

**Démographes, anthropologues et médecins : collaboration au sein d'un suivi de cohortes pour comprendre la gestion des risques du VIH/sida –Abidjan, Côte d'Ivoire.**

Annabel Desgrées du Loû, Hermann Brou, Annick Tijou Traoré *pour le groupe Ditrème Plus 3\**

Coordonnées : Annabel Desgrées du Loû, IRD, LPED  
CEPED

Campus du Jardin Tropical de Médecine

Pavillon Indochine

45 bis av de la Belle Gabrielle

94736 Nogent sur Marne Cedex

Tel : 01 43 94 72 39/90

Fax : 01 43 94 72 92

mailto : [desgrees@ceped.cirad.fr](mailto:desgrees@ceped.cirad.fr)

*\* 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,LPED, France) - coordinatrice -, B. Zanou (ENSEA, Abidjan), V. Leroy (Inserm U 593, France), C. Welffens-Ekra (Service de gynécologie Obstétrique CHU Yopougon, Abidjan). Chef de Projet : H. Brou, IRD,LPED ; Coordinatrice volet qualitatif : A. Tijou-Traore ; assistante de recherche : H. Agbo ; Ingénieur base de données : G. Djohan. Cette recherche est financée par l'ANRS, Agence Nationale de Recherche sur le Sida, France (projet 1253).*

Séance :

Les observations de populations spécifiques, vulnérables ou marginalisées

## *Introduction*

Dans les pays africains fortement touchés par l'épidémie de VIH/sida, toute la sphère de la santé reproductive et sexuelle est bouleversée, et une double question est posée aux chercheurs en matière de population et de société : tout d'abord, les comportements sexuels et reproductifs prennent-ils en compte la menace du VIH/sida ? Et sa question corollaire, qui intéresse non seulement les chercheurs en sciences sociales, mais aussi les décideurs et acteurs de la santé publique : les actions et programmes de prévention du sida se traduisent-ils en changements effectifs des comportements dans le sens d'une réduction des prises de risque ?

Avant d'aborder les questions de comportements, rappelons que le contexte médical de prise en compte et de prise en charge de l'épidémie de sida a évolué rapidement. En Afrique, continent qui abrite les deux tiers des personnes infectées par le VIH, la transmission de ce virus se fait essentiellement par voie sexuelle et de la mère à l'enfant (pendant la grossesse, l'accouchement et par le lait maternel). Jusqu'à la fin des années 1990, le seul outil dont disposaient les programmes de santé en Afrique pour prendre en compte le risque du sida était la prévention du risque de transmission sexuelle par l'information des populations et la diffusion des préservatifs. Depuis 1999, on dispose de programmes de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant peu coûteux et applicables dans des contextes de pays en développement : la transmission au cours de la grossesse se faisant majoritairement à la fin de la grossesse et lors de l'accouchement, les différents régimes actuellement proposés dans les pays en développement consistent en l'administration d'une combinaison d'antirétroviraux au cours du dernier mois de la grossesse et lors de l'accouchement. Depuis seulement cette même période (1999), le risque de transmission du VIH par le lait est lui aussi pris en compte, même dans les contextes d'allaitement maternel généralisé. Mais les recommandations internationales restent très prudentes en la matière : les femmes infectées par le VIH doivent être « aidées à utiliser des aliments de remplacement pour éviter le lait maternel lorsque c'est possible », et, surtout, doivent décider librement du mode d'alimentation de leur enfant, après avoir été informées du risque de transmission postnatal du VIH. En pratique le sevrage « précoce » est recommandé lorsque l'allaitement artificiel dès la naissance n'est pas possible.

Par ailleurs un consensus mondial s'est établi au cours de ces toutes dernières années quant à la nécessité de rendre accessibles les traitements du sida (anti-rétroviraux compris) aux populations des pays en développement. Même si cet objectif semble encore loin, il ne semble plus irréalisable, au regard de la baisse des prix des médicaments du sida et du développement de nombreux projets pilotes d'accès aux anti-rétroviraux dans les pays du sud.

La recherche que nous présentons dans cette communication a été menée à Abidjan, capitale économique de la Côte d'Ivoire, entre 2001 et 2005. Cette grande ville de 2,9 millions d'habitants (RGPH, 1998) est la ville la plus touchée par l'épidémie de sida en Afrique de l'Ouest, avec un taux de prévalence du VIH chez les femmes enceintes de 10,5 % en 2002 (Sakarovitch *et al.*, 2003). Par ailleurs, c'est un des sites où se sont développés les premiers programmes de recherche sur la prévention de la transmission mère-enfant du VIH, dès 1995, et est aussi une des villes qui ont été choisies par l'ONUSIDA pour développer l'initiative d'accès aux traitements du Sida à partir de 1997-1998 (Msellati *et al.*, 2001).

Cette communication s'articulera autour de quatre points :

- Pourquoi cette triple collaboration ? Pourquoi des démographes ont choisi d'interroger à Abidjan les liens entre sida et santé de la reproduction dans le cadre d'une collaboration avec des médecins, et donc dans une population très spécifique participant à un programme de santé ? Pourquoi paraissait-il nécessaire, parallèlement à l'approche démographique, d'adjoindre une approche socio-anthropologique ?
- Comment a été mise en œuvre cette collaboration ? Quel type d'informations recueillies pour répondre à quelles questions de recherche ?
- Quelles ont été les difficultés et limites d'une telle triple collaboration ?
- Quels en ont été les avantages et les apports, par rapport aux questions posées initialement ?

