

## **Sérodiscordance au sein des couples vivant avec le VIH au Bénin : aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et psychosociaux**

***Djossou S. E. Elvire***

Unité de santé publique, Faculté des Sciences de la santé, Cotonou, Bénin

***Georgia Damien Barikissou***

Unité de santé publique, Faculté des Sciences de la santé, Cotonou, Bénin

Centre de Formation et de Recherche en matière de Population, Bénin

***Tokpanoude Coovi Nonwanou Ignace***

Unité de santé publique, Faculté des Sciences de la santé, Cotonou, Bénin

***Ahanhanzo-Glele Rhonel***

Centre d'Information, de Prospective, d'Ecoute et de Conseil sur les  
IST/VIH/Sida du Borgou et de l'Alibori, Parakou, Bénin

***Koutchoro Bayédjè Evrard***

***Sefou Fadyl Boris***

Unité de santé publique, Faculté des Sciences de la santé, Cotonou, Bénin

***Djibo Sayo Adamou***

Faculté des Sciences de la Santé,

Université Abdou Moumouni de Niamey, Niger

***Amahowe O. Franck***

Holo Global Health Research Institute, Nairobi, Kenya

Health Data Acumen, Nairobi, Kenya

***Akpovi Enagnon Hilaire***

Centre de Recherche en Reproduction Humaine et en Démographie,  
Cotonou, Bénin

***Aguemon Badirou***

Unité de santé publique, Faculté des Sciences de la santé, Cotonou, Bénin

Doi: 10.19044/esipreprint.2.2025.p350

Approved: 23 February 2025

Posted: 25 February 2025

Copyright 2025 Author(s)

Under Creative Commons CC-BY 4.0

OPEN ACCESS

*Cite As:*

Djossou S. E. E., Barikissou G.D., Tokpanoude C.N.I., Ahanhanzo-Glele R., Koutchoro B.E., Sefou F.B., Djibo S.A., Amahowe O. F., Akpovi E.H. & Agumon B. (2025). *Sérodiscordance au sein des couples vivant avec le VIH au Bénin : aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et psychosociaux*. ESI Preprints.

<https://doi.org/10.19044/esipreprint.2.2025.p350>

---

## Résumé

**Introduction :** Les couples sérodiscordants représentent une proportion significative des nouvelles infections au VIH dans le monde. Cette étude explore les aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et psychosociaux de la sérodiscordance au VIH à Parakou, Bénin, pour éclairer les stratégies de lutte contre cette pandémie. **Méthodes :** Une étude transversale descriptive a été réalisée de juillet à décembre 2022 auprès de 417 PVVIH sous traitement antirétroviral (TAR) depuis au moins six mois, ayant un conjoint au statut sérologique connu. **Résultats :** Parmi les 417 participants, 299 vivaient en couple sérodiscordant. L'âge moyen des participants était de  $37,55 \pm 10,25$  ans, avec une prédominance féminine (80,27 %). Bien que 93 % connaissaient le préservatif comme moyen de prévention, seuls 2 % étaient informés sur la PrEP. Les comportements à risque comprenaient le multipartenariat sexuel (21,40 %) et une utilisation irrégulière du préservatif (25,08 %). Les tensions conjugales touchaient 25,75 % des couples, et des impacts psychosociaux tels que la stigmatisation et l'isolement social étaient rapportés. Une bonne observance au TAR (85,95 %) a été observée, favorisant une suppression de la charge virale chez 83,95 % des participants. **Conclusion :** La sérodiscordance au VIH est un phénomène crucial à intégrer dans les stratégies nationales de lutte contre l'infection au VIH. Sa prise en compte renforcée, accompagnée d'une sensibilisation accrue à l'usage de la PrEP, pourrait jouer un rôle essentiel dans la réduction des nouvelles infections. En mettant l'accent sur la prévention combinée, le Bénin pourrait se rapprocher de son objectif « zéro nouvelle infection » d'ici 2030.

---

**Mots clés :** Sérodiscordance, VIH, couples, épidémiologie, psychosocial, Bénin

---

## **Serodiscordance in Couples Living with HIV in Benin: Epidemiological, Clinical, Therapeutic, and Psychosocial Aspects**

*Djossou S. E. Elvire*

Unité de santé publique, Faculté des Sciences de la santé, Cotonou, Bénin

*Georgia Damien Barikissou*

Unité de santé publique, Faculté des Sciences de la santé, Cotonou, Bénin

Centre de Formation et de Recherche en matière de Population, Bénin

*Tokpanoude Coovi Nonwanou Ignace*

Unité de santé publique, Faculté des Sciences de la santé, Cotonou, Bénin

*Ahanhanzo-Glele Rhonel*

Centre d'Information, de Prospective, d'Ecoute et de Conseil sur les

IST/VIH/Sida du Borgou et de l'Alibori, Parakou, Bénin

*Koutchoro Bayédjè Evrard*

*Sefou Fadyl Boris*

Unité de santé publique, Faculté des Sciences de la santé, Cotonou, Bénin

*Djibo Sayo Adamou*

Faculté des Sciences de la Santé,

Université Abdou Moumouni de Niamey, Niger

*Amahowe O. Franck*

Holo Global Health Research Institute, Nairobi, Kenya

Health Data Acumen, Nairobi, Kenya

*Akpovi Enagnon Hilaire*

Centre de Recherche en Reproduction Humaine et en Démographie,

Cotonou, Bénin

*Aguemon Badirou*

Unité de santé publique, Faculté des Sciences de la santé, Cotonou, Bénin

---

### **Abstract**

**Introduction:** Serodiscordant couples account for a significant proportion of new HIV infections worldwide. This study explores the epidemiological, clinical, therapeutic, and psychosocial aspects of HIV serodiscordance in Parakou, Benin, to inform strategies to combat the epidemic. **Methods:** A descriptive cross-sectional study was conducted from July to December 2022 among 417 people living with HIV (PLWH) on antiretroviral therapy (ART) for at least six months, with a partner whose serological status was known. **Results:** Among the 417 participants, 299 were in serodiscordant relationships. The mean age was  $37.55 \pm 10.25$  years, with a predominance of women (80.27%). While 93% were aware of

condoms as a preventive method, only 2% were informed about pre-exposure prophylaxis (PrEP). Risky behaviors included multiple sexual partnerships (21.40%) and inconsistent condom use (25.08%). Marital tensions affected 25.75% of couples, and psychosocial impacts such as stigma and social isolation were reported. Good adherence to ART (85.95%) was observed, leading to viral suppression in 83.95% of participants. **Conclusion:** HIV serodiscordance is a crucial phenomenon to consider in national strategies for combating HIV infection. Its enhanced inclusion, along with increased awareness of PrEP use, could play a key role in reducing new infections. By emphasizing combined prevention, Benin could move closer to achieving the goal of "zero new infections" by 2030.

