

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 qualitative¹

Hermann Brou

Hélène Agbo, Annabel Desgrées du Loû pour le groupe Ditrane Plus 3

Introduction

Un des piliers de la lutte contre l'infection à VIH demeure la prévention. En Afrique où la transmission du VIH chez l'adulte se fait essentiellement par voie hétérosexuelle, la plupart des femmes infectées aujourd'hui le sont dans le cadre de relations sexuelles conjugales (Cohen et Reid, 1999). Dans les pays à prévalence du VIH élevée, le couple devient donc un des lieux principaux où la prévention de la transmission sexuelle du VIH doit s'exercer.

La gestion du risque de contamination par le VIH au sein du couple met en jeu la responsabilité individuelle de chacun et la relation conjugale. Cette prévention au sein du couple passe par deux éléments : la réalisation du test par les deux membres et l'utilisation du préservatif tant que les deux partenaires n'ont pas eu un test de dépistage avec résultat négatif et qu'ils ne prennent pas de risque en dehors de leur

¹ Une version courte de cette analyse a été publiée dans le journal *Cahiers Santé* sous le titre suivant : Brou H., Agbo H., Desgrées du Loû A., pour le groupe Ditrane Plus 3. « Le dépistage du VIH en prénatal : impact chez des femmes VIH- à Abidjan, Côte d'Ivoire. Approche quantitative et qualitative ». *Cahiers Santé*, 2005, 15, 2 : 81-91.

couple. En Afrique si cette double règle de prévention est simple à énoncer, elle l'est moins à appliquer. En effet, plusieurs études soulignent la réticence des populations africaines à utiliser le préservatif, en particulier à l'intérieur du couple où la prévention est plus fondée sur la fidélité (Muhwana, 2004 ; Zulu et Chepngeno, 2003 ; Desgrées du Loû, 2002). En 2003, une analyse de la situation de 24 pays africains montrait que seulement 1 % des femmes mariées en âge de procréer utilisaient le préservatif (ONU, 2002). Il semble que les maris, en particulier, soient hostiles à l'adoption de préservatif pour les rapports sexuels conjugaux (Muhwana, 2004). Quant à la réalisation du test de dépistage du VIH par les deux membres d'un couple, elle reste rare. Tout d'abord, parce que la démarche individuelle vers le test de dépistage reste peu fréquente : l'offre de dépistage est encore limitée et coûteuse dans de nombreux pays africains (Desgrées du Loû et de Bechon, 2001 ; Msellati, 2000). Ensuite parce qu'une démarche de dépistage « de couple » implique que les deux membres du couple effectuent cette démarche individuelle de dépistage, et qu'ils partagent l'information sur ce dépistage entre eux, dialogue non évident *a priori*.

Dans ce texte, nous abordons le dialogue qui peut exister au sein d'un couple à ce sujet, à la suite d'une proposition particulière de dépistage pour le VIH, le dépistage proposé en consultation prénatale aux femmes enceintes, dans le cadre de programme de prévention de la transmission de la mère à l'enfant du VIH. Nous nous intéressons ici aux femmes qui apprennent, à l'occasion de ce dépistage proposé au cours d'une grossesse, qu'elles sont séronégatives, donc non infectées par le VIH. En effet, mieux connaître l'impact du dépistage sur le comportement des individus séronégatifs est capital en termes de prévention, et les études en Afrique concernent généralement soit les personnes qui apprennent qu'elles sont infectées par le VIH, soit celles qui n'ont pas été dépistées, mais rarement les personnes dépistées et séronégatives, qui sont pourtant particulièrement concernées par une démarche de prévention efficace.

Dans ces programmes de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, c'est la femme qui reçoit, au cours d'une visite prénatale, la proposition de dépistage du VIH et les conseils pré et post test. Cependant, la mise en application qu'elle pourra faire par la suite de ces conseils de prévention dépend largement de son partenaire : de nombreuses études ont, en effet, relevé l'obstacle que peut représenter le partenaire, en matière de changements de comportements ; obstacles souvent levés lorsqu'il y a communication ou dialogue au sein du couple. On le voit nettement dans le cas de l'adoption de la planification familiale (Hollos et Larsen, 1997 ; Babalola, 1999).

Dans le cas de la gestion du risque de VIH au sein du couple, il apparaît que la sensibilisation des femmes au risque de VIH par les structures de santé favorise positivement l'instauration du dialogue sur ces questions au sein de leur couple (Zulu et Chepngeno, 2003). Pour mieux comprendre donc comment les femmes qui ont appris qu'elles n'étaient pas infectées par le VIH, à l'occasion d'une grossesse, peuvent (ou non) adopter une démarche de prévention pour éviter d'être éventuellement contaminée dans le futur, nous examinons ici le dialogue qui s'établit au sein du couple dans la gestion du risque de VIH/Sida, après ce dépistage, et les comportements préventifs adoptés. Après une présentation du programme au sein duquel est réalisée cette étude, nous analysons le dialogue mis en place par ces femmes avec leur conjoint, autour de ce test de dépistage et des risques d'infection par

le Sida et des MST, la démarche des conjoints vers leur propre dépistage, et l'éventuelle utilisation de préservatifs au sein de ces couples.

Population et méthodes

Le projet Ditrane Plus 3 constitue le volet sciences sociales d'un programme de réduction de la transmission mère-enfant développé à Abidjan depuis l'année 2000, le programme Ditrane Plus ANRS 1201-1202, coordonné par l'INSERM U593. Le programme Ditrane Plus est une cohorte thérapeutique de femmes infectées par le VIH constituée sur la ville d'Abidjan qui étudie trois types de mesures visant à diminuer encore le risque d'infection pédiatrique par le VIH d'origine maternelle et à réduire la mortalité et la morbidité infantiles. Le volet sciences sociales Ditrane Plus 3 s'intéresse aux changements comportementaux induits par la réalisation du dépistage prénatal de l'infection à VIH, via une observation comparative et standardisée de deux cohortes prospectives de femmes VIH+ et VIH- à qui le test de dépistage du VIH a été proposé en consultation prénatale à la suite d'une séance d'information et de conseil sur le VIH/Sida.

Les femmes incluses dans le projet Ditrane Plus ont été dépistées dans l'un des six centres de dépistage opérationnels du projet. Ces services sont basés au sein des Formations Sanitaires Urbaines Communautaires (FSU Com)² situées dans les communes d'Abobo et de Yopougon. Chaque femme suivie dans ce projet bénéficie d'une information et d'une proposition de contraception postnatale un mois après l'accouchement, adaptées à sa pratique d'allaitement ainsi que d'une information sur les IST incluant le VIH/Sida et de conseils d'utilisation de préservatifs. Le conseil et la proposition de dépistage du VIH sont réitérés chez les femmes séronégatives après l'accouchement (si le dépistage lors de la consultation prénatale date de plus de trois mois), puis à 9 et 18 mois après l'accouchement, au cours des séances régulières de suivi.

Dans cette étude, deux types de données ont été recueillies : des données quantitatives recueillies de façon prospective au cours du suivi par questionnaires standardisés, qui concernent l'ensemble des femmes suivies, et des résultats d'entretiens approfondis réalisés auprès d'une vingtaine de femmes et de leurs partenaires par cohorte de façon à dégager les stratégies matrimoniales, conjugales, sexuelles et reproductives mises en œuvre par rapport au risque d'infection par le VIH/Sida, selon la connaissance que chaque femme a de son statut sérologique par rapport à cette infection.

Nous analysons ici les données recueillies auprès de 400 femmes pour lesquelles le résultat du test de dépistage ainsi réalisé était négatif, qui ont été incluses dans le projet entre le 1^{er} juin 2001 et le 31 juillet 2003. Nous avons exclu sept femmes sans partenaires depuis le début du suivi ainsi que neuf femmes perdues de vue avant les

² Structures de santé privées à but non lucratif gérées par une association et liées à l'Etat par une convention de service public

trois premiers mois après l'accouchement. L'analyse quantitative porte sur les douze premiers mois après l'accouchement. Les analyses multivariées ont été menées selon une procédure pas à pas descendante avec entrée de toutes les variables au départ. Seules figurent dans les résultats présentés les variables dont les coefficients de significativité sont inférieurs à 0,2, exception faite des variables forcées.

Le volet qualitatif a consisté en des entretiens approfondis semi-directifs, enregistrés et répétés dans un délai de six mois minimum, auprès d'un sous-groupe de femmes. Nous utilisons ici pour illustrer l'analyse quantitative les premiers entretiens recueillis auprès de sept femmes séronégatives représentant diverses catégories socio-démographiques, réalisés entre trois et douze mois après l'accouchement.