### **1. Pourquoi une collaboration médecins – chercheurs en sciences de la population et de la société ?<sup>1</sup>**

Dans les pays en développement, et en Afrique en particulier, le dépistage volontaire du VIH reste une démarche rare, et les consultations prénatales sont un des lieux privilégiés pour l'entreprendre. Dans les centres de suivi prénatal où sont implantés des projets de réduction de la transmission mère-enfant, les femmes enceintes bénéficient d'une proposition de test de dépistage gratuit ou à des prix largement subventionnés, au cours de laquelle elles sont informées de ce que, si elles s'avèrent séropositives pour le VIH, un traitement pourra leur être délivré pendant la grossesse pour diminuer le risque de transmission du VIH à l'enfant (Dabis *et al.*, 2000). Ainsi les projets de réduction de la transmission mère-enfant du VIH ont été pendant plusieurs années les seuls endroits où le dépistage était suivi d'une « proposition thérapeutique » : même si les médicaments délivrés avaient pour objectif la prévention de la transmission du VIH à l'enfant et non pas le traitement de la mère, ils n'en constituaient pas moins une « action » positive, une proposition concrète, qui justifiait d'accepter ce test de dépistage. En dehors de ces sites de consultation prénatale abritant des projets de recherche, jusqu'à ces dernières années, peu de propositions de dépistage étaient faites car les médecins étaient peu motivés à proposer un test de dépistage sans avoir aucun traitement à proposer en cas de résultat positif.

Lorsque ce programme de recherche en démographie sur « sida et santé de la reproduction » s'est construit, deux options étaient possibles : mener des enquêtes en population générale – ce qui rendait impossible pour des raisons éthiques la relation entre les phénomènes observés et le statut sérologique des enquêtés – ou mener des enquêtes dans des groupes plus spécifiques qui pouvaient avoir accès au test de dépistage du VIH. Nous avons choisi la seconde solution, car il nous semblait que beaucoup d'études avaient déjà été faites sur les attitudes générales de la population face à l'épidémie de sida, et qu'il semblait nécessaire de pouvoir mettre en relation comportements individuels en termes de sexualité et de procréation et infection par le VIH. Pour les raisons évoquées ci-dessus, les groupes de personnes ayant accès au dépistage étaient peu nombreux et revêtaient souvent un profil très spécifique : malades dépistés dans les hôpitaux, tuberculeux, prostituées, femmes enceintes. Ces dernières, dépistées en consultation prénatale, constituent un groupe de personnes non malades, et bien entendu, non représentatif de la population adulte en général (puisqu'on n'y trouve d'une part ni les hommes, d'autre part ni les femmes qui ne peuvent pas ou ne veulent

---

<sup>1</sup> Cette première partie reprend des éléments décrits dans le chapitre Desgrées du Loû *et al.* " Changements des comportements reproductifs et sexuels face au VIH : vers une prise en compte du couple ? " In Adjamagbo A, Msellati P et Vimard P. *Transitions reproductives dans les pays du Sud*. ed Academia-Bruyland. A paraître.

pas procréer). Cependant, ces femmes enceintes reflètent, malgré tout, une image assez proche de la population générale, en particulier dans un pays où le niveau de fécondité est très élevé. Pour ces raisons, il nous a semblé judicieux de commencer l'analyse des rapports entre l'épidémie de VIH et les questions de santé de la reproduction auprès de ces femmes auxquelles le dépistage du VIH est proposé en consultation prénatale, et qui sont ensuite suivies, lorsqu'elles sont VIH+, au sein d'un programme de réduction de la transmission mère-enfant du VIH. Nous avons pour cela développé une collaboration étroite entre médecins et démographes, qui s'est traduite dans un premier temps par la réalisation d'enquêtes spécifiques sur les questions de santé de la reproduction insérées au sein d'un essai clinique de prévention de la transmission mère-enfant du VIH (le programme DITRAME mené à Abidjan, Côte d'Ivoire jusqu'en 2000<sup>2</sup>), puis par la mise en place à partir de 2000 d'un programme de recherche global avec deux volets : un volet bio-médical<sup>3</sup> (projet ANRS<sup>4</sup> 1201-1202) et un volet sciences sociales<sup>5</sup> (projet ANRS 1253).

La demande des démographes de pouvoir relier les comportements individuels aux statut sérologiques, et donc la nécessité dans laquelle ils étaient d'intégrer un cadre médical, a rencontré une demande en retour chez les médecins cliniciens et épidémiologistes, qui était de comprendre et analyser les comportements des patients participant à leur programme. En effet, si les essais cliniques ont montré l'efficacité des molécules et des traitements proposés pour réduire le risque de transmission du virus du VIH de la mère à l'enfant lors de la fin de la grossesse et de l'accouchement, les chiffres de suivi des cohortes ont aussi révélé dès le début de ces programmes, et sans évolution très positive, que cette efficacité « théorique » se trouvait terriblement réduite par des obstacles comportementaux à chaque étape du programme : dans un programme opérationnel de prévention de la transmission du virus de la mère à l'enfant mené à Abidjan (Coulibaly *et al.*, 2006), sur l'ensemble des femmes à qui le dépistage du VIH (première étape du programme) était proposé lors d'une consultation prénatale, 39% ne faisaient pas ce test ; 19% de celles ayant fait le test ne revenaient pas chercher leur résultat (et sortaient donc du programme) ; 36 % seulement des femmes qui apprenaient qu'elles étaient infectées par le VIH bénéficiaient de l'intervention de PTME de façon complète. La mise en oeuvre et l'efficacité de ces programmes ne dépend donc plus maintenant de la découverte de nouveaux traitements plus efficaces ou plus facile d'utilisation. Elle dépend surtout de la compréhension des blocages comportementaux individuels, conjugaux, familiaux ou sociétaux qui font obstacle à l'adhésion des individus à ces programmes de prévention et de prise en charge, d'où la nécessité pour les acteurs de santé d'une collaboration avec les sciences sociales.