---

**Keywords:** Serodiscordance, HIV, couples, epidemiology, psychosocial, Benin

## Introduction

Trente-neuf ans après l'identification du Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH) et trente-cinq ans après l'adoption de la stratégie mondiale de lutte contre cette pandémie, le VIH demeure un problème majeur de santé publique, ayant causé plus de 36,3 millions de décès dans le monde (Développement et Santé, 2010). Parmi les défis persistants, la prévention de la transmission sexuelle au sein des couples sérodiscordants représente une priorité, puisque ces couples contribuent à plus de 50 % des nouvelles infections à l'échelle mondiale (Rispel et al., 2011).

En Afrique subsaharienne, où la prévalence des couples sérodiscordants varie entre 3 % et 20 %, ce phénomène constitue un facteur clé dans la persistance de l'épidémie (Rispel et al., 2012). De plus, une proportion importante des personnes vivant avec le VIH dans cette région maintiennent des relations sérodiscordantes à long terme, rendant cette dynamique particulièrement préoccupante (Persson, 2013). La transmission sexuelle reste fortement influencée par des contextes socioculturels complexes, notamment la polygamie, les inégalités de genre et les tabous entourant la sexualité.

Au Bénin, bien que des efforts importants aient été réalisés pour réduire l'incidence du VIH, la sérodiscordance reste un phénomène insuffisamment documenté, alors même qu'elle représente un défi majeur dans les stratégies de lutte contre la transmission. La prévalence des couples sérodiscordants dans ce pays, tout comme les facteurs qui leur sont associés, demeure mal connue, limitant l'efficacité des interventions.

Dans ce contexte, cette étude vise à explorer les caractéristiques épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et psychosociales des couples

sérodiscordants dans la commune de Parakou, au nord-est du Bénin. Une meilleure compréhension de ces dimensions permettra d'adapter les stratégies de prévention et d'améliorer la prise en charge de cette population spécifique.

### **Cadre et méthodes d'étude**

La présente étude s'était déroulée dans la commune de Parakou au Bénin. Il s'est agi d'une étude transversale descriptive ayant concerné les patients des sites de Prévention de la Transmission Mère-Enfant (PTME) du VIH et les sites de Prise En Charge (PEC) de la ville de Parakou. La population d'étude était constituée des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) dépistées et/ou prises en charge sur un des sites agréés de la ville de Parakou. Les individus répondant aux critères suivants ont été sélectionnés pour participer à la présente étude : femmes ou hommes de 18 ans et plus ; séropositif(ve)s au VIH ; dont le statut du conjoint est connu des services de soins ; engagé(e)s ou ayant été engagé(e)s dans une union stable ; dépisté/traité/pris en charge dans un des centres de traitement de la ville de Parakou ; reçu pendant la période d'étude et ayant donné son consentement éclairé à l'étude.

Un échantillonnage non probabiliste par commodité a été réalisé. La durée de la collecte de données était de cinq mois, allant d'août à décembre 2022. La taille minimale de l'échantillon a été définie par la formule de Schwartz :

$$n = z^2 \times p_x \times (1 - p) / i^2$$

Avec :

n = taille de l'échantillon

z = niveau de confiance selon la loi normale centrée réduite. Pour un niveau de confiance de 95%, z = 1.96

p<sub>x</sub> = proportion ou prévalence estimée du phénomène en milieu de suivi.

La prévalence de la sérodiscordance au VIH (p<sub>1</sub>) était de 66 % au sein les couples dont l'un des partenaires est soigné par ARV au Nigéria (Uah et al., 2015), dans une population présentant des caractéristiques semblables à celle de notre population d'étude.

i = précision souhaitée. Elle a été de 5% dans notre cas.

Ainsi, la taille minimale de l'échantillon, est : n<sub>1</sub> = 1,96<sup>2</sup> × 0,66 × (1 - 0,66) / 0,05<sup>2</sup> = 344,82. Soit **345** sujets répondant aux critères d'inclusion.

### **Collecte des données**

Les données quantitatives et qualitatives relatives à la vie des participants ont été collectées à l'aide d'un questionnaire, centré sur les

aspects socio-démographiques, les antécédents, les comportements, les aspects conjugaux et psycho sociaux. Les données cliniques et thérapeutiques ont été collectées à partir des dossiers des patients. En cas de polygamie, un des couples (constitué par le sujet polygame et l'une de ses conjointes) a été tiré au sort et considéré pour la collecte des données. Les femmes engagées dans des relations polygames n'ont pas été concernées par cette mesure.

Les patients ont été interrogés une seule fois quel que soit le nombre de rendez-vous honoré au cours de la période d'enquête.

### **Les variables à l'étude**

Elles étaient la **sérodiscordance au sein des couples VIH+** se définissait par un couple (quel que soit le statut marital) au sein duquel l'un des partenaires est infecté par le VIH et l'autre non. Ce statut devait être connu des services de prise en charge (confirmation du test du conjoint, qu'il y ait eu partage de statut sérologique ou non).

- **Caractéristiques sociodémographiques** : âge, sexe, profession, revenu, statut matrimonial, niveau d'éducation.
- **Aspects cliniques et thérapeutiques** : durée de l'infection, protocole TAR, charge virale, observance au traitement.
- **Comportements et connaissances** : utilisation du préservatif, multi partenariat, connaissances sur les moyens de prévention, partage du statut sérologique.
- **Aspects psychosociaux** : tensions conjugales, stigmatisation, isolement social, qualité des relations interpersonnelles.

### **Analyse des données**

Les données collectées ont été analysées par le logiciel R version 4.4.2. Les variables quantitatives ont été exprimées en moyenne avec leur écart-type et les variables qualitatives en proportion.

### **Résultats**

Au cours de période d'étude, 417 patients répondant aux critères d'inclusion ont été enquêtés.

### **Caractéristiques socio démographiques et économiques des enquêtés engagés dans les relations sérodiscordantes**

Les participants sérodiscordants avaient une moyenne d'âge était de 37,55 ans  $\pm$  10,25 (IC95% [36,40 – 38,70]). Cette moyenne d'âge était de 41,32 ans  $\pm$  9,73 sur les sites de prise en charge contre 30,48 ans  $\pm$  6,32 sur les sites PTME. La moyenne d'âge des hommes était de 45,85 ans  $\pm$  9,74 et celle des femmes de 35,55 ans  $\pm$  9,13.

Leur revenu moyen était de 37.326 F CFA ( $\approx 61,20 \$$ )  $\pm 43.443$  ( $\approx 71,21 \$$ ) avec des extrêmes de 0 ( $\approx 0 \$$ ) et 340.000 FCFA ( $\approx 557,38 \$$ ). Quant au revenu moyen mensuel des couples, il était de  $92.799 \pm 72.719$  FCFA ( $\approx 152,13 \$ \pm 119,21 \$$ ) avec un minimum de 15.000 FCFA ( $\approx 24,59 \$$ ) et un maximum de 450.000 F CFA ( $\approx 737,70 \$$ ). La taille moyenne des ménages était de  $4,86 \pm 2,31$  individus, avec des extrêmes de 1 et 25 membres.