Caractéristiques socio-démographiques des femmes enquêtées

Parmi les 384 femmes, 44 % avaient moins de 25 ans (18-24 ans) et 33 % avaient entre 25 et 29 ans (cf. tableau en annexe). Trois femmes sur cinq avaient moins de trois naissances vivantes. Très peu de femmes ont fait des études supérieures (10 %) ; la majorité d'entre elles sont peu instruites (37 % de niveau primaire) ou pas du tout (31 %)³. Nous dénombrons deux fois plus de femmes chrétiennes que musulmanes et un peu moins de la moitié a une activité rémunérée. Un tiers des femmes ne cohabite pas avec leur partenaire, tout en le voyant fréquemment. Une femme sur dix vit avec un homme polygame. Les hommes sont dans l'ensemble plus âgés (sept ans d'écart d'âge médian⁴) et plus instruits (68 % de niveau secondaire et plus) que leurs femmes, mais 10 % des femmes ont des niveaux d'instruction plus élevés que le partenaire. La moitié des femmes ont eu leur première expérience sexuelle à 17 ans (IQ : 15-18) avec des partenaires plus âgés. Cet âge médian au premier rapport sexuel est presque identique à celui observé chez les femmes abidjanaises âgées de 25-49 ans, en 1999 (16,5 ans) (INS et ORC Macro, 2001). La durée médiane d'observation est de 19 mois (IQ : 14-24).

Il existe une différence de population entre les deux quartiers enquêtés : à Abobo, on rencontre des femmes en majorité musulmanes et ayant une activité rémunérée, et à Yopougon, des femmes en grande majorité chrétiennes, sans activité rémunérée, et beaucoup d'étudiantes.

³ A Abidjan, 33 % des femmes sont sans niveau d'instruction et 34 % de niveau primaire (EDS-CI 98-99).

⁴ Au cours de l'EDS-CI 98-99, au sein des couples interviewés, les maris étaient en moyenne 9,6 ans plus âgés que leurs femmes

Dialogue entre partenaires autour du test de dépistage pour le VIH

Parler de son propre test de dépistage : une démarche facilitée par le résultat VIH-

Dépistées au début du troisième trimestre de grossesse en moyenne, la plupart des femmes ont accepté de faire le test de dépistage pour le VIH sans prendre l'avis de leur partenaire. Ceci est lié aux conditions dans lesquelles le test est proposé aux femmes (Msellati, 2000) : les femmes reçoivent systématiquement une proposition de dépistage du VIH non pas parce qu'elles ont effectué volontairement la démarche pour le dépistage mais parce qu'elles viennent en visites prénatales comme recommandé lorsqu'elles attendent un enfant. Elles décident librement d'accepter de faire le test⁵ (Ekouevi et al., 2004) et elles ont la possibilité de repousser la réalisation du test à une autre visite prénatale ou un autre moment pour prendre l'avis de leur partenaire. 48 % des femmes qui ont refusé le test disaient demander l'avis du partenaire avant de faire le test. Le plus souvent, la femme n'informe son partenaire qu'après avoir pris connaissance du résultat. Celles qui ont informé leur partenaire le jour même de la réalisation du test sont dans des couples au sein desquels le dialogue est plus fréquent.

Les femmes acceptent ce test pour plusieurs raisons : d'abord grâce à la promesse qui leur est faite d'une prise en charge médicale en cas de résultat positif, non seulement pour diminuer le risque de transmission à l'enfant mais également pour aider la mère à prendre en charge son enfant au cas où la contamination n'aurait pu être évitée. Par ailleurs, la possibilité leur est offerte de se faire dépister pour d'autres maladies (principalement des IST) qui pourraient nuire au bon déroulement de la grossesse ou à la santé du futur enfant. Ensuite l'envie de connaître son statut sérologique, en particulier chez les femmes qui pensent avoir eu une conduite à risque dans le passé, comme l'exprime l'une des femmes qui a eu son premier rapport sexuel à 15 ans avec un partenaire de 35 ans :

« ...je voulais savoir parce que (...) j'ai fait la vie avant de pouvoir me marier (...) savoir si j'ai ça pour que je sache me prendre mais si je n'ai pas ça, que je sache encore mieux me prendre... ».

Signalons en outre que le caractère systématique de la proposition et la gratuité du test ont favorisé son acceptation. Dans les entretiens réalisés, les femmes déclarent qu'elles n'auraient certainement pas fait toutes seules la démarche du dépistage si cela n'avait pas été proposé et réalisé gratuitement.

Une fois le test fait et le résultat connu, reste à en informer le partenaire. L'analyse de l'enquête quantitative montre qu'après douze mois de suivi *post-partum*, la quasi-totalité des femmes (97 %) avaient partagé le résultat du test avec leur partenaire

⁵ Toutes les femmes incluses signent un consentement éclairé avant l'inclusion dans le projet.

(tableau 1). Quelles que soient leurs caractéristiques socio-démographiques, neuf femmes sur dix ont informé le partenaire du résultat de leur test. Cette démarche s'est effectuée dans la majorité des cas dès que la femme a pris connaissance de son résultat, encouragée en cela par le « statut de séronégative » ; en témoignent les propos d'une des femmes suivies à Abobo :

« ...je suis partie prendre le résultat, c'est quand mon résultat était négatif maintenant que je suis venue lui (le partenaire) dire que j'ai fait mon test... ».

Même si la femme a révélé son statut à d'autres membres de l'entourage, les résultats de l'enquête quantitative montrent que le partenaire reste prioritairement et majoritairement la personne informée. 84 % des partenaires informés ont accueilli ce « bon » résultat avec soulagement, 15 % ont manifesté de l'indifférence et 1 % de la colère du fait que la femme ait fait le dépistage sans leur avis, voire « sans leur permission ». L'analyse des interviews montre que le partage du résultat du test avec le partenaire s'est fait sans l'aide d'une tierce personne, à la différence de ce qui se passe lorsque la femme est VIH+ (Tijou Traoré, 2004). Si le « bon » résultat (statut sérologique VIH négatif) a été l'élément majeur qui a poussé les femmes à informer leur partenaire, d'autres arguments sont avancés par les femmes au cours des entretiens. La référence au couple est ainsi utilisée : certaines femmes expriment l'importance de partager joies et peines au sein du couple, de « ne rien se cacher ».

Cependant, devant cet argument qui exprime sûrement une des aspirations de ces femmes, on ne peut que souligner le décalage entre cette aspiration et la réalité des faits : la plupart des femmes ont attendu le résultat (négatif ici donc rassurant) avant d'informer le partenaire qu'elles avaient effectué ce dépistage. La nécessité d'en parler afin d'attirer l'attention du partenaire sur d'éventuels risques qu'il pourrait prendre en ayant des relations extraconjugales non protégées est aussi un des arguments évoqués, et il semble que ce soit un des éléments majeurs de cette démarche de partage d'information avec le partenaire. C'est, en effet, le partage du résultat du test de dépistage avec le partenaire qui initie le dialogue autour du VIH/Sida, accroît l'attention face aux risques de contamination et conduit à un changement de comportement (Medley *et al.*, 2004). Enfin le fait que le mari soit celui qui « paye » est aussi souligné comme une des raisons qui rend nécessaire qu'il soit informé de cette démarche de la femme.

Seules 11 (3 %) sur les 384 femmes n'avaient pas encore informé le partenaire du résultat de leur test de dépistage VIH au bout des douze mois de suivi après l'accouchement. Ces femmes n'ont apparemment pas ressenti la nécessité de révéler leur statut séronégatif à une tierce personne puisque aucun autre membre de leur entourage, membre de la famille ou belle famille, ami(e) ou voisin(e), n'a été non plus informé. Huit parmi ces femmes ne cohabitaient pas avec leur partenaire. L'analyse quantitative révèle que les deux facteurs qui diminuent la probabilité que la femme informe son partenaire qu'elle a été dépistée sont le fait de ne pas cohabiter avec ce partenaire, et le fait d'avoir un partenaire de moins de 25 ans (tableau 1). Par contre, aucune différence significative n'apparaît selon le niveau d'instruction de la femme (tableau 1). Les femmes instruites ne sont pas plus nombreuses que leurs consœurs non scolarisées à informer le partenaire de leur statut sérologique.

