

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/esj.2025.v21n15p151](https://doi.org/10.19044/esj.2025.v21n15p151)

Submitted: 10 February 2025

Accepted: 03 May 2025

Published: 31 May 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. & Aguemon B. (2025).

Sérodiscordance au sein des couples vivant avec le VIH au Bénin : aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et psychosociaux. European Scientific Journal, ESJ, 21 (15), 151.

<https://doi.org/10.19044/esj.2025.v21n15p151>

Résumé

Introduction : Les couples sérodiscordants représentent une proportion significative des nouvelles infections par le Virus de l'Immunodéficience Humaine (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 à visée descriptive a été réalisée du 1^{er} juillet au 31 décembre 2022 auprès de 417 personnes vivant avec le VIH (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 prophylaxie pré-exposition (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'utilisation 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: VIH, couple sérodiscordant, PrEP, épidémiologie, 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 Human Immunodeficiency Virus (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 1 to December 31, 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 ± 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: HIV, serodiscordant couple, PrEP, epidemiology, 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). Une relation sérodiscordante au VIH est une relation dans laquelle l'un des partenaires est séropositif et l'autre séronégatif (Lelaka et al., 2022).

En Afrique subsaharienne, où la prévalence des couples sérodiscordants dans la population varie entre 3 % et 20 %, ce phénomène constitue un facteur clé dans la persistance de l'épidémie (Rispel et al., 2012b; Chihana et al., 2021). Dans cette région, une proportion importante des personnes vivant avec le VIH maintient 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. De plus, le risque de séroconversion des partenaires séronégatifs d'un couple sérodiscordant reste constant, sous l'influence de facteurs prédictifs tels que la durée du traitement antirétroviral (TAR), le taux de CD4, l'utilisation du préservatif et le désir d'enfant, à moins que des mesures de protection, un accompagnement psychologique et un suivi appropriés ne soient mis en œuvre (Bantigen et al., 2021).

Les interventions de prévention du VIH se base dès lors sur une approche combinée, individuelle (dépistage et traitement du VIH, prophylaxie pré et post-exposition, promotion de l'utilisation du préservatif) et collective

(sensibilisation grand public, campagnes de dépistage, etc...) abordant les aspects comportementaux, biomédicaux et structurelles (*UNAIDS DATA 2020*).

La littérature sur les couples sérodiscordants reste peu fournie en Afrique (Mashaphu et al., 2018). Au Bénin, la sérodiscordance reste un phénomène insuffisamment documenté, alors même qu'elle représente un défi majeur dans les stratégies de lutte contre la transmission notamment sexuelle du virus. Le profil des couples sérodiscordants est mal connu, ce qui pourrait limiter l'efficacité des interventions. Le soutien psychosocial (qu'il provienne des prestataires de soins, des familles ou des partenaires eux-mêmes) pourtant primordial pour ces couples (Lelaka et al., 2022; Kumala et al., 2022), peut faire défaut.

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 à visée 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.

Seuls les patients séropositifs au VIH ont été inclus. Partant de là, les informations sur les couples ont été recueillies auprès de ces cibles, sans avoir besoin d'impliquer les conjoint(e)s, difficiles à appréhender et dont certains ignorent le statut séropositif de leur partenaire (protection de la confidentialité du statut sérologique).

Un échantillonnage non probabiliste par commodité a été réalisé. La durée de la collecte de données était de cinq mois, allant du 1^{er} juillet au 31 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_x = proportion ou prévalence estimée du phénomène en milieu de suivi.

La prévalence de la sérodiscordance au VIH (p₁) 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 : $n_1 = 1,96^2 \times 0,66 \times (1 - 0,66) / 0,05^2 = 344,82$. 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 séropositif et l'autre séronégatif au VIH. 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. Ceux-ci ont été recrutés sur 23 sites dédiés à la Prévention de la Transmission Mère-Enfant (PTME) et 7 sites de Prise En Charge (PEC) du VIH.

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

Les participants sérodiscordants avaient une moyenne d'âge 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
Moyenne	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
Écart type	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
Minimum	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
Maximum	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. Les femmes étaient le partenaire infecté dans la majorité des cas avec un sexe ratio (H/F) de 0,25.

