

Impact des rapports de pouvoir inégalitaires sur les difficultés de prévention du VIH au sein des couples sérodifférents à Lomé (Togo)

Nathalie SAWADOGO

Maître-Assistante en Démographie
Institut Supérieur des Sciences de la Population (ISSP)
Laboratoire de Recherche Interdisciplinaire en Sciences Sociales et Santé (LARISS)
Université Joseph Ki-Zerbo
nathsawadogo@gmail.com

Yawovi DJAKPA

Assistant médical
Centre de Traitement Ambulatoire (CTA)
Centre Hospitalier Universitaire Sylvanus Olympio (CHU SO)

RASS. *Pensées Genre. Penser Autrement. VOL 2, No 2 (2022)*

Résumé

Les inégalités de genre dans les couples sérodifférents constituent un facteur aggravant des difficultés de prévention de la transmission du VIH. L'article vise à analyser l'impact de ces inégalités sur la prise en charge des personnes séropositives vivant dans un couple sérodifférent à Lomé. L'étude est qualitative. Quarante-huit entretiens semi-directifs ont été réalisés, dont 36 avec des Personnes Vivant avec le VIH. Les données révèlent de nombreuses difficultés de prévention du VIH au sein du couple sérodifférent et, également, de la mère à l'enfant. On note une forte intersectionnalité du genre et du statut sérologique chez les femmes séropositives ayant un partenaire séronégatif.

Mots-clés : Couples sérodifférents, Rapports de genre, Prévention du VIH, Représentations sociales des rôles des époux, Togo.

Abstract

Gender inequalities in serodiscordant couples are an aggravating factor in the difficulties of preventing HIV transmission. The article aims to analyze the impact of gender inequalities on the care of HIV-positive people living in a serodiscordant couple in Lomé. The study is qualitative. Forty-eight semi-structured interviews were conducted, 36 with People Living with HIV. The data reveal many difficulties in HIV prevention within the serodiscordant couple and, also, from mother to child. There is a strong intersectionality of gender and HIV status among HIV-positive women with an HIV-negative partner.

Key words: *Sérodifférents couples, Gender relations, HIV prevention, Social representations of the roles of spouses, Togo.*

Introduction

Les intervenants dans la lutte contre le VIH rappellent constamment la nécessité de limiter les nouvelles infections au VIH afin de maintenir le cap vers l'élimination du virus (ONUSIDA, 2015, 2021, 2022a, 2022b). La réduction de la prévalence du VIH au sein des populations-clés et des cibles spécifiques telles que les couples sérodifférents mobilise les efforts. Au Togo, comme partout ailleurs, ces derniers font face à des difficultés particulières qui nécessitent l'attention des acteurs (J. Burgos-Soto et al, 2014, p. 8 ; CNLS-IST, 2012, p. 12).

Etudiant le vécu des Personnes Vivant avec le VIH (PVVIH) au Bénin, Zongo et ses collègues (2009) relèvent le fait que la séropositivité engendre des perturbations de plusieurs ordres (médical, social, culturel, économique), autant chez l'individu infecté que pour sa famille et sa communauté. La stigmatisation, voire le rejet social, ne sont toujours pas négligeables dans certains contextes. Les implications de la séropositivité sur le psychisme de l'individu sont parfois lourdes à porter (B. Saka et al, 2018, p. 9002 ; J. M. Gokaba, 2020, p. 91 ; M. Zongo et al, 2009, p. 635).

Outre ce vécu individuel de l'infection à VIH, ces couples sont, autant que les autres couples de leur environnement social, imprégnés des représentations sociales des rôles respectifs des époux et des normes de genre. Au Togo, comme dans de nombreux autres contextes, le patriarcat induit des rapports de genre généralement très inégalitaires au sein des couples (C. Giraud, 2006, p. 71 ; UNICEF, 2007, p. 72 ; URD, 2006, p. 31).

La situation se complique quand la personne concernée est en couple avec un partenaire séronégatif. De fait, Tijoux-Traoré (2006) montre, à partir de l'analyse du partage de la sérologie par des personnes séropositives avec leur partenaire à Abidjan, que diverses configurations de rapports de pouvoir et de proximité affective peuvent exister dans ce contexte.

La prévention de la transmission du VIH est particulièrement problématique au sein des couples sérodifférents, qui doivent l'intégrer à leur vécu quotidien. Ces couples, notamment dans les pays en développement et en Afrique subsaharienne, font face à de nombreuses entraves à une prévention correcte, non seulement de la transmission sexuelle entre conjoints, mais également de la Transmission Mère-Enfant (TME) du VIH.

Relativement peu d'études documentent et analysent cet aspect du vécu des couples sérodifférents en Afrique subsaharienne (M. Bozon, 1999, p. 439). Les quelques études disponibles sur la prévention sexuelle du VIH au sein des couples sérodifférents dans les pays

en développement semblent montrer qu'il existe encore très peu de dialogue autour de l'utilisation du préservatif au sein de ces couples, même lorsque les deux partenaires sont informés du risque de transmission du VIH et de leur statut (M. Bozon, 1999, p. 446 ; A. Desgrées du Loû, 2011, p. 79). De fait, les analyses menées par Desgrées du Loû et ses collègues sur les conséquences conjugales du dépistage prénatal du VIH à Abidjan, montrent que la protection des rapports sexuels des femmes séropositives avec leur conjoint n'était pas systématique après la découverte de leur sérodifférence. Chez les couples qui parvenaient à une utilisation systématique du préservatif, les auteurs rapportent une baisse rapide de cette utilisation. Par ailleurs, certains couples ne se résolvaient jamais à cette utilisation du préservatif, d'une part à cause de la vision négative qu'ils en avaient (infidélité, manque de confiance) et, d'autre part, du fait qu'il leur rappelait constamment la menace de la contamination du partenaire séronégatif (A. Desgrées du Loû et al, 2009, p. 895). De façon générale donc, dans le contexte abidjanais,