Ce rôle important de la cohabitation dans le partage de l'information sur le test VIH avec le partenaire s'explique par le fait que les femmes qui vivent avec leur partenaire disposent de plus de temps et de moments favorables pour discuter de ces questions qui demeurent encore sensibles. Dans les interviews réalisées, nous notons que les moments de dialogue avec le partenaire sont rares en général. Ils le sont encore plus chez les femmes qui ne cohabitent pas avec le partenaire.

Suggérer à son partenaire de se faire dépister pour le VIH : une démarche généralisée...

Au cours du conseil post-test et du suivi, il est conseillé à la femme d'amener son partenaire à faire également le test (s'il ne l'a pas fait récemment). Dans le contexte africain où l'infection à VIH est (encore) parfois associée à une vie sexuelle non « saine » (prostitution, multipartenaire), suggérer au partenaire de faire son test de dépistage sans que ce dernier ne le prenne comme une suspicion d'infidélité est chose délicate. En dépit de cela, presque toutes les femmes (94 %) ont incité le partenaire à se faire dépister ou, à un moindre niveau, lui ont suggéré le dépistage. Le fait d'avoir une coépouse rend plus difficile la démarche d'inciter le partenaire au dépistage (OR = 0,16 ; $p=0,006$) (tableau 2). Dans les foyers polygames, les relations s'établissent autour de trois entités : la femme, sa(ses) coépouse(s) et le partenaire comme entité centrale. Demander ou suggérer le dépistage au partenaire est donc plus complexe car une nette vision du statut du foyer (et non du couple) par rapport à l'infection à VIH exigerait que les autres coépouses se fassent dépister. Ceci exigerait que les coépouses soient mis au courant du dépistage de la femme. Or, cela n'est pas toujours le cas. La suggestion du dépistage au partenaire est également moins aisée lorsque la femme n'a pas dit à son partenaire qu'elle même s'était fait dépister (OR = 0,05 ; $p=0,002$) (tableau 2). Il faut rappeler que très peu de femmes dans l'enquête quantitative n'avaient pas informé leur partenaire qu'elles avaient fait le test de dépistage.

Enfin, un écart d'âge important entre les conjoints rend difficile cette discussion : 11 % des femmes ayant au moins quinze ans de moins que leur mari n'ont pas osé lui suggérer le test de dépistage du VIH, contre 2 à 4 % chez les autres femmes (tableau 1). Une des femmes, âgée de 36 ans, parlant de son partenaire polygame de 61 ans :

« ...nous ne causons pas de ça (sexualité), on n'en parle pas, on a honte de parler de ces choses là... ».

L'écart d'âge important introduit dans la relation de ce couple une gêne ou une certaine honte (pour la femme) de parler de sexualité avec son partenaire ; ce qui se traduit par une absence ou une rareté du dialogue sur tout ce qui concerne la sexualité du couple. De plus, la femme est l'objet d'un manque de confiance de la part de son partenaire, manque de confiance qui pourrait résulter de ces 25 ans de différence d'âge. Aussi préfère-t-elle ne pas lui demander de faire le dépistage :

« ...je réfléchis, quelque chose me dit de dire pour qu'il vienne (au dépistage)...cet homme est un jaloux, tu vas lui dire quelque chose comme bonne

chose, il va dire que je me suis mise d'accord avec mes copains (amants) pour faire ceci... ».

Cependant, toutes les femmes sont convaincues qu'il est nécessaire d'inciter leur partenaire à se faire dépister, pour pouvoir gérer la menace du VIH/Sida au niveau du couple :

« ...comme j'ai déjà fait mon test et que je suis séronégative, qu'il vienne faire pour lui aussi pour que nous sachions ce que nous avons... ».

Généralement, cette question du test de dépistage du VIH est abordée dans le couple à trois occasions : pendant les disputes sur les questions de relations « extraconjugales », quand les deux partenaires se donnent mutuellement des conseils sur leur vie sexuelle ou lorsque les questions sur le VIH/Sida sont abordées dans les médias.

Le dépistage du partenaire paraît important pour ces femmes à double titre : en cas de résultat positif (VIH+) du partenaire, elles pourront alors se préserver de la contamination. Par contre, un résultat négatif (VIH-) conduirait le partenaire à « ranger » sa vie (fidélité) ou à prendre moins de risque (moins de relations extraconjugales mais protégées), et par delà à protéger leur couple. Deux femmes (mariées) pensent en cela que pour les couples déclarés comme tel, le dépistage doit être adressé aux deux conjoints, en même temps :

« ...ça doit être une affaire de couple, sincèrement (...) si c'est un père et une mère qui vivent, conjuguent leur foyer, forcé ça doit être un truc de couple... ».

« ...si c'est les couples mariés légalement, moi je pense qu'on devrait les prendre les deux on devait les recevoir à deux pour que chacun sache qui est son partenaire pour qu'on sache plus marcher désormais voilà ».

... mais encore peu efficace : peu de partenaires se sont fait dépister

En dépit de la forte proportion des hommes qui ont été incités au dépistage, seul un homme sur quatre s'est fait dépister (tableau 1). Les partenaires de femmes musulmanes, vivant dans des ménages polygames se font moins dépister que les autres (16 % contre 31 % chez les partenaires de femmes chrétiennes et 24 % chez les autres) (tableau 1). Le niveau d'instruction du partenaire est le facteur le plus déterminant pour la réalisation du test par le partenaire. En effet, 9 % seulement des hommes sans aucun niveau d'instruction se sont fait dépister contre environ 30 % pour tous les autres ayant été scolarisés (tableau 1), et c'est le seul facteur qui reste significatif en analyse multivariée (OR = 0,25 ; p=0,016) (tableau 3). En 1999, dans une étude à Abidjan, Desgrées du Loû et de Bechon avaient observé, de la même façon, quatre fois plus de personnes instruites dépistées pour le VIH que celles peu ou non instruites (Desgrées du Loû et de Bechon, 2001).

Trois raisons peuvent expliquer le peu d'hommes dépistés. D'une part, la réalisation du test de dépistage exige de l'homme une démarche plus volontaire comparée à celle

de sa femme à qui le dépistage est proposé lors d'une consultation prénatale. La plupart du temps, les personnes qui désirent se faire dépister étaient jusque là confrontées à une offre limitée (faible développement des centres anonymes de dépistage volontaire, non disponibilité ou coût élevé du test, etc.) (Desgrées du Loû et de Bechon, 2001 ; Msellati, 2000). Dans le cadre du projet, les femmes sont informées de ce que leur partenaire peut, s'il le désire, bénéficier de conseils et d'un dépistage gratuit dans l'un des centres de suivi. Mais cette relative facilité d'accès au dépistage demande tout de même que l'homme se rende de lui-même à la formation sanitaire, dans le seul but d'effectuer ce test. En plus de cette « démarche » à faire, il est certain qu'une des autres raisons qui expliquent le peu d'hommes qui se rendent effectivement au centre pour se faire dépister est, comme dans tous les programmes de dépistage, la crainte de se découvrir infecté. Parmi les hommes qui n'ont pas fait le test, la moitié ont dit à leur femme qu'ils souhaiteraient le faire, mais ne font pas « le pas ». Les personnes les plus instruites possèdent davantage de connaissance sur le VIH/Sida (modes de transmission, prévention, dépistage, traitements) et ont ainsi moins d'appréhensions ou d'*a priori* par rapport au dépistage, ce qui explique l'influence forte de l'instruction sur cette démarche de dépistage. Enfin, il semble que pour plusieurs hommes, il s'agisse d'une démarche inutile, car ils sont persuadés que le résultat du dépistage de la femme leur révèle leur propre statut sérologique :

« ...il me dit que comme on sort ensemble, si moi je suis séronégative, c'est que lui aussi il est séronégatif... ».

Et pourtant, il n'est pas rare que dans un couple l'un soit infecté (VIH+) et l'autre non (VIH-) (Tijou Traoré, 2004 ; Allen *et al.*, 2003). En Tanzanie, par exemple, 31 % des couples dépistés dans le cadre d'une étude sur la transmission mère-enfant étaient sérodiscordants (Kilewo *et al.*, 2001).

Plusieurs types de réactions de partenaires sont sans doute, pour partie au moins, sous-tendus par cette idée que le dépistage de la femme les renseigne sur leur propre statut sérologique : la colère de certains hommes lorsqu'ils apprennent que leur femme a fait le dépistage sans leur permission, les doutes qu'émettent certains partenaires lorsqu'ils apprennent que leur femme est VIH-, ou au contraire leur joie, leur soulagement, comme illustré dans la réaction suivante :

« Il me dit, ah comme moi j'ai fait mon test c'est notre test à nous deux ».

