

Chapitre 6

Conséquences conjugales du dépistage prénatal du VIH à Abidjan

Annabel DESGRÉES du LOÛ¹

Résumé

La première étape des programmes de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant consiste à proposer à la femme enceinte un dépistage du VIH, assorti du conseil associé. Dans les pays où le dépistage reste encore peu généralisé, les consultations prénatales sont de ce fait un des principaux lieux de proposition de dépistage et les femmes sont souvent les premières dans un couple à connaître leur sérologie VIH. Quelles sont les conséquences conjugales de ce dépistage prénatal proposé aux femmes ? Dans le programme Anrs Ditrane Plus, mené à Abidjan entre 2001 et 2006, des femmes séropositives et séronégatives pour le VIH ont été suivies pendant deux ans après un dépistage prénatal. Nous avons analysé les conséquences conjugales du dépistage prénatal à partir de trois indicateurs : la communication conjugale en matière de risques sexuels, l'utilisation de préservatifs et les ruptures d'union dans les deux ans qui ont suivi le dépistage.

Mots clés : dépistage du VIH, grossesse, couple, Côte-d'Ivoire, prévention

En Afrique, les messages et les campagnes de prévention relatifs au VIH ont longtemps été axés essentiellement sur les « rapports à risque », sous entendu avec des partenaires occasionnels ou dans un cadre prostitutionnel. Pourtant, la majorité des infections survient dans un cadre conjugal, par le « partenaire régulier », qui peut avoir d'autres partenaires, ou s'être infecté auparavant [1-4]. Promouvoir la prévention de la transmission du VIH intraconjugale est donc une priorité actuelle, d'autant que les études convergent pour montrer que c'est dans ce cadre conjugal que la protection des rapports par préservatif systématique est la plus difficile à mettre en œuvre. En effet, le préservatif reste bien souvent, en Afrique en particulier, associé à l'idée d'infidélité, et de ce fait le proposer est considéré, soit comme une preuve d'infidélité, soit comme une marque de manque de confiance [5-7]. Ainsi, dans les couples stables, la protection des rapports sexuels reste faible [8].

Appréhender la prévention du VIH dans les relations conjugales est, en outre, d'autant moins facile que la « relation conjugale » est une notion floue et qui couvre un large éventail de situations. En Afrique, le mariage lui-même est bien

¹ Pour le groupe Anrs Ditrane Plus 1201/1202/1253. Centre population et développement (CEPED), unité mixte de recherche 196 université Paris Descartes/IRD/Ined, Paris.

souvent, plutôt qu'un événement ponctuel, un processus qui va de la simple cohabitation à la formalisation de l'union (religieuse, traditionnelle ou légale) et qui s'étend sur plusieurs années [9, 10]. Parallèlement à ces « mises en union » marquées par une cohabitation, de nouvelles formes matrimoniales apparaissent, sans co-résidence : malgré l'interdiction de la polygamie dans de nombreux pays [11, 12], une polygamie « officieuse » se met en place, un homme ayant une épouse officielle et, parallèlement, des co-épouses officieuses, maîtresses régulières appelées « deuxième bureau » et vivant éventuellement dans un autre quartier, voire une autre ville ou un autre pays [13]. Ces différents types de couples, officieux ou officiels, cohabitants ou non, ont en commun bien souvent d'être des couples de « parents », la procréation étant fortement valorisée en Afrique et restant au cœur des projets de vie féminins, masculins et conjugaux.

Dans les pays où le dépistage du VIH est encore peu généralisé, le développement du dépistage prénatal proposé aux femmes enceintes dans le cadre de la prévention de la transmission mère-enfant du VIH conduit les femmes à être, bien souvent, les premières dans les couples à être dépistées et à connaître leur statut sérologique. La question du partage de cette information avec leur conjoint se pose toujours, avec son cortège d'angoisses [14]. Les femmes qui apprennent qu'elles sont infectées par le VIH, en particulier, craignent d'être rejetées par leur conjoint si celui-ci l'apprend [15, 16], même si les réactions négatives des conjoints semblent bien moins fréquentes qu'elles ne le pensent *a priori* [17, 18]. La question du retentissement conjugal de ce dépistage prénatal doit en tous cas être explorée, d'une part car elle pèse sur l'acceptabilité du dépistage par les femmes enceintes, qui sont pour la grande majorité d'entre elles en couple et, d'autre part, parce que le dépistage proposé en prénatal peut être considéré comme un point d'entrée de la prévention de la transmission conjugale du VIH : pour les femmes qui se découvrent séropositives, se pose la question de la possible transmission du virus à leur conjoint. Pour les femmes qui apprennent qu'elles sont séronégatives, se pose la question de prévenir une future contamination, et cela en particulier avec leur conjoint.

La communication conjugale autour des risques de transmission du VIH est vraisemblablement un élément clé dans la prévention conjugale de ces risques. On observe une amélioration des différents aspects de la santé reproductive (qualité du suivi périnatal, santé de la mère, santé de l'enfant) lorsqu'il existe une discussion dans le couple à propos du nombre d'enfants désirés [19]. Plusieurs programmes de conseil et de dépistage du VIH ont par ailleurs montré une meilleure utilisation du préservatif dans les relations sexuelles conjugales, lorsque les deux partenaires ont été conseillés et dépistés et connaissent leurs statuts sérologiques respectifs [20, 21]. Cependant, la communication conjugale autour de la sexualité et des risques sexuels est loin d'être chose facile [22]. Mieux comprendre les relations entre la gestion des risques du VIH dans le couple et la communication à propos de ces risques est donc nécessaire.

Si le dépistage du VIH et le conseil associé peuvent améliorer la communication conjugale sur les risques sexuels et la prévention de ces risques, ils peuvent également conduire à mettre un terme à la relation : parce que l'infection par le VIH complique la sexualité et la procréation, elle met en danger des ressorts conjugaux majeurs. Peu d'études sont disponibles à ce sujet, en partie à cause de la difficulté méthodologique à suivre les vies de couple des individus, du fait de la pluralité des situations conjugales abordée plus haut.

Nous présentons ici une étude sur les conséquences conjugales du dépistage du VIH proposé aux femmes enceintes, dans le cadre d'un programme de recherche sur la prévention de la transmission mère-enfant du VIH à Abidjan, en Côte-d'Ivoire, à partir de trois indicateurs : la communication entre ces femmes et leur conjoint sur les risques sexuels et le dépistage du VIH ; l'utilisation du préservatif dans les relations sexuelles conjugales ; les ruptures d'union après le dépistage, chez des femmes séropositives pour le VIH et chez des femmes séronégatives.

