

Utilisation Régulière du Préservatif par les Couples Sérodiscordants au Bénin

Djossu Sègnon Eurydice Elvire

Unité de santé publique, Faculté des Sciences de la santé,
Université d'Abomey-Calavi, Cotonou

Georgia Damien Barikissou

Centre de Formation et de Recherche en matière de Population,
Université d'Abomey-Calavi, Cotonou

Tokpanoude Coovi Nonwanou Ignace

Agossoukpe S. Benoît

Ponou Amalia

Unité de santé publique, Faculté des Sciences de la santé,
Université d'Abomey-Calavi, Cotonou

Dankoro Pierre Tairou

Laboratoire de Recherches Socio-Anthropologiques sur les Systèmes
Organisés et les Mobilités (LASMO)

Etchiha Koudénoukpo Fulgence Pédis

Institute of Tropical Medicine Antwerp Alumni, Antwerp, Belgium

Agbokpela Blaise Gildas

Unité de santé publique, Faculté des Sciences de la santé,
Université d'Abomey-Calavi, Cotonou.

Service de Santé Publique et Riposte, Direction Départementale de la Santé
du Couffo, Aplahoué, Bénin

Gnonlonfoun Raphael

Institute of Tropical Medicine Antwerp Alumni, Antwerp, Belgium

Ahanhanzo-Glele Rhonel

Centre d'Information, de Prospective, d'Ecoute et de Conseil sur les
IST/VIH/Sida-Borgou/Alibori

Agumon Badirou

Unité de santé publique, Faculté des Sciences de la santé,
Université d'Abomey-Calavi, Cotonou

[Doi: 10.19044/esipreprint.3.2024.p346](https://doi.org/10.19044/esipreprint.3.2024.p346)

Approved: 13 March 2024

Posted: 16 March 2024

Copyright 2024 Author(s)

Under Creative Commons CC-BY 4.0

OPEN ACCESS

Cite As:

Djossu S.E.E., Georgia D.B., Tokpanoude C.N.I., Agossoukpe S.B., Ponou A., Dankoro P.T., Etchiha K.F.P., Agbokpela B.G., Gnonlonfoun R., Ahanhanzo - Glele R. & Aguemon B. (2024). *Propuesta de una Metodología de Desarrollo Proyectual en el Ámbito de la Responsabilidad Social para la Enseñanza en Arquitectura*. ESI Preprints.
<https://doi.org/10.19044/esipreprint.3.2024.p346>

Resume

Introduction : L'utilisation du préservatif au sein des couples sérodiscordants au Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH) est une stratégie de prévention efficace et largement recommandée, en complément aux autres méthodes de prévention. Pourtant, les réalités socio culturelles africaines réduisent l'utilisation du préservatif aux relations extraconjugales ou occasionnelles. L'objectif de cette étude était d'une part de déterminer la prévalence et les facteurs associés à l'utilisation régulière du préservatif masculin au sein des couples sérodiscordants de la ville de Parakou et d'autre part de décrire les raisons qui motivent l'adoption ou non de ce comportement. **Cadre et méthodes d'étude :** Cette étude s'est déroulée sur les sites de prise en charge (PEC) de la ville de Parakou, au nord-est du Bénin. Il s'est agi d'une étude transversale multicentrique mixte, quantitative et qualitative. Sur la base d'un échantillonnage non probabiliste par commodité, les participants ont été recrutés sur la période de 7 mois, allant d'août 2022 à février 2023. Les sujets séropositifs au VIH reçus sur les sites de suivi et dispensation d'antiretroviraux (ARV) pendant la période d'étude, âgés de 18 ans et plus, engagés dans une relation sérodiscordante à long terme et consentants ont été retenus. Pour le volet quantitatif de l'étude, un échantillonnage non probabiliste par commodité a permis de recueillir des données sociodémographiques, économiques, comportementales de même que les antécédents à partir d'un questionnaire. Quant au volet qualitatif, il s'est agi de recueillir les perceptions et motivations des enquêtés, dans le but descriptif, afin d'explicitier les données recueillies par l'enquête quantitative. **Résultats :** Au total, 299 participants ont été enquêtés dans le cadre de l'enquête quantitative parmi lesquels 18 ont été entretenus pour le volet qualitatif. L'utilisation régulière du préservatif concernait moins de 5% des enquêtés (4,68%). Dans cette population d'utilisateurs réguliers du préservatif, les jeunes (71,43% avaient entre 30 et 49 ans) et les femmes (85,71%) étaient les plus représentés. La plupart d'entre eux (71,43%) avaient un niveau d'instruction secondaire et plus et résidaient en milieu urbain (78,57%), avec un revenu inférieur à 50.000 francs CFA (64,28%), étaient mariés (85,71%) sous un régime polygame dans 57,14% des cas. Près de 29% des sujets utilisant systématiquement le préservatif dans leur couple étaient testés positifs pour l'hépatite B et 21,43% démontraient une mauvaise observance du traitement antiretroviral (TAR). L'évaluation de leurs

connaissances a révélé que 92,86% d'entre eux connaissaient le préservatif comme moyen de prévention de la transmission du VIH mais seulement 7,14% connaissaient le rôle préventif de la thérapie anti retrovirale (TAR) et aucun celui de la prophylaxie pré-exposition (PrEP). Les facteurs associés à l'utilisation régulière du préservatif étaient : l'attitude des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) face à la maladie ($p = 0,039$) et le stade clinique de l'infection ($p = 0,007$). Les perceptions des enquêtés sur l'utilisation du préservatif au sein du couple se rapportaient aux relations occasionnelles ou débutantes. Les facteurs facilitant l'utilisation régulière du préservatif étaient : une utilisation du préservatif antérieure au dépistage positif, les recommandations insistantes des agents de santé, la gratuité des préservatifs, la communication saine sur le VIH dans le couple, et les menaces des conjoints. Les barrières retrouvées étaient : l'absence de partage du statut sérologique avec le conjoint, la mauvaise perception de l'usage du préservatif dans un couple stable, le déni de la maladie ou la banalisation du risque de transmission et le besoin de prouver à l'autre son amour et sa confiance. Conclusion : L'utilisation régulière du préservatif au sein des couples stables sérodiscordants est trop faible pour que cette stratégie puisse réduire efficacement à elle seule le risque de transmission sexuelle de l'infection au partenaire séronégatif. Les raisons du rejet du préservatif sont essentiellement d'ordre social et conjugal tandis que certains facteurs cliniques améliorent les chances d'adopter ce comportement. Le rôle du système de santé est déterminant pour l'accompagnement de ces couples. Des actions de sensibilisation doivent être menées à l'endroit de la population générale afin d'améliorer en amont de l'infection la perception de l'utilisation du préservatif au sein du couple.

Mots-clés: Préservatif ; utilisation régulière ; couple sérodiscordant ; VIH ; Bénin

Regular Condom Use by Serodiscordant Couples in Benin

Djossu Sègnon Eurydice Elvire

Unité de santé publique, Faculté des Sciences de la santé,
Université d'Abomey-Calavi, Cotonou

Georgia Damien Barikissou

Centre de Formation et de Recherche en matière de Population,
Université d'Abomey-Calavi, Cotonou

Tokpanoude Coovi Nonwanou Ignace

Agossoukpe S. Benoît

Ponou Amalia

Unité de santé publique, Faculté des Sciences de la santé,
Université d'Abomey-Calavi, Cotonou

Dankoro Pierre Tairou

Laboratoire de Recherches Socio-Anthropologiques sur les Systèmes
Organisés et les Mobilités (LASMO)

Etchiha Koudénoukpo Fulgence Pédis

Institute of Tropical Medicine Antwerp Alumni, Antwerp, Belgium

Agbokpela Blaise Gildas

Unité de santé publique, Faculté des Sciences de la santé,
Université d'Abomey-Calavi, Cotonou.

Service de Santé Publique et Riposte, Direction Départementale de la Santé
du Couffo, Aplahoué, Bénin

Gnonlonfoun Raphael

Institute of Tropical Medicine Antwerp Alumni, Antwerp, Belgium

Ahanhanzo-Glele Rhonel

Centre d'Information, de Prospective, d'Ecoute et de Conseil sur les
IST/VIH/Sida-Borgou/Alibori

Aguemon Badirou

Unité de santé publique, Faculté des Sciences de la santé,
Université d'Abomey-Calavi, Cotonou