Dialogue dans le couple autour de la sexualité

Un dialogue renforcé après le dépistage du VIH proposé à la femme

Le conseil autour du dépistage introduit des questions sur la sexualité du couple. Le fait d'avoir effectué un test de dépistage, et de se savoir VIH-, incite-t-il les femmes à parler davantage avec leur partenaire de ces problèmes pour éviter une infection future ? L'enquête révèle que 65 % des femmes discutaient avec leur conjoint sur des sujets relatifs au Sida et aux MST avant leur test de dépistage pour le VIH. Ces discussions étaient moins fréquentes chez les femmes musulmanes, non instruites, dans les couples où le partenaire était nettement plus âgé (plus de 14 ans de différence), non instruit ou qui n'avait fait que le primaire (tableau 4). Après avoir fait ce test de dépistage du VIH, ce sont 88 % des femmes qui affirment avoir discuté au moins une fois avec leur partenaire sur les MST ou le Sida, soit 23 % de plus comparé à la situation d'avant le test de dépistage. Les différences observées selon le niveau d'étude de la femme, sa pratique religieuse ou l'écart d'âge avec son partenaire avant le test de dépistage, sur l'existence du dialogue dans le couple autour des MST/Sida, disparaissent après le dépistage (tableau 4). Cependant, les différences observées selon le niveau d'instruction du partenaire avant le test de dépistage persistent après le dépistage ($p < 0,01$), avec une plus forte généralisation du dialogue au sein des couples où l'homme a été scolarisé au moins jusqu'au second cycle du secondaire. Par ailleurs, des différences apparaissent après le dépistage selon la situation matrimoniale : 90 % des femmes vivant en ménage monogame déclarent avoir discuté de MST/Sida avec leur partenaire après le test, contre 77 % des femmes vivant en foyers polygames (tableau 4).

Ainsi après le test de dépistage, les discussions dans les couples sur des sujets relatifs au Sida et aux MST sont plus fréquentes qu'avant le test de dépistage. Le dépistage et les conseils qui l'entourent ont donc permis chez certaines femmes de renforcer ou d'améliorer le dialogue autour des MST/Sida au sein de leur couple et chez d'autres (au moins pour 20 % d'entre elles) d'amorcer ce dialogue ou de l'instaurer. Le dépistage et le partage du résultat de la femme avec son conjoint constituent l'événement stimulateur de l'amélioration ou de l'instauration de ce dialogue.

Les relations extraconjugales au cœur de ces discussions

Dans un contexte de transmission majoritairement (hétéro)sexuelle, la prévention de l'infection par le VIH affecte les comportements sexuels, et, au sein du couple, elle appelle les deux partenaires à une prévention tant individuelle que mutuelle. Cette prévention appelle, en effet, une discussion autour de la sexualité conjugale mais aussi extraconjugale. En effet, particulièrement dans le cas que nous étudions ici où les femmes se savent non infectées par le VIH, les relations extraconjugales sont craintes

car considérées comme la possible porte d'entrée des maladies sexuellement transmissibles en général et du VIH en particulier :

« ...quand il sort et qu'il revient de ces promenades, je lui dis, tu as entendu qu'il y a le Sida. Il ne faut pas prendre une maladie pour me trouver ici... ».

« ...je le conseille de ce que nous avons entendu à la télévision un peu partout... chacun doit faire la politique de sa santé à lui-même parce que nous ne savons pas où nous allons acquérir des maladies sexuellement transmissibles donc c'est à nous de savoir comment marcher... ».

Les discussions sur ces questions répondent aux soucis de la femme de protéger son couple contre les MST/Sida et par delà, de préserver son statut de femme non infectée. Ainsi, elles sont autant à parler de MST/Sida avec leur partenaire (88 %) qu'à lui conseiller de se prémunir contre ces maladies (90 %) en utilisant le préservatif s'il lui arrivait d'avoir des rapports sexuels avec d'autres femmes (tableau 4). Toutes les femmes, quelle que soit la catégorie socio-démographique, sont conscientes du risque que le partenaire peut faire encourir au couple avec des rapports extraconjugaux non protégés. Cependant les femmes musulmanes sont moins enclines que les chrétiennes à suggérer l'utilisation du préservatif au partenaire s'il lui arrivait d'avoir de tels rapports (OR = 0,32 ; p=0,013) (tableau 5). Les femmes musulmanes, en majorité non scolarisées (61 % contre 16 % chez les chrétiennes et 29 % chez les animistes ou sans religion) vivent deux fois plus que les autres dans un foyer polygame où il n'est pas aisé de demander au partenaire d'utiliser des préservatifs avec d'autres femmes sans une interprétation qui inclurait les coépouses dans ces « autres femmes »⁶. On note également que les femmes qui n'exercent aucune activité rémunérée sont moins susceptibles que celles qui en exercent de suggérer à leur partenaire de protéger ses rapports sexuels en dehors du couple (OR = 0,33 ; p=0,022) (tableau 5). Il semble ainsi que l'autonomie financière soit pour les femmes une condition importante pour aborder au sein de leur couple un sujet délicat, les éventuelles relations extraconjugales du conjoint : n'étant pas totalement dépendantes de l'homme pour acheter la nourriture du foyer, se vêtir, etc., elles ont moins à craindre son mécontentement, son éventuelle colère et les conséquences qui en découleraient.

Mais qu'elles soient autonomes financièrement ou non, instruites ou illettrées, ce sujet de l'infidélité sexuelle reste délicat et difficile à aborder. A partir des entretiens que nous avons menés, nous avons pu définir trois types de stratégies adoptées par les femmes pour amorcer cette discussion. Certaines disent en parler directement, au cours d'une simple causerie, et conseillent calmement au conjoint de se protéger « lorsqu' il sort », comme elles lui diraient de faire attention en traversant la route :

« ...quand tu sors là, c'est pas avec moi tu sors, mais seulement, je te dis que si tu sors, en tous cas, il faut te préserver (...), moi-même je lui ai dit que si j'ai eu l'argent, je vais payer paquet là (préservatif) pour déposer, s'il veut partir là, il peut prendre pour aller... ».

⁶ Le recueil de données à ce niveau ne fait lui-même aucune différence entre la(les) coépouse(s) et les femmes hors du foyer polygame.

Une deuxième catégorie de femmes abordent ce sujet plutôt sous forme de dispute : elles reprochent à leur conjoint ses relations extraconjugales, et, à ce sujet, lui demandent « au moins » d'utiliser les préservatifs, comme cette femme qui pose un ultimatum :

« ...je lui dit que s'il sort, d'utiliser les capotes parce qu'on ma dit que mon sang est bon, et donc qu'il n'envoie pas le Sida à la maison. S'il envoie une maladie, je vais prendre mes bagages pour rejoindre mes parents... ».

Ou cette autre femme qui dit ne pouvoir aborder un tel sujet qu'au cours d'une dispute :

« Si c'est une palabre je peux le dire. Si nous sommes en palabre je lui dis, peut-être que toi tu cherches les filles c'est pour cela que tu dis que je cherche garçon. Je peux le dire ainsi, pendant les disputes... sinon le dire pendant les causeries, là... non ».

Une troisième manière d'aborder ce sujet est « la blague » : conseiller à son conjoint d'utiliser les préservatifs « au cas où » il serait infidèle, mais en restant sur le mode de la plaisanterie, permet aux femmes de faire passer le message, sans pour autant se placer dans une situation d'accusatrice, sans « récriminer », et en évitant ainsi le conflit :

« Je le taquine, je lui demande : est-ce que mes rivales vont bien ? ».

On retrouve là, sans doute en partie, un trait de caractère de la culture ivoirienne, habile à rire de tout, même dans les situations difficiles, mais il semble aussi que ce soit une recette assez universelle : utiliser l'humour est souvent plus efficace que le conflit pour aborder les points difficiles à négocier dans un couple (Kaufmann, 1992).

Reprise des rapports sexuels après l'accouchement et utilisation du préservatif

La reprise des rapports sexuels après l'accouchement n'est pas conditionnée par le dépistage du partenaire...