**Tableau I.** Description des variables quantitatives liées aux caractéristiques socio démographiques et économiques des enquêtés – Parakou, 2022

		Âge	Durée de la relation (en mois)	Revenu de l'enquêté FCFA (\$)	Si enquêté en couple, revenu du couple FCFA (\$)	Taille du ménage
<b>Moyenne</b>	Pop. d'étude	38,17	130,75	38.348,92 ( $\approx 62,87 \$$ )	93.299,71 ( $\approx 152,13 \$$ )	4,79
	Pop. sérodiscordante	37,55	121,68	37.326,09 ( $\approx 61,20 \$$ )	92.799,23 ( $\approx 152,13 \$$ )	4,86
<b>Écart type</b>	Pop. d'étude	10,25	101,67	43.443,06 ( $\approx 71,22 \$$ )	72.718,77 ( $\approx 119,21 \$$ )	2,31
	Pop. sérodiscordante	10,11	96,32	42.060,69 ( $\approx 68,93 \$$ )	71.337,10 ( $\approx 116,11 \$$ )	2,41
<b>Minimum</b>	Pop. d'étude	20	7	0 ( $\approx 0 \$$ )	15.000 ( $\approx 24,59 \$$ )	1
	Pop. sérodiscordante	20	7	0 ( $\approx 0 \$$ )	15.000 ( $\approx 24,59 \$$ )	1
<b>Maximum</b>	Pop. d'étude	76	520	340.000 ( $\approx 557,38 \$$ )	450.000 ( $\approx 737,70 \$$ )	25
	Pop. sérodiscordante	73	520	340.000 ( $\approx 557,38 \$$ )	450.000 ( $\approx 737,70 \$$ )	25

Pop=Population

Le groupe d'âge 30 – 39 ans était le plus représenté avec 38,13% des sujets. Les femmes étaient le partenaire infecté dans la majorité des cas (80,27%). Le sexe ratio (H/F) était donc de 0,25.

Les ethnies autochtones (bariba, dendi, nagot et peulh) étaient majoritaires et comptaient pour 59,20% des cas. Le christianisme et l'islam étaient les religions dominantes au sein des enquêtés avec chacun n=146 (48,83%).

Les métiers du commerce (commerçants, revendeurs) et de transformation (artisans, ouvriers) étaient les plus représentés avec respectivement 39,46% 22,41%.

Plus d'un tiers des enquêtés sérodiscordants avaient un niveau d'instruction secondaire (100 enquêtés, soit 33,45% de l'échantillon). Ils étaient pour la plupart mariés (76,92% des participants) et 93,98% étaient dans une relation active (marié, en concubinage, en couple).

Les enquêtés ayant un revenu mensuel inférieur à 50.000F CFA étaient les plus nombreux (76,59% des cas).

**Tableau II.** Caractéristiques socio-démographiques et économiques des enquêtés (1) - Parakou, 2022

	<b>Population d'étude</b>	<b>Population sérodiscordante</b>
<b>Age (années)</b>		
[20 – 29]	89 (21,34)	70 (23,41)
[30 – 39]	160 (38,37)	114 (38,13)
[40 – 49]	110 (26,38)	80 (26,76)
[50 - 76]	58 (13,91)	35 (11,71)
<b>Sexe</b>		
Masculin	85 (20,38)	59 (19,73)
Féminin	332 (79,62)	240 (80,27)
<b>Ethnie</b>		
Ethnies autochtones	235 (56,35)	177 (59,20)
Ethnies non autochtones	182 (43,65)	122 (40,80)
<b>Religion</b>		
Islamisme	194 (46,52)	146 (48,83)
Christianisme	214 (51,32)	146 (48,83)
Religions endogènes & athées	9 (2,16)	7 (2,34)
<b>Profession</b>		
Sans emploi	49 (11,75)	36 (12,04)
Métiers du secteur primaire (agriculteurs, éleveurs)	27 (6,47)	18 (6,02)
Métiers de transformation (artisans et ouvriers)	89 (21,34)	67 (22,41)
Métiers du commerce (commerçants, revendeurs)	175 (41,97)	118 (39,46)
Métiers de services	57 (13,67)	42 (14,05)
Fonctionnaires	20 (4,80)	18 (6,02)
<b>Niveau d'instruction des enquêtés</b>		
Aucune instruction	111 (26,62)	79 (26,42)
Niveau primaire	136 (32,61)	92 (30,77)
Niveau secondaire	136 (32,61)	100 (33,45)
Niveau supérieur	34 (8,15)	28 (9,36)
<b>Situation matrimoniale</b>		
Marié	309 (74,11)	230 (76,92)
En couple	39 (9,35)	26 (8,70)
En concubinage	33 (7,91)	25 (8,36)
Divorcé	29 (6,95)	12 (4,01)
Veuf	7 (1,68)	6 (2,01)
<b>Niveau de revenu de l'enquêté (FCFA)</b>		
[0 – 50.000[ (≈ [0 – 81,97 \$])	315 (75,54)	229 (76,59)
[50.000 – 100.000[ (≈ [81,97 \$ – 163,94 \$])	67 (16,07)	48 (16,05)
[100.000 – 340.000] (≈ [163,94 \$ – 557,38 \$])	35 (8,39)	22 (7,36)
<b>Niveau de revenu des couples (F CFA)</b>		
[0 – 50.000[(≈ [0 – 81,97 \$])	73 (21,04)	53 (20,46)
[50.000 – 100.000[(≈ [81,97 \$ – 163,94 \$])	173 (49,86)	132 (50,97)
[100.000 – 200.000[(≈ [163,94 \$ – 327,88 \$])	69 (19,88)	51 (19,69)
[200.000 – 450.000] (≈ [327,88 \$ – 737,70 \$])	32 (9,22)	23 (8,88)

\* Y compris les ethnies étrangères

\*\* Les sujets divorcés et veufs n'étaient pas inclus



### Caractéristiques des ménages

Au moment de l'enquête, les unions de type monogame étaient les plus fréquentes et concernaient 65,65% des couples. L'enquêté était chef de son ménage dans seulement 88 couples (29,43%). Ceci correspondait à 58 hommes (65,91%) et 30 femmes (34,09%). Les patients béninois étaient largement majoritaires (97,66% de l'échantillon). Les participants provenaient de la ville de Parakou dans 83,28% des cas. Le milieu de vie urbain était ainsi le plus représenté (89,30% des cas).