La prise en compte conjugale du risque de transmission sexuelle reste en particulier très problématique : dans notre étude, même si le dépistage est suivi d'une utilisation du préservatif supérieure à celle que l'on peut enregistrer en population générale en Côte-d'Ivoire, celle-ci reste largement insuffisante pour assurer une prévention correcte de la transmission du VIH (A. Desgrées du Lou, 2011, p. 81)

Comme pour les questions de prévention des Infections Sexuellement Transmissibles (IST) en général, les difficultés vécues par ces couples dans leur sexualité et leur prévention s'expliqueraient en partie par les normes et représentations de la sexualité et des sexualités masculine et féminine, de même que par les rapports de genre inégaux au sein des couples en général (ONUSIDA, 2021). De ces normes découlent un faible pouvoir de décision de la femme au sein de son couple, y compris en matière de gestion de la sexualité et d'utilisation du préservatif.

Ce faible pouvoir de décision est conjugué à une faible communication au sein de ces couples sur leur sexualité, la question de la sérodifférence et ses implications, de même que sur la prévention de la transmission sexuelle du VIH en leur sein. L'étude menée par Desgrées du Loû et ses collègues (2009) à Abidjan a montré que les couples qui communiquaient le plus sur leur sexualité et avaient une relation conjugale forte étaient ceux qui parvenaient le mieux à faire face à ces difficultés.

De façon générale, dans des situations où le multipartenariat est fréquent, les hommes, mais encore plus les femmes, sont exposés au risque d'être infectées par leur partenaire (D.

Cohen et E. Reid, 1999, p. 230 ; S. Doucouré, 2014, p. 57 ; ONUSIDA, 2021 ; N. Sawadogo, 2016, p. 94 ; C. Rossier et al, 2013, p. 104).

Les PVVIH du Togo vivent également ces dynamiques de pouvoir inégalitaires dans les couples. En tant qu'agent de prise en charge (PEC) des PVVIH au Centre de Traitement Ambulatoire (CTA) de Lomé, le deuxième auteur de cet article a pu se rendre compte de ces inégalités, qui induisent parfois des violences physiques, économiques et psychologiques perpétrées sur des femmes de la file active du centre par leur partenaire. Cette réalité est confirmée par Burgos-Soto et ses collègues lors d'une étude réalisée en 2014 sur le vécu des PVVIH au Togo. L'étude relève que la prévalence des violences entre partenaires intimes chez les femmes infectées par le VIH au Togo (69,7%) est deux fois plus élevée que celle enregistrée chez des femmes non infectées. De fait, la violence entre partenaires intimes, qui est accentuée par la sérodifférence, constitue une entrave majeure aux approches préventives du VIH dans ces couples (J. Burgos-Soto et al, 2014, p. 10).

Les femmes représentent en effet une catégorie sociale particulièrement vulnérable à cause des contraintes socio-économiques et culturelles qui pèsent sur elles. Selon Dédy et Tapé (1995), elles sont d'autant plus exposées que leur situation socio-économique reste faible, et leur dépendance à l'égard du conjoint, plus importante. Elles ont un accès limité aux soins de santé et sont, le plus souvent, en position de victimes dans les conflits de rapport de genre car ce sont elles qui font les frais de divorces, de répudiations, etc. L'influence des rapports de genre sur les difficultés de négociation dans le champ de la sexualité, de la prévention des IST/SIDA et de la contraception n'est plus à démontrer (E. Atake et A. P. Gnakou, 2020, p. 10).

Si ce lien est établi en ce qui concerne les couples de façon générale, les informations spécifiques sur le vécu et les difficultés des couples sérodifférents en la matière restent parcellaires, autant au Togo que dans les contextes similaires. Des chercheurs recommandent d'ailleurs des investigations plus poussées sur le sujet (S. Doucouré, 2014, p. 47).

Cette étude vise à documenter les dynamiques de pouvoir au sein de couples sérodifférents à Lomé et à analyser l'impact de ces dynamiques sur la prévention de la transmission du VIH en leur sein, de même que sur celle de la transmission mère-enfant du VIH dans leur ménage. De façon spécifique, les questionnements sont les suivants : Quel est le vécu de ces couples en termes de rapports de pouvoir en leur sein de façon générale ? Comment la sérodifférence influence-t-elle ces inégalités ? Quelle est l'impact des rapports de pouvoir inégalitaires sur le vécu de la sexualité et de la prévention de la transmission du VIH chez ces couples et leurs enfants ?

Les résultats renforceront les évidences en matière d'analyse des difficultés de prévention du VIH au sein de ces couples au Togo. Ce faisant, ils contribueront au raffinement des stratégies de prise en charge pour ce public spécifique. Cela est particulièrement important dans le pays où, au stade actuel de son épidémie, l'accent est mis sur le raffinement de la réponse en direction des groupes les plus vulnérables.

1. Méthodologie

1.1. Site et échantillon de l'étude

Le deuxième auteur de l'article a réalisé la collecte des données utilisées dans cette étude dans le cadre de la recherche effectuée pour son mémoire de fin de Master de Recherche en Sciences de la Population.

La collecte des données s'est déroulée à Lomé en avril et mai 2017. Les entretiens semi-directifs utilisés dans cette étude concernent des hommes et femmes vivant avec le VIH dont le couple est sérodiférent et faisant partie de la file active du CTA. Ils ont été identifiés à partir de la base de données ESOP (Employee Stock Ownership Plan) du CTA, puis joints par téléphone afin de solliciter leur participation à l'étude. Le fait que le chercheur menant l'enquête soit un assistant médical membre de l'équipe d'un service de lutte contre le VIH/Sida et de prise en charge (PEC) médicale et psychosociale des PVVIH a favorisé le contact avec ces répondants.