Nous avons montré que les femmes parlaient plus fréquemment de prévention du VIH avec leur conjoint après avoir fait le test de dépistage du VIH qu'avant. En restent-elles au niveau du dialogue ou ce dialogue se double-t-il de pratiques préventives effectives ? Pour des femmes qui se savent séronégatives, les comportements préventifs à adopter seraient essentiellement d'inciter leur partenaire au dépistage du VIH avant la reprise des rapports sexuels et d'utiliser des préservatifs avec ce dernier tant qu'il est de statut VIH inconnu ou s'il est séropositif. Le moment de la reprise des rapports sexuels après le dépistage en prénatal et l'accouchement est donc un des

moments clés pour la mise en pratique des conseils de prévention délivrés lors du dépistage.

Or, on a vu dans notre enquête que seul un quart des partenaires s'était fait dépister, et 21 % seulement de l'ensemble des partenaires ont effectué ce test de dépistage avant la reprise des rapports sexuels (tableau 6). Cette probabilité d'avoir été dépisté avant la reprise des rapports sexuels augmente significativement avec le niveau d'instruction de l'homme : 27 % des partenaires de niveau secondaire et plus ont fait le test de dépistage avant la fin de l'abstinence *post-partum*, contre 8 % chez les partenaires non instruits. On observe d'autre part plus de partenaires dépistés avant la reprise des rapports sexuels parmi les couples non cohabitants, et moins dans les couples musulmans (tableau 6). Le dépistage VIH du partenaire n'apparaît d'ailleurs pas comme déterminant de la reprise des rapports sexuels (OR = 1,07 ; $p=0,63$) (tableau 6). En effet, le premier rapport sexuel survient chez les femmes seize semaines (en médiane) après l'accouchement, indifféremment du fait que le partenaire ait été dépisté pour le VIH ou pas ($p=0,37$). La reprise des rapports sexuels obéit à d'autres principes et exigences (Desgrées du Loû et Brou, 2005) et semble être influencée par d'autres variables telles que la cohabitation ou non avec le partenaire et l'âge d'entrée en vie sexuelle chez la femme.

... et le préservatif reste peu utilisé

Dans une démarche de prévention correcte, le préservatif devrait être utilisé systématiquement lors de la reprise des rapports sexuels après l'accouchement, dans ces couples où la femme se sait non infectée par le VIH et où l'homme n'a pas fait la démarche de dépistage. C'est loin d'être le cas. On a vu que la grande majorité des femmes n'éprouvent aucune difficulté à parler du préservatif avec leur partenaire. Mais s'il est facile de suggérer à l'homme son utilisation au cours de rapports extraconjugaux, il est nettement moins facile de réussir à l'adopter au sein du couple. Seule une femme sur trois en a utilisé avec le partenaire au moment de la reprise des rapports sexuels malgré le fait que, dans 80 % des cas, les partenaires n'avaient pas fait leur dépistage (tableau 6). L'utilisation du préservatif est liée à l'instruction de la femme (44 % d'utilisatrices chez les femmes d'instruction secondaire), à sa religion (utilisation moins importante chez les musulmanes), et les femmes ayant commencé leur vie sexuelle avant 18 ans sont plus enclines à protéger le premier rapport sexuel après l'accouchement que celles entrées en vie sexuelle plus tardivement (OR = 2,04 ; $p=0,022$).

La capacité qu'ont ces femmes VIH- de mettre en place des pratiques préventives pour éviter d'être infectées par le VIH au sein de leur couple semble en fait dépendre largement de la qualité de la relation établie avec le conjoint. En appui aux chiffres d'utilisation du préservatif recueillis dans le tableau 6, les entretiens révèlent deux constantes dans la façon dont les femmes gèrent cette prévention de la transmission sexuelle du VIH dans leur couple :

- d'une part, pour justifier l'utilisation du préservatif avec leur conjoint (ou partenaire régulier), elles invoquent toujours le rôle contraceptif du préservatif, et ce même

lorsqu'elles l'utilisent dans une optique de prévention des MST ou du VIH. Utiliser le préservatif pour son rôle protecteur des MST reste une démarche censée concerner les rapports occasionnels, extraconjugaux. Proposer cette démarche à son partenaire régulier sous-entend un doute sur son statut sérologique, bien vite perçu comme un doute sur sa fidélité. Plutôt que d'entrer dans ce type de discussion, de risquer un conflit, les femmes préfèrent se retrancher derrière la nécessité d'éviter une grossesse, argument facile à mobiliser dans les premiers mois après un accouchement ;

- d'autre part, la prévention d'une éventuelle infection par le VIH, qui nécessite la mise en place de nouveaux comportements, est fonction de la capacité de chaque femme à convaincre son partenaire. Ainsi on observe dans l'enquête quantitative que les femmes les plus instruites sont les plus susceptibles d'avoir des partenaires qui se font dépister et qui utilisent les préservatifs lors de la reprise de l'activité sexuelle, ce qui confirme un fait bien connu maintenant, qui est que l'instruction des femmes est déterminante dans leur accès à un pouvoir de négociation, de décision (« empowerment ») et que ce soit dans la société en général ou dans la cellule conjugale. Mais l'analyse des cas particuliers nous montre dans cette étude que certaines femmes peu instruites peuvent aussi avoir ce pouvoir de négociation et de persuasion, et que cela dépend du type de relation conjugale qu'elles vivent. Deux exemples « atypiques » pour illustrer cela : Madame Phani est une femme de 20 ans peu instruite (elle a arrêté l'école en CE1), musulmane. Elle a deux enfants, dont l'un de son partenaire actuel. Elle n'habite pas avec son partenaire actuel, mais chez ses parents. Ils envisagent de se marier un jour. Il vient la voir tous les soirs et ils discutent facilement, en particulier de leur vision du couple :

« On est toujours d'accord. Souvent on s'assoit dans la maison on cause, souvent on dit qu'il ne faut pas qu'on se trahisse, que si quelqu'un trahit l'autre on aura mal, donc on n'a qu'à rester fidèlement ensemble ».

Elle l'a informé qu'elle avait fait son test et était séronégative et lui a demandé de faire lui aussi un test, qu'il n'a toujours pas voulu faire au moment de l'entretien. Ils ont longuement parlé du bon moment pour la reprise des rapports sexuels, et ont repris une activité sexuelle régulière huit mois après cet accouchement, sur insistance du conjoint. Leurs rapports sexuels sont protégés par des préservatifs de façon systématique, préservatifs que Madame Phani utilise en attendant que son conjoint fasse le test de dépistage, mais qu'elle utilise aussi pour éviter une grossesse.

Il s'agit donc d'un couple où la femme est peu instruite, mais où le dialogue conjugal existe, est soutenu, et où la reprise de la sexualité après la grossesse au cours de laquelle Madame Phani a été dépistée s'est faite d'un commun accord entre les conjoints, après discussion et de façon adéquate aux conseils de prévention de la transmission sexuelle du VIH.

A l'inverse, le couple de Mademoiselle et Monsieur Lucas, étudiants tous les deux : ces étudiants, comme le couple précédent, vivent séparés, la jeune femme (24 ans), chrétienne, vivant chez ses parents. Mais ils se voient peu (deux fois par mois mentionne Mademoiselle Lucas), et lorsqu'ils discutent c'est souvent sur un mode conflictuel. En particulier Monsieur Lucas semble très jaloux :

« Il me prenait pour une fille facile, une traînée. Il dit que les filles ne sont pas sérieuses. Quand il vient chez moi et qu'il ne me trouve pas, il dit, ah celle là, elle est allée chez un autre homme ».

Il ne supporte pas que sa partenaire lui parle de ses éventuelles relations extraconjugales :

« Quand je lui dis ça (utiliser des préservatifs s'il a des rapports avec d'autres filles), il se fâche. Il dit que moi je le prends pour un bordel, à chaque fois je l'emmerde avec les préservatifs ».

L'enfant qu'ils ont eu n'était pas désiré au départ. Elle a été enceinte car il avait refusé de mettre des préservatifs. En matière de sexualité, le dialogue existe entre eux mais pas toujours verbalisé :

« S'il a envie (de rapports sexuels) il me dit et si je ne suis pas disponible je lui fais comprendre ».

Mademoiselle Lucas a dit à son partenaire qu'elle s'était fait dépister et qu'elle était VIH-. Lui refuse de faire le test. Pour l'instant ils ne parlent pas de la reprise des rapports sexuels, qu'ils n'ont pas repris douze mois après la naissance, et Mademoiselle Lucas, très consciente des risques VIH, nous dit qu'elle ne les reprendra pas tant qu'il ne se sera pas fait dépister... mais c'est quelque chose qu'elle n'a pas encore dit jusque là à Monsieur Lucas :

« ...je ne reprendrais les rapport sexuels avec lui (son partenaire) que seulement s'il accepte de faire son test. Je vais exiger des préservatifs jusqu'à ce qu'il fasse son test. Pour éviter d'avoir le Sida, je compte suivre tous les conseils qu'on m'a donnés. Avant je n'utilisais pas de préservatifs avec mon petit ami, maintenant je vais l'exiger le jour où il voudra avoir des rapports avec moi (...) à condition qu'il fasse son test et qu'il est négatif comme moi, sinon je n'accepterai pas sans préservatif... ».