Abstract

Introduction : Condom use in HIV-serodiscordant couples is an effective and widely recommended prevention strategy, complementing other prevention methods. However, African socio-cultural realities restrict condom use to extramarital or casual relationships. The aim of this study was to determine the prevalence and factors associated with regular condom use among serodiscordant couples in the city of Parakou, and to describe the reasons for adopting or not adopting this behavior. Study setting and

methods : This study was carried out at care sites in the city of Parakou, in northeastern Benin. It was a mixed quantitative and qualitative multicenter cross-sectional study. Based on non-probability sampling for convenience, participants were recruited over the 7-month period from August 2022 to February 2023. HIV-positive patients received at antiretroviral (ARV) monitoring and dispensing sites during the study period, aged 18 and over, engaged in a long-term serodiscordant relationship and consenting were selected. For the quantitative part of the study, non-probability sampling was used to collect socio-demographic, economic and behavioral data, as well as antecedents, using a questionnaire. As for the qualitative component, the aim was to collect the perceptions and motivations of the respondents, for descriptive purposes, in order to clarify the data collected by the quantitative survey. Results : A total of 299 participants were interviewed for the quantitative survey, 18 of whom were interviewed for the qualitative component. Regular condom use concerned less than 5% of respondents (4.68%). In this population of regular condom users, young people (71.43% aged between 30 and 49) and women (85.71%) were the most represented. Most of them (71.43%) had a secondary education or higher, lived in urban areas (78.57%), had an income of less than 50,000 CFA francs (64.28%), were married (85.71%) and were polygamous in 57.14% of cases. Nearly 29% of subjects who systematically used condoms in their relationship tested positive for hepatitis B, and 21.43% showed poor compliance with ART. An assessment of their knowledge revealed that 92.86% knew about condoms as a means of preventing HIV transmission, but only 7.14% knew about the preventive role of antiretroviral therapy (ART), and none about pre-exposure prophylaxis (PrEP). Factors associated with regular condom use were : Persons living with HIV's attitude to the disease ($p = 0.039$) and clinical stage of infection ($p = 0.007$). Respondents' perceptions of condom use within the couple were related to occasional or beginning relationships. Factors facilitating regular condom use were : habitual condom use prior to positive testing, insistent recommendations from health workers, free condoms, healthy communication about HIV within the couple, and threats from HIV-negative spouses. As for the barriers found, these were: failure to share serostatus with the partner, bad perception of condom use in a stable couple, denial of the disease or trivialization of the risk of transmission, and the need to prove love and trust to the partner. Conclusion : Regular condom use in stable serodiscordant couples is too low for this strategy alone to be effective in reducing the risk of sexual transmission of infection to the HIV-negative partner. The reasons for condom rejection are essentially social and marital, while certain clinical factors improve the chances of adopting this behavior. The role of the healthcare system is decisive in supporting these

couples. Public awareness campaigns are needed to improve the general perception of condom use within couples.

Keywords: Condom; regular use; serodiscordant couple; HIV; Benin

Introduction

En Afrique sub-saharienne, on considère que dans les pays à faible prévalence de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), environ 3 partenariats touchés sur 4 sont discordants ; tandis qu'un partenariat sur deux est concerné dans les pays à forte prévalence d'infection par le VIH (Chemaitelly et al., 2012). L'utilisation correcte et régulière du préservatif au sein de ces couples reste une des stratégies les plus largement recommandées pour limiter la transmission sexuelle du virus, surtout en début de traitement. Le risque de transmission du VIH est considérablement plus faible chez les couples qui utilisent toujours des préservatifs par rapport aux couples qui n'en utilisent jamais (Giannou et al., 2016). Une analyse de modélisation mondiale récente estime que les préservatifs ont permis d'éviter environ 50 millions de nouvelles infections à VIH depuis le début de l'épidémie de VIH (*UNFPA, OMS et ONUSIDA*, s. d.). Une utilisation régulière de préservatifs pour chaque acte de pénétration vaginale permet une réduction de 80 % de l'incidence du VIH (Weller & Davis, 2002). Par conséquent, l'usage du préservatif est fortement recommandé au sein des couples sérodiscordants, en complément aux autres méthodes de prévention du VIH, notamment le traitement antirétroviral (TAR) et la prophylaxie pré-exposition (PPrE ou PrEP en anglais) (*UNFPA, OMS et ONUSIDA*, s. d.). Pour accompagner cette recommandation, les PVVIH reçoivent des dotations mensuelles de préservatifs. Mais dans la réalité des faits, le statut discordant de ces couples implique une négociation des rapports sexuels et les stratégies de prévention les plus utilisées comprennent : l'utilisation du préservatif, l'abstinence et la séparation des lits, les accords contractuels pour les partenaires sexuels extérieurs et la cessation des relations (R. E. Bunnell et al., 2005; Sawadogo & Djakpa, 2022). Pour François Delor (François Delor, 1999), le risque subjectif lié à l'usage du préservatif est de perdre l'essence de la relation amoureuse. La dimension métaphorique de la réception du sperme ou du contact intime sont susceptibles de définir l'autre comme idéal, tandis que le préservatif rappelle que le partenaire est « anormal » ou a perdu son caractère « exceptionnel » ou « idéal ». Dans le contexte africain, l'utilisation du préservatif est associée aux relations extraconjugales ou occasionnelles (Desgrées du Loû, 2014). Rispel et al (Rispel et al., 2011) , dans une étude qualitative menée en Tanzanie et en Afrique du Sud, rapportaient que l'utilisation du préservatif était source de tension au sein des couples, notamment du fait de la perte de spontanéité, de la diminution de la

libido, de la moindre fréquence des rapports sexuels, du conflit entre le désir d'enfant et le souci de protéger son partenaire, de la peur d'infecter le partenaire malgré tout. Tout ceci explique que des taux assez bas d'utilisation du préservatif au dernier rapport sexuel de 10% à 13% rapportés respectivement par Anand (Anand et al., 2009) et Bunnell (R. Bunnell et al., 2008) en Afrique australe. Au Bénin, les données récentes font état d'un taux d'utilisation du préservatif de 36% chez les jeunes de 15 à 24 ans (La Banque Mondiale, s. d.). Cependant, peu de données sont disponibles quant aux personnes infectées par le VIH entretenant des relations discordantes à long terme, malgré qu'il s'agisse d'une cible prioritaire pour les programmes de riposte. L'objectif de cette étude était de déterminer la prévalence et les facteurs associés de l'utilisation régulière du préservatif et d'en décrire les motivations au sein des couples sérodiscordants dans la ville de Parakou, au nord-est du Bénin.

1. Cadre et méthode d'étude

Cette étude s'est déroulée sur les sites agréés pour la prise en charge et la prévention du VIH/SIDA de la ville de Parakou, au nord-est du Bénin. Il s'agissait d'une étude transversale mixte. Le volet quantitatif a consisté en l'administration directe, au cours d'une entrevue face-à-face, d'un questionnaire structuré permettant de recueillir les données socio-démographiques, les antécédents, les habitudes sexuelles, les connaissances sur les moyens de prévention et de transmission du virus et l'état des patients. Quant au volet qualitatif, il a permis d'explorer, par le biais d'un guide d'entretien, les perceptions des enquêtés sur l'utilisation du préservatif au sein du couple et les raisons motivant les comportements qui y sont liés. Ce volet qualitatif, purement descriptif, avait pour objectif d'explicitier les données quantitatives recueillies.

Sur la base d'un échantillonnage non probabiliste par commodité, les participants à l'enquête quantitative ont été recrutés sur la période de 7 mois, allant d'août 2022 à février 2023. La taille minimale de l'échantillon, calculée à partir de la formule de SCHWARTZ (en considérant la prévalence de 13% rapportée par Bunnell) était de 174 participants. Les sujets répondant aux critères d'inclusion suivants ont été retenus : personne vivant avec le VIH (PVVIH) d'âge supérieur ou égal à 18 ans ; reçue pour son contrôle clinique et/ou l'approvisionnement en ARV sur un des sites de la ville de Parakou pendant la période d'étude et ayant donné son consentement. Le niveau de confiance était fixé à 95 %, le taux de non-réponse à 10 %, la précision ou marge d'erreur a été fixée à 5 %.

Les données qualitatives ont été recueillies auprès de participants sélectionnés au hasard, parmi les précédents, selon des profils variés et sur des sites différents, permettant d'obtenir une plus grande richesse des

éléments de réponse. Le guide d'entretien leur a donc été appliqué, à la suite du questionnaire quantitatif. La taille de l'échantillon a été déterminée par le principe de saturation. Deux catégories de cibles ont ainsi été enquêtées : les participants qui utilisaient le préservatif de manière régulière et ceux qui ne l'utilisaient pas.

L'analyse statistique a été réalisée à l'aide du logiciel R 4.3.2. Les données recueillies ont bénéficié d'un tri à plat et de calculs de mesures d'associations. Les variables ont été comparées à l'aide des tests Chi-2 de Pearson (pour les effectifs théoriques > 5) ou de Fisher (pour les effectifs théoriques ≤ 5). Les variables présentant un lien statistique inférieur à 20% ont été introduites dans un modèle de régression logistique afin d'identifier les facteurs associés à l'utilisation régulière du préservatif au sein des couples.

Toutes les données recueillies étaient déclaratives, à l'exception des données cliniques et biologiques qui ont bénéficié d'une confrontation aux données inscrites dans les dossiers médicaux individuels des participants.

Définition opérationnelle des variables

Dans le cadre de la prévention de la transmission hétérosexuelle du VIH, l'utilisation régulière du préservatif est définie par l'usage d'un préservatif masculin ou féminin pour chaque acte de pénétration sexuelle avec son conjoint au cours des six derniers mois. Dans le cas de la présente étude, seule l'utilisation du préservatif masculin a été explorée, sans préjuger de sa bonne utilisation.

Les ethnies autochtones étaient celles historiquement présentes dans le département du Borgou en général et la ville de Parakou en particulier. Il s'agissait des groupes ethniques : bariba, peulh, nagot et dendi. Les ethnies non autochtones sont celles qui ne sont historiquement pas de lien avec le département du Borgou ou la ville de Parakou telles que : fon, adja, otamari, yoa-lokpa, biairi et les ethnies de pays étrangers.

