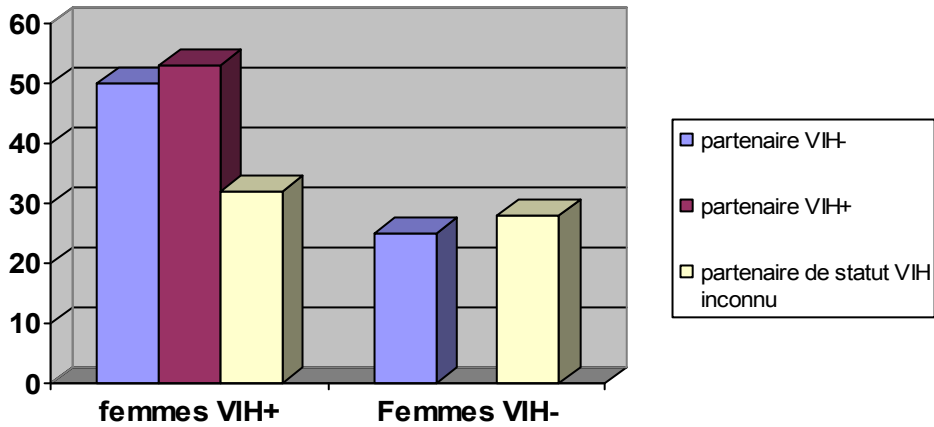


Figure 2b : selon le statut sérologique de la femme et le niveau de dialogue sur les MST/VIH établi avec le partenaire après le dépistage

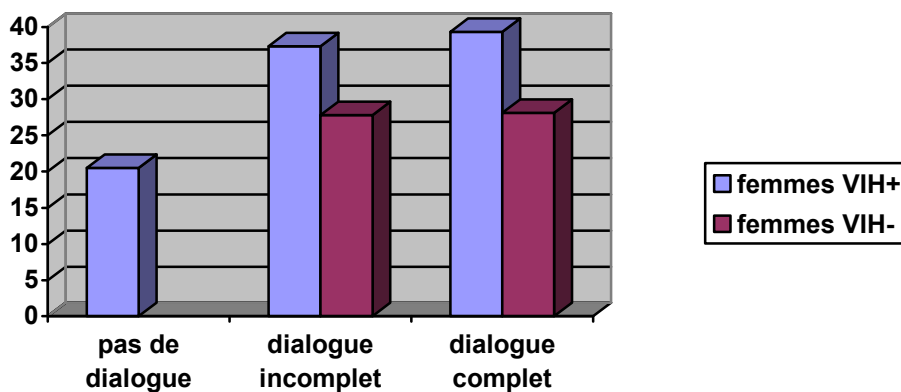


Figure 2c : selon le statut sérologique de la femme et le type d'union

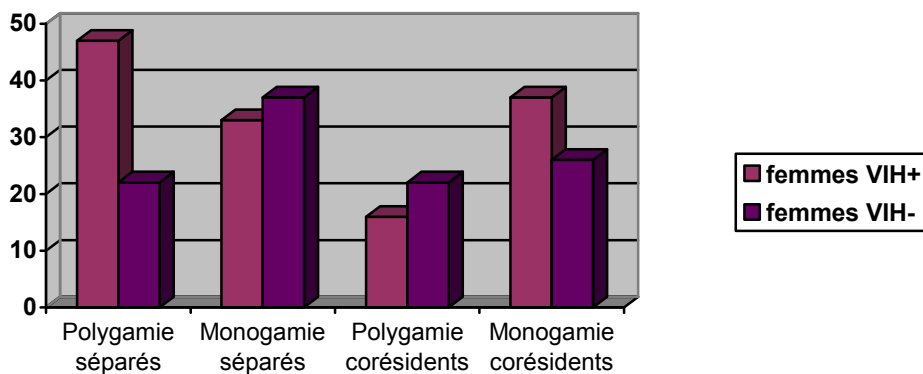


Tableau 7 : régressions logistiques de la probabilité d'utilisation du préservatif lors de la reprise des rapports sexuels

Variables entrées dans les modèles : niveau d'étude de la femme, niveau d'études de son partenaire, situation conjugale (selon la polygamie et la co-résidence), âge de la femme, âge de son partenaire, religion de la femme, la femme a une activité rémunérée, âge de la femme au premier rapport sexuel, habitat individuel ou en cour commune, statut sérologique VIH du partenaire, niveau de dialogue dans le couple sur les MST/VIH.