Les données : un suivi pendant deux ans après un dépistage prénatal

Le cadre : un programme de recherche sur la prévention de la transmission mère-enfant du VIH à Abidjan, Côte-d'Ivoire

Cette étude prend place dans un programme de recherche pluridisciplinaire sur la prévention de la transmission mère-enfant du VIH, le programme Anrs Ditrame Plus, mené à Abidjan entre 2001 et 2006. Dans le cadre de ce programme, un test de dépistage du VIH (assorti du conseil) était proposé systématiquement aux femmes enceintes de plus de 18 ans reçues en consultation prénatale dans sept centres de santé des communes d'Abobo et de Yopougon, quartiers populaires d'Abidjan. Les femmes qui ont accepté le dépistage et qui étaient séropositives étaient suivies dans le programme de recherche sur les mesures *peri-partum* de réduction du risque de transmission du VIH à l'enfant, décrit ailleurs [23, 24]. Pour les femmes qui ont accepté le test et qui étaient séronégatives, un suivi régulier était proposé, avec des consultations tous les trois mois la première année, puis tous les six mois la seconde année. Les femmes ne recevaient pas de rémunération pour participer à ce suivi, hormis le remboursement de leurs frais de transport. En revanche, elles bénéficiaient de la gratuité des soins et des médicaments pour tous les épisodes morbides pour elles et leurs enfants, de conseils en nutrition de l'enfant et en planification familiale. Les contraceptifs et les préservatifs étaient délivrés gratuitement. Toutes les femmes étaient encouragées à faire venir leur(s) éventuel(s) partenaire(s) masculin(s) au centre, pour qu'il(s) se fasse(nt) dépister gratuitement. Toutes les femmes ont signé un formulaire de consentement avant de participer à ce programme².

Données collectées

Les données sur lesquelles repose pour l'essentiel cet article ont été recueillies à travers un questionnaire fermé. Lors de l'inclusion, les questions posées aux femmes portaient sur leurs caractéristiques socio-démographiques et celles de leur(s) partenaire(s) sexuel(s). Lorsque la femme déclarait un partenaire régulier, elle était considérée « en union » et des questions lui étaient posées sur le type d'union (polygamique³ ou monogamique, avec co-résidence ou pas), sur l'utilisation de préservatifs, ainsi que sur la communication établie avec le conjoint ou

² Le protocole du programme a été approuvé par le comité d'éthique de Côte-d'Ivoire.

³ L'union était considérée comme polygamique dès lors que la femme déclarait une co-épouse, quel que soit le statut marital : par exemple, une femme déclarant un partenaire régulier avec qui elle ne co-habite pas, mais qui habite avec son épouse officielle, est considérée en union polygame.

partenaire régulier⁴ sur les risques sexuels, au cours des deux ans qui avaient précédé la grossesse en cours. À chaque visite de suivi après l'accouchement, il était demandé aux femmes si elles avaient repris une activité sexuelle depuis la dernière visite et, le cas échéant, si les rapports étaient protégés. Lors de la visite de 18 mois *post-partum*, les données recueillies concernaient le dialogue instauré depuis le dépistage avec le conjoint en matière de risques sexuels, de VIH et de dépistage, les réactions du conjoint si celui-ci avait été informé du dépistage de la femme et les changements matrimoniaux le cas échéant (décès du conjoint, rupture d'union, nouvelle union) [25, 26]. Afin de garantir le respect de la confidentialité, les questionnaires ont été passés au cours d'entretiens en face-à-face, dans un local fermé. Ces entretiens ont été menés par des assistantes sociales et des sages-femmes participant au projet et formées à ce mode de recueil de données⁵.

Pour cette étude, 475 femmes vivant avec le VIH et 400 femmes séronégatives ont été incluses. Parmi elles, 128 (27 %) et 45 (11 %) ont abandonné le suivi avant la visite de 18 mois *post-partum*⁶. L'analyse présentée ici porte donc sur 347 femmes vivant avec le VIH et 355 séronégatives. Toutes avaient déclaré un partenaire régulier au moment de la visite d'inclusion, pendant la grossesse. Après le dépistage, 41 femmes positives pour le VIH et 3 négatives n'ont plus déclaré de partenaire régulier pendant toute la période après l'accouchement.

Les deux groupes de femmes (séropositives ou séronégatives) ne présentaient pas de différence significative en matière de niveau d'instruction, de religion, de mode de vie, ni de niveau d'instruction des conjoints. Les femmes séropositives étaient légèrement plus âgées (67 % avaient plus de 25 ans, contre 57 % dans le groupe des négatives, $p = 0,03$) et plus souvent en union polygame (21 % contre 14 %, $p = 0,02$). La différence d'âge avec leur conjoint était un peu plus élevée (seules 14 % des femmes positives pour le VIH avaient moins de cinq ans de différence avec leur conjoint, contre 32 % des femmes séronégatives, $p < 0,01$) [25].

La communication conjugale sur les risques sexuels augmente après le dépistage prénatal

Nous avons comparé la communication conjugale sur les risques sexuels avant et après le dépistage prénatal, chez les femmes séropositives et chez les femmes séronégatives (*tableau 1*). L'indicateur de communication conjugale avant le

⁴ Nous l'appellerons conjoint dans l'ensemble du chapitre, quel que soit le type de formalisation de l'union. En effet, étant donné le flou qui existe sur la notion de conjugalité en Afrique actuellement, nous partons du principe que, dès lors que l'homme et la femme sont dans une relation qu'ils considèrent régulière, leur sexualité s'inscrit dans un cadre qui peut être appelé conjugal. Les femmes enquêtées parlent d'ailleurs en général de « leur mari » pour désigner ce partenaire régulier, même si elles n'habitent pas avec lui et ne sont pas mariées.

⁵ Des entretiens approfondis ont aussi été menés auprès d'un sous-groupe de femmes et de leurs conjoints quand cela était possible. Quatorze femmes séropositives pour le VIH et 18 femmes séronégatives ont été rencontrées, ainsi que dix conjoints de ces femmes séropositives, et dix conjoints de femmes séronégatives. L'analyse de ces entretiens a été décrite en détail [27-29]. Nous ne présentons pas les résultats de cette analyse qualitative dans ce chapitre mais nous nous y référerons pour synthétiser les résultats des données quantitatives et qualitatives de cette étude.