Le statut matrimonial « marié » correspondait à l'existence d'un engagement de type formel entre les partenaires. Il peut s'agir d'une union de type traditionnel, civil ou religieux. Ainsi, sont considérés « non mariés » les enquêtés en couple sans formalisation, en concubinage, en séparation ou veufs.

La polygamie se décrit ici comme le fait pour un sujet de sexe masculin d'entretenir plusieurs relations stables de longue durée simultanément, avec ou sans formalisation pour l'une des partenaires et avec ou sans enfant. Les femmes dans des relations polygames sont celles dont le conjoint répond à cette définition. Il s'agit d'une polygamie de fait puisqu'elle n'est pas autorisée par les textes en vigueur en République du Bénin.

2. Resultats

Au total, sur la période d'étude, 299 participants hétérosexuels vivant en couple sérodiscordant ont consenti à participer à l'étude. Parmi eux, 18 ont été enquêtés sur les perceptions et les pratiques en relation avec l'utilisation régulière du préservatif au sein de leur couple. Il s'agissait de 7 femmes et 11 hommes, 5 qui utilisaient le préservatif de manière régulière dans leur couple et 13 qui ne l'utilisaient pas du tout ou parfois.

2.1 Prévalences

Au moment de l'étude, 97,66% des participants étaient sexuellement actifs. L'utilisation globale du préservatif concernait 132 couples, soit 44,15% de l'échantillon. La plupart des enquêtés en faisaient un usage rare (12,71%) ou fréquent (26,76%). L'utilisation régulière du préservatif pour chaque acte de pénétration vaginale n'avait concerné que 4,68% des sujets enquêtés. Seulement 75 enquêtés (25,08%) ont déclaré avoir utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel.

2.2 Caractéristiques descriptives de la population d'étude et des utilisateurs réguliers du préservatif

2.2.1 Caractéristiques socio-démographiques

La plupart des utilisateurs réguliers du préservatif étaient dans la tranche d'âge de 30 à 49 ans (71,43%) et de sexe féminin (85,71%), suivant la répartition de la population d'étude. Si les niveaux d'instruction secondaire puis primaire étaient les plus représentés tant chez les enquêtés que chez les conjoints au sein de la population d'étude, les utilisateurs réguliers du préservatif avaient tous au minimum le niveau primaire. La grande majorité des enquêtés comme des utilisateurs réguliers du préservatif résidaient en milieu urbain et avaient un revenu inférieur à 50.000 francs CFA.

Les enquêtés utilisant systématiquement le préservatif étaient mariés dans 85,71% des cas, sous un régime polygame dans 57,14% des cas.

Tableau I. Caractéristiques socio démographiques des enquêtés et des utilisateurs réguliers du préservatif - Parakou, 2023

	Effectif (%)	
	Population d'étude N = 299	Utilisateurs réguliers du préservatif n = 14
Tranches d'âge (années)		
[18 - 29]	70 (23,41)	3 (21,43)
[30 – 49]	194 (64,88)	10 (71,43)
[50 – 76]	35 (11,71)	1 (7,14)
Sexe		
Masculin	59 (19,73)	2 (14,29)
Féminin	240 (80,27)	12 (85,71)
Ethnie		
Autochtone	177 (59,20)	7 (50,00)
Non autochtone	122 (40,80)	7 (50,00)
Religion		
Endogène	7 (2,34)	-
Christianisme	145 (48,49)	8 (57,14)
Islamisme	147 (49,16)	6 (42,86)
Niveau d'instruction de l'enquêté(e)		
Aucun	79 (26,42)	-
Primaire	92 (30,77)	4 (28,58)
Secondaire	100 (33,45)	5 (35,71)
Supérieur	28 (9,36)	5 (35,71)
Niveau d'instruction du conjoint		
Aucun	68 (22,74)	1 (7,14)
Primaire	79 (26,42)	2 (14,29)
Secondaire	104 (34,78)	5 (35,71)
Supérieur	48 (16,06)	6 (42,86)
Milieu de résidence		
Urbain	267 (89,30)	11 (78,57)
Rural	32 (10,70)	3 (21,43)
Niveau de revenu (FCFA)		
[0 – 50.000[	229 (76,59)	9 (64,28)
[50.000 – 100.000[	48 (16,05)	3 (21,43)
[100.000 – 340.000]	22 (7,36)	2 (14,29)
Situation matrimoniale		
Non marié	69 (23,08)	2 (14,29)
Marié	230 (76,92)	12 (85,71)
Type de ménage		
Monogame	196 (65,55)	6 (42,86)
Polygame	103 (34,45)	8 (57,14)

2.2.2 Antécédents médicaux et caractéristiques cliniques

Une plus grande proportion des utilisateurs réguliers du préservatif étaient testés positifs pour l'hépatite virale B (28,57%) contre 8,36% dans la population d'étude. L'antécédant d'IST a été signalé par 12,71% de la

population d'étude et 7,14% des utilisateurs réguliers du préservatif. La plupart des enquêtés dans les deux groupes étaient infectés depuis 1 à 5 ans et étaient en couple depuis au moins de 5 ans.

Les couples dans lesquels le partage du statut sérologique avait été fait utilisaient systématiquement le préservatif dans une plus grande proportion que ceux qui vivaient dans le silence de leur statut vis-à-vis de leur conjoint. L'acceptation du statut sérologique était prédominante dans les deux groupes (supérieure à 71%) ; la charge virale indétectable aussi (plus de 83%).

Cependant, une plus grande proportion d'utilisateurs de préservatif en étaient au stade 3 ou 4 de la maladie (28,57% contre 7,69% dans la population d'étude) et présentait une mauvaise observance du TAR (21,43% contre 14,05% dans la population d'étude).

Tableau II. Répartition des enquêtés selon leurs antécédents - Parakou, 2023

	Effectif (%)	
	Population d'étude N = 299	Utilisateurs réguliers du préservatif n = 14
Hépatite virale B		
Testé négatif	234 (78,26)	10 (71,43)
Testé positif	25 (8,36)	4 (28,57)
Non testé	40 (13,38)	-
Infection sexuellement transmissible		
Non	261 (87,29)	13 (92,86)
Oui	38 (12,71)	1 (7,14)
Durée de l'infection (mois)		
[6 – 12[	38 (12,71)	3 (21,43)
[12 – 60[	136 (45,48)	6 (42,86)
[60 – 120[	70 (23,41)	1 (7,14)
[120 – 264]	55 (18,39)	4 (28,57)
Durée de la relation de couple (mois)		
[7 – 60[	86 (28,76)	5 (35,71)
[60 – 120[	80 (26,76)	4 (28,57)
[120 – 240[	88 (29,43)	3 (21,43)
[240 – 520]	45 (15,05)	2 (14,29)
Partage du statut sérologique avec le conjoint		
Non	156 (52,17)	5 (35,71)
Oui	143 (47,83)	9 (64,29)
Attitude face à la maladie		
Acceptation	254 (84,94)	10 (71,42)
Déni/Banalisation	21 (7,02)	2 (14,29)
Dramatisation	10 (3,34)	2 (14,29)
Etat clinique		
Bon	281 (93,98)	13 (92,86)
Mauvais	18 (6,02)	1 (7,14)
Stade clinique du patient (OMS)		

Stade 1	239 (79,93)	9 (64,28)
Stade 2	37 (12,37)	1 (7,14)
Stade 3&4	23 (7,69)	4 (28,57)
Charge virale		
DéTECTABLE	48 (16,05)	2 (14,29)
IndéTECTABLE	251 (83,95)	12 (85,71)
Observance du traitement		
Bonne	257 (85,95)	11 (78,57)
Mauvaise	42 (14,05)	3 (21,43)

2.2.3 Etat des connaissances et comportements

L'évaluation de l'état des connaissances des enquêtés sur l'infection à VIH a révélé que la plupart d'entre eux dans les deux groupes dans des proportions similaires avaient connaissance que le préservatif était un moyen de prévention de la transmission de l'infection. Mais très peu avaient connaissance du rôle préventif du traitement anti-retroviral (moins de 7,14%) et peu voire aucun connaissait l'existence de la prophylaxie pré-exposition (moins de 2%).

La violence sur son partenaire intime, qu'elle soit d'ordre physique, psychologique ou sexuelle a été signalée dans une plus grande proportion dans le groupe des utilisateurs réguliers du préservatif.