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

	Population d'étude N = 417	Population sérodiscordante n = 299
Age (années)		
[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)
Sexe		
Masculin	85 (20,38)	59 (19,73)
Féminin	332 (79,62)	240 (80,27)
Ethnie		
Ethnies autochtones	235 (56,35)	177 (59,20)
Ethnies non autochtones*	182 (43,65)	122 (40,80)
Religion		
Islamisme	194 (46,52)	146 (48,83)
Christianisme	214 (51,32)	146 (48,83)
Religions endogènes & athées	9 (2,16)	7 (2,34)
Profession		
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)
Niveau d'instruction des enquêtés		
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)
Situation matrimoniale		
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)
Niveau de revenu de l'enquêté (FCFA)		
[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)
Niveau de revenu des couples** (F CFA)		
[0 – 50.000] ≈ [0 – 81,97 \$]	80 (21,04)	58 (20,46)
[50.000 – 100.000] ≈ [81,97 \$ – 163,94 \$]	190 (49,86)	143 (50,97)
[100.000 – 200.000] ≈ [163,94 \$ – 327,88 \$]	76 (19,88)	55 (19,69)
[200.000 – 450.000] ≈ [327,88 \$ – 737,70 \$]	35 (9,22)	25 (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. 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%).

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

	Population d'étude N = 417	Population sérodiscordante n = 299
Type de ménage		
Monogame	283 (67,87)	196 (65,65)
Polygame	134 (32,13)	103 (34,45)
Taille du ménage		
[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)
Statut de chef de ménage		
Non	277 (66,43)	211 (70,57)
Oui	140 (33,57)	88 (29,43)
Relation à distance		
Non	311 (74,58)	229 (76,59)
Oui	106 (25,42)	70 (23,41)
Nationalité		
Béninoise	406 (97,36)	292 (97,66)
Autres *	11 (2,64)	7 (2,34)
Lieu de résidence		
Parakou	345 (82,73)	249 (83,28)
Hors Parakou	72 (17,27)	50 (16,72)
Milieu de provenance		
Urbain	370 (88,73)	267 (89,30)
Rural	47 (11,27)	32 (10,70)

Les autres nationalités : togolais, nigériens, burkinabé, nigérians 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.

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

	Population d'étude N = 417	Population sérodiscordante n = 299
Ethnie des conjoints		
Ethnies autochtones	220 (52,76)	168 (56,19)
Ethnies non autochtones	197 (47,24)	131 (43,81)
Religion des conjoints		
Christianisme	210 (50,36)	145 (48,49)
Islamisme	194 (46,52)	142 (47,49)

	Population d'étude N = 417	Population sérodiscordante n = 299
Religions endogènes et athées	13 (3,12)	12 (4,02)
Profession des conjoints		
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)
Niveau d'instruction des conjoints		
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. Parmi les sujets ayant bénéficié d'une sérologie hépatique, 25 (8,36%) présentaient une co infection VIH-Hépatite virale B.

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

	Population d'étude N = 417	Population sérodiscordante n = 299
Type de VIH		
VIH1	417 (100,0)	299 (100,0)
Hépatite virale		
Testé négatif	320 (76,74)	234 (78,26)
Type B	34 (8,15)	25 (8,36)
Testé positif Type B et C	2 (0,48)	-
Type C	1 (0,24)	-
Non testé	60 (14,39)	40 (13,38)
Antécédents d'IST		
Non	366 (87,77)	261 (87,29)
Oui	51 (12,23)	38 (12,71)
Durée de l'infection (mois)		
[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).

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

	Population d'étude N = 417	Population sérodiscordante n = 299
Durée de la relation de couple (en mois)		
[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)
Nombre d'enfants vivants avec le conjoint		
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)
Age du dernier enfant (en mois) (n = 383/273)		
[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)
Statut sérologique dernier enfant (n = 361/258)		
Négatif	344 (95,29)	251 (97,29)
Positif	17 (4,71)	7 (2,71)
Désir d'(autres)enfants		
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 connaissaient au moins une voie de transmission et au moins un moyen de prévention du VIH. La plupart d'entre eux cherchaient par eux-mêmes à améliorer leurs connaissances sur le VIH (81,94%). Les sources d'informations les plus courantes étaient les agents de santé (85,31%), la télévision (42,45%) et les réseaux sociaux (26,53%).

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

	Population d'étude N = 417	Population sérodiscordante n = 299
Connaissance voies de transmission/ moyens de prévention du VIH		
Non	3 (0,72)	3 (1,0)
Oui	414 (99,28)	296 (99,0)
Voies de transmission connues		

		Population d'étude N = 417	Population sérodiscordante n = 299
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)
Moyens de prévention connus			
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**	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)
Recherche active sur le VIH			
Non		79 (18,95)	54 (18,06)
Oui		338 (81,05)	245 (81,94)

PTME : Prévention de la Transmission Mère-Enfant du VIH

**TAR = Traitement Anti Retroviral

PrEP : Prophylaxie pré-exposition

Description des caractéristiques comportementales des enquêtés

L'utilisation du préservatif n'était pas systématique au sein des couples de la ville de Parakou. Elle 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.