⁶ La proportion plus importante d'abandon de suivi chez les femmes séropositives peut s'expliquer par le fait que le suivi est plus contraignant pour elles : questionnaires médicaux à remplir (alors que chez les femmes séronégatives seuls des questionnaires socio-comportementaux étaient à remplir) et consignes d'évitement de l'allaitement maternel qu'elles pouvaient ne pas accepter.

Tableau 1

**Communication entre la femme et son conjoint sur les risques sexuels et l'utilisation du préservatif, avant et après le conseil et dépistage du VIH proposé en prénatal, selon le statut sérologique des femmes
Programme Anrs Ditrane Plus, 2001-2006**

	VIH+	VIH-
Avant la proposition de dépistage du VIH¹	n = 347	n = 355
A discuté des infections sexuellement transmissibles avec son conjoint ³	28,0 %	64,8 %
A utilisé des préservatifs avec son conjoint ³	21,3 %	36,1 %
Après la proposition de dépistage du VIH²	n = 306	n = 352
A discuté des infections sexuellement transmissibles avec son conjoint ³	65,0 %	96,6 %
<i>Comparaison avant/après le dépistage⁴</i>	<i>p < 0,01</i>	<i>p < 0,01</i>
A parlé à son conjoint de son dépistage	42,8 %	97,4 %
A suggéré à son conjoint de se faire dépister	71,6 %	96,6 %
A suggéré à son conjoint d'utiliser des préservatifs en cas de rapports extraconjugaux	58,2 %	94,3 %
A utilisé des préservatifs avec son conjoint ³	48,8 %	58,7 %
<i>Comparaison avant/après le dépistage (p du test de Mc Nemar)</i>	<i>< 0,01</i>	<i>< 0,01</i>

Source : [25].

¹ Dans les deux ans qui ont précédé la grossesse au cours de laquelle le conseil et le dépistage du VIH ont été proposés.

² Entre la proposition du dépistage et 18 mois après l'accouchement. Seules les femmes ayant toujours un conjoint après l'accouchement sont incluses dans l'analyse : 14 conjoints de femmes vivant avec le VIH sont décédés ; trois femmes séronégatives et 27 femmes séropositives se sont séparées de leurs conjoints.

³ Au moins une fois sur la période considérée.

⁴ Test de Mc Nemar.

dépistage était la proportion de femmes ayant déclaré, au moment de la visite d'inclusion, qu'elles avaient parlé des infections sexuellement transmissibles au moins une fois avec leur conjoint dans les deux ans précédant la grossesse en cours. Nous l'avons comparé à la proportion de femmes ayant déclaré en avoir discuté avec leur conjoint au moins une fois, entre le dépistage prénatal et la visite de suivi à 18 mois *post-partum*. Pour la période qui a suivi le dépistage, jusqu'à la visite de 18 mois, nous disposons aussi des informations suivantes :

- avoir parlé avec son conjoint du dépistage effectué pendant la grossesse ;
- avoir suggéré à son conjoint de se faire dépister pour le VIH ;
- avoir suggéré à son conjoint de protéger ses rapports en cas de relations extraconjugales.

Nous avons créé un indicateur global de communication conjugale sur les risques de transmission du VIH qui prenait trois valeurs : la communication était considérée comme « complète » si, depuis le conseil et le dépistage reçus en consultation prénatale, la femme avait discuté au moins une fois d'infection sexuellement transmissible/VIH avec son partenaire, lui avait parlé de son dépistage et du résultat de ce dépistage, et lui avait suggéré de se faire dépister lui aussi ; la communication était considérée comme « partielle » si la femme avait discuté avec son conjoint d'un ou deux points sur les trois cités ci-dessus ; la communication était considérée comme « absente » si aucun de ces points n'avait été abordé avec le partenaire.

Avant le dépistage prénatal, les femmes séronégatives étaient déjà plus nombreuses à discuter des infections sexuellement transmissibles avec leur conjoint que les femmes séropositives : 65 % contre 28 % (*tableau 1*). Cette différence

était statistiquement significative, même après ajustement sur les autres facteurs ($p < 0,01$). Cela peut indiquer que la capacité des femmes à se protéger des risques sexuels est liée à leur capacité à mettre en œuvre un dialogue conjugal à ce sujet. Après le dépistage prénatal, on observe une augmentation considérable du dialogue entre les femmes et leur conjoint sur les infections sexuellement transmissibles et le VIH, et cela dans les deux cohortes (37 % d'augmentation chez les femmes VIH+ et 32 % chez les femmes séronégatives). Les femmes qui apprennent qu'elles sont séronégatives instaurent de façon généralisée avec leur partenaire un dialogue sur le VIH et/ou sur les infections sexuellement transmissibles : plus de 95 % ont dit à leur conjoint qu'elles s'étaient fait dépister et l'ont incité à le faire ; 94 % lui suggèrent de ne pas oublier les préservatifs en cas de rapport extraconjugal.

L'augmentation de la communication conjugale sur les risques sexuels chez les femmes qui ont appris qu'elles étaient séropositives est du même ordre de grandeur, mais conduit à des niveaux moins élevés : 65 % des femmes séropositives parlent d'infections sexuellement transmissibles avec leur conjoint après le dépistage et 72 % lui suggèrent de se faire dépister, même si seulement 43 % l'informent qu'elles sont infectées par le VIH.

Les facteurs socio-démographiques jouent de façon similaire dans les deux groupes de femmes (*tableau 2*). Après le dépistage, la communication conjugale qui s'établit autour des infections sexuellement transmissibles/VIH entre une femme et son conjoint ne dépend pas de l'âge ni de son indépendance financière. En revanche, elle apparaît fortement dépendante du type de situation conjugale. 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 infections sexuellement transmissibles et le sida est plus difficile que dans les couples monogames. Lorsque les partenaires ne vivent pas ensemble ou/et lorsqu'il existe des co-épouses, il semble que les femmes infectées par le VIH osent moins se confier à leur partenaire à ce sujet, sans doute parce que le lien conjugal est plus lâche que dans un couple monogame ou lorsque les partenaires vivent sous le même toit.

L'effet de l'instruction est complexe. Il semble que les femmes instruites et se sachant séropositives parlent à leur partenaire des risques du VIH, mais ne lui disent pas tout : sans doute, parce qu'elles se méfient de sa réaction, nombre d'entre elles (36/110) parlent du VIH à leur conjoint, lui conseillent de se faire dépister, mais ne disent pas qu'elles se sont fait dépister ni qu'elles sont séropositives. « Partager l'information » sur son infection à VIH est loin d'être aisé.