Tableau III. Description de l'état des connaissances et des comportements enquêtés - Parakou, 2023

	Effectif (%)	
	Population d'étude N = 299	Utilisateurs réguliers du préservatif n = 14
Connaissance du préservatif comme moyen de prévention		
Non	22 (7,36)	1 (7,14)
Oui	277 (92,64)	13 (92,86)
Connaissance de la TAR comme moyen de prévention		
Non	281 (93,98)	13 (92,86)
Oui	18 (6,02)	1 (7,14)
Connaissance de la PrEP comme moyen de prévention		
Non	293 (97,99)	14 (100,0)
Oui	6 (2,01)	-
Usage problématique d'alcool		
Non	247 (82,61)	11 (78,57)
Oui	52 (17,39)	3 (21,43)
Usage problématique de tabac		
Non	290 (96,99)	13 (92,86)
Oui	9 (3,01)	1 (7,14)
Violence conjugale physique		
Non	284 (94,98)	13 (92,86)
Oui	15 (5,02)	1 (7,14)

Violence conjugale psychologique		
Non	256 (85,62)	11 (78,57)
Oui	43 (14,38)	3 (21,43)
Violence conjugale sexuelle		
Non	287 (95,99)	12 (85,71)
Oui	12 (4,01)	2 (14,29)

2.2.4 Caractéristiques liées à la sexualité des couples

Les rapports sexuels de type vaginal étaient pratiqués par tous les sujets (100% des cas). Cependant, une plus grande proportion d'utilisateurs de préservatif pratiquait en plus le sexe anal (14,29%) et oral (7,14%) en comparaison à la population d'étude (respectivement 0,67 et 14,29%). Les utilisateurs du préservatif étaient plus souvent que les autres satisfaits de leur relation de couple (92,86% contre 80,27%) mais ressentaient une satisfaction sexuelle dans une moindre proportion (78,57% contre 82,95%). La fréquence des rapports sexuels était ainsi en augmentation dans leur couple dans une plus grande proportion (14,29% contre 2,68%). L'existence de partenaires sexuels multiples était uniformément répartie dans les deux groupes mais les utilisateurs réguliers du préservatif entretenaient des relations sexuelles avec des partenaires occasionnels dans une moindre proportion que dans la population d'étude. Aussi, Les utilisateurs réguliers du préservatif ressentaient le désir d'enfants dans une moindre proportion que dans la population d'étude (57,14%).

Tableau IV. Caractéristiques liées à la sexualité - Parakou, 2022

	Effectif (%)	
	Population d'étude N = 299	Utilisateurs réguliers du préservatif n = 14
Type de rapport sexuel pratiqué		
Vaginal seul	291 (97,32)	11 (78,57)
Vaginal + Oral	6 (2,01)	1 (7,14)
Vaginal + Anal	2 (0,67)	2 (14,29)
Satisfaction de la relation de couple		
Non	59 (19,73)	1 (7,14)
Oui	240 (80,27)	13 (92,86)
Satisfaction sexuelle dans le couple		
Non	51 (17,05)	3 (21,43)
Oui	248 (82,95)	11 (78,57)
Fréquence des rapports sexuels au sein du couple		
Habituelle	215 (71,91)	9 (64,28)
En baisse	69 (23,08)	3 (21,43)
En augmentation	8 (2,68)	2 (14,29)
Arrêt des rapports sexuels	7 (2,34)	-
Baisse de la libido au sein du couple		
Non	176 (58,86)	10 (71,43)
Oui	123 (41,14)	4 (28,57)

Partenariats sexuels multiples		
Non	235 (78,60)	11 (78,57)
Oui	64 (21,40)	3 (21,43)
Partenariats sexuels occasionnels		
Non	137 (45,82)	8 (57,14)
Oui	162 (54,18)	6 (42,86)
Désir d'enfants		
Non	99 (33,11)	6 (42,86)
Oui	200 (66,89)	8 (57,14)
Difficultés de procréation		
Non	247 (82,61)	11 (78,57)
Oui	52 (17,39)	3 (21,43)

2.3 Facteurs associés à l'utilisation régulière du préservatif au sein des couples sérodiscordants de la ville de Parakou en 2023

Les facteurs associés à l'utilisation régulière du préservatif au sein des couples sérodiscordants de la ville de Parakou en 2023 étaient : l'attitude des PVVIH face à la maladie ($p = 0,039$) et le stade clinique de l'infection ($p = 0,007$) (cf tableau V).

Tableau V. Prédicteurs potentiels de l'utilisation régulière du préservatif au sein des couples sérodiscordants - Parakou, 2023

	Analyse univariée		Analyse multivariée	
	ORb (IC95%)	p	ORa (IC95%)	p
Attitude face à la maladie		0,111		0,039
Acceptation	1		1	
Déni/banalisation	2,42 (0,50 – 11,77)	0,274	2,33 (0,42 – 12,86)	0,331
Dramatisation	5,10 (0,98 – 26,30)	0,053	7,00 (1,26 – 38,89)	0,026
Stade clinique (OMS)		0,025		0,007
Stade 1	1		1	
Stade 2	0,71 (0,09 – 5,77)	0,749	0,63 (0,07 – 5,58)	0,680
Stades 3&4	5,38 (1,51 – 19,11)	0,009	8,00 (2,08 – 30,84)	0,003

2.4 Perceptions des enquêtés sur l'utilisation du préservatif

Les préservatifs masculins étaient connus de tous les participants entretenus sur le sujet. Les perceptions des enquêtés sur l'utilisation du préservatif étaient diverses mais dans la plupart des cas, utilisation de préservatif au sein du couple était mal perçue (69,56%) et associée aux relations occasionnelles ou débutantes. Pour d'autres, le préservatif constituait « un tue-l'amour » qui n'avait pas sa place au sein d'une famille en construction. Pour ceux qui l'utilisaient de manière occasionnelle, il s'agissait le plus souvent d'un moyen de contraception (27,27%) ou après une sensibilisation au cours d'un rendez-vous de contrôle. Au total, 12,12% des enquêtés qui utilisaient le préservatif évoquaient la charge virale indétectable.

Monsieur D., 42 ans, artisan, dépisté après une longue maladie il y a 6 ans : « Avant, quand j'avais une copine, au début on utilise le préservatif. Mais si ça veut devenir sérieux, je lui demande d'aller faire ses tests de VIH et hépatite et si c'est négatif, on laisse tomber le préservatif. Bon, c'est comme ça que je gérais. Je ne sais pas comment la maladie-là est arrivée chez moi »

Madame In, 33 ans, revendeuse, musulmane, mariée il y a 8 ans, 2 enfants, ménage monogame, niveau d'instruction secondaire, dépistée au décours d'un dépistage volontaire il y a 8 ans. Conjoint : 38 ans, revendeur, musulman, niveau d'instruction secondaire

Madame Indou, dont le mari est donneur de sang et bien informé des questions liées au VIH, raconte : « Quand je lui ai dit qu'on a dit à l'hôpital d'utiliser le préservatif pour qu'il ne soit pas contaminé, il m'a dit que s'il veut utiliser ça, qu'il ira voir les putes là. Que lui, il s'en fout de préservatif. Que de bien prendre mon traitement seulement »

Monsieur Dom, 46 ans, chauffeur de poids lourds, marié, 6 enfants. Dépisté il y a 10 ans au décours d'un dépistage volontaire : « Moi, vous savez, le préservatif, je l'utilisais quand j'avais des copines. Même avec ma femme, on a utilisé ça au début de notre relation. Mais à partir du moment que j'ai décidé de me caser là, le préservatif, ce n'est plus d'actualité. Dans le couple, si c'est pour du sérieux, le préservatif n'a plus sa place. Peut-être, c'est l'erreur qu'on a fait ça, on aurait dû l'utiliser. Mais vraiment, ça aurait été difficile »

Pour d'autres, l'utilisation du préservatif au sein de leur couple sérodiscordant relevait plus de la contraception que de la prévention de la transmission des IST dont le VIH/Sida.

Madame C., 32ans, mariée depuis 8 ans, 3 enfants, dépistée en CPN il y a 4 ans, ménage polygame « On m'a donné les préservatifs à l'hôpital, mais mon mari a refusé d'utiliser. Mais quand je lui dit, je suis dans la période rouge (période ovulatoire), s'il sait qu'il ne peut pas sortir à temps (coït interrompu) c'est lui-même qui va chercher ça. Mais à part ça, il refuse ».

Parfois, l'obligation d'utiliser le préservatif a des conséquences sur la dynamique des couples. C'est ce que nous expliquait Madame Z., 31 ans, mariée depuis 5 ans, 2 enfants, dépistée il y a 4 ans en CPN. Conjoint 38 ans, musulman, polygame, niveau d'instruction universitaire

« C'est lui-même qui ramène souvent le sujet du préservatif. Il dit que ce n'est pas facile pour lui. Ce n'est pas facile, que lui fait de son mieux mais qu'il n'arrive pas. Ça le décourage. Et c'est vrai depuis tout ce temps qu'on a fait là, c'est avec préservatif qu'on gère. A cause de ça, il a pris une deuxième femme, en tout cas c'est ce qu'il m'a dit. Avec moi, c'est devenu obligation, à peine on se couche une fois dans 2 ou 3 mois ».

Une dernière catégorie de participants percevait le préservatif comme responsable des dysfonctions sexuelles installées depuis l'annonce du résultat. C'est le cas de Monsieur Al, 26 ans, dépisté au décours d'une IST il y a 2 ans : « Franchement, moi j'ai arrêté d'utiliser le préservatif là inh. Je n'aime pas ça. D'ailleurs, les seules fois où j'ai voulu tenter, ça affaiblit mon érection. Donc je suis obligé de bien prendre les produits, il paraît que c'est la seule manière pour ne pas la contaminer. C'est difficile mais c'est un prix à payer pour être toujours un homme, bon, continuer à être viril, quoi ».