Etaient concernés par le multi partenariat sexuel, 31 hommes (52,54% des hommes) et 33 femmes (13,75% des femmes). Plus de la moitié des enquêtés avaient des partenaires sexuels occasionnels ; ce qui concernait 47 hommes (76,66% des hommes) et 115 femmes (47,92% des femmes).

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

	Population d'étude N = 417	Population sérodiscordante n = 299
Utilisation du préservatif dans le couple		
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)
Utilisation préservatif au dernier rapport sexuel		

	Population d'étude N = 417	Population sérodiscordante n = 299
Non	322 (77,22)	224 (74,92)
Oui	95 (22,78)	75 (25,08)
Partenariats sexuels multiples		
Non	336 (80,57)	235(78,60)
Oui	81 (19,43)	64 (21,40)
Partenariats sexuels occasionnels		
Non	226 (54,20)	137 (45,82)
Oui	191 (45,80)	162 (54,18)
Type de rapport sexuel pratiqué dans le couple		
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)
Attitude face à la maladie		
Acceptation	373 (89,45)	264 (88,30)
Déni/Banalisation	30 (7,19)	23 (7,69)
Dramatisation	14 (3,36)	12 (4,01)
Partage du statut sérologique avec conjoint		
Non	189 (45,32)	156 (52,17)
Oui	228 (54,68)	143 (47,83)
Partage du statut sérologique en dehors du couple		
Non	353 (84,65)	252 (84,28)
Oui	64 (15,35)	47 (15,72)

Caractéristiques cliniques et thérapeutiques des enquêtés

La plupart des patients avaient un bon état clinique et en étaient au stade clinique 1 selon la classification de l'OMS. Les principales circonstances de dépistage étaient : les consultations prénatales, le dépistage volontaire et les affections opportunistes.

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

	Population d'étude N = 417	Population sérodiscordante n = 299
Etat clinique		
Mauvais	27 (6,47)	18 (6,02)
Bon	390 (93,53)	281 (93,98)
Stade clinique selon la classification de l'OMS		
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)
Circonstances du dépistage positif		
PTME	196 (47,00)	143 (47,43)
Consultations prénatales		

		Population d'étude N = 417	Population sérodiscordante n = 299
	Dépistage des conjoints en CPN	8 (1,92)	5 (1,67)
	Accouchement	4 (0,96)	4 (1,34)
Contact hospitalier	Affection opportuniste	79 (18,95)	52 (17,39)
	Décours d'une maladie IST	34 (8,15)	24 (8,03)
		2 (0,48)	2 (0,67)
	Dépistage volontaire	87 (20,86)	66 (22,07)
	Dépistage familial	7 (1,68)	3 (1,0)
Types de sites (au moment de l'enquête)			
	Sites PEC	275 (65,95)	195 (65,22)
	Sites PTME	142 (33,05)	104 (34,78)
Charge virale au dernier contrôle			
	DéTECTABLE	76 (18,23)	48 (16,05)
	IndéTECTABLE	341 (81,77)	251 (83,95)

La plupart des patients avaient été mis sous traitement dans les 24 heures suivant la confirmation du dépistage positif et présentaient une bonne observance du TAR. Les principales raisons motivant cette bonne observance 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 d'étude N = 417	Population sérodiscordante n = 299
Mise sous TAR		
Oui	417 (100,0)	299 (100,0)
Délai de mise sous ARV		
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)
Protocole ARV en cours		
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)
Education thérapeutique		
Oui	417 (100,0)	299 (100,0)
Observance du TAR		
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 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 relations extraconjugales étaient entretenues par 17 hommes enquêtés (28,81% des hommes) et 23 femmes enquêtées (9,58% des femmes). Quant aux relations extra conjugales (avérées) des conjoint(e)s, elles étaient dénoncées par 41 femmes (17,08% des femmes) et 2 hommes (3,39% des hommes).

Les violences conjugales étaient présentes au sein des couples. Les violences sexuelles ont été rapportées par 3 hommes (5,08% des sujets de sexe masculin) et 9 femmes (3,75% des enquêtés de sexe féminin).