Le suivi de cohortes sur deux ans, avec un recueil de données tous les trois mois lors des visites de suivi, nous a permis d'analyser en détail à quel moment les femmes informaient leur partenaire de leur dépistage. La grande majorité des femmes qui ont appris qu'elles n'étaient pas infectées par le VIH en ont informé leur partenaire immédiatement après le dépistage et, donc, pendant la grossesse, avant l'accouchement. Parmi les femmes qui ont appris qu'elles étaient infectées par le VIH, un peu moins d'une sur deux (46 %) est parvenue à en informer son partenaire, après deux ans de suivi (ce chiffre est équivalent ou supérieur à celui obtenu dans d'autres études africaines similaires menées au Burkina Faso, au Kenya et en Tanzanie [16]). La majorité des femmes qui ont

Tableau 2
**Proportion de femmes ayant parlé avec leur conjoint des risques sexuels après le dépistage prénatal du VIH,
selon divers facteurs socio-démographiques, et selon le statut sérologique de la femme
Anrs Ditrane Plus, 2001-2006**

	Femmes VIH+					Femmes VIH-				
	N	Absente % (n)	Partielle % (n)	Complète % (n)	p	N	Absente % (n)	Partielle % (n)	Complète % (n)	p
Communication avec le partenaire régulier sur les risques sexuels*										
Toutes les femmes	306	22,9 (70)	43,4 (133)	33,7 (103)		352	0,5 (2)	7,7 (27)	91,8 (323)	
La femme a une co-épouse	54	40,7 (22)	35,2 (19)	24,1 (13)	< 0,01	47	2,1	14,9	83,0	0,02
Non co-résidence avec le partenaire	64	32,8 (21)	40,6 (26)	26,6 (17)	0,06	104	1,9 (2)	10,6 (11)	87,5 (91)	0,01
Niveau d'instruction (femme)										
Absente	85	32,9	30,6	36,5		105	–	7,6	92,4	0,07
Primaire	111	21,6	43,2	35,1	< 0,01	133	–	6,8	93,2	
Secondaire 1 ^{er} cycle	69	21,7	58,0	20,3		73	2,7	12,3	84,9	
Secondaire 2 ^e cycle	41	7,3	46,3	46,3		41	–	2,4	97,6	
Religion										
Chrétienne	184	17,9	49,5	32,6		215	0,9	5,6	93,5	
Musulmane	99	30,3	32,3	37,4	0,04	118	–	10,2	89,8	0,26
Autre	23	30,4	43,5	26,1		19	–	15,8	84,2	
Instruction du partenaire										
Absente	41	34,1	48,8	17,1		58	–	13,8	86,2	0,12
Primaire	52	26,9	32,7	40,4	< 0,01	55	–	5,5	94,5	
Secondaire 1 ^{er} cycle	71	21,1	42,3	36,6		103	1,0	8,7	90,3	
Secondaire 2 ^e cycle	104	9,6	51,0	39,4		128	–	3,1	96,9	

– Les femmes qui n'avaient pas de partenaire régulier au cours du suivi (après l'accouchement) sont exclues de l'analyse ; seuls les facteurs socio-démographiques ou conjugaux associés de façon significative aux indicateurs mesurés sont présentés dans ce tableau.

* La communication était considérée comme « complète » si, depuis le conseil et le dépistage reçus en consultation prénatale, la femme avait discuté au moins une fois d'infection sexuellement transmissible/VIH avec son partenaire, lui avait parlé de son dépistage et du résultat de ce dépistage, et lui avait suggéré de se faire dépister lui aussi ; « partielle » si la femme avait discuté de un ou deux points sur les trois cités ci-dessus ; « absente » si aucun de ces points n'avait été abordé avec le partenaire.

informé leur conjoint l'a fait avant la fin de la grossesse, en particulier pour celles qui avaient décidé de ne pas allaiter. Pour celles qui ont informé leur conjoint après l'accouchement, on observe deux moments privilégiés : celui de la reprise des rapports sexuels et celui du sevrage pour les femmes qui avaient allaité [30].

Le moment où la femme informe son partenaire de sa séropositivité apparaît en fait étroitement lié aux choix qu'elle doit effectuer en matière de prévention de la transmission du VIH à l'enfant. Pour prévenir la transmission par le lait maternel, l'équipe médicale conseille aux femmes qui le peuvent d'éviter l'allaitement maternel. Pour les femmes qui allaitent tout de même à la naissance, il leur est proposé de sevrer l'enfant précocement, à quatre mois de vie. Dans un contexte culturel comme celui de la Côte-d'Ivoire où l'allaitement maternel prolongé est généralisé et perçu comme constitutif du lien mère-enfant [31], il est difficile de faire de tels choix, sans en expliquer les raisons au partenaire. D'où les « pics d'annonce » que nous observons avant l'accouchement et au moment du sevrage.

Parallèlement, l'équipe médicale conseille aux femmes séropositives pour le VIH de protéger leurs rapports sexuels. Dans le contexte ivoirien où le préservatif est encore peu utilisé, en particulier dans une relation conjugale [32], il est difficilement envisageable de proposer des préservatifs à son conjoint, sans lui en avoir donné la raison : cela explique l'autre « pic d'annonce » que nous observons autour de la reprise des rapports sexuels.

Les entretiens approfondis menés en parallèle du recueil de données quantitatives ont confirmé que la réalisation du test de dépistage et le partage du résultat de ce test entre les conjoints étaient propices à l'instauration d'un échange conjugal sur la prévention du VIH et sur le préservatif, quels que soient les statuts sérologiques révélés par ce dépistage [26]. En particulier, ces entretiens ont révélé que les femmes qui se savent infectées par le VIH souhaitent en informer leur partenaire. Garder cette information pour elles seules leur paraît trop lourd à porter et il est plus facile pour elles de mettre en pratique les conseils qui leur sont délivrés par l'équipe soignante (protection des rapports sexuels, alternatives à l'allaitement maternel pour le bébé) lorsque le partenaire est informé. Cependant, ce n'est pas une annonce facile à faire, et il peut être important, pour les femmes qui ne savent pas comment faire cette « annonce au conjoint », de bénéficier du soutien d'une tierce personne, par exemple, un médecin ou une assistante sociale.