Les critères de différenciation utilisés ont été le sexe, le type d'union, le fait d'avoir des enfants ou non et le niveau d'instruction du couple. Les entretiens ont porté essentiellement sur le vécu de la sérodiférence et de la prévention du VIH au sein de leurs couples. Des quotas ont été attribués aux différentes catégories ainsi dégagées, ce qui a guidé le recrutement. La saturation (A. Pires, 1997, p. 57) a été atteinte en utilisant les quotas estimés, ce qui a conduit à la clôture de l'enquête avec ces cibles après leur atteinte.

1.2. Techniques de collecte, de traitement et d'analyse des données : entretiens semi-directifs et analyse thématique

L'enquête a été conduite au moyen d'entretiens semi-directifs administrés à l'aide de guides d'entretiens. Certains entretiens ont été réalisés en langues locales. Au total, les entretiens exploités concernent 36 PVVIH âgés de 23 à 55 ans et appartenant à des couples sérodiférents. Ils sont diversifiés en fonction du sexe, du niveau d'instruction du couple, du type d'union, du fait d'avoir ou non des enfants et de la religion. Ce sont ainsi 10 hommes et 26

femmes qui ont été interrogés. Tous les entretiens ont été transcrits en français et traités manuellement.

L'analyse des données textuelles a consisté en une analyse de contenu thématique en trois principales étapes, à savoir la classification, l'exploitation et le traitement du matériau, puis l'interprétation des résultats (F. Delpeteau, 2005, p. 43). Elle a été réalisée manuellement.

Les précautions éthiques, à savoir principalement le recueil du consentement éclairé des participants et la préservation de la confidentialité des données, ont été respectées. Les noms des enquêtés ont été remplacés par des prénoms fictifs (attribués en respectant la connotation religieuse du prénom réel des enquêtés).

2. Résultats

2.1. Vécu de la sérodifférence et rapports de pouvoir au sein des couples

Les données ont permis d'analyser les dynamiques de pouvoir dans les couples concernés par l'étude, et notamment les attitudes de l'un ou l'autre conjoint relatives au statut sérologique de son ou sa partenaire, de même que leur vécu sexuel.

De façon générale, la plupart des répondants, hommes comme femmes, dépeignent, dans la description de leur vécu, des rapports inégalitaires en défaveur des femmes. La domination des partenaires masculins semble s'exercer avec acuité dans le champ de la sexualité et de la prévention, qui sont également au cœur du risque de transmission du VIH au sein de ces couples.

Un élément palpable est le fait que le vécu quotidien des conjoints séropositifs vivant dans un couple sérodifférent soit marqué par des comportements de rejet de la part du conjoint séronégatif. Une légère différence est observée selon le fait que la femme soit ou non le membre du couple infecté par le VIH.

2.1.1. Quand la femme est le membre séropositif du couple

L'analyse du discours des enquêtés révèle que de nombreuses répondantes séropositives ont été victimes de rejet plus ou moins affiché de la part de leurs conjoints, voire de maltraitance psychologique et physique. On perçoit plusieurs de ces comportements dans le discours de Sotogbé, Adéline et Rachida :

« Arrivés à la maison, mon mari m'a appelée et il m'a dit que j'ai découché, raison pour laquelle j'ai attrapé le VIH. Il a informé mes coépouses que je suis séropositive. Mon mari a changé en même temps de comportement. Si je prépare, parfois il mange, parfois il ne mange pas. Il a retiré mes enfants pour remettre à mes coépouses. Il m'a délogée de la maison familiale et il m'a mise seule dans l'une de ses maisons. Il ne passe plus la nuit avec moi. Le jour que ça lui plaît d'entretenir (un) rapport sexuel avec moi, il porte trois préservatifs. Le premier jour, j'avais refusé, il m'a giflée (pleurs). Pendant le rapport sexuel, quand je crie que j'ai mal, il

m'insulte que je suis bordelle (...)» (Sotogbé, 29 ans, sans instruction, ménagère, foyer polygame, époux n'ayant pas achevé le cycle primaire, 3 enfants).

Mon mari m'a dit de partir chez mes parents (...). Tout le temps, il m'insulte, que je suis une malade, que bientôt je vais mourir. Comme je ne pars pas, moindre chose (à la moindre occasion), il me tape (...). Dès fois, il amène des filles dans la maison et ils entretiennent des rapports sexuels. Une fois, j'ai voulu parler, il m'a giflée et il m'a dit si je continue, il va dire à la fille que j'ai le sida (...) (Adeline, 31 ans, sans instruction, ménagère, foyer monogame, époux n'ayant pas achevé le cycle primaire, 3 enfants).

Dès que nous sommes arrivés à la maison, mon mari a informé ma coépouse que j'ai le sida. Il a commencé à m'insulter, que je suis une bordelle, sinon où je peux trouver cette maladie. Il a ramassé mes effets pour les mettre dehors. Quand j'ai commencé à parler, il m'a giflée et ma coépouse a commencé à se moquer de moi (...). » (Rachida, 23 ans, sans instruction, ménagère, foyer polygame, époux n'ayant pas achevé le cycle primaire, mère de 3 enfants).

Certaines sont également victimes de violences économiques et sont délaissées par leur époux, y compris pour leur prise en charge médicale.

Depuis que le docteur a dit que j'ai le sida et mon mari n'en a pas [est séronégatif], c'est fini. Mon mari ne mange plus mes repas. Il a informé ma coépouse et ma coépouse aussi a dit à ses enfants de ne plus venir dans ma chambre. Petite chose, ma coépouse m'insulte : "sidéenne". (...) mon mari ne me donne plus l'argent pour préparer. Si je tombe malade, il me dit de partir chez mes parents pour aller mourir chez eux. Il ne me donne pas l'argent pour me faire soigner (...) (Houdékon, 28 ans, sans instruction, revendeuse, foyer polygame, époux n'ayant pas achevé le cycle primaire, pas d'enfant).