2.5 Les raisons de l'utilisation régulière du préservatif

Près de 80% des participants qui ont déclaré utiliser le préservatif pour chaque acte de pénétration sexuelle avec leur partenaire stable ne l'utilisaient pas à la même fréquence avant le dépistage et le partage du statut sérologique. Deux couples l'utilisaient par moment, comme moyen de contraception et deux autres couples pour tester de nouvelles sensations et varier les plaisirs. Seul un participant a déclaré déjà utiliser régulièrement le préservatif avant de partager son statut.

Il s'agit de Mademoiselle Ir., 23 ans, dépistée lors d'un don de sang il y a 2 ans : « Bon, à l'époque, quand on s'était rencontré, il était étudiant et moi je venais d'avoir mon BAC. J'habitais encore chez mes parents donc pas question de tomber enceinte. Donc on utilisait déjà les préservatifs là... Quand je lui ai dit que j'avais telle maladie, et qu'on devait toujours utiliser le préservatif, bon ce n'était pas un problème. On était habitué... »

Pour les autres, l'utilisation constante du préservatif a été l'aboutissement de négociation, parfois sur fond de menaces.

Monsieur H., 48 ans, marié depuis 19 ans, raconte : « Bon, avant j'avais deux femmes. Donc, quand j'ai appris pour la maladie, j'ai dit à la première et elle est partie, ça n'a même pas fait 3 mois. Je ne connais même pas son résultat... Donc, je n'ai plus dit à l'autre. Je l'ai emmenée faire bilan de santé et j'ai dit au docteur de faire analyse de VIH, c'est sorti négatif. A un moment, j'avais laissé le traitement de l'hôpital là pour faire traditionnel. C'est là j'ai commencé par être malade... J'étais obligé de dire ça à ma femme. A partir de là, elle a dit sans préservatif, de ne plus venir me coucher à côté d'elle. Je croyais que c'était la blague mais elle a menacé qu'elle va partir. J'étais obligé d'accepter ».

Pour Monsieur Cr, 41 ans, marié depuis 16 ans, nous confie : « moi, ma femme, elle a trop peur inh. Rires.. Chaque fois, quand on va à l'église, elle prie pour que Dieu me guérisse. Mais bon, préservatif là maintenant, c'est devenu obligatoire. Elle a trop peur, que si elle est contaminée et qu'elle meurt, à qui elle va laisser ses enfants ? Des trucs comme ça... Moi je la comprends, donc on utilise ».

Pour les participants qui n'ont pas partagé leur statut sérologique avec leur partenaire, il fallait parfois se montrer ingénieux et même risquer sa relation. C'est le cas de Madame Ch, 38 ans, revendeuse et mariée depuis 10 ans avec 3 enfants : « moi, mon mari, je l'aime inh, je ne veux pas le contaminer... C'est quelqu'un, il ne garde pas de secret. Or, sa famille ne m'aime pas donc je ne veux pas qu'ils entendent ça. C'est pour ça que je ne lui ai rien dit... Comme c'est arrivé comme ça, j'ai trouvé un prétexte : que la vie est dure, que le monde est grave, que toutes mes copines ont attrapé syphilis ou bien gonococcie, que sans préservatif, plus de sexe inh.. Ah ! Pour le moment, ça va. Il fait avec. Chaque fois, je suis obligée de chercher quoi lui dire. Ma prière, qu'il ne commence pas par aller voir au dehors à cause de ça ».

Parmi les raisons qui motivent les participants à utiliser le préservatif, le rôle majeur du système de santé est à souligner. En effet, l'encadrement dont bénéficient les couples sérodiscordants, l'accompagnement des PVVIH pour le partage de leur statut sérologique au sein du couple et le dépistage des conjoints, les séances d'IEC personnalisées ou en focus group, dispensées à chaque contact (rendez-vous de suivi ou d'approvisionnement en ARV), la distribution gratuite des préservatifs de bonne qualité avec des lubrifiants à eau, ont un rôle incitatif non négligeable sur les cibles. C'est ce que nous confirme Madame Dam, 37 ans, mère de 3 enfants, niveau d'instruction supérieur, dépistée suite à un dépistage volontaire il y a 14 ans, mariée il y a 12 ans : « Au début, je ne savais vraiment pas comment lui parler de ça, c'était vraiment difficile. Mais avec les conseils de Maman (appellation affectueuse pour la sage-femme chargée du suivi, chaque fois elle discutait avec moi comment je vais annoncer ça à mon mari, comment l'amener à se protéger... Et chaque fois, elle me donnait les préservatifs et me disait de pardonner, d'utiliser ça pour ne pas le contaminer. Bon, tel qu'elle se gênait pour moi, je me suis sentie considérée, donc j'ai fait ce qu'elle a dit. Même quand mon mari ne veut pas, c'est moi qui lui parle, je me rappelle de ce que les mamans me disent là-bas et je lui explique les mêmes choses, et il finit par accepter. Actuellement, on a fini par s'habituer.. ».

En résumé, les facteurs facilitants retrouvés étaient : l'accessibilité des préservatifs (dotations mensuelles gratuites), l'incitation des agents de santé, la communication positive sur le VIH et l'habitude d'utiliser le préservatif avant le dépistage positif.

2.6 Les raisons de la non utilisation régulière du préservatif

Les principales raisons évoquées par les enquêtés pour justifier la non utilisation régulière du préservatif au sein de leur couple sont résumées par la figure 1 ci-après :

Raisons de non utilisation régulière

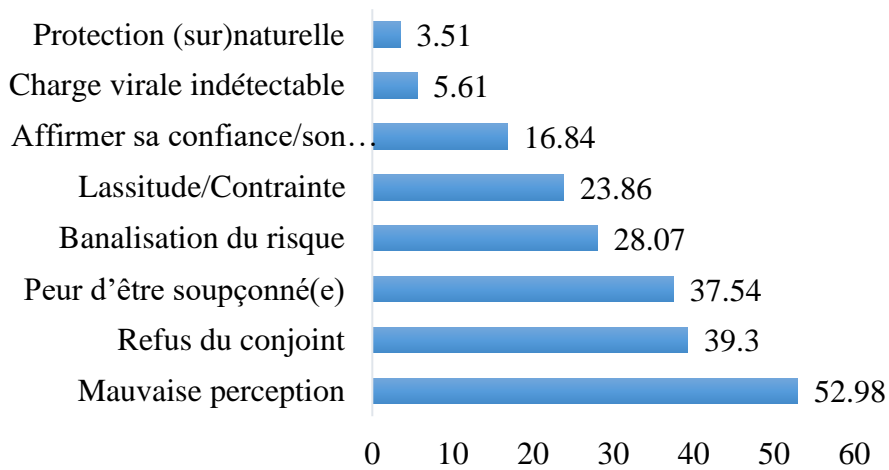


Figure 1. Raison de la non utilisation régulière du préservatif

Un frein important à l'utilisation régulière du préservatif au sein des couples sérodiscordants est le non partage du statut sérologique du sujet infecté à son conjoint séronégatif. En effet, le partage du statut sérologique est une condition importante pour la négociation du port constant du préservatif. Or, comment comprendre que son conjoint soit du jour au lendemain enclin à utiliser le préservatif à chaque rapport sexuel alors qu'on n'a pas été mis dans la confiance ? Le sujet peut ainsi être à l'origine de tensions.

Madame Am, 28 ans, aide-soignante, instruction secondaire, 3 enfants, mariée depuis 8 ans, dépistée en CPN il y a 7 ans. Conjoint : 39 ans, commerçant, musulman, polygame, 8 enfants, niveau d'instruction primaire : « Au début, je n'avais pas partagé mon statut sérologique avec mon mari. Et on faisait déjà sans préservatif depuis. Quand j'ai su que j'avais le VIH, on m'a donné les préservatifs mais je ne savais pas comment lui dire de commencer à utiliser. Il allait me soupçonner. Donc, j'ai évité les rapports pendant un moment. Comme j'étais enceinte, je lui ai dit qu'on l'appelle pour aller faire son test. Que lui-même sait que c'est une formalité. Donc il est allé faire le test et il m'a montré son résultat, c'était négatif. J'étais vraiment dépassée. Mais, je me suis dit, si depuis tout ce temps je ne l'ai pas contaminé, maintenant que j'ai commencé le traitement, ça va aller ».

Pour d'autres, le statut discordant en lui-même est à l'origine d'un déni de la maladie. Comment comprendre qu'on soit avec une personne infectée, avoir des relations non protégées depuis parfois des années et ne pas être soi-même contaminé ? Ce déni conduit à un abandon des mesures de prévention, en premier lieu de port du préservatif. Madame R., 44 ans,

femme au foyer, mariée depuis 24 ans et mère de 4 enfants, dépistée en CPN il y a 18 ans, nous confie : « la maladie là, il ne croit pas en ça. Parce que, comme j'ai fait plus de combien d'années avec lui et il va, il fait il ne voit pas. Donc malgré tout ça, il n'est pas contaminé, donc il ne croit plus... Donc, quand moi je parle, il ne croit pas ce que je dis ».