Une amélioration de la protection des rapports sexuels, mais seulement sur le court terme

Dans les deux groupes de femmes, quel que soit leur statut sérologique, l'utilisation du préservatif augmente après le dépistage prénatal, par rapport aux deux ans qui ont précédé ce dépistage (*tableau 1*).

Au moment de la reprise des rapports sexuels après l'accouchement, les femmes séropositives utilisent davantage le préservatif lorsque le partenaire a été dépisté et, en particulier, lorsqu'il est aussi séropositif (50 % des femmes en couples séroconcordants VIH+ ont déclaré avoir toujours protégé leurs rapports dans la période de reprise d'une activité sexuelle, contre 39 % des femmes en couples sérodifférents et 27 % des femmes dont le partenaire n'a pas été dépisté, $p = 0,04$) [25]. Chez les femmes vivant avec le VIH, la protection des rapports

sexuels avec le conjoint est fortement liée à l'existence d'une communication conjugale sur les risques de maladie sexuellement transmissible et de VIH (*tableau 3*). Il faut y voir non seulement le fait que le préservatif est difficile à utiliser sans l'accord du partenaire, accord qui nécessite un dialogue préalable, mais aussi, plus largement, le lien qui existe entre relation conjugale, communication et sexualité [33]. Notre étude confirme que, pour les femmes qui apprennent qu'elles sont infectées par le VIH, l'utilisation du préservatif est facilitée lorsque celles-ci réussissent à communiquer avec leur partenaire sur les risques sexuels.

Tableau 3
Proportion de couples ayant utilisé des préservatifs de façon systématique entre la reprise des rapports sexuels après l'accouchement et la visite suivant cette reprise Anrs Ditrane Plus, 2001-2006

L'analyse considère uniquement les couples ayant repris une activité sexuelle avant 18 mois

Type de communication sur les risques sexuels pendant le suivi	Femmes VIH+ (n = 265)	Femmes VIH- (n = 334)
Aucun	18,5 % (10/54)	(0/1)
Partiel*	37,7 % (43/114)	25 % (6/24)
Complet**	37,1 % (36/97)	27,5 % (85/309)
<i>p Chi2</i>	0,03	0,80

* Un ou deux indicateurs de communication positifs parmi les trois disponibles : avoir parlé d'infection sexuellement transmissible avec son partenaire, avoir parlé de son propre dépistage, avoir suggéré à son partenaire de se faire dépister.

** Les trois indicateurs cités dans le texte sont positifs.

Cependant, une analyse plus fine de l'utilisation systématique du préservatif au cours du suivi montre que cette protection des rapports diminue dès lors que l'on s'éloigne du moment du conseil et du dépistage [34] : trois mois après l'accouchement, 26 % des femmes vivant avec le VIH et 20 % des femmes séronégatives ayant repris une activité sexuelle déclaraient utiliser systématiquement des préservatifs à chaque rapport (*tableau 4*). Après 24 mois de suivi, seulement 9 % des femmes vivant avec le VIH et 6 % des femmes séronégatives protégeaient leurs rapports sexuels. Ces derniers chiffres sont similaires aux niveaux nationaux d'utilisation du préservatif et correspondent vraisemblablement à une utilisation fondée davantage sur son rôle contraceptif que sur son rôle de protection des infections sexuellement transmissibles et du VIH.

Ces résultats montrent l'importance du suivi des personnes et des conseils répétés dans le temps pour maintenir une bonne prévention, mais aussi que le préservatif reste difficile à utiliser dans le cadre conjugal en Afrique [35, 36]. Il reste bien souvent considéré comme un objet qu'on n'utilise qu'avec les femmes « de l'extérieur » (extérieures au couple). Les entretiens approfondis menés au sein des couples sérodifférents révèlent ainsi que certains couples choisissent de ne pas utiliser de préservatif, malgré le risque de transmission, car ce dernier apparaît comme un objet trop négatif, qui leur rappelle le virus et met en danger leur relation [28, 29]. Cette faible utilisation conjugale du préservatif peut aussi venir d'un déni du risque de transmission conjugale ou d'une mauvaise

Tableau 4
Proportion de femmes ayant déclaré utiliser des préservatifs systématiquement, parmi les femmes sexuellement actives, à chaque visite *post-partum* Anrs Ditrane Plus, 2001-2006

Proportions de femmes déclarant utiliser systématiquement des préservatifs*					
Visite <i>post-partum</i>	M3**	M6	M12	M18	M24
Femmes VIH+	26,2 %	14,0 %	12,1 %	8,4 %	6,2 %
Femmes VIH-	19,8 %	21,5 %	15,9 %	10,6 %	9,2 %
Valeur de p***	0,193	0,018	0,139	0,302	0,102

Source : Brou H, Djohan G, Becquet R, Allou G, Ekouevi D, Zanou B, Leroy V, Desgrées du Loû A. Sexual prevention of HIV within the couple after prenatal HIV-testing in West Africa. *Aids Care* 2008 ; 20 (4) : 413-8.

* Parmi les femmes sexuellement actives à ce moment-là.

** 3 mois *post-partum*.

*** Comparaison VIH+, versus VIH-, test du Chi-2.

perception de ce risque [37]. En particulier, certains partenaires séronégatifs peuvent penser à tort que s'ils sont restés séronégatifs après plusieurs années de vie avec une personne séropositive, c'est qu'ils seraient « protégés ».

Une augmentation du risque de séparation/divorce chez les femmes séropositives ?

Lorsque le dépistage est proposé en consultation prénatale, certaines femmes s'inquiètent de la réaction de leur conjoint : elles craignent sa colère si elles acceptent le dépistage sans qu'il en ait été averti et elles craignent d'être rejetées si le résultat du dépistage était positif.

Les réactions des conjoints (que nous avons recueillies à partir des déclarations des femmes) ont en fait rarement été négatives dans ce contexte abidjanais : lorsque les femmes séronégatives ont informé leurs conjoints qu'elles avaient été dépistées, leur réaction a été en général positive et, au pire, ils ont manifesté de l'indifférence. Parmi les femmes vivant avec le VIH qui en ont parlé avec leurs conjoints, seules cinq sur 131 ont été en butte à une réaction négative (violence, rejet). Ces chiffres ne sont cependant pas extrapolables à l'ensemble des femmes séropositives, car il est fort probable que les femmes qui ont informé leur partenaire sont celles qui en attendaient une réaction positive. Les réactions très négatives des conjoints pourraient être plus fréquentes dans le groupe de femmes qui n'ont pas osé informer leur conjoint.