---

<sup>2</sup> Cette première collaboration a donné lieu à plusieurs publications dans le domaine de la démographie de la santé : Desgrées du Loû A., Msellati P., Ramon R *et al.*, 1998, " HIV-1 infection and reproductive history : a retrospective study among pregnant women : Abidjan, Côte d'Ivoire, 1995-1996. " *International Journal of STD and AIDS*, vol.9 pp.452-6./ Desgrées du Loû A., Msellati P., La Ruche G. *et al.*, 1999, " Estimation of HIV-1 prevalence in the population of Abidjan by adjustment of the prevalence observed in antenatal centres.. " *AIDS*, vol 13, n°4, pp. 526-527/Desgrées du Loû A., Msellati P., Yao A *et al.*, 1999, " Impaired fertility in HIV1 infected pregnant women : a clinic based survey in Abidjan, Côte d'Ivoire, 1997". *AIDS*, vol.13, pp.517-21/Desgrées du Loû A., Msellati P., Viho I *et al.*, 2002, "Contraceptive use, protected sexual intercourse and incidence of pregnancies among African HIV-infected women. DITRAME Project ANRS 049, Abidjan 1995-2000". *Int J of STDs and AIDS*, vol. 13, n°7 pp. 462-468.

<sup>3</sup> coordonné par l'INSERM U 593 (F. Dabis et V. Leroy) en collaboration avec le CHU de Yopougon (C. Welffens Ekra)

<sup>4</sup> ANRS : Agence Nationale de Recherche sur le Sida et les Hépatites. Promoteur de cette recherche.

<sup>5</sup> Coordonné par l'IRD (A. Desgrées du Loû) en partenariat avec l'ENSEA d'Abidjan (B. Zanou)

Au sein de l'équipe de sciences sociales, la nécessité d'une double approche quantitative et qualitative s'est rapidement imposée. Comme cela a été largement décrit dans les études de population dans d'autres contextes (Bozon, 2006), cette double approche nous a semblé nécessaire pour appréhender de façon compréhensive l'ensemble des comportements en matière de sexualité et de procréation, les mettre en relation, et analyser les processus à l'œuvre derrière ces comportements, ainsi que le décalage entre le discours et les pratiques observées. Cette double approche s'est traduite en particulier par une collaboration entre des démographes (Annabel Desgrées du Loû, Hermann Brou, Benjamin Zanou), une anthropologue (Annick Tijou Traoré) et une sociologue (Hélène Agbo)

## **2. Les modes de collaboration : le projet DITRAME PLUS**

### *Constitution et suivi des cohortes :*

Le programme DITRAME PLUS (pour **DI**minution de la **TR**ansmission **M**ère-**E**nfant) est un programme de recherche multidisciplinaire sur la prévention de la transmission mère-enfant du VIH. Dans le cadre de ce programme, le test de dépistage du VIH a été systématiquement proposé par une équipe médicale et psychosociale aux femmes enceintes dans 7 centres de santé à Abidjan, avec un conseil pré-test et post-test associé.

A l'issue de la proposition de dépistage, trois groupes de femmes ont été constitués et suivis pendant deux ans après la fin de la grossesse :

- **le groupe P des femmes dont le résultat du dépistage était positif (VIH+)**  
(N=557).

Ce groupe était constitué de toutes les femmes dont le dépistage a révélé l'infection par le VIH, ayant plus de 18 ans, et acceptant d'être suivies dans une des structures de PTME du projet jusqu'aux deux ans de l'enfant à naître. Après le dépistage, ces femmes ont été suivies par l'équipe médicale dans une structure spécifique dévolue à la prévention de la transmission mère enfant du VIH. Il leur a été proposé des mesures peri-partum (AZT pendant la grossesse et névirapine à l'accouchement) et postpartum (alternatives à l'allaitement maternel ou allaitement maternel exclusif pendant les premiers mois de l'enfant puis sevrage précoce à 4 mois) visant à diminuer le risque de transmission mère-enfant du VIH et le poids de l'infection pédiatrique par le VIH. Ces protocoles de PTME sont décrits en détail ailleurs (Ekouevi et al., 2004 ; Dabis et al., 2005 ; Becquet et al., 2005).

- **le groupe N des femmes dont le résultat du dépistage était négatif (VIH-)**  
(N=400)

Les conditions de recrutement dans la cohortes N étaient d'avoir été dépistée VIH- dans un des centres de dépistage du projet entre le 1<sup>er</sup> janvier 2001 et le 30 juin 2003, d'être âgée de 18 ans au moins, et d'accepter de venir aux visites trimestrielles du suivi longitudinal jusqu'aux deux ans de l'enfant.

L'effectif de 400 pour le groupe N était celui qui avait été fixé dans le protocole, pour observer des changements de comportements en matière de protection des rapports sexuels de façon significative.

- **le groupe R des femmes ayant refusé d'être dépistées pour le VIH (N=62)**

Les conditions de recrutement dans la cohorte R étaient d'avoir reçu une proposition de dépistage VIH et le conseil associé dans un des centres de dépistage du projet entre le 1<sup>er</sup> janvier 2001 et le 30 juin 2003, d'avoir refusé d'être dépistée, d'être âgée de 18 ans au moins, et d'accepter de venir aux visites trimestrielles du suivi longitudinal jusqu'aux deux ans de l'enfant.