Ces deux exemples, atypiques en ce sens qu'ils vont à l'inverse de la tendance générale (qui est à un meilleur dialogue entre les partenaires dans les couples dont les deux membres sont éduqués), sont instructifs car ils montrent l'importance d'une base de dialogue entre l'homme et la femme pour générer un changement, et la capacité qu'ont les femmes, même peu instruites, de négocier des changements lorsqu'elles peuvent s'appuyer sur une telle base. Ces deux exemples illustrent aussi les difficultés qui entourent l'utilisation du préservatif dans le couple : dans un cas la femme n'ose même pas en parler alors qu'elle est étudiante et s'adresse à un étudiant, dans l'autre cas la femme l'impose mais sous couvert de contraception. Cependant, même dans le couple où existe un « dialogue confiant », la femme n'a pas trouvé les ressources nécessaires pour dire à son conjoint que c'est parce qu'il pourrait être VIH+ qu'il leur faut protéger leurs rapports.

Conclusion

Que retenir ? Tout d'abord à la suite de la proposition particulière de dépistage du VIH en consultations prénatales, les femmes qui se découvrent séronégatives informent leur partenaire du résultat de leur dépistage, même si la plupart d'entre elles acceptent de faire le test sans l'avis du partenaire. Ce partage de l'information est essentiel pour l'instauration du dialogue avec le partenaire sur la prise de risque et l'adoption de stratégies préventives en vue d'éviter la contamination au sein du couple. Ensuite, après ce test de dépistage, beaucoup plus de femmes abordent désormais les questions de MST/Sida avec le conjoint, et ce dans toutes les catégories socio-culturelles. Le dialogue est souvent instauré par la femme et il est essentiellement orienté par la nécessité de protéger les rapports extraconjugaux des partenaires car, comme dans le cas du dépistage, le seul changement de comportement de la femme n'est pas suffisant pour contrôler la contamination au sein du couple (Zulu et Chepngeno, 2003 ; Painter, 2001). Aussi ces femmes séronégatives n'hésitent plus à proposer à leur partenaire de se faire dépister et de protéger d'éventuels rapports extraconjugaux par le port du préservatif. Enfin, la proportion de partenaires dépistés (25 %) est encourageante par rapport au chiffre en population générale (10 %, Desgrées du Loû et de Béchon, 2001). Cependant ce chiffre est encore bas, d'une part parce que les hommes craignent de se découvrir infectés, mais aussi parce qu'ils perçoivent généralement le dépistage de leur femme comme étant celui de leur couple. Il convient donc d'insister dans les messages de prévention à l'endroit des populations sur le fait que, dans un couple, le statut VIH de l'un ne renseigne pas sur celui de son partenaire, même si le couple est stable et que l'homme et la femme se connaissent et sont ensemble depuis longtemps. Ce message est clairement exprimé dans le discours de l'une des femmes interviewées :

«...Vous ne connaissez pas votre passé, on ne sait pas ce que la femme a vécu avant de croiser l'homme, lui aussi on ne sait pas ce que l'homme a vécu avant de croiser la femme. Donc vous deux vous devez faire le test (pour voir si vous deux vous êtes séronégatifs)... ».

Tant que les deux membres du couple n'ont pas fait le test de dépistage et partagé leurs résultats, ils doivent protéger leur rapports sexuels en utilisant des préservatifs. La nécessité d'insister sur ces messages est impérative vu le constat fait au terme de cette analyse : le préservatif reste peu utilisé même lorsque le partenaire ne s'est pas fait dépister.

Par ailleurs, la gestion du risque d'infection VIH au sein du couple est fortement influencée par le niveau de dialogue existant dans le couple et par la capacité de chaque femme à pouvoir se faire écouter et se faire comprendre par le conjoint. La mise en œuvre d'actions préventives à l'intérieur du couple nécessite le dialogue, l'accord et la coopération des deux membres du couple (Painter, 2001). Une politique de dépistage, intégrant une composante *couple* qui prendrait en compte les besoins et

les spécificités du couple (foyer monogamique ou polygamique) pourrait aider à surmonter ces obstacles et ne ferait pas reposer sur la femme seule le devoir d'amener son couple à avoir une plus grande attention face au risque de VIH.

Composition du groupe de recherche du Projet Ditrane Plus 3, ANRS 1253

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 Loû (IRD, France), coordinatrice, B. Zanou (ENSEA, Abidjan), V. Leroy (Inserm, France), C. Welffens-Ekra (Service de gynécologie Obstétrique CHU Yopougon, Abidjan).

Chef de Projet : H. Brou

Coordinatrice volet qualitatif : A. Tijou Traoré

Assistante de recherche : H. Agbo

Ingénieur base de données : G. Djohan

Cette recherche est financée par l'ANRS

Tableau 1 – Proportions (%) de femmes VIH- ayant partagé le résultat du test de dépistage VIH avec leur partenaire, ayant suggéré le test au partenaire ou dont le partenaire a été dépisté pour le VIH (DITRAME PLUS 3, mai 2004)

Variables	% de femmes ayant		% de femmes dont le partenaire a fait le test
	partagé son résultat du test avec le partenaire	suggéré le test au partenaire	
Liées à la femme			
Age (années)			
18-24	96,4 (169)	93,8 (145)	24,3 (169)
25-29	96,8 (125)	95,1 (103)	26,4 (125)
30-34	98,4 (61)	98,0 (50)	26,2 (61)
35 et plus	100 (28)	88,9 (27)	24,1 (28)
Niveau d'étude			
Non scolarisée	97,5 (120)	95,4 (108)	21,7 (120)
Primaire	97,2 (141)	93,8 (113)	25,4 (141)
Secondaire et plus	96,7 (121)	94,2 (103)	28,9 (121)
Religion			***
Chrétienne	96,6 (235)	95,1 (185)	30,5 (235)
Musulmane	97,6 (127)	93,4 (122)	15,7 (127)
Animiste/sans religion	100 (21)	94,4 (18)	23,8 (21)
A une activité rémunérée			
Non	96,6 (207)	94,1 (169)	27,5 (207)
Oui	97,7 (176)	94,9 (156)	22,6 (176)
Enfants nés vivants			
< 3	97,0 (230)	95,3 (192)	25,7 (230)
≥ 3	97,4 (153)	93,2 (133)	24,7 (153)
Cohabite avec	***	**	
Partenaire	99,2 (124)	92,3 (104)	26,4 (124)
(Belle) Famille	93,0 (115)	91,5 (94)	28,7 (115)
Partenaire+(belle) famille	98,6 (144)	98,4 (127)	21,5 (144)
Coépouse		**	
Aucune	97,0 (332)	95,7 (279)	26,7 (332)
Au moins une	97,9 (48)	86,4 (44)	14,6 (48)
Age au 1 ^{er} rapport sexuel (années)			
< 18	97,3 (263)	94,1 (221)	27,3 (263)
≥ 18	96,6 (118)	95,1 (102)	21,2 (118)
Commune d'habitation			
Abobo	98,2 (169)	94,8 (155)	21,2 (169)
Yopougon	96,3 (214)	94,1 (170)	28,5 (214)

Tableau 1 – Suite

Variables	% de femmes ayant		% de femmes dont le partenaire a fait le test
	partagé son résultat du test avec le partenaire	suggéré le test au partenaire	
Liées au partenaire			
Age (années)	***	**	
18-24	86,4 (22)	82,4 (17)	31,8 (22)
25-29	98,6 (74)	98,5 (65)	28,4 (74)
30-34	97,4 (115)	97,9 (94)	24,3 (115)
35 et plus	99,3 (144)	95,1 (123)	25,5 (144)
Niveau d'étude	*	**	****
Non scolarisée	93,4 (91)	89,5 (86)	8,8 (91)
Primaire	100 (55)	93,9 (49)	29,1 (55)
Secondaire cycle 1	98,1 (103)	94,3 (87)	29,8 (103)
Secondaire cycle 2 et +	97,8 (134)	99,0 (103)	31,3 (134)
Ecart d'âge avec la femme (années)			
< 5	96,0 (99)	96,4 (84)	28,3 (99)
5-9	97,7 (131)	96,4 (110)	26,0 (131)
10-14	100 (80)	98,5 (68)	22,5 (80)
15 et plus	97,8 (45)	89,2 (37)	28,3 (45)
Ensemble	97,1 (384)	94,5 (325)	25,3 (384)

p : niveaux de signification des tests du χ^2 ou tests exact de Fisher.