Tableau XI. Caractéristiques conjugales - Parakou, 2022.

	Population d'étude N = 417	Population sérodiscordante n = 299
Existence de tensions au sein du couple		
Non	314 (75,30)	222 (74,25)
Oui	103 (24,70)	77 (25,75)
Satisfaction de la relation de couple		
Non	90 (21,58)	59 (19,73)
Oui	327 (78,42)	240 (80,27)
Satisfaction sexuelle dans le couple		
Non	75 (17,99)	51 (17,05)
Oui	342 (82,01)	248 (82,95)
Fréquence rapports sexuels		
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)
Baisse de la libido		
Non	244 (58,51)	176 (58,86)
Oui	173 (41,49)	123 (41,14)
Violences psychologiques		
Non	360 (86,33)	256 (85,62)
Oui	57 (13,67)	43 (14,38)
Violences physiques		
Non	397 (95,20)	284 (94,98)
Oui	20 (4,80)	15 (5,02)
Violences sexuelles		
Non	404 (96,88)	287 (95,99)
Oui	13 (3,12)	12 (4,01)
Relations extra conjugales avérées du conjoint		

	Population d'étude N = 417	Population sérodiscordante n = 299
Non	344 (82,49)	256 (85,62)
Oui	73 (17,51)	43 (14,38)
Attitude du conjoint face à la maladie		
Hostile ou indifférente	35 (8,39)	21 (7,02)
Bonne	193 (46,28)	122 (40,80)
Non informé	189 (45,33)	156 (52,18)
Issue de la relation		
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 le tiers des sujets et l'état dépressif chez la moitié d'entre eux. 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.

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

	Population d'étude N = 417	Population sérodiscordante n = 299
Stress ou anxiété		
Non	274 (65,71)	187 (62,54)
Oui	143 (34,29)	112 (37,46)
Etat dépressif		
Non	324 (77,70)	225 (75,25)
Oui	93 (22,30)	74 (24,75)
Idées suicidaires		
Non	401 (96,16)	287 (95,98)
Oui	16 (3,84)	12 (4,02)
Victime de stigmatisation		
Non	397 (95,20)	282 (94,31)
Oui	20 (4,80)	17 (5,69)
Isolement social		
Non	399 (95,68)	287 (95,99)
Oui	18 (4,32)	12 (4,01)
Rapports tendus avec les enfants		
Non	386 (92,57)	272 (90,97)
Oui	31 (7,43)	27 (9,03)
Rapports tendus avec les collègues de travail		
Non	408 (97,84)	291 (97,32)
Oui	9 (2,16)	8 (2,68)

	Population d'étude N = 417	Population sérodiscordante n = 299
Implication de la famille élargie dans la gestion des conflits		
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 la moyenne d'âge de 37,3 ans \pm 9,3 retrouvée à Sokodé (Yaya et al., 2016). Reed et al. 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 (Reed et al., 2021).

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 à Ouagadougou (Guira et al., 2013), à Sokodé au Togo (Yaya et al., 2016), à Bouaké en Côte-d'Ivoire (Kra et al., 2014), au Mali (Konaté et al., 2018) et au Nigéria (Akani et al., 2005) où la prédominance féminine s'est révélée avec respectivement 71,48% ; 75%, 68,98% ; 66,40% et 61,50% des cas.

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 de précédentes études réalisées à Parakou, avec une proportion de 92,41%, le partage réel en cas d'annonce de résultat positif reste très variable (Alassani et al., 2020). Notre résultat est similaire à celui décrit par Couterut et Desclaux au Sénégal qui était de 56,7% (Couterut & Desclaux, 2012). Il est faible par rapport à celui décrit par Yaya à Sokodé (60,9%) ; par Diemer à Bangui (70,3%) ; par Kra à Bouaké (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. en 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. Cet isolement social a été rapporté en Afrique du Sud et en Tanzanie (Rispel et al., 2012). 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 avec : 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.

Limites de l'étude

Les principales limites de cette étude sont :

- Méthodologie transversale

L'étude étant de nature transversale, les liens de causalité entre les différents facteurs explorés et la sérodiscordance ne peuvent être clairement établis. De ce fait, les résultats obtenus ne traduisent que des associations observées à un moment donné.

- Données déclaratives

Toutes les données recueillies étaient de type déclaratif. Même si des mesures de contingences ont été prises, notamment la preuve de la documentation du statut du conjoint et la réalisation de l'enquête sur les lieux de suivi, ces informations notamment celles sur les comportements sexuels, les tensions conjugales ou le partage du statut peuvent être sujettes à des biais de désirabilité sociale ou d'oubli.