L'effectif de 62 atteint dans le groupe R est très inférieur à celui qui avait été fixé au départ. Il reflète d'une part le haut niveau d'acceptation du test de dépistage (91%, Ekouevi *et al.*, 2004) et d'autre part une forte réticence des femmes ayant refusé le dépistage à tout type de suivi (taux de refus de 70%).

Aucune rémunération n'a été donnée aux femmes pour participer à l'étude, hormis le remboursement de leur frais de transport. Par contre elles bénéficiaient de la gratuité des soins et des médicaments pour tous les épisodes morbides pour elles et leur enfant, ainsi que de la gratuité des méthodes contraceptives proposées (y compris le préservatif), et ce quel que soit leur statut VIH. Les femmes du groupe P étaient suivies dans une structure spécifique, par une équipe spécialement formée au suivi des PvVIH. Les femmes des groupes R et N étaient suivies dans un centre de santé, mais par une équipe spécifiquement formée et rémunérée par le projet de recherche. La qualité du suivi médical et psycho-social était donc similaire pour les trois groupes de femmes.

Les femmes étaient invitées à proposer le dépistage à leur partenaire. Le dépistage était proposé gratuitement au partenaire et à tous les membres de la famille qui en faisaient la demande. Toutes les femmes ont signé un formulaire de consentement avant de participer à ce programme. Le protocole du programme a été approuvé par le comité d'éthique de Côte d'Ivoire.

*Collecte de données :*

*Collecte quantitative*

Lors de l'inclusion, des questions ont été posées, par un questionnaire fermé, sur les caractéristiques socio-démographiques de la femme, et sur son(ses) partenaire(s) sexuel(s), son activité sexuelle et la protection des rapports sexuels, les méthodes contraceptives utilisées et la communication établie avec le partenaire, au cours des deux ans qui avaient précédé la grossesse en cours.

Au cours des deux ans de suivi après la grossesse, des questions étaient posées au cours d'entretiens répétés (tous les 3 mois), par questionnaires fermés, sur d'éventuels changements de partenaires, le dialogue avec le partenaire, les relations sexuelles et l'utilisation de préservatif, l'alimentation du nourrisson, les pratiques contraceptives, et la survenue d'éventuelles nouvelles grossesses.

Les questionnaires ont été passés au cours d'entretiens en face à face, dans un local fermé et en garantissant le respect de la confidentialité, par des assistantes sociales et des sages femmes participant au projet et formées spécifiquement.

### *Collecte qualitative :*

Des entretiens semi-directifs approfondis enregistrés ont été menés auprès d'un sous-groupe de femmes et de leurs partenaires dans chaque cohorte. Chaque enquêté a été vu en entretien deux fois : une première fois peu de temps après la grossesse, et une deuxième fois dans la deuxième année de suivi, ceci afin de relever les changements d'attitude, de conduite et de perception et d'identifier les événements qui en sont à l'origine. Cette enquête qualitative a concerné 10 couples où la femme est séropositive pour le VIH, 10 couples où la femme est séronégative pour le VIH, 7 couples où la femme a refusé de faire le test.

### *Analyse et exploitation des données :*

Un cadre d'exploitation des thématiques à couvrir a été défini préalablement à l'analyse. Les analyses sont ensuite menées par champ disciplinaire, et mises en commun au cours de réunion de travail de l'ensemble du groupe de recherche.

## **3. Les difficultés et limites**

### *Approche médicale, approche sciences sociales : des angles d'intérêts différents et parfois disjoints*

De nombreux projets de recherche médicale menés auprès de personnes infectées par le VIH/sida intègrent une composante sociodémographique, qui consiste en l'analyse des caractéristiques sociodémographiques de la population suivie dans le projet médical. L'originalité de notre projet était de ne pas se contenter de décrire et éventuellement d'expliquer les comportements des personnes vivant avec le VIH, mais de comparer les comportements entre femmes infectées, non infectées et ayant refusé d'être dépistées, afin de mettre en relation les comportements éventuellement observés (et leurs évolutions) avec la connaissance que les femmes ont de leur statut sérologique.

C'est pourquoi c'est sous l'impulsion des démographes que le schéma d'étude s'est orienté vers un suivi de trois cohortes : la cohorte de femmes qui ont appris qu'elles étaient infectées par le VIH (classiquement suivies dans les cadre des programmes de PTME), mais aussi une cohorte de femmes qui ont accepté le test de dépistage lorsqu'elles étaient enceintes, et qui ont appris à l'issue de ce test qu'elles n'étaient pas infectées par le VIH, et une cohorte de femmes qui ont refusé de faire ce test de dépistage.

Dans l'organisation logistique, le promoteur a accordé un financement à l'équipe biomédicale pour le programme de PTME à proprement parler, et donc pour le suivi des femmes infectées, et à l'équipe de sciences sociales pour assurer la recherche en sciences sociales mais aussi le suivi « complémentaire » des deux cohortes « témoins », c'est-à-dire les femmes non infectées ou ne se sachant pas infectées, cohortes quasiment jamais suivies dans une approche bio-médicale classique. Sur le terrain, cela a abouti à un projet en deux parties : d'un côté les médecins qui suivaient les femmes VIH+, de l'autre une équipe en centre de santé mais pilotée par les démographes, qui suivait les non VIH+. Cela a nuit parfois à la comparabilité des données recueillies dans les différents groupes : il était entendu que les questions socio-démographiques et comportementales devaient être identiques pour toutes les femmes enquêtées, quel que soit leur groupe. Cependant les femmes VIH+ étaient soumises à un suivi médical très lourd, avec en particulier beaucoup de questions sur leur santé, la prise