Une autre question qui se posait, en matière de conséquences conjugales du dépistage prénatal, était le risque de rupture d'union. En effet, il a été montré dans d'autres études que l'annonce de l'infection par le VIH d'un des membres du couple peut être suivie d'une augmentation des ruptures d'union, en particulier dans les couples où la femme est infectée et pas l'homme [38]. Le *tableau 5* permet de comparer les ruptures d'union par décès ou par séparation des conjoints entre les femmes infectées et non infectées par le VIH.

Les femmes infectées par le VIH ont plus de risque de voir décéder leur partenaire, ce qui était attendu, car ces conjoints de femmes infectées par le VIH peuvent aussi être infectés et développer le sida.

Tableau 5
Ruptures d'union par décès et séparation d'avec le partenaire

	Femmes infectées par le VIH		Femmes séronégatives	
	%	(n/N)	%	(n/N)
Conjoint décédé*	6,3	(22/347)	1,7	(6/355)
Rupture d'union*	15,4	(50/325)	1,7	(6/350)
Toutes les femmes				
		<i>p</i> [†]		<i>p</i> [†]
Âge de la femme				
18-19	30,8	(4/13)	7,1	(2/28)
20-24	17,7	(17/96)	1,6	(2/125)
25-29	12,8	(16/125)	0,9	(1/115)
30 et +	14,3	(13/91)	1,2	(1/83)
		<i>0,32</i>		<i>0,14</i>
Religion de la femme				
Chrétienne	17,8	(35/197)	0,9	(2/213)
Musulmane	8,7	(9/104)	1,7	(2/118)
Autres	25,0	(6/24)	10,5	(2/19)
		<i>0,05</i>		<i>0,01</i>
Union polygamique	30,8	(20/65)	0,0	(0/47)
Union monogamique	11,5	(30/260)	2,0	(6/303)
		<i>< 0,01</i>		<i>0,33</i>
Co-résidence/conjoint				
Oui	9,2	(22/240)	1,2	(3/241)
Non	32,9	(28/85)	2,8	(3/109)
		<i>< 0,01</i>		<i>0,31</i>
La femme a informé son conjoint de son dépistage et de son statut VIH	12,7	(16/126)	1,7	(6/349)
		<i>0,29</i>		<i>0,90</i>

* Les proportions sont significativement différentes entre les deux groupes VIH+ et VIH- (Test Chi 2 de Pearson : $p < 0,01$).

[†] *p* : valeur de *p* du test Chi2 de Pearson.

Elles se séparent sept fois plus de leur partenaire que celles qui apprennent qu'elles ne sont pas infectées. Cependant, il n'y a pas de différence significative dans la fréquence de la rupture d'union, selon que les femmes aient ou non informé leur partenaire. Parmi les 50 femmes qui se sont séparées de leur partenaire après avoir appris qu'elles étaient infectées par le VIH, seules 16 avaient informé leur partenaire de leur infection, et sur ces 16, seules trois avaient rencontré une réaction négative de leur partenaire face à cette annonce. Ce n'est donc pas le fait d'informer son partenaire qui augmente le risque de rupture d'union. En revanche, on observe que ce risque est beaucoup plus fort lorsqu'il n'y a pas co-résidence des partenaires et lorsqu'il existe une co-épouse, ainsi que lorsque la femme est très jeune. Les unions qui sont ainsi rompues sont les unions peu formalisées, sans co-résidence (cas des unions de type « second bureau » où le statut de la femme oscille entre maîtresse et épouse officieuse), ou les unions encore jeunes, pas installées dans la durée (cas des femmes très jeunes). Le fait que ces ruptures d'union ne soient pas associées à l'information du conjoint suggère qu'elles sont initiées plutôt par les femmes. Plus que des divorces ou des séparations dus à des réactions négatives des conjoints hommes, il s'agirait plutôt d'un choix des femmes séropositives face à la difficulté de gérer vie conjugale et infection par le VIH : lorsqu'elles pensent trouver un soutien auprès de leur conjoint, elles restent en couple. Au contraire, lorsqu'elles

doivent affronter à la fois leur infection et les difficultés conjugales que peut susciter cette infection, elles quittent leur partenaire. Il est probable que les femmes qui anticipent une réaction négative de leur partenaire, face à leur statut VIH, ne lui disent rien mais se séparent de ce partenaire. Certaines femmes peuvent aussi préférer mettre un terme à une relation si elles pensent avoir été infectées par un conjoint qui ne leur a rien dit.

Les entretiens approfondis confirment ce que ces chiffres suggèrent et vont à l'encontre du préjugé couramment rencontré selon lequel les hommes feraient systématiquement obstacle aux conseils de prévention en matière de sida dans le couple. Dans dix couples sérodifférents où la femme était séropositive et où les discours des hommes et des femmes ont été recueillis, la réaction du partenaire face à la séropositivité de sa femme est en général positive et fortement dépendante du type de relation conjugale préexistant dans le couple. Dans les couples où préexistaient avant le dépistage un dialogue et une relation conjugale plutôt forte, l'annonce de l'infection vient renforcer le lien conjugal. Ce soutien affectif et moral que les conjoints apportent à leur femme apparaît comme un élément positif et déterminant dans le vécu de la séropositivité de la femme [29].

Conclusion

En accompagnant pendant deux ans des femmes auxquelles le dépistage du VIH a été proposé au cours d'une grossesse, nous avons donc pu suivre certains aspects conjugaux de cette proposition de dépistage : ce que les femmes en disaient à leur conjoint, pourquoi, comment et quand elles en parlaient, ce que cela changeait ou ne changeait pas dans la vie conjugale.

Un des résultats majeurs a été de montrer que la communication conjugale sur les risques sexuels augmente après le dépistage proposé en prénatal, aussi bien lorsque les femmes apprennent qu'elles sont séropositives que lorsqu'elles apprennent qu'elles sont séronégatives. Le dépistage offert en prénatal, loin d'être seulement la porte d'entrée de la prévention de la transmission mère-enfant du VIH, est donc plus largement une voie possible de sensibilisation du couple sur les risques d'infection.

En matière de communication conjugale, cette étude a montré que, contrairement à ce qui est souvent préjugé et même si ce n'est pas une démarche facile, une grande partie des femmes qui apprennent qu'elles vivent avec le VIH éprouvent le besoin d'en parler à leur conjoint, afin d'être capables de mettre en œuvre les conseils qui leur sont donnés pour éviter la transmission postnatale et la transmission sexuelle. Les moments clés où ces femmes doivent être soutenues et aidées dans leur effort de partage avec le conjoint sont la fin de la grossesse, le sevrage de l'enfant, et la reprise des rapports sexuels. L'équipe de prise en charge peut avoir un rôle clé à jouer dans ces moments là.