(...) mon mari est parti dire à mes parents que j'ai le sida et donc, je ne suis plus sa femme. Mes parents m'ont dit de quitter le foyer, mais j'ai refusé (...). Plusieurs fois, il m'a tapée pour que je quitte, mais moi, à cause de mes enfants, je suis là. (...) il ne me donne plus l'argent pour préparer, mais Dieu merci, moi-même, je me débrouille (Marthe, 32 ans, niveau d'instruction primaire, revendeuse, foyer polygame, époux ayant au plus le niveau primaire, mère de 3 enfants).

2.1.2. Quand la femme est le membre séronégatif du couple

Les conjointes séronégatives n'ont pas été interviewées dans cette étude. Toutefois, l'analyse des discours des hommes séropositifs enquêtés permet d'apprécier les dynamiques de pouvoir au sein de cette catégorie de couples. Il apparaît que, en dépit de la situation qui, a priori, mettrait plutôt l'homme séropositif en situation de vulnérabilité face à sa conjointe séronégative, certains font montre de comportements dominateurs envers leurs conjointes. La différence avec la catégorie précédente réside dans le fait qu'il n'y a pas de culpabilisation de l'épouse, mais "uniquement" un contrôle de la prise de décision en ce qui concerne leur sexualité et ses modalités.

(...) au début, on utilisait le préservatif, mais après j'ai laissé ça, car ça ne permet pas certaines positions, et aussi ça ne permet pas de satisfaire totalement la femme. Or, si toi homme, tu ne satisfais pas bien tes femmes, elles vont découcher (avoir des aventures extraconjugales) (...) (Mohamed, 41 ans, niveau d'instruction primaire, chauffeur, foyer polygame, épouses ayant au plus le niveau primaire, 6 enfants).

2.2. Influence des rapports de pouvoir inégalitaires dans ces couples sur leur sexualité et leur prévention

Ces dynamiques de pouvoir dans le couple ont été analysées en lien avec la prévention de la transmission du VIH. Cette dernière a été prise en compte dans ses différentes dimensions, à savoir en ce qui concerne l'observance du traitement ARV, la prévention de la transmission sexuelle du VIH et la PTME.

2.2.1. Dynamiques de pouvoir au sein des couples et observance du traitement antirétroviral

L'analyse des discours des répondantes révèle que les situations de rejet ouvert de la part de leur conjoint entraînent chez certaines, une crainte constante du conflit qui pourrait être engendré par le rappel de leur séropositivité. De ce fait, certaines en arrivent à dissimuler ou retarder leurs visites médicales ainsi que les heures de prise du traitement ARV, attitudes qui nuisent à une bonne observance de leur traitement.

(...) chaque fois que j'informe mon mari du rendez-vous médical, il me répond par des insultes, pourtant ce n'est pas lui qui me donne l'argent pour le déplacement. Au début, quand il m'insulte, moi aussi je l'insulte et ça se termine par des bagarres. Comme il me tapait, ma maman m'a dit de ne plus l'insulter quand il m'insulte, donc je ne l'insulte plus. Une fois je suis venue à l'hôpital sans lui dire. Quand je suis revenue, il m'a bien tapée et m'a renvoyée. C'est ma maman qui est venue lui demander pardon avant que je ne revienne. C'est pourquoi maintenant, s'il est à la maison et que c'est mon rendez-vous de suivi médical, je n'y vais pas. Je guette son absence pour venir à l'hôpital (Halidé, 37 ans, niveau d'instruction primaire, revendeuse, époux n'ayant pas achevé le cycle primaire, foyer polygame, mère de 3 enfants)

Le docteur m'a dit de prendre le médicament : 2 comprimés (le) matin à 8h 00 et 3 comprimés le soir à 20h 00. Je respecte bien la dose du matin, mais celle du soir, je n'arrive pas à la respecter, car déjà à 18h, mon mari revient du service et chaque fois que je sors le médicament en sa présence, c'est des bagarres. Il m'insulte en disant que moi je suis un danger pour lui ; que je suis une ancienne bordelle. Il me menace de divorce et on fait des jours sans se parler. Pour éviter tout ça, je prends les 5 comprimés le matin, car le matin, déjà à 6h 30 minutes, il part pour le service. Les dimanches, je ne prends pas le traitement, car il est à la maison toute la journée. (Delphine, 29 ans, niveau d'instruction primaire, coiffeuse, époux n'ayant pas achevé le niveau primaire, foyer monogame, pas d'enfant).

2.2.2. Dynamiques de pouvoir au sein des couples et prévention de la transmission sexuelle du VIH

Rappelons que les protocoles en vigueur au Togo préconisent l'utilisation systématique du préservatif comme méthode de prévention de la transmission sexuelle du VIH au sein des couples sérodifférents. Les discours des répondants, hommes comme femmes, montrent pourtant que nombre d'entre eux ont des rapports sexuels non protégés. Plusieurs raisons sont avancées pour justifier cette pratique, à savoir notamment le refus de l'usage du préservatif par l'homme ou la femme et le désir d'enfant.

(...) j'ai dit à ma femme "toi-même tu vois que nous n'avons que 2 enfants, donc nous ne pouvons pas utiliser ce caoutchouc". Elle n'a pas voulu accepter au début, mais dès que j'ai commencé à la menacer de divorce, elle a accepté et présentement, nous avons 4 enfants. (Adamou, 37 ans, sans instruction, agent de sécurité, foyer monogame, épouse n'ayant pas achevé le cycle primaire, 4 enfants).