Le modèle est une régression logistique avec une procédure pas à pas ascendante, faite séparément pour les femmes VIH+ (n=193) et pour les femmes VIH- (n=316). Seules les variables significatives sont retenues dans les modèles présentés ici.

Statut sérologique de la femme	Variable	Modalités	OR [IC à 95%]
Femmes VIH+	Dialogue dans le couple sur les MST/VIH	Incomplet/pas de dialogue	3,51 [0,92-13,46]
		Complet/pas de dialogue	5,97 [1,63-21,92]
	Niveau d'étude du partenaire	Primaire/non scolarisé	1,06 [0,23-4,91]
		Secondaire/ non scolarisé	2,52 [0,68-9,37]
		Supérieur/ non scolarisé	5,88 [1,39-24,86]
Femmes VIH-	Niveau d'étude de la femme	Primaire/ non scolarisée	1,65 [0,84-3,25]
		Secondaire/ non scolarisée	2,51 [1,29-4,90]

Prévention de la transmission du VIH à l'enfant par le lait maternel chez les femmes VIH+

Parmi les femmes VIH+ que nous avons suivies dans cette étude, 56% (176/313) ont allaité au sein leur enfant au moins une fois³. On n'observe pas de relation statistique entre le fait d'avoir donné du lait maternel à l'enfant et le fait d'être en ménage polygame ou monogame, ou de vivre avec son partenaire.

En analyse multivariée (tableau 8), les seules variables qui restent significativement associées à l'allaitement maternel sont la religion (les femmes chrétiennes ont moins donné de lait maternel que les femmes musulmanes, d'autres religions ou sans religions), et le type d'habitat (les femmes qui vivent en cour commune allaitent plus au sein que les femmes qui vivent en habitat individuel).

³ on a exclu de cette étude les 9 femmes sans partenaire, l'objet de l'étude étant de regarder l'influence du partenaire ou du lien conjugal sur ce choix d'alimentation du nourrisson

Tableau 8 : Régression logistique de la probabilité pour une femme VIH+ d'avoir allaité au sein son enfant au moins une fois.

Les variables entrées dans le modèle sont celles significativement liées au type d'alimentation de l'enfant en analyse univariée, soit : le niveau d'étude de la femme, le niveau d'étude de l'homme, la religion de la femme, la co-résidence des deux partenaires, le type d'union (polygame ou monogame), le type d'habitat (cour commune ou logement individuel). Ne sont présentées dans ce tableau que les variables qui restent significatives dans le modèle, après ajustement sur toutes les autres variables (n=256, 57 valeurs manquantes).

Variable liée	Modalités	OR [IC à 95%]
Religion de la femme	Musulmane/Chrétienne	2,35 [1,29-4,29]
	Autre/Chrétienne	2,07 [0,81-5,29]
Habitat	Cour commune/logement individuel	2,18 [1,27-3,75]

Discussion

La communication qui s'établit autour du VIH/sida entre un homme et une femme est fortement dépendante du type de situation conjugale qu'ils vivent. Cette communication est moins fréquente lorsque les partenaires ont des résidences séparées que lorsqu'ils habitent ensemble. Dans les ménages où la femme doit compter avec des rivales, qu'il s'agisse de co-épouses officielles ou de maîtresses officieuses, l'échange sur les MST et le Sida est plus difficile que dans les couples monogames. Ces deux facteurs, non co-résidence des partenaires et polygamie, semblent agir en synergie. La difficulté de dialogue dans les situations de non co-résidence ou de polygamie joue particulièrement dans le cas des femmes qui apprennent qu'elles sont infectées par le VIH. Pour ces femmes, parler du sida comporte un risque car cela peut les conduire à parler de leur propre infection, et se voir rejetée par leur partenaire. La forte corrélation que nous observons entre le niveau de dialogue sur le sida et le caractère monogamique de l'union ainsi que la co-résidence des partenaires nous conduit à confirmer l'hypothèse initiale : lorsque les partenaires ne vivent pas ensemble ou/et lorsqu'il existe des co-épouses, le lien conjugal est plus lâche que dans un couple monogame et où les partenaires vivent sous le même toit, et les femmes infectées par le VIH osent moins se confier à leur partenaire.