**Tableau III.** Caractéristiques socio-démographiques des enquêtés (2) - Parakou, 2022

	Population d'étude	Population sérodiscordante
<b>Type de ménage</b>		
Monogame	283 (67,87)	196 (65,65)
Polygame	134 (32,13)	103 (34,45)
<b>Taille du ménage</b>		
[1 – 2]	47 (11,27)	36 (12,04)
[3 – 5]	241 (57,80)	164 (54,45)
[6 – 7]	88 (21,10)	71 (23,75)
[8 – 25]	41 (9,83)	28 (9,36)
<b>Statut de chef de ménage</b>		
Non	277 (66,43)	211 (70,57)
Oui	140 (33,57)	88 (29,43)
<b>Relation à distance</b>		
Non	311 (74,58)	229 (76,59)
Oui	106 (25,42)	70 (23,41)
<b>Nationalité</b>		
Béninoise	406 (97,36)	292 (97,66)
Autres *	11 (2,64)	7 (2,34)
<b>Lieu de résidence</b>		
Parakou	345 (82,73)	249 (83,28)
Hors Parakou	72 (17,27)	50 (16,72)
<b>Milieu de provenance</b>		
Urbain	370 (88,73)	267 (89,30)
Rural	47 (11,27)	32 (10,70)

\*Les autres nationalités : togolais, nigériens, burkinabé, nigériens et maliens

### Caractéristiques socio démographiques des conjoints

La moyenne d'âge des conjoints était de  $41,37 \pm 9,55$  ans (IC95% [40,28 – 42,45]) avec des extrêmes de 17 et 72 ans. L'écart d'âge entre conjoints était en moyenne de  $7,67 \pm 5,28$  ans avec un minimum de 0 et un maximum de 28 ans.

Les ethnies autochtones étaient majoritaires parmi les conjoints avec 56,19% de l'échantillon.

La confession religieuse comptant le plus grand nombre de pratiquants dans l'échantillon était le christianisme avec 48,49% des enquêtés. Les professions de transformation (artisans, ouvriers) étaient les plus représentées chez les conjoints avec 25,75%. Les conjoints avaient un

niveau d'instruction secondaire (34,79%) et primaire (26,42%) pour la grande majorité.

**Tableau IV.** Description des caractéristiques socio-démographiques des conjoints des enquêtés – Parakou, 2022

	Population d'étude	Population sérodiscordante
<b>Ethnie des conjoints</b>		
Ethnies autochtones	220 (52,76)	168 (56,19)
Ethnies non autochtones	197 (47,24)	131 (43,81)
<b>Religion des conjoints</b>		
Christianisme	210 (50,36)	145 (48,49)
Islamisme	194 (46,52)	142 (47,49)
Religions endogènes et athées	13 (3,12)	12 (4,02)
<b>Profession des conjoints</b>		
Sans emploi	18 (4,32)	14 (4,68)
Métiers du secteur primaire (agriculteurs)	46 (11,02)	32 (10,70)
Métiers de transformation (artisans et ouvriers)	108 (25,90)	77 (25,75)
Métiers du commerce (commerçants, revendeurs)	77 (18,47)	58 (19,40)
Métiers de services	103 (24,70)	67 (22,41)
Fonctionnaires	65 (15,59)	51 (17,06)
<b>Niveau d'instruction des conjoints</b>		
Aucun niveau	91 (21,82)	68 (22,74)
Niveau primaire	121 (29,02)	79 (26,42)
Niveau secondaire	147 (35,25)	104 (34,79)
Niveau supérieur	58 (13,91)	48 (16,05)

### Description des antécédents des enquêtés

Tous les sujets inclus dans notre étude étaient infectés par le VIH1 (100% des cas). La sérologie hépatique a été réalisée chez 86,62% des enquêtés. Parmi ceux-ci, 25 (8,36%) présentaient une co infection VIH-Hépatite virale B. Près d'un patient sur huit (12,71%) présentait un antécédent d'IST. La plupart des enquêtés étaient infectés depuis 1 à 5 ans (45,48% des cas).

**Tableau V.** Description des antécédents des enquêtés (1) - Parakou, 2022

	Population d'étude	Population sérodiscordante
<b>Type de VIH</b>		
VIH1	417 (100,0)	299 (100,0)
<b>Hépatite virale</b>		
Testé négatif	320 (76,74)	234 (78,26)
Testé positif		
Type B	34 (8,15)	25 (8,36)
Type B et C	2 (0,48)	-
Type C	1 (0,24)	-
Non testé	60 (14,39)	40 (13,38)
<b>Antécédents d'IST</b>		
Non	366 (87,77)	261 (87,29)

Oui	51 (12,23)	38 (12,71)
<b>Durée de l'infection (mois)</b>		
[6 – 11]	53 (12,71)	38 (12,71)
[12 – 59]	186 (44,60)	136 (45,48)
[60 – 119]	101 (24,22)	70 (23,41)
[120 – 264]	77 (18,47)	55 (18,40)

La durée moyenne de la relation de couple considérée était de 121,68 ± 96,32 mois. Les couples en union depuis moins de 10 ans (55,52%) et ceux ayant 1 ou 2 enfants (42,47% de l'échantillon) étaient les plus nombreux. La majorité des enquêtés (67,89%) désiraient avoir des enfants (pour ceux qui n'en avaient pas encore au moment de l'enquête) et d'autres enfants (pour ceux qui en avaient déjà). Le statut sérologique du dernier enfant, pour ceux qui étaient connus, était négatif dans 97,29% des cas.

**Tableau VI.** Description des antécédents des enquêtés (2) - Parakou, 2022

	<b>Population d'étude</b>	<b>Population sérodiscordante</b>
<b>Durée de la relation de couple (en mois)</b>		
[7 – 59]	109 (26,14)	86 (28,76)
[60 – 119]	109 (26,14)	80 (26,76)
[120 – 239]	126 (30,21)	88 (29,43)
[240 - 520]	73 (17,51)	45 (15,05)
<b>Nombre d'enfants vivants avec le conjoint</b>		
0	62 (14,87)	47 (15,72)
[1 – 2]	179 (42,93)	127 (42,47)
[3 – 5]	149 (35,73)	109 (36,45)
[6 – 9]	27 (6,47)	16 (5,35)
<b>Age du dernier enfant (en mois) (n = 383/273)</b>		
[0,10 – 11]	54 (14,10)	38 (13,92)
[12 – 59]	171 (44,65)	130 (47,62)
[60 – 119]	66 (17,23)	43 (15,75)
[120 – 504]	92 (24,02)	62 (22,71)
<b>Statut sérologique dernier enfant (n = 361/258)</b>		
Négatif	344 (95,29)	251 (97,29)
Positif	17 ( 4,71)	7 (2,71)
<b>Désir d'(autres)enfants</b>		
Non	141 (33,81)	96 (32,11)
Oui	276 (66,19)	203 (67,89)

\* : pour les enquêtés qui avaient des enfants

### Description de l'état des connaissances des enquêtés

La très grande majorité des enquêtés (99,00%) connaissaient au moins une voie de transmission et au moins un moyen de prévention du VIH. Parmi les voies de transmission connues, les voies sexuelle et sanguine

étaient les plus connues avec respectivement 97,66% et 76,59% des enquêtés. Quant aux moyens de prévention connus, le préservatif était connu de 92,64% des enquêtés suivi de l'abstinence (64,21%). La plupart des PVVIH enquêtées faisaient activement des recherches sur le VIH (81,94%). Les sources d'informations les plus courantes étaient les agents de santé (dans 85,31% des cas), la télévision (42,45% des cas) et les réseaux sociaux (26,53% des cas).