Cet extrait du discours d'un autre répondant, polygame, illustre bien la coercition qui peut encadrer le refus du port du préservatif par le partenaire masculin en usant de son pouvoir de domination sur sa (ses) partenaire (s).

(...) le docteur m'a dit d'utiliser le préservatif (avec) mes femmes et c'était en présence de mes 2 femmes. J'ai accepté chez le docteur, mais arrivé à la maison, j'ai appelé toutes mes femmes et je leur ai dit que moi je ne vais jamais utiliser le préservatif, que si quelqu'une n'est pas d'accord, elle n'a qu'à partir. Au début, la plus jeune n'avait pas accepté mais quand je l'ai corrigée un peu (en la violentant), elle a accepté. (...) c'est ma maison, je suis le maître, c'est ce que je dis qu'on fait. (Misso, 42 ans, niveau d'instruction secondaire, jardinier, épouses n'ayant pas achevé le cycle primaire, foyer polygame, pas d'enfants).

Les caractéristiques des couples concernés montrent que les situations les plus inégalitaires concernent ceux au sein desquels les différents partenaires sont peu instruits, ou au moins l'un d'entre eux. Ainsi, Stéphanie, de niveau d'instruction secondaire mais dont l'époux n'a pas achevé le cycle primaire, ne parvient pas à négocier la sexualité et la prévention avec ce dernier.

(...) le docteur nous a dit d'utiliser le préservatif pendant le rapport sexuel. Mon mari a dit devant le docteur que lui ne va pas utiliser le préservatif ; que s'il est contaminé, il va prendre les médicaments. (...) une fois, je lui ai remis le préservatif et il a jeté ça sur mon visage. Depuis ce jour, nous entretenons les rapports sexuels non protégés (...) (Stéphanie, 25 ans, niveau d'instruction secondaire, revendeuse, époux n'ayant pas achevé le cycle primaire, foyer monogame, 2 enfants).

Par contre, des couples dans lesquels les deux conjoints ont au moins achevé le cycle primaire semblent éprouver plus de facilité à négocier la sexualité et la prévention. C'est le cas,

par exemple, de ceux de Raïssa et Sidonie, dont les conjoints ont au moins le niveau d'instruction primaire.

(...) mon mari et moi nous utilisons le préservatif à chaque rapport sexuel (...). C'est moi-même qui lui porte le préservatif et il aime beaucoup ça (rire) (Raïssa, 34 ans, niveau d'instruction supérieur, enseignante, époux ayant au moins achevé le cycle primaire, foyer polygame, mère de 3 enfants).

(...) nous ajoutons des lubrifiants au préservatif à chaque rapport sexuel et c'est doux (rire). Avec les lubrifiants, on ne sent aucune douleur, mais plutôt la douceur (rire). (...) (Sidonie, 33 ans, niveau d'instruction supérieur, commerçante, époux ayant au moins achevé le cycle primaire, foyer polygame, mère de 3 enfants).

Les comportements violents d'époux qui ressortent de ces vécus sont également à relever. En effet, les discours révèlent par exemple des viols conjugaux répétés subis par une femme séropositive, dont le partenaire lui impose ainsi des rapports sexuels non protégés. La justification est ici pour l'époux, le fait de désirer un enfant.

(...) le docteur nous a dit d'utiliser le préservatif pendant les rapports sexuels. Arrivés à la maison, mon mari m'a appelée et il m'a dit qu'il ne va pas utiliser le préservatif, comme quoi lui il veut avoir d'enfant (il désire avoir un enfant). J'ai dit (que) sans le préservatif, il ne va pas le faire. (...) la nuit, mon mari saute sur moi au moment où je dormais. J'ai crié et il m'a giflée. Chaque fois c'est comme ça, jusqu'à ce que je sois tombée enceinte. (Sotogbé, 33 ans, sans instruction, ménagère, époux n'ayant pas achevé le cycle primaire, foyer polygame, 3 enfants).

2.2.3. Dynamiques de pouvoir au sein des couples et Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant (PTME)

Les rapports inégalitaires dans ces couples peuvent également avoir un impact sur le respect des protocoles de PTME. Les mécanismes par lesquels cette influence intervient vont de la non-protection des rapports sexuels évoquée plus haut au refus de suivre les prescriptions médicales en ce qui concerne le mode d'accouchement et l'allaitement. Notons que les refus des conjoints d'avoir recours à une césarienne, par exemple, pour l'accouchement de leur épouse en dépit des recommandations médicales, ou d'utiliser l'allaitement artificiel sont aussi parfois liés à des difficultés économiques, mais il faut relever que les décisions sont imposées à la femme. Cet extrait de Sotogbé, évoquée plus haut concernant le viol conjugal, est illustratif de ces situations :

(...) le docteur nous a dit d'utiliser le préservatif pendant les rapports sexuels. Arrivés à la maison, mon mari m'a appelée et il m'a dit qu'il ne va pas utiliser le préservatif, comme quoi lui il veut avoir d'enfant. J'ai dit (que) sans le préservatif, il ne va pas le faire. (...) la nuit, mon mari saute sur moi au moment où je dormais. J'ai crié et il m'a giflée. Chaque fois, c'est comme ça jusqu'à ce que je sois tombée enceinte. Quand le docteur a constaté ça, il était énervé et il m'a dit que mon CD4 n'est pas bon, qu'on doit me faire la césarienne pour éviter la contamination de l'enfant.

Arrivée à la maison, j'ai dit ça à mon mari mais il n'a rien dit. Le jour de l'accouchement, mon mari a dit qu'il n'a pas d'argent. J'ai accouché l'enfant à la maison (pleurs). Il a 3 ans maintenant et il a aussi la maladie. (Sotogbé, 33 ans, sans instruction, ménagère, époux n'ayant pas achevé le cycle primaire, foyer polygame, 3 enfants).