- Non-inclusion des conjoints séronégatifs

L'étude qui portait sur le vécu des couples n'a cependant inclus que les personnes vivant avec le VIH, sans collecte directe auprès des partenaires séronégatifs. Si cela se justifie par la nécessité de protéger la confidentialité du statut (le partage du statut sérologique n'ayant pas été fait dans de nombreux couples), cela peut restreindre la compréhension complète de la dynamique de couple sérodiscordant.

- Représentativité limitée

L'échantillonnage par commodité, bien que pratique dans ce contexte, peut ne pas être représentatif de toute la population séropositive en couple au Bénin, notamment en milieu rural ou dans d'autres départements.

- Sous-documentation des aspects psychologiques profonds

Des outils standardisés plus détaillés pour évaluer le stress, la dépression et l'impact psychosocial n'ont pas été utilisés, ce qui limite la portée des résultats sur ces aspects.

Perspectives

Cette étude peut servir de base à toutes celles entreprises sur la thématique de la sérodiscordance, offrant les perspectives suivantes :

- Etudes longitudinales

Des recherches de type prospectif pourraient permettre de mieux comprendre la dynamique des couples sérodiscordants et obtenir des liens de causalité plus évidents

- Approche mixte et participative

L'inclusion des conjoints séronégatifs dans de futures études permettrait d'appréhender les différents aspects liés aux couples et d'analyser leur vécu, leur perception du risque, et leur implication dans les choix de prévention.

- Développement d'interventions ciblées

Sur la base des résultats obtenus dans cette étude, la mise en œuvre des programmes d'accompagnement psychosocial conjugal, d'éducation thérapeutique spécifique aux couples sérodiscordants, et de promotion de la PrEP et du préservatif peuvent se développer

- Extension à d'autres zones géographiques

La présente étude peut servir de base pour la réalisation d'études similaires dans d'autres communes du Bénin, notamment dans les milieux ruraux ou transfrontaliers voire à l'échelle nationale, afin de comparer les dynamiques de la sérodiscordance et ajuster les stratégies nationales de riposte.

- Exploration approfondie des déterminants socioculturels

Une recherche qualitative complémentaire permettrait de mieux saisir les représentations sociales, religieuses et culturelles autour de la sérodiscordance au Bénin.

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.

Conflit d'intérêts : Les auteurs n'ont signalé aucun conflit d'intérêts.

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 auteurs n'ont obtenu aucun financement pour cette recherche.

References:

1. Akani, C. I., Erhabor, O., Oporum, H., Ejele, O. A., & Nwauche, C. A. (2005). HIV sero-discordance among Nigerian couples : Challenges and controversies. *Nigerian Medical Practitioner*, 48(3), Article 3. <https://doi.org/10.4314/nmp.v48i3.28766>
2. Alassani, A., Mama Cissé, I., Imorou, R., Gomina, M., SakeAlassan, K., & Codjo, L. (2020). Déterminants du dépistage volontaire, du partage du statut sérologique et prévalence de l'infection VIH chez les gestantes suivis à Parakou. *Revue Malienne d'Infectiologie et de Microbiologie*, 15, 38-42. <https://doi.org/10.53597/remim.v15i2.1730>
3. Bantigen, K., Kitaw, L., Negeri, H., Kebede, M., Wassie, A., Bishaw, K., & Tesema, G. (2021). <p>Rate of HIV Seroconversion Among Seronegative Male Partners Living with HIV Positive Women in Addis Ababa, Ethiopia, 2019 : A Retrospective Cohort Study</p>. *HIV/AIDS - Research and Palliative Care*, 13, 125-134. <https://doi.org/10.2147/HIV.S281281>
4. Chihana, M. L., Conan, N., Ellman, T., Poulet, E., Garone, D. B., Ortuno, R., Wanjala, S., Masiku, C., Etard, J.-F., Davies, M.-A., & Maman, D. (2021). The HIV cascade of care among serodiscordant couples in four high HIV prevalence settings in sub-Saharan Africa. *South African Medical Journal = Suid-Afrikaanse Tydskrif Vir Geneeskunde*, 111(8), 768-776. <https://doi.org/10.7196/SAMJ.2021.v111i8.15489>
5. Couterut, J., & Desclaux, A. (2012). *Le partage du statut sérologique avec l'entourage*.
6. Desgrées du Loû, A., Larmarange, J., & Brou, H. (2007). *La Gestion des risques de VIH/sida au sein du couple en Afrique subsaharienne : Rôles de la polygamie et de la co-résidence* (p. 99-123).
7. Développement et Santé. (2010, mars 9). *VIH : quelques rappels d'épidémiologie*. <https://devsante.org/articles/vih-quelques-rappels-d-epidemiologie/>
8. Diemer, S.-C. H., Longo, J. de D., Tekpa, G., Gaunefet, C. E., & Ngbale, R. N. (2018). Facteurs associés à la divulgation du statut de séropositivité au VIH à Bangui. *Sante Publique*, 30(3), 397-403.