**Tableau VII.** Description de l'état des connaissances des enquêtés - Parakou, 2022

		Population d'étude	Population sérodiscordante
<b>Connaissance voies de transmission/ moyens de prévention du VIH</b>			
Non		3 (0,72)	3 (1,0)
Oui		414 (99,28)	296 (99,0)
<b>Voies de transmission connues</b>			
Voie sexuelle	Non	7 (1,68)	7 (2,34)
	Oui	410 (98,32)	292 (97,66)
Voie sanguine	Non	105 (25,18)	70 (23,41)
	Oui	312 (74,82)	229 (76,59)
Voie verticale	Non	252 (60,43)	176 (58,86)
	Oui	165 (39,57)	123 (41,14)
<b>Moyens de prévention connus</b>			
Préservatif	Non	30 (7,19)	22 (7,36)
	Oui	387 (92,81)	277 (92,64)
Abstinence	Non	155 (37,17)	107 (35,79)
	Oui	262 (62,83)	192 (64,21)
Bonne fidélité réciproque	Non	220 (52,76)	154 (51,51)
	Oui	197 (47,24)	145 (48,49)
PTME	Non	296 (70,98)	213 (71,24)
	Oui	121 (29,02)	86 (28,76)
TAR/TAsP	Non	395 (94,72)	281 (93,98)
	Oui	22 (5,28)	18 (6,02)
PrEP	Non	409 (98,08)	293 (97,99)
	Oui	8 (1,92)	6 (2,01)
<b>Recherche active sur le VIH</b>			
Non		79 (18,95)	54 (18,06)
Oui		338 (81,05)	245 (81,94)

### Description des caractéristiques comportementales des enquêtés

L'utilisation du préservatif n'était pas systématique au sein des couples de la ville de Parakou. Au total, 132 enquêtés en couples sérodiscordants (44,15%) faisaient usage du préservatif avec leur partenaire. 14 participants seulement (4,68% des enquêtés) en faisaient un usage systématique, 80 (26,76% des enquêtés) en faisaient un usage régulier et 38 (12,71% de l'ensemble des participants) en faisaient un usage rare, la plupart du temps pour éviter les grossesses. L'utilisation du préservatif concernait 33

hommes (25,00%) et 99 femmes (75,00%). Ce qui représentait 55,93% des hommes et 41,25% des femmes infectés par le VIH. Parmi les participants qui utilisaient le préservatif dans leur couple, 75 soit 25,08% l'avaient utilisé lors de leur dernier rapport sexuel.

Le multi partenariat sexuel concernait 64 enquêtés soit 21,40% de l'échantillon. Etaient concernés : 31 hommes (48,44%) et 33 femmes (51,56%). Ce qui correspondait à 52,54% des hommes et 13,75% des femmes. Plus de la moitié des enquêtés (54,18%) avaient des partenaires sexuels occasionnels. Ceci concernait 47 hommes (29,01%) et 115 femmes (70,99%) ; soit 76,66% des hommes et 47,92% des femmes. Tous les participants avaient des rapports sexuels de type vaginal 100,0%). La majorité d'entre eux avaient accepté leur statut sérologique (88,30%).

Dans 47,83% des cas (143 participants), le sujet infecté avait partagé son statut sérologique avec son conjoint. Ceci correspondait à 32 hommes (54,24% des hommes) et 111 femmes (46,25% des femmes). Parmi les 156 participants qui n'avaient pas partagé leur statut sérologique avec leur conjoint, les raisons les plus souvent évoquées étaient : le risque de renvoi du domicile conjugal (77,21%), la peur de la stigmatisation/discrimination (52,90%), le risque de divulgation du statut sérologique (41,13%).

**Tableau VIII.** Description des comportements liés au VIH des enquêtés - Parakou, 2022

	<b>Population d'étude</b>	<b>Population sérodiscordante</b>
<b>Utilisation du préservatif dans le couple</b>		
Jamais	243 (58,27)	167 (55,85)
Rarement	55 (13,19)	38 (12,71)
Souvent	102 (24,46)	80 (26,76)
Toujours	17 (4,08)	14 (4,68)
<b>Utilisation préservatif au dernier rapport sexuel</b>		
Non	322 (77,22)	224 (74,92)
Oui	95 (22,78)	75 (25,08)
<b>Partenariats sexuels multiples</b>		
Non	336 (80,57)	235(78,60)
Oui	81 (19,43)	64 (21,40)
<b>Partenariats sexuels occasionnels</b>		
Non	226 (54,20)	137 (45,82)
Oui	191 (45,80)	162 (54,18)
<b>Type de rapport sexuel pratiqué dans le couple</b>		
Rapport vaginal seul	417 (100,00)	299 (100,00)
Rapport vaginal + oral	7 (1,68)	7 (2,34)
Rapport vaginal + anal	1 (0,24)	1 (0,33)
<b>Attitude face à la maladie</b>		
Acceptation	373 (89,45)	264 (88,30)
Déni/Banalisation	30 (7,19)	23 (7,69)

Dramatisation	14 (3,36)	12 (4,01)
<b>Partage du statut sérologique avec conjoint</b>		
Non	189 (45,32)	156 (52,17)
Oui	228 (54,68)	143 (47,83)
<b>Partage du statut sérologique en dehors du couple</b>		
Non	353 (84,65)	252 (84,28)
Oui	64 (15,35)	47 (15,72)

### Caractéristiques cliniques et thérapeutiques des enquêtés

La plupart des patients (93,98%) avaient un bon état clinique et 79,94% d'entre eux en étaient au stade clinique 1 selon la classification de l'OMS. Les principales circonstances de dépistage étaient les consultations prénatales (47,43%), le dépistage volontaire (22,07%) et les affections opportunistes (17,39%). Près de deux enquêtés sur trois (65,22%) étaient suivis sur les sites de prise en charge de la ville. Les participants avaient une charge virale indétectable pour la plupart (83,95%).

**Tableau IX.** Description des caractéristiques cliniques des enquêtés - Parakou, 2022

	Population d'étude	Population sérodiscordante
<b>Etat clinique</b>		
Mauvais	27 (6,47)	18 (6,02)
Bon	390 (93,53)	281 (93,98)
<b>Stade clinique selon la classification de l'OMS</b>		
Stade 1	331 (79,38)	239 (79,94)
Stade 2	51 (12,23)	37 (12,37)
Stade 3 et 4	35 (8,39)	23 (7,69)
<b>Circonstances du dépistage positif</b>		
PTME	Consultations prénatales	196 (47,00)
	Dépistage des conjoints en CPN	8 (1,92)
	Accouchement	4 (0,96)
Contact hospitalier	Affection opportuniste	79 (18,95)
	Décours d'une maladie IST	34 (8,15)
	Dépistage volontaire	2 (0,48)
	Dépistage volontaire	87 (20,86)
	Dépistage familial	66 (22,07)
		7 (1,68)
<b>Types de sites</b>		
	Sites PEC	195 (65,22)
	Sites PTME	142 (33,05)
<b>Charge virale au dernier contrôle</b>		
	Détectable	48 (16,05)
	Indétectable	341 (81,77)

La plupart des patients (84,62%) avaient été mis sous traitement dans les 24 heures suivant la confirmation du dépistage positif. Les protocoles standards de prise en charge étaient en vigueur. La plupart des patients étaient sous les combinaisons TDF+3TC+DTG et TDF+3TC+EFV400 respectivement pour 53,51% et 43,14% d'entre eux. Tous les patients avaient bénéficié d'une éducation thérapeutique avant le début du traitement et même au cours des rendez-vous de suivi.