Dans la plupart des programmes de prévention de la transmission mère-enfant du VIH, l'équipe de suivi hésite à convaincre les femmes de dire à leurs conjoints qu'elles sont séropositives, par crainte de la réaction du conjoint et des séparations que cela pourrait entraîner. D'après ce travail, les questions se posent en des termes plus complexes. Les femmes semblent « évaluer les risques » et décider de parler ou de ne pas parler à leur conjoint, en fonction de leur situation. Celles qui choisissent d'informer leur partenaire rencontrent une réaction en général positive. En revanche, dans l'ensemble et indépendamment du fait que

le partenaire soit informé ou non de la séropositivité de sa femme, les femmes séropositives se séparent plus souvent de leurs partenaires que les séronégatives. Face aux difficultés engendrées par le VIH dans la gestion de la sexualité et de la procréation, elles pourraient préférer mettre fin à cette relation, en particulier quand celle-ci n'est pas encore très installée ou très solide.

On ne doit pas perdre de vue que les risques de mauvaise réaction du conjoint, face à l'annonce d'une séropositivité pour le VIH, existent. Leur survenue doit être envisagée, surveillée et évitée : au sein des programmes de prévention de la transmission mère-enfant du VIH, il est nécessaire de suivre la situation sociale et conjugale des femmes, de la même manière qu'on suit leurs caractéristiques biologiques. Cela permet d'aider les femmes dans leurs décisions d'information du conjoint, le cas échéant de les aider à effectuer cette information, de rassurer le conjoint, de créer des situations de conciliation en cas de conflit.

Pour cela, il demeure nécessaire de mieux comprendre ce qui se joue autour du VIH dans le vécu conjugal et comment cela se décline au sein des très nombreuses configurations matrimoniales qui existent en Afrique aujourd'hui.

La prise en compte conjugale du risque de transmission sexuelle reste en particulier très problématique : dans notre étude, même si le dépistage est suivi d'une utilisation du préservatif supérieure à celle que l'on peut enregistrer en population générale en Côte-d'Ivoire, celle-ci reste largement insuffisante pour assurer une prévention correcte de la transmission du VIH.

Quoi qu'il en soit, cette étude montre que la proposition de dépistage du VIH dans les services prénatals et le conseil qui lui est associé ne sont pas seulement l'occasion de sensibiliser les femmes enceintes sur le risque de transmission du VIH à l'enfant. Ces femmes ne sont pas en effet seulement des futures mères. Elles sont des femmes engagées dans une sexualité qui reste à protéger et, bien souvent, dans une vie conjugale qui devra prendre en compte les différents risques du VIH.

Composition du groupe Anrs Ditrane Plus 1201/1202/1253

Équipe médicale : F. Dabis (investigateur principal), V. Leroy (investigateur principal), M. Timite-Konan (investigateur principal), C. Welfens-Ekra (investigateur principal), L. Bequet, DK. Ekouevi, B. Tonwe-Gold, I. Viho, G. Allou, R. Becquet, K. Castetbon, L. Dequae-Merchadou, C. Sakarovitch, D. Touchard, C. Amani-Bosse, I. Ayekoe, G. Bédikou, N. Coulibaly, C. Danel, P. Fassinou, A. Horo, R. Likikouët, H. Toure, A. Inwoley, F. Rouet, R. Touré, H. Aka-Dago, A. Sihé.

Équipe de sciences sociales : A. Desgrées du Loû (investigateur principal), B. Zanou (investigateur principal), H. Brou, A. Tijou-Traore, H. Agbo, G. Djohan.

Le projet Ditrane Plus a été financé par l'Anrs. Hermann Brou a bénéficié d'une allocation doctorale de l'Anrs. Annick Tijou-Traoré et Renaud Becquet ont bénéficié d'allocations post-doctorales de Sidaction/Ensemble contre le sida.

Références bibliographiques

1. Carpenter LM, Kamali A, Ruberantwari A, Malamba S, Whitworth JA. Rates of HIV-1 transmission within marriage in rural Uganda in relation to the HIV sero-status of the partners. *AIDS* 1999 ; 13 : 1083-9.
2. Hugonnet S, Moshia F, Todd J, *et al.* Incidence of HIV infection in stable sexual partnerships : a retrospective cohort study of 1 802 couples in Mwanza Region, Tanzania. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2002 ; 30 : 73-80.
3. Lurie M, Williams J, Zuma K, *et al.* Who infects whom ? HIV-1 concordance and discordance among migrant and non-migrant couples in South Africa. *AIDS* 2003 ; 17 : 2245-52.
4. Malamba S, Mermin JH, Bunnell RE, *et al.* Couples at risk. HIV-1 concordance and discordance among sexual partners receiving voluntary counseling and testing in Uganda. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2005 ; 39 : 576-80.
5. Van Rossem R, Meekers D, Zkinyemi Z. Consistent condom use with different types of partners : evidence from two Nigerian surveys. *AIDS Education Prevention* 2001 ; 13 : 252-67.
6. Bond V, Dover P. Men, women and the trouble with condoms : problems associated with condom use by migrant workers in rural Zambia. *Health Transition Review* 1007 ; 7 (suppl) : 377-91.
7. Hogsborg M, Aaby P. Sexual relations, use of condoms and perceptions of AIDS in an urban area of Guinea-Bissau with a high prevalence of HIV-2. In : Dyson T, Ed, *Sexual behaviour and networking : Anthropological and Socio-cultural studies on the transmission of HIV*. Liège : Ordina Éditions, 1992, pp. 203-231.
8. De Walque D. Serodiscordant couples in five African countries : Implication for prevention strategies. *Population and development review* 2007 ; 33 : 501-23.
9. Meekers D. The process of marriage in African societies : a multiple indicator approach. *Population and development review* 1992 ; 18 : 61-78.
10. Hattori MK, Dodoo FN. Cohabitation, marriage and "sexual monogamy" in Nairobi's slums. *Soc Sci Med* 2007 ; 64 : 1067-78.
11. Kaudjhis-Offoumou F. *Mariage en Côte-d'Ivoire. De la polygamie à la monogamie*. Abidjan : KOF Éditions, 1994.
12. Antoine P, Nanitelamio J. *Peut-on échapper à la polygamie à Dakar ? La chronique du CEPED*, 1995 : 32.
13. Locoh T. Social changes and marriage arrangements : new type of union in Lome, Togo. In : Bledsoe C, Pison G, Eds, *Nuptiality in Subsaharan Africa. Contemporary Anthropological and Demographic experiences*. Oxford : Clarendon Press, pp. 215-230.
14. Kilewo C, Massawe A, Lyamuya E, Semali I, Kalokola F. 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. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 2001 ; 28 : 458-62.
15. Maman S, Mbwambo J, Hogan M, *et al.* *HIV and partner violence : implications for HIV voluntary counseling and testing programs in Dar es Salaam, Tanzania*. Research report, 2001. www.populationcouncil.org.