**** : $p \leq 0,001$; *** : $0,001 < p \leq 0,01$; ** : $0,01 < p \leq 0,05$; * : $0,05 < p \leq 0,1$

(.) : effectif

Tableau 2 – Analyse multivariée chez les femmes VIH- des déterminants de la suggestion du test de dépistage pour le VIH au partenaire. Modèle de régression logistique (N=350) (DITRAME PLUS 3, mai 2004)

Variables	Suggestion du test au partenaire ^a	
	Odds ratio (IC 95 %)	p
Religion (réf. : chrétienne)		0,339
Musulmane	0,37 (0,09-1,43)	0,149
Animiste/sans religion	0,37 (0,03-3,98)	0,415
A au moins une coépouse vs aucune	0,16 (0,04-0,59)	0,006
Partenaire non informé du statut VIH de la femme vs informé	0,05 (0,01-0,33)	0,002
Constante	81,27	0,000

^a : Exclusion des femmes (56) dont le partenaire était dépisté au moment de l'inclusion
p : niveau de signification du test de Wald ; IC 95 % = intervalle de confiance à 95 %
réf. : modalité de référence

Tableau 3 – Analyse multivariée chez les femmes VIH- des déterminants du dépistage du partenaire. Modèle de régression logistique (N=350) (DITRAME PLUS 3, mai 2004)

Variables	Partenaire dépisté	
	Odds ratio (IC 95 %)	p
A au moins une coépouse vs aucune	0,43 (0,16-1,10)	0,101
1 ^{er} rapport sexuel avant 18 ans vs après 18 ans	1,55 (0,89-2,70)	0,122
Niveau d'étude partenaire (réf. : secondaire cycle 2 et +)		0,016
Non scolarisée	0,25 (0,10-0,60)	0,002
Primaire	0,72 (0,34-1,51)	0,385
Secondaire cycle 1	0,97 (0,54-1,71)	0,907
Constante	0,36	0,000

p : niveau de signification du test de Wald ; IC 95 % = intervalle de confiance à 95 %
réf. : modalité de référence

Tableau 4 – Proportions (%) de femmes VIH- ayant discuté au moins une fois des problèmes MST/Sida avec le partenaire ou ayant conseillé au partenaire de protéger ses éventuels rapports sexuels extraconjugaux (DITRAME PLUS 3, mai 2004)

Variables	Dialogue sur les MST/Sida avec le partenaire		Suggérer au partenaire d'utiliser des préservatifs avec d'autres femmes	n
	avant le test	après le test		
<i>Liées à la femme</i>				
Age (années)				
18-24	63,3	88,2	92,9	169
25-29	72,0	88,8	88,0	125
30-34	65,6	88,5	91,8	61
35 et plus	50,0	85,7	82,8	29
Niveau d'étude	****		**	
Non scolarisée	51,7	86,7	85,8	120
Primaire	67,4	90,8	95,1	142
Secondaire et plus	76,9	86,8	89,3	121
Religion	*		**	
Chrétienne	69,8	89,8	92,8	236
Musulmane	58,3	85,8	85,0	127
Animiste/sans religion	61,9	85,7	95,2	21
A une activité rémunérée				
Non	68,1	87,4	88,4	207
Oui	62,5	89,2	92,7	177
Enfants nés vivants			**	
< 3	66,1	88,7	93,0	230
≥ 3	64,7	87,6	86,4	154
Cohabite avec				
Partenaire	66,1	88,7	86,4	125
(Belle) Famille	64,3	84,3	91,3	115
Partenaire+(belle) famille	66,0	91,0	93,1	144
Coépouse		**		
Aucune	65,4	89,8	91,3	333
Au moins une	66,7	77,1	83,3	48
Age au 1 ^{er} rapport sexuel (années)		*		
< 18	66,2	90,1	91,7	264
≥ 18	63,6	83,9	87,3	118
Commune d'habitation				
Abobo	60,9	85,2	89,4	170
Yopougon	69,2	90,7	91,1	214

Tableau 4 – Suite

Variables	Dialogue sur les MST/Sida avec le partenaire...		Suggérer au partenaire d'utiliser des préservatifs avec d'autres femmes	n
	avant le test	après le test		
<i>Liées au partenaire</i>				
Age (années)			*	
18-4	68,2	81,8	86,4	22
25-29	71,6	90,5	94,6	74
30-34	73,0	92,2	96,5	115
35 et plus	59,7	88,2	88,3	145
Niveau d'étude	***	***	***	
Non scolarisée	57,1	80,2	81,3	91
Primaire	54,5	89,1	90,9	55
Secondaire cycle 1	64,1	85,4	93,3	104
Secondaire cycle 2 et +	76,9	95,5	94,0	134
Ecart d'âge avec la femme (années)	*			
< 5	76,8	87,9	92,9	99
5-9	65,6	89,3	92,4	131
10-14	62,5	92,5	93,8	80
15 et plus	57,8	88,9	87,0	46
Ensemble	65,5	88,3	90,4	384

p : niveaux de signification des tests du χ^2 ou tests exact de Fisher

**** : $p \leq 0,001$; *** : $0,001 < p \leq 0,01$, ** : $0,01 < p \leq 0,05$; * : $0,05 < p \leq 0,1$

n : effectif

Tableau 5 – Analyse multivariée chez les femmes VIH- des déterminants de la suggestion au partenaire du port du préservatif au cours de rapports extraconjugaux. Modèles de régression logistique (N = 350) (DITRAME PLUS 3, mai 2004)

Variables	Odds ratio (IC 95 %)	p
Age (réf. : 18-24 ans)		
25-29 ans	0,29 (0,09-0,97)	0,045
30-34 ans	0,61 (0,12-2,91)	0,532
35 ans et plus	0,18 (0,04-0,86)	0,032
Religion (réf. : chrétienne)		0,044
Musulmane	0,32 (0,13-0,79)	0,013
Animiste/sans religion	0,89 (0,10-7,64)	0,915
Sans activité vs A une activité rémunérée	0,33 (0,13-0,85)	0,022
1 ^{er} rapport sexuel avant 18 ans vs après 18 ans	2,02 (0,85-4,79)	0,111
Age partenaire (réf. : 18-24 ans)		0,073
25-29 ans	4,38 (0,78-24,6)	0,093
30-34 ans	9,27 (1,45-59,2)	0,019
35 ans et plus	2,71 (0,47-15,3)	0,261
Constante	13,23	0,004

p : niveau de signification du test de Wald ; IC 95 % = intervalle de confiance à 95 %

réf. : modalité de référence

Tableau 6 – Proportions (%) de femmes VIH- dont le partenaire a été dépisté pour le VIH avant la reprise des rapports sexuels après accouchement et ayant utilisé des préservatifs lors de la reprise des rapports (DITRAME PLUS 3, mai 2004)

Variables	Partenaire ayant fait le test avant la reprise des rapports sexuels	Utilisation de préservatif au cours du 1 ^{er} rapport sexuel <i>post-partum</i>
Liées à la femme		
Age (années)		
18-24	19,0 (142)	34,4 (131)
25-29	25,4 (114)	34,3 (102)
30-34	20,4 (49)	23,9 (46)
35 et plus	8,0 (25)	36,0 (25)
Niveau d'étude		***
Non scolarisée	17,0 (106)	22,0 (100)
Primaire	24,0 (121)	34,2 (111)
Secondaire et plus	20,6 (102)	43,5 (92)
Religion	****	***
Chrétienne	27,3 (198)	40,0 (180)
Musulmane	8,8 (113)	19,8 (106)
Animiste/sans religion	21,1 (19)	38,9 (18)
A une activité rémunérée		
Non	24,2 (178)	36,2 (163)
Oui	16,4 (152)	29,1 (141)
Enfants nés vivants		
< 3	22,9 (192)	35,8 (173)
≥ 3	17,4 (138)	29,0 (131)
Cohabite avec	***	
Partenaire	19,6 (112)	28,7 (101)
(Belle) Famille	31,4 (86)	40,0 (80)
Partenaire+(belle) famille	14,4 (132)	31,7 (123)
Coépouse		
Aucune	21,9 (288)	34,3 (265)
Au moins une	10,3 (39)	22,2 (36)
Age au 1 ^{er} rapport sexuel (années)		
< 18	21,7 (230)	35,6 (216)
≥ 18	18,4 (98)	26,7 (86)
Commune d'habitation	***	**
Abobo	13,7 (146)	26,1 (138)
Yopougon	26,1 (184)	38,6 (166)