de médicaments, et la nutrition de l'enfant. Devant la lourdeur des questionnaires qui leur étaient destinés, il a ainsi été décidé, sous la pression de l'équipe médicale, de ne pas inclure dans les questionnaires trimestriels post-partum les questions sur les rapports sexuels et la communication à ce sujet avec le partenaire régulier, mais de garder ces questions pour une enquête transversale menée en fin de suivi 18 mois après l'accouchement. On a ainsi pour les femmes non VIH+ un recueil longitudinal sur ce sujet, et pour les femmes VIH+ un recueil transversal à M18, et ce seulement sur un sous groupe de 350 femmes sur les 557 VIH+ initiales (sous-groupe équivalent à toutes les femmes ayant effectué leur consultation de M18 pendant une période donnée).

Même lorsque les questionnaires étaient identiques, on peut avoir aussi des différences dans la qualité de remplissage des questions, liées à l'importance différentielle que leur accordent les différentes équipes : l'équipe dirigée par les médecins s'est attachée à un bon remplissage des questions de santé ou de nutrition mais a moins bien rempli les questions portant sur l'utilisation du préservatif à chaque rapport sexuel par exemple.

#### *Le difficile recrutement des femmes refusantes*

Le faible effectif de la cohorte R a été expliqué en partie (paragraphe 1). Le fait de réaliser cette enquête dans le cadre d'un centre de santé a sans doute contribué au fort taux de refus de ces femmes pour participer à une enquête longitudinale.

#### *Les comportements observés ne sont pas représentatifs de ceux en population générale*

Même si ce schéma d'étude a l'avantage de permettre une mise en relation des comportements avec le statut sérologique, les comportements observés sont nécessairement influencés par le suivi gratuit et soutenu qu'ont connu ces femmes dans le centre de santé et par une équipe psycho-sociale spécialement formée. Les résultats obtenus ne sont pas représentatifs de ce qui se passerait en population générale ou en situation opérationnelle : ils constituent seulement des indicateurs de changements potentiels.

#### *Un objet de recherche à la frontière entre plusieurs disciplines : la difficile valorisation*

Les thèmes auxquels nous nous intéressons avec une telle approche (impact du dépistage chez les personnes qui apprennent qu'elles sont/ ne sont pas infectées, communication dans le couple autour des risques sexuels) ne sont pas classiques d'une approche de santé et sont parfois mal reçus par les journaux bio-médicaux spécialisés dans le sida.

A l'inverse, une telle collecte de données à partir de centres de santé, puisqu'elle n'est pas révélatrice de comportements de la population générale, peut être reçue de façon mitigée par la communauté des démographes ou les journaux spécialisés dans les études de population.

## **4. Richesse et fécondité de cette collaboration**

### *Des résultats innovants sur la réalité conjugale en Afrique*

L'analyse des comportements sexuels, puis celle des comportements de procréation nous ont bien entendu conduit à nous intéresser à la notion de couple. Il est clair en effet que les choix

et les comportements en matière de sexualité et de procréation ne peuvent être étudiés comme relevant uniquement de motivations individuelles des femmes concernées. Ils doivent être resitués dans un contexte plus large au sein duquel ils prennent forme, à savoir, le couple. Dans la population que nous suivions, en effet, la très grande majorité des femmes vivaient une relation conjugale, du fait de leur mode de recrutement (consultation prénatale).

En particulier, le dialogue entre les deux membres du couple sur les conseils donnés à la femme lors du dépistage et du conseil en consultation prénatale nous a paru être un aspect essentiel pour comprendre les comportements adoptés en matière de prévention du sida. En effet, cet échange représente la toile de fond sur laquelle prennent forme des attitudes et des conduites à partir desquelles les négociations sont possibles. Si par exemple, les informations transmises à une femme séropositive, dans le cadre d'un projet de réduction de la transmission mère-enfant du VIH, ne sont pas discutées au sein du couple, on est à même de se demander comment elle pourra imposer l'utilisation du préservatif lors des rapports sexuels ou convaincre son partenaire de la nécessité d'alimenter le bébé au biberon. La notion de communication est donc ici déterminante, dans la mesure où elle est à même de faciliter ou de compliquer la mise en application des conseils prodigués.

C'est pourquoi, au-delà des notions de sexualité ou de procréation, notre équipe s'est attachée, grâce en particulier au départ à l'approche qualitative, à mieux comprendre la relation qui existait entre les femmes suivies dans des projets de prévention de la transmission mère-enfant et leur (s) partenaire(s) sexuel(s), dans le but de cerner les éléments constitutifs de la vie en couple qui facilitent ou empêchent une gestion objectivement correcte des conseils de prévention relatifs au VIH/sida.

L'analyse des entretiens a permis de confirmer que le dialogue, d'une part autour du statut sérologique de l'un ou l'autre membre, d'autre part autour des conseils donnés, favorise les changements de comportement au sein du couple. Elle a permis aussi d'infirmer l'idée reçue selon laquelle le conjoint africain fait obstacle aux conseils de prévention : en matière de protection des rapports sexuels ou de choix de procréation, l'approche qualitative a mis en lumière une catégorie de partenaires qui sont des acteurs de la prévention, pour eux et pour leur famille.