Les participants présentaient une bonne observance du TAR pour 257 d'entre eux, soit 85,95% de l'échantillon. Les principales raisons motivant cette bonne observance du TAR étaient : la volonté de vivre longtemps (78,60%) et le désir de préserver le statut sérologique du conjoint (65,76%). Quant aux motifs de la mauvaise observance du TAR, il s'agissait : du découragement/lassitude (42,86%), du recours aux traitements traditionnels ou religieux (40,48%) et des effets secondaires des ARV (11,90%).

**Tableau X.** Description des caractéristiques thérapeutiques des enquêtés - Parakou, 2022

	Population sérodiscordante	
	Population d'étude	
<b>Mise sous TAR</b>		
Oui	417 (100,0)	299 (100,0)
<b>Délai de mise sous ARV</b>		
Aussitôt après le dépistage	351 (84,17)	253 (84,62)
Entre 1 et 30 jours	36 (8,63)	23 (7,69)
Après plus de 30 jours	30 (7,19)	23 (7,69)
<b>Protocole ARV en cours</b>		
TDF + 3TC + EFV400	185 (44,36)	129 (43,14)
TDF + 3TC + DTG	219 (52,52)	160 (53,51)
Autres	13 (3,12)	10 (3,35)
<b>Education thérapeutique</b>		
Oui	417 (100,0)	299 (100,0)
<b>Observance du TAR</b>		
Mauvaise	63 (15,11)	42 (14,05)
Bonne	354 (84,89)	257 (85,95)

### Aspects psycho sociaux de la sérodiscordance au VIH au sein des couples

Un couple sur quatre (25,75%) déclarait l'existence de tensions au sein du couple. Celles-ci n'étaient pas seulement liées au VIH et les motifs les plus souvent cités étaient : l'origine de l'infection (26,21% des motifs de tensions); l'infidélité ou les soupçons d'infidélité (23,30%) puis la démission financière du conjoint (15,53% des cas de tensions).

Les conjoint(e)s présentaient une attitude favorable face à la maladie dans 85,31% des couples où la partage de statut avait été fait soit dans 122 couples.

Plus de 80% des participants étaient satisfaits de leur relation de couple et 82,95% d'entre eux présentaient une satisfaction sexuelle au sein de leur couple. La fréquence des rapports sexuels était habituelle au sein de 71,91% des couples. La libido au sein des couples connaissait une baisse pour 123 d'entre eux soit 41,14%.

Les relations extraconjugales étaient entretenues par 40 enquêtés, 17 hommes et 23 femmes. Soit 28,81% des hommes et 9,58% des femmes. Les relations extra conjugales (avérées) des conjoint(e)s concernaient 43 des enquêtés, 41 femmes et 2 hommes. Ainsi, 17,08% des femmes dénonçaient l'infidélité de leur conjoint contre 3,39% des hommes enquêtés.

Les violences conjugales étaient présentes au sein des couples. Les violences psychologiques étaient les plus fréquentes, décrites par 14,38% des enquêtés, suivies des violences physiques (5,02% des cas) puis des violences sexuelles (4,01% des couples). Ces dernières ont été rapportées par 3 hommes (5,08% des sujets de sexe masculin) et 9 femmes (3,75% des enquêtés de sexe féminin). L'issue de la relation était favorable dans la grande majorité des cas (87,29% des cas).

**Tableau XI. Caractéristiques conjugales - Parakou, 2022**

	<b>Population d'étude</b>	<b>Population sérodiscordante</b>
<b>Existence de tensions au sein du couple</b>		
Non	314 (75,30)	222 (74,25)
Oui	103 (24,70)	77 (25,75)
<b>Satisfaction de la relation de couple</b>		
Non	90 (21,58)	59 (19,73)
Oui	327 (78,42)	240 (80,27)
<b>Satisfaction sexuelle dans le couple</b>		
Non	75 (17,99)	51 (17,05)
Oui	342 (82,01)	248 (82,95)
<b>Fréquence rapports sexuels</b>		
Habituelle	293 (70,26)	215 (71,91)
En baisse	102 (24,46)	69 (23,08)
Arrêt des rapports sexuels	12 (2,88)	8 (2,67)
En augmentation	10 (2,40)	7 (2,34)
<b>Baisse de la libido</b>		
Non	244 (58,51)	176 (58,86)
Oui	173 (41,49)	123 (41,14)
<b>Violences psychologiques</b>		
Non	360 (86,33)	256 (85,62)
Oui	57 (13,67)	43 (14,38)
<b>Violences physiques</b>		
Non	397 (95,20)	284 (94,98)
Oui	20 (4,80)	15 (5,02)
<b>Violences sexuelles</b>		
Non	404 (96,88)	287 (95,99)
Oui	13 (3,12)	12 (4,01)



<b>Relations extra conjugales avérées du conjoint</b>		
Non	344 (82,49)	256 (85,62)
Oui	73 (17,51)	43 (14,38)
<b>Attitude du conjoint face à la maladie</b>		
Hostile ou indifférente	35 (8,39)	21 (7,02)
Bonne	193 (46,28)	122 (40,80)
Non informé	189 (45,33)	156 (52,18)
<b>Issue de la relation</b>		
Continuité	349 (83,70)	261 (87,29)
Séparation/divorce	39 (9,35)	26 (8,70)
Décès du conjoint	29 (6,95)	12 (4,01)

L'état de stress était présent chez 37,46% des sujets et l'état dépressif chez 24,75% d'entre eux. Les idées suicidaires étaient exprimées par 12 enquêtés, soit 4,02% des participants. Les violences conjugales étaient présentes au sein des couples. Les enquêtés ont rapporté être ouvertement victimes de stigmatisation dans 5,69% des cas. Cela correspondait à 6,88% des enquêtés ayant partagé leur statut avec au moins une personne (13/189) et 3,64% de ceux qui ne l'avaient pas fait. Dans le même sens, l'isolement social a été signalé dans 4,01% des cas ; ce qui correspondait à 4,76% des participants ayant partagé leur statut avec au moins une personne (9/189) et 2,73% de ceux qui ne l'avaient pas fait. Les rapports étaient tendus avec les enfants pour 9,03% des enquêtés et l'implication des familles élargies dans la gestion des conflits concernait 23,75% des couples.