16. Gaillard P, Melis R, Mwanyumba F, Claeys P, Muigai E. Vulnerability of women in an African setting : lessons for mother-to-child HIV transmission prevention programmes. *AIDS* 2002 ; 16 : 937-9.
17. Semrau K, Kuhn L, Vwalika C, *et al.* Women in couples antenatal HIV counseling and testing are not more likely to report adverse social events. *AIDS* 2005 ; 19 : 603-9.
18. Desgrées du Loû A. The couple and HIV/AIDS in Sub-Saharan Africa. Telling the partner, sexual activity and childbearing. *Population* 2005 ; E 60 : 179-88.
19. Babalola S. *Spousal communication and safe motherhood practices : evidence from the Tanzania 1996 DHS data.* Durban, Republic of South Africa (RSA), 1999, pp. 37-50.
20. Allen S, Meinzen-Derr J, Kautzman M, Zulu I, Trask S. Sexual behavior of HIV discordant couples after HIV counseling and testing. *AIDS* 2003 ; 17 : 733-40.
21. Farquhar C, Kiarie J, Richardson B, *et al.* Antenatal couple counseling increases uptake of interventions to prevent HIV-1 transmission. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2004 ; 37 : 1620-6.
22. Ogunjuyigbe PO, Adeyemi EO. Women's sexual control within conjugal union : implications for HIV AIDS infection and control in a metropolitan city. *Demographic Research* 2005 ; 12 : 29-50.
23. Dabis F, Bequet L, Ekouevi DK, *et al.* Field efficacy of zidovudine, lamivudine and single-dose nevirapine to prevent peripartum HIV transmission. *AIDS* 2005 ; 19 : 309-18.
24. Becquet R, Ekouevi DK, Viho I, *et al.* Acceptability of exclusive breastfeeding with early cessation to prevent HIV transmission through breastmilk, Anrs 1201/1202 Ditrane Plus, Abidjan, Côte-d'Ivoire. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2005 ; 40 : 600-8.
25. Desgrées du Loû A, Brou H, Tijou-Traoré A, Djohan G, Becquet R, Leroy V for the Anrs 1201/1202/1253 Ditrane Plus Group. From prenatal HIV testing of the mother to prevention of sexual HIV transmission within the couple. *Soc Sci Med* 2009 ; 69 (special issue) : 892-9.
26. Desgrées du Loû A, Brou H, Djohan G, *et al.* Beneficial effects of offering prenatal HIV counselling and testing on developing a HIV preventive attitude among couples. Abidjan, 2002-2005. *Aids Behavior* 2009 ; 13 : 348-55.
27. Tijou Traoré A, Desgrées du Loû A, Brou H, Becquet R, Leroy V. *Dialogue conjugal sur le préservatif après un dépistage prénatal à Abidjan, Côte-d'Ivoire.* Ditrane Plus Anrs 1201-1202-1253. 4^e Conférence francophone VIH/sida 29-31 mars, Paris, 2007.
28. Tijou Traore A. Pourquoi et comment en parler ? Dialogue conjugal autour de l'annonce de la séropositivité à son conjoint au sein de couples sérodiscordants à Abidjan (Côte-d'Ivoire). *Sciences sociales et Santé* 2006 ; 24 : 43-65.
29. Tijou Traore A. Conjointes et pères à l'égard de la prévention du VIH (Abidjan, Côte-d'Ivoire). *Autrepart* 2009 ; 52 : 95-112.
30. Brou H, Djohan G, Becquet R, *et al.* When do HIV-Infected Women Disclose their Serostatus to their Male Partner and Why ? A study in a PMTCT programme, Abidjan. *PloS Med* 2007 ; 4 (12) : e342.
31. Desclaux A, Taverne B. *Allaitement et VIH en Afrique de l'Ouest.* Paris : Karthala, 2000, 556 p.
32. Institut national de la statistique, Macro-Organization. *Enquête démographique et de santé, Côte-d'Ivoire, 1998-1999.* Calverton, Maryland, USA : INS/ORC Macro, 2001.
33. Green G, Pool R, Harrison S, *et al.* Female control of sexuality : illusion or reality ? Use of vaginal products in south west Uganda. *Soc Sci Med* 2008 ; 52 : 585-98.

34. Brou H, Djohan G, Becquet R, *et al.* Sexual prevention of HIV within the couple after prenatal HIV-testing in West Africa. *Aids Care* 2008 ; 20 : 413-8.
35. Bauni EK, Jarabi BO. The low acceptability and use of condoms within marriage : evidence from Nakuru district, Kenya. *African Population Studies* 2003 ; 18 : 51-65.
36. Chimbiri AM. The condom is an "intruder" in marriage : evidence from rural Malawi. *Soc Sci Med* 2007 ; 64 : 1102-15.
37. Bunnell RE, Nassozi J, Marum E, *et al.* Living with discordance : knowledge, challenges, and prevention strategies of HIV-discordant couples in Uganda. *Aids Care* 2005 ; 17 : 999-1012.
38. Grinstead O, Gregorich S, Choi K, *et al.* Positive and negative life events after counselling and testing : the Voluntary HIV-1 Counseling and Testing Efficacy study. *AIDS* 2001 ; 15 : 1045-52.

Desgrées du Loû Annabel. (2011).

Conséquences conjugales du dépistage prénatal
du VIH à Abidjan.

In : Desclaux Alice (dir.), Msellati Philippe (dir.),
Sow K. (dir.) Les femmes à l'épreuve du VIH dans
les pays du Sud : genre et accès universel à la prise
en charge.

Paris : ANRS, 73-88.

(Sciences Sociales et Sida). ISBN 978-28425-4151-4