Si l'existence d'un dialogue dans le couple autour du sida est ainsi clairement à mettre en relation avec le type de vie conjugale adopté, le type de communication peut par contre prendre diverses formes : ainsi il apparaît que certaines femmes (en particulier instruites, en couples monogames) adoptent une communication indirecte autour du sida. Bien informées, sans doute méfiantes de la réaction négative possible du partenaire, elles lui parlent du sida, lui suggèrent de se faire dépister mais sans évoquer leur propre dépistage et leur propre infection. Elles ne disent pas tout, mais juste ce qui est nécessaire pour poser les bases d'une prévention.

Cependant, si la polygamie et la non-corésidence sont de très bons marqueurs des difficultés de communication qui peuvent exister au sein d'un couple en matière de sida, la situation est plus complexe en matière de prévention effective des risques du sida. En effet, si la communication qui s'établit entre les partenaires autour du sida semble quasi *nécessaire* à l'adoption de comportements de prévention (le premier prédicteur du dépistage du partenaire est le fait qu'il soit informé du dépistage de sa femme, et le dialogue autour du sida est la première variable explicative de l'utilisation du préservatif dans les couples où la femme est VIH+), elle n'est pas pour autant *suffisante*.

Ainsi les femmes VIH- ont presque toutes informé leur partenaire qu'elles avaient été dépistées, lui ont parlé de MST, de VIH, lui ont suggéré le test. Mais très peu d'hommes ont fait la démarche du dépistage et peu de couples protègent leurs rapports. Ces femmes qui ont été dépistées au cours d'une

grossesse, qui se savent VIH- et qui souhaitent se protéger d'une éventuelle infection, n'ont pas réussi à se protéger du risque d'être infectées par leur propre partenaire, malgré le dialogue établi. La principale raison a été décrite dans une autre étude de la même équipe, spécifique des femmes VIH- (Brou *et al.*, 2005) : les hommes considèrent que le résultat du dépistage de leur femme les renseigne sur leur propre statut sérologique, et s'estiment donc non infectés dès lors que leur femme est non infectée. Préjugé tout à fait faux, car les couples discordants sont fréquents (Allen *et al.*, 2003). En Tanzanie par exemple, 31% des couples dépistés dans le cadre d'une étude sur la transmission mère-enfant étaient sérodifférents (Kilewo, 2001). Ce contre-exemple illustre bien qu'il peut y avoir communication et absence de prévention effective.

A l'opposé, les femmes VIH+ qui ont des coépouses et qui ne vivent pas avec leur conjoint semblent être les meilleures utilisatrices de préservatif lors de la reprise des rapports sexuels, alors que c'est dans ce groupe qu'on enregistre le moins bon niveau de communication autour du sida. La lecture des entretiens (disponibles, mais qui n'ont pas pu être analysés de façon complète pour cette étude) montre que ce groupe est essentiellement constitué de femmes qui sont des « maîtresses » et non des épouses officielles. La relation conjugale est en général peu ancienne, dissociée de projets de procréation, le préservatif est plus facilement utilisable dans ce type de relation que dans une relation conjugale ancienne et stable. Par contre, quand la relation évolue vers la stabilité et se double de désir d'enfant, le préservatif est abandonné, sans pour autant que le partenaire n'ait été forcément informé de la séropositivité de la femme.

Si l'existence d'une communication sur le sida ne suffit pas au « passage à la prévention », le niveau d'instruction des deux partenaires reste un élément prédictif majeur de l'adoption de pratiques effectives de prévention : une fois que le partenaire est informé que sa femme est VIH+, c'est son niveau d'instruction qui détermine s'il se fait dépister et s'il utilise des préservatifs. Quand aux femmes VIH-, c'est leur niveau d'instruction qui est déterminant dans la protection des rapports sexuels.

Il semble donc que c'est le niveau d'instruction d'un individu qui lui permet de mesurer le risque qu'il encourt et de prendre les mesures de prévention adaptées.

Le risque de transmission du VIH à l'enfant par le lait maternel obéit à des logiques très différentes : les caractéristiques de la relation conjugale ne semblent pas influencer sur les choix d'allaitement, qui dépendent bien plus de l'entourage de la mère et de son contexte culturel.

Conclusion

Une des difficultés majeures que rencontrent les programmes de lutte contre l'épidémie de sida actuellement reste la prévention de la transmission hétérosexuelle du VIH. Les campagnes de promotion du préservatif ont connu quelque succès en ce qui concerne les relations sexuelles occasionnelles, mais dès que la relation s'installe dans la durée, ou dès qu'il y a projection de cette relation dans l'avenir, le préservatif est abandonné.