**Tableau XII.** Caractéristiques psycho - sociales - Parakou, 2022

	<b>Population d'étude</b>	<b>Population sérodiscordante</b>
<b>Stress ou anxiété</b>		
Non	274 (65,71)	187 (62,54)
Oui	143 (34,29)	112 (37,46)
<b>Etat dépressif</b>		
Non	324 (77,70)	225 (75,25)
Oui	93 (22,30)	74 (24,75)
<b>Idées suicidaires</b>		
Non	401 (96,16)	287 (95,98)
Oui	16 (3,84)	12 (4,02)
<b>Victime de stigmatisation</b>		
Non	397 (95,20)	282 (94,31)
Oui	20 (4,80)	17 (5,69)
<b>Isolement social</b>		
Non	399 (95,68)	287 (95,99)
Oui	18 (4,32)	12 (4,01)
<b>Rapports tendus avec les enfants</b>		
Non	386 (92,57)	272 (90,97)
Oui	31 (7,43)	27 (9,03)
<b>Rapports tendus avec les collègues de</b>		

<b>travail</b>		
Non	408 (97,84)	291 (97,32)
Oui	9 (2,16)	8 (2,68)
<b>Implication de la famille élargie dans la gestion des conflits</b>		
Non	310 (74,34)	228 (76,25)
Oui	107 (25,66)	71 (23,75)

## Discussion

### ○ Age et Sexe

Dans notre étude, pour l'ensemble des enquêtés impliqués dans des relations discordantes, la moyenne d'âge était de 38,17 ans  $\pm$  10,25. Ces résultats se rapprochent de ceux décrits par Yaya et al (Yaya et al., 2016) à Sokodé (37,3 ans  $\pm$  9,3). Reed et al. (Reed et al., 2021) quant à eux rapportaient que la tranche d'âge de 25 à 34 ans était la plus représentée avec 50,2% des enquêtés ; ce qui constituait une tranche d'âge plus jeune que celle décrite dans nos résultats.

Dans notre étude, les femmes étaient le sujet infecté dans la majorité des cas, avec une proportion de 80,27%. Ces résultats sont proches de ceux trouvés par Guira et al. à Ouagadougou (Guira et al., 2013), par Yaya et al. à Sokodé au Togo (Yaya et al., 2016), Kra et al. (Kra et al., 2014) à Bouaké en Côte-d'Ivoire, Konaté et al. (Konaté et al., 2018) au Mali et Akani et al. (Akani et al., 2005) au Nigéria qui ont rapporté une prédominance féminine avec respectivement de 71,48% ; 75%, 68,98% ; 66,40% et 61,50%.

Cette prédominance féminine reflète la féminisation de l'infection à VIH. Aussi, les femmes avaient plus de chances d'être incluses dans notre échantillon. En effet, la collecte des données a été réalisée sur 23 sites PTME sur les 30 pris en compte, avec un poids statistique de 1/3 de l'échantillon (34,78%).

### ○ Situation matrimoniale et type du ménage

Dans notre étude, 76,92% des participants étaient mariés et 93,98% étaient dans une relation active (marié, en concubinage, en couple). Ce même constat a été fait par Diemer qui retrouvait une large proportion de 77,7% de participants qui vivaient sous le même toit au moment de son étude à Bangui (Diemer et al., 2018).

Selon nos résultats, les unions de type polygamique concernaient 34,35% des couples. Ce résultat est similaire à celui décrit par Konaté (Konaté et al., 2018) qui retrouvait une proportion de 28,20% de sujets impliqués dans un régime polygamique. Diemer et al. retrouvaient une proportion moindre, de 22,7% de sujets polygames. Si le régime polygamique n'est pas reconnu par l'état béninois, il est loisible de constater que près du tiers des sujets enrôlés dans notre étude étaient impliqués dans

un ménage à plusieurs. C'est le même constat rapporté par Sow au Sénégal où 40% des couples étaient polygames (Sow, 2013). Dès lors, la polygamie devient un enjeu pour les stratégies de prévention de la transmission sexuelle du VIH. Pour Du Loû et al, il serait ainsi moins difficile à une femme dans un couple monogame d'instaurer un dialogue plus égalitaire avec son conjoint, de partager son statut avec lui, de lui proposer le dépistage du VIH ou les préservatifs plutôt que dans un couple polygame où elle est en compétition avec d'autres femmes dont les intérêts peuvent être antagonistes (Desgrées du Loû et al., 2007). Ces différents aspects doivent être pris en compte dans la prise en charge des PVVIH, d'autant que l'approche hospitalo-centrée de la riposte est depuis un moment reconnue insuffisante.

- **Durée de la relation de couple**

La durée moyenne de la relation de couple considérée était de 121,68 ± 96,32 mois. Le groupe des couples qui avaient une longévité comprise entre 10 et 20 ans était le plus important (29,43%) et 71,24% des couples s'étaient formés depuis au moins 5 ans. C'est le même constat fait par Diemer pour qui la majorité des couples avaient une longévité supérieure à 5 ans.

- **Sérodiscordance et prévention de la transmission du VIH**

Dans notre étude, 47,83% des participants (n = 143) avaient partagé leur statut sérologique avec leur conjoint, ce qui correspondait à 54,24% des hommes (n = 32) et 46,25% des femmes (n = 111). Si l'intention de partager son statut sérologique est élevée, comme l'ont montré Alassani et al à Parakou en 2020 avec une proportion de 92,41%, le partage réel en cas d'annonce de résultat positif reste très variable. Notre résultat est similaire à celui décrit par Couterut et Desclaux au Sénégal qui était de 56,7%. Il est faible par rapport à celui décrit par Yaya à Sokodé au Togo (60,9%) ; par Diemer à Bangui (70,3%) ; par Kra à Bouaké en Côte-d'Ivoire (79,2%) et par Kouanda et al. au Burkina-Faso (81,4%).

Quant à l'utilisation du préservatif, seuls 31,44% des participants en couples sérodiscordants en faisaient un usage régulier (souvent et toujours). Pourtant, les recommandations pour la prévention de la transmission sexuelle du VIH en cas de sérodiscordance sont d'utiliser le préservatif pour chaque acte de pénétration sexuelle notamment vaginale.

Le partage du statut sérologique et l'utilisation régulière du préservatif sont des recommandations faites aux personnes infectées par le VIH en général et celles engagées dans des relations sérodiscordantes à long terme. Pourtant, ces recommandations semblent peu suivies au vu des résultats de notre étude. Cela nous interpelle donc quant à une possible

« banalisation » du risque de transmission au sein des couples sérodiscordants qu'il serait judicieux d'explorer plus en profondeur.

La bonne observance du TAR relevée par notre étude (85,95%) avec une suppression de la charge virale dans 82,95% des cas pourrait expliquer la faible proportion d'utilisation du préservatif au sein de cette population à risque.

- **Sérodiscordance et conséquences psycho-sociales**

Selon les résultats obtenus dans notre étude, un couple sur quatre avait déclaré l'existence de tensions au sein du couple, le plus souvent liées à l'origine de l'infection, à l'infidélité ou les soupçons d'infidélité et à la démission financière du conjoint. Pour Rispel et al., 35,29% des couples connaissaient des tensions dues à la sérodiscordance et les principaux motifs étaient : la peur de transmettre l'infection à son partenaire séronégatif, l'infidélité réelle ou perçue du conjoint séronégatif et la contrainte de l'utilisation systématique du préservatif (Rispel et al., 2011).