Cette autre femme séropositive explique comment le refus de son époux de recourir à l'allaitement artificiel l'a obligée à nourrir son enfant au sein, ce qui a peut-être contribué à la contamination de ce dernier par le VIH.

C'est pendant l'accouchement qu'on m'a dépistée séropositive. La sage-femme m'a dit de donner du lait artificiel à l'enfant pour éviter qu'il soit contaminé, car mon CD4 n'était pas bon. Malgré qu'elle ait expliqué ça à mon mari, arrivés à la maison, mon mari a dit que c'est le lait maternel que l'enfant va prendre. Si je donne le lait artificiel à l'enfant, c'est des insultes. Il dit que moi j'étais bordelle, raison pour laquelle j'ai attrapé le VIH. Une fois même, il m'a frappée parce que j'ai donné du lait artificiel à l'enfant. Pour éviter tous ces sévices corporels, je donne le lait maternel à l'enfant. (...) quand l'enfant a eu 18 mois, on lui a fait le test et le docteur nous a dit qu'il est infecté (Rachida, 30 ans, sans instruction, époux n'ayant pas achevé le cycle primaire, foyer polygame, ménagère, mère de 3 enfants).

Pour ces trois dimensions de la prévention, il faut néanmoins noter que quelques-uns des cas étudiés montrent des dynamiques de pouvoir plus égalitaires où la femme, notamment celle séronégative, est en mesure de convaincre son époux d'adhérer à ses choix préventifs. Ces situations ne sont pas non plus exemptes de risques, certaines femmes séronégatives étant, par exemple, celles qui refusent que leur époux utilise le préservatif lors des rapports sexuels. Ces choix sont justifiés par ces dernières par l'inconfort ressenti en utilisant le préservatif ou par des raisons psychoaffectives.

3. Discussion:

Les résultats confirment, pour les personnes ayant participé à l'enquête, l'existence de fortes inégalités de genre au sein des couples. De ce fait, on note, dans la majorité des cas, une domination masculine qui s'étend également à la sexualité et à la prévention du couple. Cela, dans un contexte où les conjoints ne sont pas toujours suffisamment informés des risques et des conséquences de leurs comportements, expose souvent les couples à la contamination du conjoint séronégatif ou à la transmission du VIH de la mère à leurs enfants.

3.1. Vulnérabilité sociale des femmes et séropositivité : une intersectionnalité source de situations particulières par rapport à la sexualité et la prévention

Les rapports de pouvoir inégaux observés chez certains des couples étudiés, comme chez de nombreux autres couples, trouvent leurs fondements, à Lomé comme ailleurs, dans

l'existence de normes sociales très inégalitaires en ce qui concerne la vie du couple (Rossier, Sawadogo et Soubeiga, 2013). On relève notamment la pression sociale au mariage et à la préservation de l'union, qui fait qu'en dépit de vécus conjugaux très difficiles chez certaines femmes, ces dernières n'envisagent presque jamais le divorce, de crainte des sanctions sociales qui s'ensuivraient (stigmatisation, rejet, etc.) et, également, du fait de leur totale dépendance économique envers leur époux.

Les discours des répondants montrent comment la situation du VIH exacerbe la domination masculine. Des recherches antérieures (J. Burgos-Soto et al, 2014, p. 7 ; B. Saka et al, 2018, p. 903; M. Zongo et al, 2009, p. 635) montrent que ce type de situation n'est pas rare du point de vue psychologique, le conjoint séropositif se culpabilisant et se plaçant, consciemment ou non, dans une posture inférieure vis-à-vis de son conjoint. Quand il s'agit de l'épouse, cette vulnérabilité psychique, croisée avec celle liée aux rapports de genre inégaux, crée une intersectionnalité qui place parfois cette dernière dans une situation très préoccupante. L'effet des niveaux de scolarisation, parfois très faibles, est également notable. Des verbatims montrent ainsi des cas de rejet manifeste subi par des répondantes séropositives de la part de leur époux. Ce rejet est exprimé par une stigmatisation et des maltraitances de la part de ce dernier envers son épouse. En effet, un élément important de cette domination réside dans les violences verbales, psychologiques, physiques et sexuelles. Burgos-Soto et ses collègues (2014) ont effectivement relevé l'importance relative des violences au sein des couples sérodifférents lors d'une étude au sein du CHU Sylvanus Olympio de Lomé.

Ces fortes inégalités et ces violences, en ce qu'elles enfreignent les droits sexuels et reproductifs des femmes concernées en plus de réduire les chances de prévention efficace de la transmission du VIH au sein de ces couples, méritent une attention particulière de la part de leurs accompagnants. Ces résultats induisent des constats à relever, autant en ce qui concerne les enjeux de ces situations pour la prévention de la contamination entre ces conjoints que pour celle de la TME.

3.2. Enjeux pour la prévention de la contamination au sein des couples sérodiscordants

Si d'autres facteurs transparaissent des discours (connaissances erronées sur la prévention et les comportements à risques adoptés), l'examen des comportements sexuels et préventifs des couples étudiés montre l'impact indéniable des dynamiques de pouvoir égalitaires en leur sein sur leurs aptitudes à respecter les protocoles de prévention en vigueur.

De fait, l'USAID a affirmé en 2021 la nécessité de prodiguer une éducation sexuelle transformatrice de genre en tant qu'élément-clé de la prévention du VIH et des IST, notamment chez les adolescents et les jeunes. Ces recommandations rejoignent celles de Doucouré (2014), qui estimait que les prestataires de la prise en charge devraient, entre autres stratégies, promouvoir la prise en charge globale des PVVIH en y associant des experts de divers domaines, à savoir notamment, des psychologues, sociologues et anthropologues. Cela contribuerait certainement à mieux soutenir les couples sérodifférents en vue de transformer positivement leur vécu sexuel et préventif.