Cette étude menée auprès de femmes qui ont été dépistées pour le VIH, et qui connaissent donc la nature des risques qu'elles encourrent ou qu'elles font encourir à leur partenaire, montre comment l'information sur ce risque est donnée au partenaire, et les mesures effectivement prises par rapport à ce risque, selon l'information partagée ou non partagée au sein du couple.

Il en ressort qu'il est nécessaire, pour comprendre comment est géré le risque de transmission sexuelle du sida, de prendre en compte la diversité des situations conjugales. Ainsi la polygamie, qui conduit les femmes à « partager leur partenaire » avec des co-épouses ne suffit pas à caractériser la situation d'une femme par rapport au risque du sida. Si effectivement la communication entre les partenaires semble globalement moins bonne dans les ménages polygames par rapport aux ménages monogames, les formes de polygamie urbaines modernes, où des femmes vivent dans des résidences autonomes, avec un statut oscillant entre celui de maîtresse et d'épouse, placent ces femmes dans une situation fort différente de celles vivant dans des ménages polygames traditionnels, au sein d'une cour commune,

entre leur partenaire et leurs co-épouses. Selon le type de relation existant entre l'homme et la femme, les enjeux et les contraintes pesant sur chacun des partenaires sont différents. C'est en comprenant ces enjeux et ces contraintes spécifiques qu'on pourra décrypter le manque de prise en compte des risques du sida observé bien souvent, et développer un soutien et un conseil adapté.

Cette meilleure compréhension de la spécificité de la relation conjugale passera, pour les démographes, par une amélioration du type d'indicateurs à collecter : le caractère polygamique ou monogamique, formel ou informel, traditionnel ou légal de l'union, qui est bien souvent le type de données que collectent les démographes, ne suffit pas à caractériser une union dès lors qu'on se pose la question de la gestion des risques sexuels au sein de cette union. L'histoire et la durée de cette union, la façon dont chacun des partenaires perçoit et envisage cette relation, le type de résidence de chacun des partenaires, les projets de chacun des individus par rapport à ce couple et les projets du couple, en particulier en matière de procréation, sont aussi à prendre en compte dans une telle recherche.

Références :

- Allen S, Meinzen-Derr J, Kautzman M et al. Sexual behavior of HIV discordant couples after HIV counseling and testing. *AIDS* 2003;17(5): 733-40.
- Anoh A. Familles polygame et monogame face à la planification familiale en Côte d'Ivoire. *Le journal des sciences sociales*, 2004. 1 : 111-131.
- Antoine P. « Les complexités de la nuptialité : de la précocité des unions féminines à la polygamie masculine en Afrique ». In Caselli G, Vallin J et Wunsch G., *Démographie : analyse et synthèse. T II. Les déterminants de la fécondité*. pp.75-102, INED, 2002
- Babalola S, 1999. Spousal communication and safe motherhood practices : evidence from the Tanzanian 1996 DHS data." Troisième Conférence Africaine de la Population (UEPA), Durban, Afrique du Sud, 6-10 dec 1999, pp.37-50
- Brou H, Agbo H, Desgrées du Loû A, pour le groupe Ditrane Plus 3. Conséquences du dépistage du VIH en prénatal chez des femmes VIH- à Abidjan, Côte d'Ivoire: dialogue avec le conjoint et adoption de comportements préventifs. Approche quantitative et qualitative. Projet Ditrane Plus 3, ANRS 1253 . *Cahiers Santé*, 2005, jan-mars.
- Cohen D et Reid E, "The vulnerability of women: is this a useful construct for policy and programming ?", in : Charles Becker et al (éd.), *Vivre et penser le SIDA en Afrique*, p. 377-388. – Dakar et Paris, Codesria-Karthala-IRD, 1999
- Desgrées du Loû A et Brou H. "Resumption of sexual relations following childbirth: norms, practices and reproductive health issues in Abidjan, Côte d'Ivoire". *Reproductive Health Matters*, 2005, 13(25) : 155-163.
- Desgrées du Lou A, Msellati P, Viho I et al. « Contraceptive use, protected sexual intercourse and incidence of pregnancies among African HIV-infected women. Ditrane ANRS 049 project, Abidjan, 1995-2000. » *Int J STD AIDS* 2002 ; 13(7) : 462-8
- Desgrées du Loû A. " Procréation, fécondité et allaitement : quels choix pour une femme séropositive ? Le cas d'Abidjan. " In Desclaux A. et Taverne B. *Allaitement et VIH en Afrique de l'Ouest : de l'anthropologie à la santé publique*. pp. 385-407 Editions Karthala, 2000.
- Hollos Marida Larsen Ulla, 1997. – From lineage to conjugality: the social context of fertility decisions among the Pare of Northern Tanzania, *Social Science and Medicine*, vol. 45, n° 3, p. 381-372.
- Kaudjhis-Offoumou F., *Mariage en Côte d'Ivoire. De la polygamie à la monogamie*. Ed KOF, 1994, 180 p.