Sur différents points (type de communication établie avec par les femmes avec leur partenaire sur les conseils prodigués, révélation au partenaire de leur statut sérologique, adéquation du partenaire aux conseils prodigués- par exemple l'incitation qui lui est faite de venir se faire dépister lui aussi), les deux approches qualitatives et quantitatives ont été très complémentaires et ont fonctionné en miroir, chaque approche renvoyant à l'autre les questions de recherche qu'elle faisait émerger. A partir de l'analyse (par l'approche qualitative) du rôle central de la communication conjugale en matière de prévention des risques du sida, nous avons pu construire (par l'approche quantitative) des indicateurs de communication conjugales qui ont été précieux dans l'analyse d'impact du programme de prévention, comme décrit dans le paragraphe suivant.

#### *Des résultats originaux en termes de santé publique et d'impact de programme*

Notre approche longitudinale, avec des questions rétrospectives sur la vie sexuelle et la communication avec le partenaire sur les risques sexuels avant la grossesse, puis un suivi

prospectif sur ces sujets dans les deux ans qui ont suivi la grossesse, a permis de mettre en évidence un impact important de la proposition de dépistage prénatal qui a été faite par l'équipe médicale : après la proposition de dépistage, les femmes abordent plus le sujet des risques de IST et de VIH avec leur partenaire régulier, quel que soit leur statut sérologique (Tableau 1) (Desgrées du Loû *et al.*, 2005), et même lorsqu'elles ont refusé le test du VIH (Desgrées du Loû *et al.*, soumis). Par ailleurs, l'existence d'une communication autour des MST et du VIH, même incomplète, dans les couples où la femme est VIH+, est associée à une meilleure utilisation du préservatif (figure 1).

Nous observons ainsi grâce à cette étude une très forte augmentation de la communication sur les risques sexuels après le conseil et dépistage offert en prénatal. Chez les femmes qui apprennent qu'elles ne sont pas infectées par le VIH, le succès est à peu près total en termes de communication avec le partenaire sur ces sujets : fortes de ce résultat réconfortant, pratiquement toutes les femmes parlent du dépistage qu'elles ont effectué, et le conseille à leur partenaire. Le conseil et le dépistage proposé en prénatal réduit, pour les femmes VIH-, les inégalités socioculturelles en la matière : avant la grossesse, les femmes qui avaient discuté des risques sexuels avec leur partenaires étaient les plus instruites, vivant en couple monogame, avec un partenaire instruit et avec lequel elles avaient un faible écart d'âge. Après le dépistage, ces inégalités sont gommées et toutes les femmes ont abordé la question des risques sexuels avec leur partenaire (Brou *et al.*, 2005).

Lorsque la femme apprend qu'elle est infectée par le VIH, le fait d'avoir reçu un conseil VIH en prénatal entraîne aussi une amélioration de la communication sur les risques sexuels avec le partenaire, mais sans que cette communication concerne tous les couples. La communication qui s'établit autour des MST/VIH entre un homme et une femme apparaît fortement dépendante du type de situation conjugale qu'ils vivent. Cette communication est moins fréquente lorsque les partenaires ont des résidences séparées que lorsqu'ils habitent ensemble (Desgrées du Loû *et al.*, 2005). Dans les ménages où la femme doit compter avec des « rivales », qu'il s'agisse de co-épouses officielles ou de maîtresses officieuses, l'échange sur les MST et le Sida est plus difficile que dans les couples monogames. Lorsqu'on se sait séropositive, parler du sida en général, et de sa propre infection en particulier, est toujours un acte perçu comme risqué, à cause de la crainte d'être rejetée par le partenaire (même si les chiffres dans cette étude nous indiquent que de tels rejets semblent peu fréquents). Notre étude montre que 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, sans doute parce que le lien conjugal est plus lâche que dans un couple monogame et où les partenaires vivent sous le même toit. Lorsque les femmes parlent des risques sexuels avec leur partenaire, diverses stratégies de communication sont possibles : ainsi certaines femmes instruites adoptent une communication indirecte autour du sida. Bien informées, sans doute méfiantes de la réaction négative possible du partenaire, elles lui parlent du sida, lui suggèrent de se faire dépister mais sans évoquer leur propre dépistage et leur propre infection. Elles ne disent pas tout, mais juste ce qui est nécessaire pour poser les bases d'une prévention.

Cependant l'impact du conseil et du dépistage VIH délivré en prénatal, s'il est très clairement positif en termes de communication induite dans le couple autour des risques MST/VIH, est plus mesuré en termes de prévention effectivement mise en œuvre. La communication qui s'établit entre les partenaires autour du sida semble bien faciliter l'adoption de comportements de prévention. Mais, si nécessaire soit elle, la communication établie entre les partenaires n'est pas pour autant suffisante à l'adoption de pratiques préventives, tant chez les femmes VIH- que chez les femmes VIH+.

Les femmes VIH- ont presque toutes informé leur partenaire qu'elles avaient été dépistées, lui ont parlé de MST, de VIH, lui ont suggéré le test. Mais très peu d'hommes ont fait la démarche du dépistage et peu de couples protègent leurs rapports. Ces femmes qui ont été dépistées au cours d'une grossesse, qui se savent VIH- et qui souhaitent se protéger d'une éventuelle infection, n'ont pas réussi à se protéger du risque d'être infectées par leur propre partenaire, malgré le dialogue établi. Les hommes considèrent en effet que le résultat du dépistage de leur femme les renseigne sur leur propre statut sérologique, et s'estiment donc non infectés dès lors que leur femme est non infectée (Brou *et al.*, 2005). Préjugé tout à fait faux, car les couples discordants sont fréquents (Allen *et al.*, 2003 ; Kilewo, 2001). En ce qui concerne les femmes VIH-, il nous semble donc important, dans le conseil post-test, d'intensifier le conseil sur le dépistage des partenaires, et sur l'utilisation de préservatifs tant que le statut VIH du partenaire reste inconnu (et bien sûr s'il est VIH+), et ce au moins pendant la grossesse et l'allaitement, moments à hauts risques de transmission du virus (Gray *et al.*, 2005).