3.3. Enjeux pour la prévention de la TME du VIH

Les analyses montrent comment les rapports de pouvoir inégalitaires entravent également le respect des prescriptions faites au couple en matière de PTME. On perçoit, à travers l'exemple de Sotogbé, qui n'a pas été en mesure de négocier un accouchement par césarienne avec son époux alors qu'il était requis par les prestataires, que ce manque de communication et cette domination ont entraîné un risque de contamination pour leur enfant. Le cas de Rachida, dont l'époux usait de violences pour l'empêcher de donner un allaitement artificiel à leur bébé, est également illustratif de l'impact de ce genre d'attitudes sur la PTME.

Il est probable que d'autres facteurs, tels que l'insuffisance de ressources de l'époux pour assumer le coût de ces prescriptions (césarienne et allaitement artificiel) peuvent contribuer à ces refus catégoriques vis-à-vis de la PTME. Néanmoins, quoiqu'il en soit, ces difficultés auraient pu être surmontées par une meilleure communication dans le couple et une relation plus égalitaire. Ces conditions leur auraient permis de se confier aux équipes de prise en charge et de bénéficier de leur accompagnement afin de réduire les chances de contamination de leurs enfants. De fait, la synergie du couple est citée comme un facteur essentiel pour la réussite de la PTME (Desgrées du Loû, 2011).

3.4. Insuffisances potentielles de l'étude et perspectives de recherche

Rappelons que, du fait de l'échantillonnage et du canal de recrutement des répondants membres des couples sérodifférents dans cette étude (file active du CTA), ce sont uniquement les membres séropositifs de ces couples qui ont directement participé à l'enquête. D'où l'absence du ressenti direct des membres séronégatifs. Cela aurait permis de mieux trianguler les informations.

De ce fait, il serait utile, dans de futures recherches, de mener des entretiens avec chacun des deux membres du couple. Cela permettrait de saisir de façon plus complète la dynamique

en leur sein et de raffiner davantage les résultats permettant d'identifier des pistes de soutien accru à leur endroit. Par ailleurs, la triangulation de ces résultats avec d'autres données récoltées auprès de parties prenantes de la prise en charge et de l'accompagnement social de ces couples serait utile pour raffiner les interprétations.

Conclusion

L'étude visait à documenter les dynamiques de pouvoir des couples sérodifférents à Lomé en lien avec leur sexualité et leur prévention, de même que les liens entre cette dynamique et les difficultés de prévention enregistrées en leur sein, y compris en matière de TME.

Les résultats interpellent à plusieurs titres. Ils démontrent l'intersectionnalité qui découle de l'imbrication des rapports inégalitaires dans les couples de façon générale, à Lomé comme dans tant d'autres contextes, et de la vulnérabilité accrue des femmes séropositives en couple avec un partenaire séronégatif. Ils montrent également comment, dans ce contexte cette situation engendre des violations importantes des droits sexuels et reproductifs des individus, à savoir des hommes, mais surtout des femmes. Par ailleurs, ils montrent également, dans les cas de non-respect des prescriptions de la PTME, comment ces attitudes et comportements vont à l'encontre du respect du droit à la santé des enfants à naître au sein de ces ménages.

En fin de compte, les analyses menées dans cette étude montrent l'importance de la prise en compte des dynamiques de pouvoir dans les couples dans les protocoles et stratégies de prise en charge des couples sérodifférents. Notamment, les intervenants en la matière devraient renforcer les programmes de prise en charge des couples sérodifférents à Lomé par des séances régulières d'éducation et de suivi thérapeutique et social. Ces séances devraient comporter des modules visant à transformer progressivement les dynamiques de pouvoir au sein de ces couples, et notamment à réduire les violences.

Par ailleurs, comme on le sait, cette œuvre de transformation des rapports de genre ne peut aboutir, à moyen et long terme, que par la réduction des sources et des médiateurs de ces inégalités, à savoir la faible instruction des hommes et des femmes, la pauvreté multidimensionnelle de même que par le renforcement de l'environnement législatif et par une meilleure application des lois en matière de protection des plus vulnérables contre les abus.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- ATAKE Ezzo-Hanam et GNAKOU ALI Pitaloumani**, 2020, "Women's empowerment and fertility preferences in high fertility countries in Sub-Saharan Africa", *BMC Women's Health* 19, 1, p 1-14.
- BITASSA WAGUENA Urbain**, 2017, *Le Sida au Togo: Enjeux éthiques et théologiques*, Thèse de doctorat, Strasbourg, Ecole doctorale 270, Université de Strasbourg.
- BOZON Michel**, 2006, "L'apport des méthodes qualitatives en démographie", in: CASELLI Graziella, VALLIN Jacques et WUNSCH Guillaume (sous la direction de), *Démographie et synthèse. Volume VIII. Observation, méthodes auxiliaires, enseignement et recherche*, p. 433-457, Paris, Ined-PUF.
- BURGOS-SOTO Juan, ORNE-GLIEMANN Joanna, ENCRENAZ Gaëlle, PATASSI Akouda, WORONOWSKI Aurore, KARIYIARE Benjamin, LAWSON-EVI Annette K, LEROY Valérienne, DABIS François, EKOUEVI Didier K & BECQUET Renaud**, 2014, "Intimate partner sexual and physical violence among women in Togo, West Africa: prevalence, associated factors, and the specific role of HIV infection", *Global Health Action*, 7, 1, p 1-14.
- COHEN Daniel & REID Ewing**, 1999 «The vulnerability of women: is this a useful construct for policy and programming? » In *Vivre et penser le SIDA en Afrique*, Becker et al. (Eds). Codesria-Karthala-IRD, 377-388.
- CONSEIL NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE SIDA ET LES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES (CNLS-IST)**, 2012, *Politique Nationale de Lutte contre le VIH et le SIDA au Togo*, Lomé, CNLS-IST.
- DEDY Séri & TAPE Gozé**, 1995, *Sida et procréation en Côte d'Ivoire : le cas d'Abidjan*, Abidjan, Projet National de Lutte contre le Sida (PNLS)/ Comité National de Lutte contre le Sida (CNLS).
- DEPELTEAU François**, 2005, *La démarche d'une recherche en sciences humaines : 4e tirage 2005*, Québec, Les Presses de l'Université Laval.
- DESGREES Du LOÛ Annabel, HERMANN Brou, TIJOU-TRAORE Annick; DJOHAN Gérard; BECQUET Renaud et LEROY Valériane**, 2009, « From prenatal HIV testing of the mother to prevention of sexual HIV transmission within the couple », *Social Science and Medicine*, 69, 6, p 892-899.
- DESGREES DU LOÛ Annabel**, 2011, « Conséquences conjugales du dépistage prénatal du VIH à Abidjan » dans DESCLAUX Alice, MSELLATI Philippe & SOW Khoudia, *Les femmes à épreuve du VIH dans les pays du Sud : genre et accès universel à la prise en charge*, pp 73-88, Paris, Sciences Sociales et Sida, ANRS.
- DOUCOURE Saharou**, 2014, *Evaluation des facteurs de risque de contamination conjugale du VIH chez les patients suivis à l'USAC du CNAM*, Thèse de Médecine, Bamako, Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie, UNIVERSITE DES SCIENCES, DES TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES DE BAMAKO.
- GIRAUD Christophe**, 2006, "Le stigmate de la séropositivité dans la vie conjugale des couples sérodiscordants : Commentaire", *Sciences sociales et santé*, 24, 2, p 69-74.
- GOKABA Jean Martin**, 2020, *Sérologie discordante du VIH/sida et vie des couples en*