9. 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>
10. 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>
11. Kra, K. O., Aba, A., Effi-Angbo, A. O., Koné, K. D., & Kadiané, K. N. J. (2014). A-21 : Les raisons du non partage du statut sérologique chez les personnes vivant avec le VIH en Afrique noire. *Médecine et Maladies Infectieuses*, 44(6, Supplement), 24. [https://doi.org/10.1016/S0399-077X\(14\)70104-0](https://doi.org/10.1016/S0399-077X(14)70104-0)
12. Kumala et al. (2022). Family Support for HIV Patients Undergoing Antiretroviral Therapy in Subang City | Request PDF. *ResearchGate*. <https://doi.org/10.18502/cls.v7i2.10331>
13. Lelaka, C. M., Moyo ,Idah, Tshivhase ,Livhuwani, & and Mavhandu-Mudzusi, A. H. (2022). Psychosocial support for HIV serodiscordant couples. *Health Psychology and Behavioral Medicine*, 10(1), 537-556. <https://doi.org/10.1080/21642850.2022.2084098>
14. Mashaphu, S., Burns, J. K., Wyatt, G. E., & Vawda, N. B. (2018). Psychosocial and behavioural interventions towards HIV risk reduction for serodiscordant couples in Africa : A systematic review. *South African Journal of Psychiatry*, 24(0), Article 0. <https://doi.org/10.4102/sajpsychoiatry.v24i0.1136>
15. 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>
16. Reed, D. M., Esber, A. L., Crowell, T. A., Ganesan, K., Kibuuka, H., Maswai, J., Owuoth, J., Bahemana, E., Iroezindu, M., Ake, J. A., Polyak, C. S., & The AFRICOS Study Team. (2021). Les personnes vivant avec le VIH dans des partenariats sérodiscordants bénéficient d'un meilleur engagement dans les soins du VIH par rapport aux personnes vivant avec le VIH dans des partenariats séroconcordants : Une analyse transversale de quatre pays africains. *AIDS Research and Therapy*, 18(1), 43. <https://doi.org/10.1186/s12981-021-00363-x>
17. Rispel, L. C., Cloete, A., Metcalf, C. A., Moody, K., & Caswell, G. (2012). 'It [HIV] is part of the relationship': Exploring

- communication among HIV-serodiscordant couples in South Africa and Tanzania. *Culture, Health & Sexuality*, 14(3), 257-268. <https://doi.org/10.1080/13691058.2011.621448>
18. 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)
 19. Sow, K. (2013). Partager l'information sur son statut sérologique VIH dans un contexte de polygamie au Sénégal. *SAHARA-J: Journal of Social Aspects of HIV/AIDS*, 10(sup1), S28-S36. <https://doi.org/10.1080/02664763.2012.755322>
 20. Uah, I. A. O., Ezechi, O. C., & Ohihoin, A. G. (2015). Discordance du statut VIH : facteurs associés chez les femmes enceintes séropositives à Lagos, dans le sud-ouest du Nigéria. *African Journal of Reproductive Health*, 19(2), 108-116.
 21. *UNAIDS DATA 2020.pdf*. (2020). Consulté 28 mars 2025, à l'adresse https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2020_aids-data-book_en.pdf
 22. Yaya, I., Saka, B., Landoh, D. E., Patchali, M. P., Aboubakari, S. A., Makawa, M. S., N'Dri, K. M., Senanou, S., Lamboni, B., Idrissou, D., Salaka, K. T., & Pitche, P. (2016). CO 15 : Partage du statut sérologique au partenaire sexuel chez les personnes vivant avec le VIH sous traitement antirétroviral au CHR de Sokodé, Togo. *Annales de Dermatologie et de Vénérologie*, 143(4, Supplement 1), S26. [https://doi.org/10.1016/S0151-9638\(16\)30142-9](https://doi.org/10.1016/S0151-9638(16)30142-9)