- Kilewo C, Massawe A, Lyamuya E et al. HIV counseling and testing of pregnant women in sub-Saharan Africa : experiences from a study on prevention of mother-to-child HIV-1 transmission in Dar es Salaam, Tanzania. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2001; 28(5): 458-62.
- Locoh T, "Social change and marriage arrangements : new type of union in Lomé, Togo". In Bledsoe C and Pison G. *Nuptiality in sub saharan africa. Contemporary anthropological and demographic perspectives*. pp. 215-230, Clarendon Press Oxford, 1994.
- Painter Thomas, 2001. "Voluntary counseling and testing for couples : a high leverage intervention for HIV/AIDS prevention in Sub saharan Africa." *Social Science and Medicine*, 2001, 53, pp.1397-1411
- Roth D, Stewart K, Clay O *et al.*, 2001, "Sexual Practices of HIV discordant and concordant couples in Rwanda : effects of a testing and counselling programme for men". *Int J STD AIDS* 12 : 181-188.

Tableau Annexe 1 : caractéristiques socio-démographiques des femmes enquêtées selon leur statut VIH

Variable	% des VIH+ (n=322)	% des VIH- (n=353)	P (Chi2 pearson)	Ensemble (%)
<i>Religion</i>				
Chrétienne	60,2	61,2	0,36	60,7
Musulmane	32,0	33,7		32,9
Autres	7,8	5,1		6,4
<i>Etudes</i>				
Pas d'instruction	28,9	31,5	0,69	30,3
Primaires	36,6	36,6		36,6
Secondaires	34,5	31,8		33,1
Activité rémunérée	51,2	46,7	0,24	48,9
<i>Age</i>				
18-19	4,3	7,9	0,08	6,2
20-24	30,1	36,0		33,2
25-29	39,4	32,9		36,0
30-34	18,6	15,3		16,9
35 et +	7,5	7,9		7,7
Polygames	19,6	13,6	0,04	16,5
<i>Mode de vie</i>				
Seule avec partenaire	35,4	31,4	0,22	33,3
Avec part. et (belle)-famille	36,3	37,4		36,9
Sans partenaire et avec famille	23,0	28,0		25,6
Autre sans partenaire	5,3	3,1		4,1
<i>Habitat</i>				
Individuel	36,3	42,2	0,12	39,4
Cour commune	63,7	57,8		60,6
<i>Age aux 1ers rapports sex</i>				
<=16 ans	56,5	48,9	0,05	52,5
>=17 ans	43,5	51,1		47,5
<i>Age du partenaire au dépistage</i>	(n=228)	(n=329)		N=557
20-29 ans			<0,001	
30-39 ans	12,7	27,1		21,2
40 ans et +	51,8	51,7		51,7
	35,5	21,3	27,1	
<i>Niveau d'étude du partenaire au dépistage</i>	(n=258)	(n=338)		
Analphabète	16,3	16,9	0,998	16,6
Primaire	20,2	19,8		20,0
Secondaire	50,4	50,0		50,2
Supérieur	13,2	13,3		13,3
<i>Différence d'âge avec le partenaire</i>	(n=228)	(n=329)		
<4 ans	14,9	27,7	0,004	22,4
5-9 ans	39,9	37,4		38,4
10 -14 ans	28,5	21,9		24,6
15 ans et plus	16,7	13,1		14,5

Note : Les variables ci-dessus sont celles utilisées dans toute l'analyse –seules les variables significatives seront retenues dans les tableaux suivants

Tableau Annexe 2 : relation entre la polygamie et les autres variables socio-démographiques