En ce qui concerne les femmes VIH+, la prévention de la transmission du VIH au partenaire est fortement liée au dialogue établi avec le partenaire sur les risques de MST et de VIH. Le premier prédicteur du dépistage du partenaire est le fait qu'il soit informé du dépistage de sa femme, et le dialogue autour des MST/VIH est la première variable explicative de l'utilisation du préservatif dans les couples où la femme est VIH+. Notre étude confirme donc que, pour les femmes qui apprennent qu'elles sont infectées par le VIH, la réduction des risques de transmission sexuelle du VIH au sein de leur couple est facilitée lorsqu'elles réussissent à communiquer avec leur partenaire sur ces risques sexuels. Le dépistage proposé en prénatal paraît donc un lieu propice pour développer un counselling adapté et innovant en la matière, qui aide les femmes à établir cette communication, parfois difficile, avec leur partenaire.

### *Mieux comprendre le faible impact des conseils de prévention des relations sexuelles*

La protection des rapports sexuels reste cependant faible (figure 2), même et surtout lorsque les femmes ne sont pas infectées et qu'elles ne connaissent pas le statut sérologique de l'homme. L'analyse des entretiens a permis de mieux comprendre cette réticence à utiliser le préservatif au cours des relations conjugales : considéré comme un objet qu'on n'utilise qu'avec les « femmes de l'extérieur », le préservatif est difficilement envisageable pour un femme qui se considère « femme de l'intérieur », c'est-à-dire partenaire légitime de son conjoint. Ainsi les femmes, qu'elles soient infectées ou non, vivent la relation « protégée » avec leur partenaire comme une relation sexuelle « *contre nature conjugale* » et certains conjoints de femmes infectée par le VIH préfèrent prendre le risque de relations non protégées, même s'ils se savent non infecté, pour éviter de blesser leur compagne (Tijou Traore, 2006).

### **Conclusion**

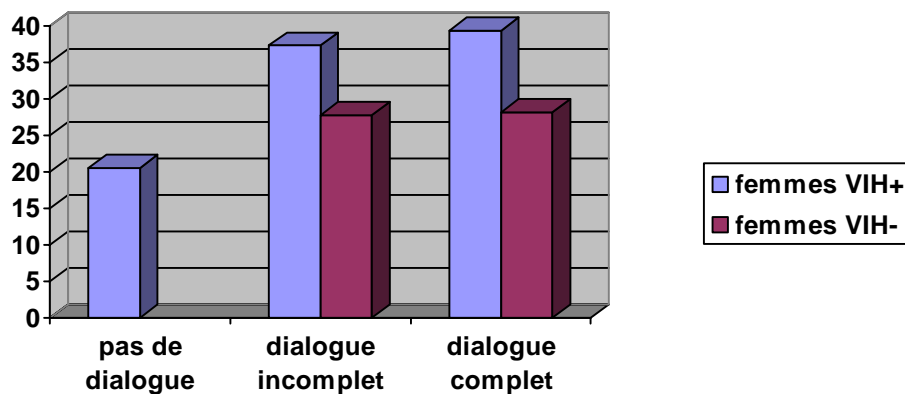
La triple approche médicale, démographique et anthropologique, bien que parfois difficile à mettre en œuvre, permet d'appréhender un objet sensible (ici la vie sexuelle et reproductive face au risque d'infection par le VIH), en permettant une collecte de données très riche et des approches disciplinaires qui se complètent. L'inscription dans un champ opérationnel, celui de la médecine et de la santé publique, permet d'une part une prise en charge adéquate des personnes suivies, le cas échéant, et d'autre part l'inscription des questions de recherche dans un cadre programmatique et de santé publique. En matière d'étude de la population, on retiendra que l'une des principales conclusions de notre étude est que selon le type de relation

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

**Tableau 1 : Communication induite par les femmes avec leur partenaire régulier autour du VIH et des MST avant et après le dépistage en prénatal. Projet Ditrème Plus, Abidjan, 2001-2005**

	<b>Avant le dépistage</b>	<b>Après le dépistage</b>		
	Proportion de femmes ayant parlé de MST avec leur partenaire dans les 2 ans avant la grossesse (%)	Proportion de femmes ayant parlé de MST avec leur partenaire dans les 18 mois après la grossesse (%)	Proportion de femmes ayant notifié leur test VIH à leur partenaire entre le dépistage et 18 mois après la grossesse (%)	Proportion de femmes ayant suggéré à leur partenaire de faire un test VIH entre le dépistage et 18 mois après la grossesse (%)
Femmes VIH-	65	96	98	91
Femmes VIH+	29	63	51	70