- République du Congo: profil sociodémographique, comportements, facteurs de survie et prise en charge*, Thèse de Doctorat, Université Bourgogne Franche-Comté.
- ONUSIDA**, 2015, *Rapport d'activité 2015 sur la riposte au SIDA dans le monde*, ONUSIDA.
- ONUSIDA**, 2021, *Suivi mondial de la lutte contre le sida 2022*, ONUSIDA.
- ONUSIDA**, 2022a, *Dernières statistiques sur l'état de l'épidémie du Sida*, ONUSIDA.
- ONUSIDA**, 2022b, *En danger: Rapport mondial actualisé sur le Sida 2022*, ONUSIDA.
- PIRES Alvaro**, 1997, *Échantillonnage et recherche qualitative : essai théorique et méthodologique*. Paris : Les classiques des sciences sociales.
- ROSSIER Clémentine, Sawadogo Nathalie & Soubeiga André**, 2013, "Sexualités pré-nuptiales, rapports de genre et grossesses non prévues à Ouagadougou", *Population*, 68(1), p 97-122.
- SAKA Bayaki, TCHOUNGA Boris, EKOUEVI Didier K. SHOUENOU Céphas & SEWU Essèboè**, 2018, « Discrimination et stigmatisation vécues par les personnes vivant avec le VIH au Togo en 2013 », *Santé Publique*, 29, 6 , p 897-907.
- SAWADOGO Nathalie**, 2016, *De l'initiation sexuelle au mariage chez les jeunes urbains burkinabè: Relations, vécu et risques*, Thèse de Doctorat, Louvain-la-Neuve, Presses Universitaires de Louvain.
- TIJOUX-TRAORE Annick**, 2006, « Pourquoi et comment en parler ? Dialogue conjugal autour de l'annonce de la séropositivité dans des couples sérodiscordants à Abidjan (Côte d'Ivoire) » *Sciences sociales et santé*, 24, 2, p 43-67.
- UNICEF**, 2007, *Rapport de l'évaluation des projets de prévention de VIH en milieu scolaire dans les régions Maritime et de la Kara, Lomé*, UNICEF.
- URD**, 2006, *Connaissances, attitudes et pratiques en matière VIH/Sida chez les jeunes de 15-24 ans au Togo*, Lomé, URD.
- ZONGO Mahamoud, CAPOCHICHI Justine, GANDAHO Prosper & COPPIETERS Yves**, 2009, « Prise en charge psychosociale des personnes vivant avec le VIH au Bénin », *Santé Publique*, 21, 6, p 631-639.

Nathalie Sawadogo est Maître Assistante en Démographie à l'Institut Supérieur des Sciences de la Population (ISSP) de l'Université Joseph Ki-Zerbo. Elle est membre du Laboratoire de Recherche Interdisciplinaire en Sciences Sociales et Santé (LARISS) de l'École Doctorale Lettres, Sciences Humaines et COmmunication (ED-LESHCO) de la même Université. Ses intérêts de recherche vont notamment vers la Santé sexuelle et reproductive, les droits sexuels et reproductifs, les inégalités sociales en matière de santé et d'éducation et les relations de genre.

Dr Nathalie Sawadogo
Maître-Assistante en Démographie
Institut Supérieur des Sciences de la Population - Université Joseph Ki-Zerbo
BP 7118 Ouagadougou 03
Burkina Faso
www.issp.bf
nathsawadogo@gmail.com

Yawovi DJAKPA est Assistant médical et titulaire d'un Master en Santé et Population. Prescripteur ARV (anti retro viral) au Centre de Traitement Ambulatoire (CTA) du Centre Hospitalier universitaire Sylvanus Olympio (CHU SO) de Lomé, il assure la prise en charge médicale et psychosociale des personnes vivant avec le VIH/SIDA.

Yawovi DJAKPA
Centre de Traitement Ambulatoire (CTA)
Centre Hospitalier Universitaire Sylvanus Olympio (CHU SO)
yadjakpa@yahoo.fr