Variable	% de femmes polygames	n	p (Chi 2 de Pearson)
<i>Religion</i>			
Chrétienne	13,7	409	0,05
Musulmane	20,7	222	
Autres	20,9	43	
<i>Instruction de la femme</i>			
Aucune	18,2	203	0,4
Primaire	17,4	247	
Secondaire	13,9	223	
<i>Habitat</i>			
Individuel	14,3	266	0,2
Cour commune	17,9	408	
<i>Age du partenaire au dépistage (n=556)</i>			
20-29	5,1	118	<0,001
30-39	10,1	287	
40 +	29,1	151	
<i>Age</i>			
18-19	14,3	42	<0,001
20-24	9,4	224	
25-29	16,5	242	
30-34	28,9	114	
35+	21,2	52	
<i>Mode de vie</i>			
Seule avec son partenaire	12,1	224	0,0004
Avec partenaire et (belle) famille	15,3	249	
Sans partenaire avec famille	20,8	173	
Autre sans partenaire	35,7	28	
<i>Age aux 1ers rapports sexuels</i>			
<=16	19,5	353	0,025
>=17	13,1	320	
<i>Différence d'âge avec le partenaire</i>			
<4 ans	4,0	124	<0,001
5-9 ans	15,9	214	
10 -14 ans	11,7	137	
15 ans et plus	29,6	81	
<i>Niveau d'étude du partenaire au dépistage</i>			
Analphabète	26,7	90	0,002
Primaire	13,2	114	
Secondaire	12,8	297	
Supérieur	7,5	80	
<i>Cohorte</i>			
VIH+	19,6	322	0,04
VIH-	13,6	353	

Tableau annexe 3 : typologie des femmes enquêtées selon le type de dialogue autour des MST/VIH instauré avec le partenaire après le test de dépistage.

Le niveau de dialogue autour des MST/VIH est mesuré en combinant trois indicateurs de dialogue décrits au tableau 1 : avoir parlé de MST avec son partenaire après le test de dépistage, avoir parlé de son propre test à son partenaire, avoir suggéré à son partenaire de faire son test de dépistage. Le dialogue est complet si la femme a abordé ces trois sujets avec son partenaire, incomplet si elle en a abordé un ou deux, absent si elle n'a abordé aucun des trois

Tableau annexe 3a : femmes VIH+ (n=303, 10 données manquantes)

	Pas de dialogue	Dialogue incomplet	Dialogue complet
	n=74 (24%)	n=92 (30%)	n= 137 (45%)
Religion ($p=0,10$)			
<i>Chrétienne</i>	53%	67%	60%
<i>Musulmane</i>	39%	22%	34%
<i>Autres</i>	8%	11%	6%
Instruction de la femme ($p=0,007$)			
<i>Pas d'études</i>	42%	17%	31%
<i>Etudes primaires</i>	35%	38%	36%
<i>Etudes secondaires</i>	23%	45%	34%
Mode de résidence ($p=0,001$)			
<i>Seule avec son partenaire</i>	24%	40%	42%
<i>Avec son partenaire et famille élargie</i>	31%	36%	42%
<i>Sans son partenaire, avec sa famille</i>	38%	19%	14%
<i>Autre sans partenaire</i>	7%	5%	2%
Vit en ménage polygame ($p=0,006$)	31%	17%	13%
Instruction du partenaire ($p=0,10$)			
<i>Pas d'études</i>	27%	15%	10%
<i>Etudes primaires</i>	25%	17%	20%
<i>Etudes secondaires</i>	36%	56%	54%
<i>Etudes supérieures</i>	11%	12%	17%
Age du partenaire ($p=0,07$)			
<i>20-29 ans</i>		15%	15%
<i>30-39 ans</i>	55%	57%	52%
<i>40 ans et plus</i>	45%	29%	33%

Note : seules les variables ayant une liaison significative à 10% avec cet indicateur dialogue ont été retenues

Tableau annexe 3b : femmes VIH- (n=350)

	Pas de dialogue	Dialogue incomplet	Dialogue complet
	n=2 (0,6%)	n=41 (12%)	n= 307 (88%)
Religion			
<i>Chrétienne</i>	(2)	68%	60%
<i>Musulmane</i>		32%	34%
<i>Autres</i>		-	6%
Instruction de la femme			
<i>Pas d'études</i>		27	32
<i>Etudes primaires</i>		37	37
<i>Etudes secondaires</i>	(2)	37	31
Mode de résidence			
<i>Seule avec son partenaire</i>		42	31
<i>Avec son partenaire et famille élargie</i>		20	40
<i>Sans son partenaire, avec sa famille</i>	(1)	39	26
<i>Autre sans partenaire</i>	(1)		
Vit en ménage polygame	1	17%	13%
Age			
18-19 ans	(1)	5%	8%
20-24 ans		29%	37%
25-29 ans		46%	32%
30-34 ans	(1)	7%	16%
35 ans et plus		12%	7%