Pour un autre groupe, le conjoint séronégatif ressent le besoin de rassurer son partenaire sur ses sentiments et son engagement à poursuivre la relation malgré tout. Et ceci passe parfois par l'arrêt voire la non utilisation du préservatif.

Madame F., 38 ans, niveau d'instruction secondaire, en concubinage depuis 15 ans, 5 enfants, dépistée il y a 10 ans : « Quand on a commencé avec le préservatif, sincèrement, je ne supportais pas. Je pleurais seulement, et il était obligé d'arrêter parce qu'il croyait que c'était la douleur. Mais vraiment, la douleur était psychologique, je me voyais sale, comme si j'étais une pute... Il a utilisé ça quatre fois, avant de laisser. Il a dit que, pour me montrer qu'il a confiance en moi, il va laisser affaire de préservatif là... ».

Mademoiselle Ra., 26 ans, sans emploi, niveau d'instruction supérieur, en concubinage depuis 4 ans, dépistée il y a un an en CPN : « Un jour, on a eu des rapports et il ne s'est pas protégé. Je lui ai demandé pourquoi il a fait ça et il m'a dit que c'est pour me prouver qu'il est, comme j'ai dit que je ne lui fais pas confiance là, que c'est pour me prouver qu'il est sérieux. Que si lui-même attrape ça, il ira prendre les comprimés aussi. C'est comme ça il a laissé ».

Ainsi, que la réticence vienne du partenaire infecté ou du conjoint séronégatif, les motivations sont diverses et font passer les questions psychologiques et conjugales avant le risque de transmission. Cela explique peut-être pourquoi, au vu des risques pris, la plupart de nos enquêtés soit 86% de notre échantillon présentait une bonne observance du TAR.

Il est à noter qu'aucun des enquêtés n'a mentionné l'accessibilité aux préservatifs comme une barrière à son utilisation régulière.

3. Discussion

3.1 Une prévalence faible

Dans notre étude, la prévalence de l'utilisation régulière du préservatif était de 4,68%. Cette prévalence est très faible pour que cette stratégie de prévention ait un impact positif important sur la réduction de la transmission sexuelle du VIH au sein des couples sérodiscordants. Notre résultat est similaire à celui retrouvé par Bunnell qui rapportaient que 84% des rapports sexuels non protégés concernaient les couples.

Les études réalisées en Afrique de l'Ouest montrent cependant des taux de prévalence beaucoup plus élevés, de 33,64% au Mali (Konaté et al., 2018); 34,1% en Côte-d'Ivoire (Koné et al., 2021) et jusqu'à 40,5% au

Burkina Faso (Guira et al., 2013). Ces différences s'expliquent par les différences de cibles et de méthodologies utilisées ; ces auteurs ayant inclus les PVVIH dans leur ensemble avec pour étude l'utilisation du préservatif et non son utilisation régulière. Ces données étant essentiellement déclaratives, il peut exister des variations selon le cas (type de cibles, enquêteurs, etc...).

Si l'on considère que 94% des enquêtés enrôlés dans notre étude avaient connaissance que le préservatif permettait de prévenir la transmission sexuelle du VIH, on peut affirmer que le niveau de connaissance n'est pas en cause dans le résultat de notre étude. Les facteurs déterminant cette faible utilisation du préservatif sont beaucoup plus liés aux perceptions des enquêtés, enracinées dans l'inconscient collectif et à des choix délibérés de protéger sa relation plutôt que sa santé. En effet, les différents témoignages recueillis soulignent le besoin, pour le partenaire infecté comme pour le conjoint séronégatif, de maintenir une certaine « normalité » et ne pas risquer de mettre en péril son couple

Ces statistiques prouvent encore une fois que l'utilisation régulière du préservatif n'est pas chose courante au sein des couples, même dans le contexte de sérodiscordance. Cette stratégie est pourtant la première proposée sur nos sites de prise en charge où des préservatifs masculins sont dispensés aux PVVIH sur leur site de suivi. Face à la faible utilisation de cette stratégie, il serait opportun d'accentuer la prévention sur les autres mesures proposées et disponibles aussi bien qu'on le fait pour le préservatif. Il conviendrait également d'améliorer la qualité de l'information dispensée sur la sérodiscordance et ses moyens de prévention de la transmission sexuelle au sein des couples. En effet, près de 82% des enquêtés inclus dans notre étude se tenaient informés de l'actualité sur le VIH et 85% d'entre eux recherchaient cette information auprès des agents de santé. A contrario, seulement 6% et 2% des enquêtés déclaraient connaître respectivement la thérapie anti rétrovirale (TAR) et la prophylaxie pré-exposition comme moyens de prévention de la transmission de l'infection. Si on considère que près de 86% de notre échantillon présentait une bonne observance, on pourrait en conclure que celle-ci relève plus du respect des prescriptions et du maintien de la bonne santé apparente que de la prévention de la transmission. L'accent devrait donc être mis, encore plus qu'auparavant et au cours de chaque contact avec le système de soins, sur la nécessité 'absolue' de la bonne observance du TAR, notamment dans le contexte de relâchement du port systématique du préservatif.

3.2 La mauvaise perception de l'utilisation du préservatif au sein des couples sérodiscordants

Comme le montrent les témoignages recueillis dans notre étude, encore aujourd'hui, le préservatif n'a pas bonne presse au sein des couples,

et ce en raison de perceptions et d'idées reçues. Dans l'inconscient collectif, ou selon les expériences de chacun, le préservatif est perçu comme responsable de dysfonctions sexuelles (troubles du désir ou dysfonctionnement érectiles), moyen de contraception qui n'a pas sa place quand on veut fonder une famille, etc... De plus, l'utilisation du préservatif est associée aux relations occasionnelles et débutantes. Ainsi, dans le contexte de prévention de risque, si un sursaut de conscience survient au tout début de l'annonce, il est vite rattrapé et noyé par les convictions propres des partenaires, désireux de préserver l'harmonie dans leur couple. Le préservatif, dont l'« usage forcé » semble être dégradant, rappelle également le caractère souillé de la personne infectée à laquelle il faut opposer une « barrière » de protection. Cette mauvaise perception constitue ainsi une barrière ou un frein important à la réticence des partenaires sexuels qui finissent, bien souvent, par céder au déni ou à la banalisation du risque de transmission.

Sawadogo et Djakpa ont mis en évidence cette mauvaise perception de l'utilisation du préservatif au sein des couples discordants qui s'accompagne d'une faible utilisation avec comme corolaires la coercition et la violence physique ou sexuelle.

3.3 Les raisons de l'utilisation régulière du préservatif (facteurs associés)

D'une manière générale, l'utilisation régulière du préservatif par les couples sérodiscordants au VIH de la ville de Parakou est fortement influencée par la sévérité perçue de l'infection (attitude de dramatisation de l'infection) ou de la prégnance du risque jugé élevé de transmission au conjoint séronégatif (stades cliniques avancés, rappelant la présence de l'infection et sa gravité, faisant craindre au conjoint sa propre infection). Que cela vienne d'une décision personnelle ou conjointe éclairée ou bien sur fond de menace du partenaire séronégatif, ou encore du fait de l'instance du personnel de santé, l'utilisation régulière du préservatif reste une contrainte majeure pour l'ensemble des couples qui auraient préféré s'en passer. De ce fait, dans notre étude, les facteurs associés à l'utilisation régulière du préservatif au sein de ces couples étaient : l'attitude face à la maladie et le stade clinique de l'infection. Ainsi, les participants qui dramatisaient leur condition de personne vivant avec le VIH avaient 7 fois plus de chances de faire un usage régulier du préservatif que ceux qui avaient accepté leur infection ou étaient dans le déni. De même, le positionnement des participants aux stades 3 et 4 de l'infection, selon la classification de l'OMS, multipliait par 8 les chances d'utilisation régulière du préservatif au sein des couples sérodiscordants, par rapport à ceux qui en étaient aux stades 1 ou 2. Si dans le premier cas, on pourrait expliquer cette situation par le fait que

l'individu qui dramatise son infection n'a pas envie de faire subir à l'autre le même sort que lui et par conséquent prendrait plus de précautions que les autres. Dans le deuxième cas, les stades 3 et 4 de l'infection sont associés à des signes visibles de la présence de l'infection et un rappel constant du risque de transmission au partenaire négatif qui, de ce fait pourrait être moins conciliant, oublier ses réticences et exiger l'utilisation systématique du préservatif.

Dans une étude sur les facteurs associés à l'usage du préservatif dans le foyer conjugal chez les personnes vivant avec le VIH suivies sur un site à Abidjan en 2019, le statut matrimonial, le partage de statut ou la sérodiscordance était plus associés à l'utilisation constante du préservatif mais aucune variable n'était significativement liée à un usage régulier du préservatif (Ignace *et al.*, 2019).

Pour Persson, la gestion du risque de transmission au sein des couples sérodiscordants se fait selon plusieurs modes : le sérosilence et le séropartage. Ce dernier mode, où le VIH est au cœur de la communication du couple et les responsabilités liées à la prévention partagées, les partenaires définissent ensemble les stratégies de prévention et y adhèrent. L'utilisation régulière du préservatif est donc plus acceptable (Persson, 2008). Ceci explique que la communication saine sur le VIH ait été mentionné comme facteur facilitant l'utilisation régulière du préservatif au sein des couples.