Tableau 6 – Suite

Variables	Partenaire ayant fait le test avant la reprise des rapports sexuels	Utilisation de préservatif au cours du 1 ^{er} rapport sexuel <i>post-partum</i>
<i>Liées au partenaire</i>		
Age (années)		
18-24	23,5 (17)	33,3 (15)
25-29	24,6 (65)	41,7 (60)
30-34	24,0 (96)	34,1 (88)
35 et plus	17,7 (130)	30,3 (119)
Niveau d'étude	***	
Non scolarisée	7,7 (78)	22,2 (72)
Primaire	18,2 (44)	39,0 (41)
Secondaire cycle 1	24,4 (90)	33,3 (81)
Secondaire cycle 2 et +	27,1 (118)	31,3 (110)
Ecart d'âge avec la femme (années)		
< 5	24,4 (86)	35,4 (79)
5-9	20,4 (113)	36,3 (102)
10-14	17,9 (67)	38,3 (60)
15 et plus	23,8 (42)	19,5 (41)
Partenaire dépisté		**
Avant la reprise des rapports sexuels	-	45,5 (66)
Après la reprise des rapports sexuels ^a		29,4 (238)
Ensemble	20,6 (330)	32,9 (304)

a : sont également inclus les partenaires non encore dépistés après la reprise des rapports sexuels

p : niveaux de signification des tests du χ^2 ou tests exact de Fisher

**** : $p \leq 0,001$; *** : $0,001 < p \leq 0,01$; ** : $0,01 < p \leq 0,05$;

n : effectif

Tableau annexe – Caractéristiques sociodémographiques des femmes
VIH- incluses dans le projet DITRAME PLUS 3
(Abidjan, mai 2004)

Variables	Centres de suivi		Ensemble
	Abobo	Yopougon	
	M (ET)		
Age (années)	27,1 (6,1)	25,0 (4,3)	26,0 (5,3)
Nombre de grossesses	3,8 (2,4)	3,2 (1,8)	3,5 (2,1)
Nombre d'enfants nés vivants	3,4 (2,3)	2,1 (1,4)	2,6 (2,0)
Ecart d'âge avec le partenaire	9,0 (6,2)	7,4 (5,3)	8,0 (5,8)
Age au 1 ^{er} rapport sexuel	16,5 (1,8)	16,9 (1,9)	16,7 (1,9)
% (n)			
Niveau d'étude			
Non scolarisée	49,1 (83)	17,3 (37)	31,3 (120)
Primaire	31,4 (53)	41,6 (89)	37,1 (142)
Secondaire et plus	19,5 (33)	41,1 (88)	31,6 (121)
Religion			
Chrétienne	38,2 (65)	79,9 (171)	61,4 (236)
Musulmane	54,7 (93)	15,9 (34)	33,1 (127)
Animiste/sans religion	7,1 (12)	4,2 (9)	5,5 (21)
A une activité rémunérée			
Non	34,7 (59)	69,2 (148)	53,9 (207)
Oui	65,3 (111)	30,8 (66)	46,1 (177)
Cohabite avec			
Partenaire	37,1 (63)	29,0 (62)	32,6 (125)
(Belle) Famille	15,9 (27)	41,1 (88)	29,9 (115)
Partenaire+ (belle) famille	47,1 (80)	29,9 (64)	37,5 (144)
Coépouse			
Aucune	82,4 (140)	91,5 (193)	87,4 (333)
Au moins une	17,6 (30)	8,5 (18)	12,6 (48)
Niveau d'étude du partenaire			
Non scolarisé	36,5 (62)	13,6 (29)	23,7 (91)
Primaire	15,9 (27)	13,1 (28)	14,3 (55)
Secondaire cycle 1	27,6 (47)	26,6 (57)	27,1 (104)
Secondaire cycle 2 et plus	20,0 (34)	46,7 (100)	34,9 (134)

M : moyenne ; ET : écart-type ; n : effectif

Bibliographie

- Allen S., Meinzen-Derr J., Kautzman M., Zulu I., Trask S., Fideli U. et al., 2003 - Sexual behavior of HIV discordant couples after HIV counseling and testing. *AIDS*, 17, 5 : 733-740.
- 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 décembre, 37-50.
- Cohen D. et Reid E., 1999 - The vulnerability of women: is this a useful construct for policy and programming ? in *Vivre et penser le SIDA en Afrique*, Becker C. et al. (Eds). Paris, Codesria-Karthala-IRD, 377-388.
- Desgrées du Loû A., Brou H., 2005 - Resumption of sexual relations following childbirth: norms, practices and reproductive health issues in Abidjan, Côte d'Ivoire. *Reproductive Health Matters*, 13, 25 : 155-163.
- Desgrées du Loû A., de Bechon N., 2001 - Attitudes par rapports au Sida, accès au dépistage et connaissances des traitements du VIH à Abidjan dans le contexte de l'Initiative. in *L'accès aux traitements du VIH/Sida en Côte d'Ivoire. Aspects économiques, sociaux et comportementaux*, Msellati P. et al. (Eds). Paris, Collection Sciences Sociales et Sida, ANRS, 253-267.
- Desgrées du Loû A., 2002 - Le Sida, révélateur des disparités de genre en Afrique. *GRESA Echos*, 32 : 16-23.
- Ekouevi K.D., Becquet R., Viho I., Bequet L., Dabis F., Leroy et al., 2004 - Obtaining informed consent from HIV-infected pregnant women, Abidjan, Côte d'Ivoire. *AIDS*, 18, 10 : 1486-1488.
- 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*, 45, 3 : 361-372.
- Institut National de la Statistique de Côte d'Ivoire, ORC Macro, 2001 - *Enquête Démographique et de Santé, Côte d'Ivoire 1998-1999*. Maryland (USA), INS et ORC Macro.
- Kaufmann J.C., 1992 - La trame conjugale. Analyse du couple par son linge. Paris, Pocket.
- Kilewo C., Massawe A., Lyamuya E., Semali I., Kalokola F., Urassa E. et al., 2001 - 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.*, 28, 5 : 458-62.
- Medley A., Garcia-Moreno C., McGills S. and Maman S., 2004 - Rates, barriers and outcomes of HIV serostatus disclosure among women in developing countries: implications for prevention of mother-to-child transmission programmes. *Bulletin of the World Health Organisation*, 82 : 299-307.

- Msellati P., 2000 - Conseil et dépistage volontaire. Les enseignements d'une expérience menée à Abidjan. *Transcriptase*, 81 : 58-60.
- Muhwana W., 2004 - Condom use within marriage and consensual unions in area of HIV/AIDS in Zimbabwe. *African Population Studies*, 19, 1 : 118-141.
- ONU, 2002 - *Sensibilisation au VIH/SIDA et comportements*. New York : ONU, Départements des Affaires Economiques et Sociales, Division de la population, ST/ESA/SER.A/209.
- Painter T.M., 2001 - Voluntary counseling and testing for couples: a high-leverage intervention for HIV/AIDS prevention in sub-saharan Africa. *Social Science and Medecine*, 53 : 1397-1411.
- Tijou Traoré A., 2004 - *Dialogue et gestion du Sida au sein de couples sérodifférents résidents à Abidjan, Côte d'Ivoire*. Communication au colloque « la santé de la reproduction confrontée au Sida. CEPED, Paris, 22-23 novembre.
- Zulu E.M., Chepngeno G., 2003 - Spousal communication about the risk of contracting HIV/AIDS in rural Malawi. *Demographic Research*, special collection, 1 : 247-277.

Brou H., Agbo Hélène, Desgrées du Lôu Annabel (2006)

Conséquence 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

In : Desgrées du Loû Annabel (ed.), Ferry Benoît (ed.).
Sexualité et procréation confrontées au Sida dans les pays du Sud

Nogent-sur-Marne : CEPED, p. 217-244. (Rencontres - CEPED). La Santé de la Reproduction Confrontée au Sida : Enjeux Sociaux et Comportements dans les Pays du Sud : Colloque International, Nogent-sur-Marne (FRA), 2004/11/22-23

ISBN 2-87762-150-2

ISSN 1772-0125