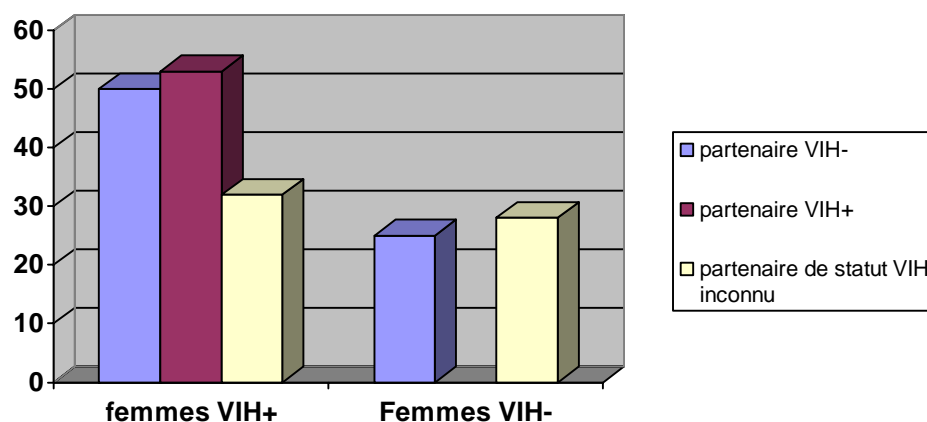
**Figure 1 : Proportion (en %) de femmes ayant utilisé systématiquement des préservatifs lors de la reprise des rapports sexuels après l'accouchement selon le statut sérologique de la femme et le niveau de dialogue sur les MST/VIH établi avec le partenaire après le dépistage. Projet Ditrime Plus, Abidjan, 2001-2005**



Notes :

- seules les femmes ayant déclaré avoir repris une activité sexuelle sont prises en compte
- le dialogue est considéré comme complet lorsque les trois indicateurs du tableau 1 sont positifs : la femme a parlé de MST à son partenaire, lui a indiqué le résultat de son propre dépistage, lui a suggéré d'aller se faire dépister.

**Figure 2 : Proportion (en %) de femmes ayant utilisé systématiquement des préservatifs lors de la reprise des rapports sexuels après l'accouchement selon le statut VIH de la femme et ce qu'elle sait du statut VIH de l'homme. Projet Ditrime Plus, Abidjan, 2001-2005**



## Références

- Becquet R, Ekouevi DK, Viho I, al. e. 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* 2005,40:600-608.
- Brou H, Agbo H, Desgrées du Loû A. Le dépistage du VIH en prénatal : impact chez des femmes VIH- à Abidjan, Côte d'Ivoire. Approche quantitative et qualitative. Projet Ditrane Plus 3, ANRS 1253 . *Cahiers Santé* 2005, vol.15, n°2, pp.81-91.
- Dabis F, Becquet R, Ekouevi DK, al. e. Field efficacy of Zidovudine, Lamivudine and single-dose Nevirapine to prevent peripartum transmission of HIV. The ANRS 1201/1202 Ditrane Plus study, Abidjan, Cote d'Ivoire. *Aids* 2005,19:309-318.
- Dabis F, Leroy V, Castetbon K, *et al.*, 2000, "Preventing mother-to-child transmission of HIV-1 in Africa in the year 2000." *AIDS* 14 pp.1017-26.
- Desgrées du Loû A, J. Larmarange, H. Brou pour le groupe Ditrane Plus 3. La gestion des risques de VIH/sida au sein du couple en Afrique subsaharienne. Rôles de la polygamie et de la co-résidence. Communication orale au XXVème congrès de la Population (UIESP), Tours, France, 18-23 juillet 2005.
- Desgrées du Loû *et al.* Beneficial effects of offering prenatal HIV counselling and testing in preventing sexual risks. Abidjan, 2002-2005. Soumis a Bulletin of the WHO
- Desgrées du Loû *et al.* From HIV prenatal testing of the mother to prevention of sexual HIV transmission within the couple. Soumis
- Ekouevi DK, Leroy V, Viho I, al. e. Acceptability and uptake of a package to prevent mother-to-child transmission using rapid HIV testing in Abidjan, Cote d'Ivoire. *Aids* 2004,18:697-700.
- Kilewo C, Massawe A, Lyamuya E *et al.* HIV counseling and testing of pregnant women in sub-Saharan Africa : experiences from a study on prevention of mother-to-child HIV-1 transmission in Dar es Salaam, Tanzania. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2001; 28(5): 458-62.
- M. Bozon. « L'apport des méthodes qualitatives en démographie ». In G. Caselli, J Vallin *et* G Wunsch. *Démographie : analyse et synthèse*. Vol VIII. pp.439-464.
- M. Coulibaly, V Noba *et* JL Rey "Quelques réflexions sur la mise en place d'un programme opérationnel de réduction de la transmission mère-enfant du VIH (PTME) à Abidjan (Côte d'Ivoire). » In Desgrées du Loû A *et* Ferry B. *Sexualité et procréation confrontées au sida dans les pays du Sud*. Les collections du CEPED, 2006, pp.213-215.
- Msellati P., Vidal L. *et* Moatti JP (eds), 2001, *L'accès aux traitements du VIH/sida en Côte d'Ivoire. Evaluation de l'initiative ONUSIDA/Ministère ivoirien de la Santé Publique. Aspects économiques, sociaux et comportementaux*. ANRS, collection Sciences sociales et Sida, Paris, 327 p.
- Recensement Général de la Population *et* de l'Habitation de 1998, RGPH-1998, 2002, République de Côte d'Ivoire, Institut National de la Statistique.

Sakarovitch C, Msellati P, Bequet L *et al.* 2003, “ HIV prevalence and incidence among pregnant women in Abidjan, 1995-2002 ”. XIIIème conférence Internationale sur le Sida en Afrique, Nairobi 21-26 septembre 2003, Résumé TuePs397727

Tijou Traoré A. Pourquoi et comment en parler ? Dialogue conjugal autour de l’annonce de la séropositivité à son conjoint au sein de couples sérodifférents à Abidjan, Côte d’Ivoire. *Sci Soc et santé* 2006; **24**:43-67.