3.4 Les raisons de la non utilisation régulière du préservatif

Dans notre étude, les principales raisons évoquées pour la non utilisation du préservatif au sein des couples sérodiscordants étaient : le non partage du statut sérologique avec le conjoint, faisant craindre un dévoilement de ce statut ; la mauvaise perception de l'utilisation du préservatif au sein du couple ; la banalisation du risque de transmission et le besoin de prouver sa confiance ou son amour. Les raisons évoquées le montrent bien : l'utilisation régulière du préservatif au sein du couple sérodiscordant satisfait plus à des contraintes d'ordre personnelles plutôt que sanitaires ou structurelles. La banalisation du risque de transmission semble provenir aussi du fait que, lorsque le conjoint est dépisté séronégatif malgré des mois voire des années de rapports sexuels plus ou moins voire non protégés, un certain déni ou un sentiment de protection naturelle ou surnaturelle s'installe. Pour Bunnell (R. E. Bunnell *et al.*, 2005), le déni du risque de VIH pour le partenaire négatif était alimenté par les idées fausses sur la discordance telles que le concept d'une infection cachée non détectable par les tests, la croyance en l'immunité, l'idée que les relations sexuelles douces protègent les partenaires séronégatifs et la croyance en la protection de Dieu. Toutes choses qui aboutissent à l'échec des négociations sur le

préservatif dans le couple. Refuser d'utiliser le préservatif reviendrait également à maintenir une certaine normalité au sein de son couple.

La plupart des auteurs ont décrit des motivations similaires à celles retrouvées dans notre étude.

Selon Konaté, les couples n'utilisaient pas le préservatif souvent parce que le conjoint n'a pas été informé, parfois parce que celui-ci refuse.

Selon Guira, pour 59,5% des participants qui ne faisaient pas usage du préservatif dans leur couple, les motifs étaient : le manque d'intimité (37,5%) et le désir de procréer (26,2%). Pourtant, la transmission sexuelle du VIH et la prévention par le préservatif étaient connues des partenaires dans 97,5% des couples. Beyeza-Kashesya et *al.* rapportaient aussi que les motifs prédominants étaient le désir de conception et le manque de pouvoir de négociation pour des rapports sexuels protégés (Beyeza-Kashesya et al., 2009).

Au Togo, les motifs du rejet du préservatif au sein des couples sérodifférents étaient les suivants : barrières psychoaffectives (baisse de spontanéité, baisse du désir sexuel ou faiblesse de l'érection liés à l'utilisation du préservatif), difficultés d'approvisionnement (coût des préservatifs si ceux distribués gratuitement ne sont pas suffisants en nombre), difficultés techniques (ruptures des préservatifs, douleur des partenaires), interdits religieux, fait de ne pas être habitué et désir d'enfant (Djakpa & Sawadogo, 2023).

Au Niger, les raisons découlaient de la nature des rapports de force à l'intérieur du couple, de la recherche de rapprochement et de maintien des sensations, l'enlèvement dans les conduites à risque par déni de la sévérité de la maladie (Diarra & Moumouni, 2008.).

A Abidjan, du Loû et *al.* avaient identifié comme motifs : la vision négative qu'avaient les couples du préservatif (infidélité, manque de confiance) et le fait qu'il leur rappelait constamment la menace de la contamination du partenaire séronégatif (Desgrées-du-Loû et al., 2009).

Selon Giovanna Meystre-Agustoni, à l'intérieur des couples stables, la recherche d'une intimité totale ou le désir de démontrer le caractère absolu de l'amour qu'on porte à son partenaire infecté peuvent expliquer l'abandon du préservatif (Giovanna Meystre-Agustoni, 1999.).

Enfin, Gokaba au Congo affirme que l'utilisation systématique du préservatif dans un couple est absurde, le couple étant un endroit idéal d'une sexualité épanouie et sécurisé (Gokaba, 2020).

Toutes ces statistiques montrent bien que les contraintes liées à l'utilisation régulière du préservatif au sein des couples sérodiscordants peuvent mettre en péril le devenir du couple, un enjeu si important qu'il se pourrait qu'il soit préférable de succomber au risque de transmission en bafouant les recommandations des agents de prise en charge. Pour François

Delor, l'absence de protection permet de maintenir une certaine normalité de la relation amoureuse pour laquelle chaque partenaire démontre ainsi son intérêt et sa valeur. Le rejet du préservatif répond ainsi à un besoin voire une obligation de montrer à l'autre son attachement et sa confiance afin d'éviter la séparation. Persson également a notifié que le risque de VIH peut être supplanté par d'autres risques et d'autres priorités, notamment le besoin de procréation (Persson, 2013). Dès lors que le préservatif est perçu comme « un ennemi » du couple, le respect des recommandations sanitaires n'est pas vraiment d'actualité.

3.5 Le rôle du système de santé

Les recommandations nationales en matière de prévention de la transmission sexuelle du VIH au sein des couples sérodiscordants prévoient envers cette cible la distribution gratuite de préservatifs masculins avec les gels lubrifiants à eau. Cette stratégie a notamment permis de régler le problème d'accessibilité aux préservatifs, comme le montre l'absence de mention de ce problème par nos enquêtés. Cependant, comme nous le montre cette étude, seuls 20% de l'échantillon utilisait régulièrement le préservatif avant le dépistage positif d'un des conjoints. Il est difficile de changer ce comportement et de commencer à utiliser le préservatif pour chaque acte de pénétration, comme le recommandent les équipes de prise en charge, si le sujet n'y était pas déjà habitué. On peut donc se dire qu'un vrai travail de sensibilisation doit se faire en amont, auprès de la population à risque, c'est-à-dire la population en âge de procréer. Cependant, les activités de Santé Sexuelle et Reproductive (SSR) visent le plus souvent les jeunes scolaires, les jeunes déscolarisés membres d'associations professionnelles, etc.. Il faut de ce fait améliorer le niveau de connaissances général de la population discordante sur ces méthodes et lutter contre les mythes et idées reçues sur l'utilisation du préservatif au sein des couples stables. L'éducation de masse sur le sujet, aujourd'hui centrée sur les jeunes et les populations clés et ciblant les rapports occasionnels, devrait se généraliser aux autres couches de la population et viser aussi les couples stables afin de réduire les mauvaises perceptions recueillies.

Le rôle du système de santé est également informatif à l'endroit des personnes vivant avec le VIH, les agents de santé ayant l'obligation de discuter avec les patients en général et les couples sérodiscordants en particulier, des différents choix de stratégies possibles. Cependant, la TAR et la PrEP ne sont connus par les enquêtés comme moyens de prévention de la transmission du VIH que dans respectivement 6% et 2% des cas voire aucun des utilisateurs du préservatif. Le rôle « curatif » de la TAR, qui permet de rester en bonne santé et de ne pas laisser paraître des signes pouvant trahir son statut, est plus souvent mis en avant, même si le rôle préventif qui en

découle et qui semble implicite n'est pas compris comme tel. De même, la PrEP, à laquelle les couples sérodiscordants sont pourtant éligibles, n'est pas encore disponible sur tous les sites de prise en charge. Ces deux alternatives mériteraient d'être propagées et doivent bénéficier de la même attention de sensibilisation que le port du préservatif. Elles devraient être systématiquement discutées avec les personnes concernées, même après des années de prise en charge et pas seulement au décours de la découverte des statuts respectifs des partenaires. Les PVVIH qui ne partagent pas leur statut sérologique avec leur conjoint afin de ne pas perturber davantage la dynamique des couples au risque d'être un facteur de séparation de ceux-ci doivent être instruites sur le respect et l'observance du TAR à titre préventif. Les agents de prise en charge doivent également encourager davantage la communication sur le VIH au sein des couples, gage d'une bonne compréhension et d'une meilleure évaluation du risque pouvant aboutir à l'adoption de comportements cohérents pour la gestion du risque de transmission sexuelle du VIH au sein de leur sérodiscordant.

Conclusion

L'utilisation régulière du préservatif est faible au sein des couples sérodiscordants de la ville de Parakou, au nord-est du Bénin. Les raisons sont essentiellement d'ordre social et conjugal tandis que certains facteurs cliniques améliorent les chances d'adopter ce comportement. Il est possible d'améliorer cette prévalence, en améliorant les perceptions des individus sur le préservatif et son utilisation au sein des couples stables et le partage du statut sérologique avec son conjoint. Ainsi, l'utilisation régulière du préservatif, pourrait s'accompagner de tensions voire entraîner une séparation et est délaissée au détriment des recommandations sanitaires. Il est opportun dès à présent de travailler à améliorer en amont de l'infection à VIH, la perception générale de la population sur l'utilisation du préservatif au sein des couples stables, préalables à l'adoption des bons comportements en matière de prévention de la transmission sexuelle de l'infection au sein de ce groupe sensible. La lutte contre la stigmatisation et la discrimination des porteurs du VIH doit se poursuivre, afin de réduire les freins au partage du statut sérologique et au dépistage. Le sujet de la sérodiscordance et de ses implications possibles doit être abordé dans les discussions liées au VIH afin d'élever le niveau de connaissance des populations sur le sujet et d'améliorer l'acceptabilité de cette condition particulière au moment où les individus y seraient confrontés. Par ailleurs, tout en reconnaissant le rôle déterminant du système de santé dans les efforts de prévention des couples, il serait opportun de mettre désormais un accent soutenu sur les mesures préventives alternatives au préservatif, notamment l'observance du TAR qui doit être

réappropriée par les bénéficiaires pour son rôle préventif aussi bien que « curatif ».