L'intimité des couples est également affectée par le statut discordant. Même si dans notre étude, 80% des participants étaient satisfaits de leur relation de couple et que 82,95% d'entre eux présentaient une satisfaction sexuelle, une baisse de la libido et une moindre fréquence des rapports sexuels ont été enregistrées respectivement chez 41,14% et 23,08% d'entre eux. Cela montre bien l'inconfort suscité par la divergence des statuts au sein des couples. Rispel et al. (Rispel et al., 2011) ont également rapporté un impact négatif de la sérodiscordance au VIH sur l'intimité des couples (60,60% des enquêtés) à travers une baisse de la libido et une diminution de la fréquence des rapports sexuels.

Dans notre étude, l'isolement social et la stigmatisation était beaucoup plus vécues par les participants ayant partagé leur statut avec au moins une personne que ceux qui ne l'avaient pas fait. Cela prouve que, encore aujourd'hui, les personnes infectées par le VIH subissent la stigmatisation et la discrimination et doivent vivre dans le secret de leur statut sérologique et de celui de leur couple discordant afin de conserver une vie sociale. Ceci constitue un frein majeur au partage du statut sérologique discordant en dehors du couple. Pour preuve, seuls 15,72% des enquêtés sérodiscordants avaient partagé leur statut en dehors de leur couple.

## **Conclusion**

La sérodiscordance au VIH, phénomène complexe et encore insuffisamment documenté au Bénin, pose des défis majeurs à la lutte contre l'épidémie. Cette étude a permis de mettre en lumière les spécificités épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et psychosociaux des couples sérodiscordants à Parakou. Les résultats montrent que ce phénomène touche

principalement les femmes, les jeunes, et les populations aux revenus modestes, tout en soulignant des lacunes importantes dans l'utilisation des moyens de prévention comme la PrEP et le préservatif.

Pour réduire les nouvelles infections au VIH et améliorer la qualité de vie des couples concernés, il est impératif de développer des stratégies ciblées, intégrant des approches médicales et psychosociales. Ces interventions devraient inclure :

- Une sensibilisation accrue sur la PrEP et les autres outils de prévention ;
- Un accompagnement psychosocial renforcé pour briser les tabous et limiter la stigmatisation ;
- Des efforts pour améliorer l'accès aux soins, notamment pour les populations économiquement vulnérables.

Il est important que les décideurs, les professionnels de santé et les partenaires communautaires collaborent pour intégrer ces dimensions dans les politiques de santé publique. Une prise en charge holistique des couples sérodiscordants pourrait jouer un rôle clé dans l'atteinte de l'objectif « zéro nouvelle infection » d'ici 2030 et contribuer significativement à la riposte nationale contre le VIH. Les résultats de cette étude appellent à une mobilisation collective pour développer et mettre en œuvre des interventions durables, adaptées au contexte local, en vue de protéger les individus séronégatifs tout en offrant un soutien optimal aux PVVIH et à leurs familles.

**Conflits d'intérêts :** Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt.

**Disponibilité des données :** Les données de cette étude ne sont pas disponibles dans un référentiel en ligne. Les données ont été collectées par des agents enquêteurs formés à cet effet.

**Déclaration de financement :** Les ressources utilisées dans cette étude ont été mobilisées sur fonds propres ; aucun financement n'a été reçu de sociétés ou d'organisations quelconques.

**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 de ladite unité et des autorités sanitaires du département du Borgou. 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.

**References:**

1. Développement et Santé. VIH : quelques rappels d'épidémiologie [Internet]. 2010 Mar 9 [cited 2024 Dec 9]. Available from: <https://devsante.org/articles/vih-quelques-rappels-d-epidemiologie/>
2. Rispel LC, Metcalf CA, Moody K, Cloete A, Caswell G. Sexual relations and childbearing decisions of HIV-discordant couples: an exploratory study in South Africa and Tanzania. *Reprod Health Matters*. 2011;19(37):184–93.
3. Rispel LC, Cloete A, Metcalf CA, Moody K, Caswell G. “HIV is part of the relationship”: exploring communication in HIV-discordant couples in South Africa and Tanzania. *Cult Health Sex*. 2012;14(3):257–68.
4. Persson A. Notes on the concepts of “serodiscordance” and “risk” in couples with mixed HIV status. *Glob Public Health*. 2013;8(2):209–20.
5. Uah IAO, Ezechi OC, Ohihoin AG. HIV status discordance: associated factors among pregnant women living with HIV in Lagos, Southwest Nigeria. *Afr J Reprod Health*. 2015;19(2):108–16.
6. Yaya I, Saka B, Landoh DE, Patchali MP, Aboubakari SA, Makawa MS, et al. CO 15: Disclosure of serological status to sexual partners among people living with HIV on antiretroviral therapy at the Regional Hospital of Sokodé, Togo. *Ann Dermatol Venereol*. 2016;143(4 Suppl 1):S26.
7. Reed DM, Esber AL, Crowell TA, Ganesan K, Kibuuka H, Maswai J, et al. People living with HIV in serodiscordant partnerships benefit from better HIV care engagement than those in seroconcordant partnerships: a cross-sectional analysis in four African countries. *AIDS Res Ther*. 2021;18(1):43.
8. Guira O, Tiéno H, Sawadogo S, Drabo JY. Sexuality and risk of sexual transmission of the human immunodeficiency virus in serodiscordant couples in Ouagadougou (Burkina Faso). *Sexologies*. 2013;22(3):138–41.
9. Kra KO, Aba A, Effi-Angbo AO, Koné KD, Kadiané KNJ. A-21: Reasons for non-disclosure of serological status among people living with HIV in Sub-Saharan Africa. *Med Mal Infect*. 2014;44(6 Suppl):24.
10. Konaté I, Goïta D, Dembélé JP, Coulibaly B, Cissoko Y, Soumaré M, et al. Risk factors for HIV contamination among serodiscordant couples monitored in the Department of Infectious and Tropical Diseases of the Point-G University Hospital. *Health Sci Dis* [Internet]. 2018 [cited 2024 Dec 9];19(4). Available from: <https://www.hsd-fmsb.org/index.php/hsd/article/view/1172>

11. Akani CI, Erhabor O, Oporum H, Ejele OA, Nwauche CA. HIV serodiscordance among Nigerian couples: challenges and controversies. *Niger Med Pract.* 2005;48(3):62–6.
12. Diemer SCH, Longo JD, Tekpa G, Gaunefet CE, Ngbale RN. Factors associated with HIV seropositivity disclosure in Bangui. *Sante Publique (Bucur).* 2018;30(3):397–403.
13. Sow K. Sharing information about HIV serological status in a context of polygamy in Senegal. *SAHARA-J J Soc Asp HIV AIDS.* 2013;10(Suppl 1):S28–36.
14. Desgrées du Loû A, Larmarange J, Brou H. Managing HIV/AIDS risk in couples in Sub-Saharan Africa: roles of polygamy and co-residence. 2007. p. 99–123.