Conflits d'intérêts: Les auteurs déclarent qu'il n'y a aucun conflit d'intérêts pour cet article.

Disponibilité des données: Toutes les données sont incluses dans le contenu de l'article

Déclaration de financement : Nous n'avons obtenu aucun financement pour cette recherche.

Déclaration relative aux participants humains

Cette étude a été approuvée par l'unité de santé publique de la Faculté des Sciences de la santé de Cotonou. Des autorisations de collecte ont été obtenues des autorités sanitaires de la zone sanitaire. L'anonymat et la confidentialité des données recueillies ont été conformes aux principes éthiques applicables aux recherches médicales sur les sujets humains contenus dans la Déclaration de l'Association Médicale Mondiale d'Helsinki.

Références:

1. Anand, A., Shiraishi, R. W., Bunnell, R. E., Jacobs, K., Solehdin, N., Abdul-Quader, A. S., Marum, L. H., Muttunga, J. N., Kamoto, K., Aberle-Grasse, J. M., & Diaz, T. (2009). Knowledge of HIV status, sexual risk behaviors and contraceptive need among people living with HIV in Kenya and Malawi. *AIDS (London, England)*, 23(12), 1565-1573. <https://doi.org/10.1097/QAD.0b013e32832cb10c>
2. Beyeza-Kashesya, J., Kaharuzza, F., Mirembe, F., Neema, S., Ekstrom, A. M., & Kulane, A. S. (2009). The dilemma of safe sex and having children : Challenges facing HIV sero-discordant couples in Uganda. *African Health Sciences*, 9(1), Article 1. <https://doi.org/10.4314/ahs.v9i1.7096>
3. Bunnell, R. E., Nassozi, J., Marum, E., Mubangizi, J., Malamba, S., Dillon, B., Kalule, J., Bahizi, J., Musoke, N., & Mermin, J. H. (2005). Living with discordance : Knowledge, challenges, and prevention strategies of HIV-discordant couples in Uganda. *AIDS Care*, 17(8), 999-1012. <https://doi.org/10.1080/09540120500100718>
4. Bunnell, R., Opio, A., Musunguzi, J., Kirungi, W., Ekwaru, P., Mishra, V., Hladik, W., Kafuko, J., Madraa, E., & Mermin, J. (2008). HIV transmission risk behavior among HIV-infected adults in Uganda : Results of a nationally representative survey. *AIDS (London, England)*, 22(5), 617-624.

- <https://doi.org/10.1097/QAD.0b013e3282f56b53>
5. Chemaitelly, H., Cremin, I., Shelton, J., Hallett, T. B., & Abu-Raddad, L. J. (2012). Distinct HIV discordancy patterns by epidemic size in stable sexual partnerships in sub-Saharan Africa. *Sexually Transmitted Infections*, 88(1), 51-57.
<https://doi.org/10.1136/sextrans-2011-050114>
 6. Desgrées du Loû, A. (2014). Conjugalité en Afrique. Au-delà de la sexualité, les leçons d'une épidémie. *Études*, février(2), 21-31.
<https://doi.org/10.3917/etu.4202.0021>
 7. Desgrées-du-Loû, A., Brou, H., Traore, A. T., Djohan, G., Becquet, R., & Leroy, V. (2009). From prenatal HIV testing of the mother to prevention of sexual HIV transmission within the couple. *Social Science & Medicine*, 69(6), 892-899.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.05.045>
 8. Diarra, A., & Moumouni, A. (2008). *Le vécu quotidien des personnes vivant avec le VIH à Niamey*.
 9. Djakpa, Y., & Sawadogo, N. (2023). [HIV prevention among serodifferent couples : Postures and difficulties in Lomé (Togo)]. *Sante Publique (Vandoeuvre-Les-Nancy, France)*, 35(1), 87-97.
<https://doi.org/10.3917/spub.231.0087>
 10. François Delor, A. nationale de recherches sur le. (1999). *Vie sexuelle des personnes atteintes, sérodiscordance et risque du SIDA* (Septembre 1999). p 85-100.
 11. Giannou, F. K., Tsiara, C. G., Nikolopoulos, G. K., Talias, M., Benetou, V., Kantzanou, M., Bonovas, S., & Hatzakis, A. (2016). Condom effectiveness in reducing heterosexual HIV transmission : A systematic review and meta-analysis of studies on HIV serodiscordant couples. *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research*, 16(4), 489-499.
<https://doi.org/10.1586/14737167.2016.1102635>
 12. Giovanna Meystre-Agustoni, A. nationale de recherches sur le. (1999). *Prise de risque chez les personnes vivant avec le VIH/sida* (Septembre 1999). p 101-12. Consulté 27 juillet 2023, à l'adresse http://mediatheque.lecrips.net/docs/PDF_GED/S35219.pdf#page=83.
 13. Gokaba, J. M. (2020). *Sérologie discordante du VIH/sida et vie des couples en République du Congo : Profil sociodémographique, comportements, facteurs de survie et prise en charge* [Phdthesis, Université Bourgogne Franche-Comté]. <https://theses.hal.science/tel-03160588>
 14. Guira, O., Tiéno, H., Sawadogo, S., & Drabo, J. Y. (2013). Sexualité et risque de transmission sexuelle du virus de l'immunodéficience

- humaine chez les couples sérodiscordants à Ouagadougou (Burkina Faso). *Sexologies*, 22(3), 138-141.
<https://doi.org/10.1016/j.sexol.2013.02.005>
15. Ignace, A. A., Désiré, G. Z., Madikiny, C., Christiane, D., Adou, A. D. H., Sebastien, G. K., Evelyne, Y. C., Sylvere, Y. K., & Serge, N. K. (2019). Facteurs Associés À L'usage Du Préservatif Dans Le Foyer Conjugal Chez Les Personnes Vivant Avec Le VIH Suivies Sur Un Site À Abidjan. *European Scientific Journal, ESJ*, 15(36), Article 36.
 16. Konaté, I., Goïta, D., Dembélé, J. P., Coulibaly, B., Cissoko, Y., Soumaré, M., Fofana, A., Koné, O., Sogoba, D., Oumar, A. A., & Dao, S. (2018). Facteurs de Risque de Contamination par le VIH chez les Couples Sérodifférents Suivis dans le Service de Maladies Infectieuses et Tropicales du CHU du Point-G. *HEALTH SCIENCES AND DISEASE*, 19(4), Article 4. <https://www.hsd-fmsb.org/index.php/hsd/article/view/1172>
 17. Koné, A., Koffi, M.-O., Djêgbéton, A., Ahui, B. J. M., Brou-Godé, V. C., N'gom, A., Horo, K., Kouassi, B. A., Koffi, N. B., & Aka-Danguy, E. (2021). Vie de couple et prise en charge de l'infection à VIH au service de pneumologie du CHU de Cocody, Abidjan, Côte d'Ivoire. *Médecine Tropicale et Santé Internationale*, 1(3), MTSIBULLETIN.2021.123.
<https://doi.org/10.48327/MTSIBULLETIN.2021.123>
 18. La Banque Mondiale. (s. d.). *Utilisation du préservatif, population de 15 à 24 ans, homme*. World Bank Open Data. Consulté 23 juillet 2023, à l'adresse <https://data.worldbank.org>
 19. Persson, A. (2008). Sero-silence and sero-sharing : Managing HIV in serodiscordant heterosexual relationships. *AIDS Care*, 20(4), 503-506. <https://doi.org/10.1080/09540120701787487>
 20. Persson, A. (2013). Notes sur les concepts de « sérodiscordance » et de « risque » dans les couples ayant un statut VIH mixte. *Global Public Health*, 8(2), 209-220.
<https://doi.org/10.1080/17441692.2012.729219>
 21. Rispel, L. C., Metcalf, C. A., Moody, K., Cloete, A., & Caswell, G. (2011). Sexual relations and childbearing decisions of HIV-discordant couples: An exploratory study in South Africa and Tanzania. *Reproductive Health Matters*, 19(37), 184-193.
[https://doi.org/10.1016/S0968-8080\(11\)37552-0](https://doi.org/10.1016/S0968-8080(11)37552-0)
 22. Sawadogo, N., & Djakpa, Y. (2022). *Impact des rapports de pouvoir inégaux sur les difficultés de prévention du VIH au sein des couples sérodifférents à Lomé (Togo)*.

23. *UNFPA, OMS et ONUSIDA : Déclaration de position sur les préservatifs et la prévention du VIH, des autres infections sexuellement transmissibles et des grossesses non désirées.* (s. d.). Consulté 25 juillet 2023, à l'adresse https://www.unaids.org/fr/resources/presscentre/featurestories/2015/july/20150702_condoms_prevention
24. Weller, S., & Davis, K. (2002). Condom effectiveness in reducing heterosexual HIV transmission. *The Cochrane Database of Systematic Reviews, 1*, CD003255. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003255>