Les femmes africaines face au VIH/sida

Perception et gestion du risque

Nathalie LYDIÉ¹

Résumé

En Afrique sub-saharienne, 61 % des adultes infectés par le VIH/sida sont des femmes. Dans ces pays, la littérature met en avant la vulnérabilité accrue de celles-ci face à cette infection, en raison notamment de leur statut social, qui limite fortement leurs possibilités de s'engager dans la sexualité qu'elles ont choisie. Qu'en est-il des femmes africaines vivant en France ? Leur migration a-t-elle permis de faire évoluer les rapports sociaux de sexe vers un rééquilibrage en leur faveur ? Les réponses apportées par les 701 hommes et les 693 femmes de notre échantillon montrent que les femmes africaines vivant en France évoluent encore très souvent dans un contexte de domination masculine très marquée et que les relations inégalitaires dans lesquelles elles sont engagées pèsent lourdement sur leur aptitude à adopter des comportements préventifs. Néanmoins, des réaménagements dans les rapports hommes/femmes existent et l'introduction du préservatif, même à titre de possibilité, joue un rôle constant dans la recomposition de ces derniers.

Mots clés : VIH, Afrique sub-saharienne, migration, comportements sexuels, prise de risque, rapports hommes/femmes.

Depuis la fin des années 1990, les caractéristiques des populations touchées par l'épidémie de VIH/sida, en France comme dans d'autres pays européens, se sont modifiées avec une proportion croissante de personnes originaires de pays d'endémie, en particulier d'Afrique sub-saharienne. Entre 1996 et 2005, la proportion de personnes de nationalité d'un pays d'Afrique sub-saharienne atteintes de sida est ainsi passée de 7 % à 24 % et cette population a représenté 32 % de l'ensemble des découvertes de séropositivité au cours de la période 2003-2005 [1].

Chez les personnes originaires d'Afrique sub-saharienne, cette épidémie se caractérise par un mode de contamination quasi exclusivement hétérosexuel² et par une importante proportion de femmes parmi les personnes touchées, celles-ci représentant 62 % des découvertes de séropositivité pour la période 2003-2005 [1]. Ce pourcentage est proche de celui observé en Afrique sub-saharienne où 61 % des adultes infectés par le VIH sont des femmes [2]. Ainsi les tendances épidémiologiques observées

parmi les populations africaines vivant en France reflètent en grande partie la situation du VIH en Afrique sub-saharienne, alors que celles-ci auraient pu se modifier sous l'influence de différents facteurs comme les caractéristiques des flux migratoires, la dynamique de l'épidémie sur le territoire français ou encore l'accès au dépistage. Or, il n'en est rien. En France comme en Afrique, ce sont les femmes les plus touchées par le VIH, traduisant leur plus grande vulnérabilité face au virus.

La vulnérabilité des femmes face au VIH est d'abord d'ordre biologique. Rappelons qu'au cours d'un rapport hétérosexuel, le risque de transmission de l'homme vers la femme est environ deux fois plus élevé que celui de la femme vers l'homme³ et qu'en présence d'autres infections sexuellement transmissibles, souvent asymptomatiques et donc non traitées, le risque est encore accru [3]. À cette vulnérabilité biologique, s'ajoute une vulnérabilité liée au statut social de nombreuses femmes africaines, qui limite fortement leurs possibilités de s'engager dans la sexualité qu'elles ont choisie et d'adopter des moyens de prévention. Cette vulnérabilité, assez largement documentée [4-8], est multiforme, regroupant des dimensions collectives et individuelles : inégalité d'accès à l'éducation, dépendance économique, non-respect ou absence de droits en matière de succession, accès limité aux services de planning familial et aux préservatifs, valorisation du multipartenariat masculin, absence de dialogue avec le partenaire etc, dans un contexte où aucun moyen de prévention financièrement abordable et qu'elles seules pourraient entreprendre d'utiliser (microbicides, préservatifs féminins) n'est réellement disponible. Comment s'exprime cette vulnérabilité chez les femmes africaines vivant en France, dans un environnement où les rapports hommes/femmes se veulent moins inégalitaires, l'accès à l'information et à la prévention plus large, l'offre de dépistage et de soins généralisée ? La migration contribue-t-elle à faire évoluer les rapports sociaux de sexe vers un rééquilibrage des relations en faveur des femmes ? Quels sont les facteurs qui influencent leur perception du risque, leurs comportements sexuels et préventifs ?

¹ Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes), Saint-Denis.

² Près de 90 % des étrangers originaires d'Afrique sub-saharienne qui ont déclaré un sida entre 2003 et 2005 ont été contaminés par voie hétérosexuelle, contre 37 % pour les personnes de nationalité française.

³ L'appareil génital féminin présente en effet une plus grande surface de muqueuses exposées aux sécrétions sexuelles et aux microtraumatismes, et, en cas d'infection par le VIH, le sperme contient une concentration plus élevée de virus que les sécrétions vaginales.

Méthodologie de l'enquête et description de l'échantillon

Méthode d'enquête

Pour répondre à ces questions, nous utilisons les données de l'enquête sur les connaissances, attitudes, croyances et comportements face aux VIH/sida des populations originaires d'Afrique sub-saharienne, vivant en Île-de-France et réalisée en 2005 par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) [9]. Cette enquête a été conduite dans cinquante communes d'Île-de-France, en lieux ouverts, à partir de sites d'enquêtes fixes (gare RER, sortie de bouches de métro, marché ouvert, bureau de poste, entrée/sortie de centre commercial, supermarché). Pour être éligible, une personne devait remplir trois critères : 1) être née dans un pays d'Afrique sub-saharienne, 2) être âgée de 18 et 49 ans, 3) résider habituellement en Île-de-France. Le questionnaire directement adapté des questionnaires développés par l'Observatoire régional de la santé d'Île-de-France dans le cadre des enquêtes KABP (Knowledge, Attitudes, Beliefs and Practices) métropole et Antilles/Guyane a été administré en face à face et en français par des enquêteurs, tous eux-mêmes originaires d'un pays d'Afrique sub-saharienne. Au final, 1 874 personnes ont été interrogées. Comparativement à une enquête par téléphone, le taux de refus est important (une personne sur cinq a accepté de participer à l'enquête). Néanmoins, la méthodologie mise en œuvre a permis d'interroger un échantillon représentatif de la population originaire d'Afrique sub-saharienne vivant en Île-de-France, en termes de répartition par sexe et par région de naissance⁴. A contrario, les personnes qui ont participé à l'enquête sont significativement plus jeunes – une différence de cinq ans en moyenne a été observée – et plus éduquées que la population qu'elles représentent. Les analyses réalisées dans le cadre de cet article portent sur la population sexuellement active dans les douze mois qui ont précédé l'enquête, soit 701 hommes et 693 femmes (n = 1 394).

Description de l'échantillon

L'âge moyen des répondants était de 31,6 ans, les femmes étant sensiblement plus jeunes que les hommes (30,9 ans versus 32,3 ans ; $p < 0,001$). Près de six répondants sur dix (57,2 %) sont nés dans un pays d'Afrique de l'Ouest (sans différence entre les hommes et les femmes), 36,5 % en Afrique centrale et une minorité (5,3 % des femmes et 7,1 % des hommes) venait d'Afrique de l'Est et australe (tableau 1). En moyenne, les femmes étaient arrivées en France à un plus jeune âge que les hommes (20,2 ans versus 22,3). Les principales raisons d'immigration étaient, pour les femmes, un rapprochement familial (45,8 %) et

la poursuite d'études (32,8 %), tandis que, chez les hommes, la migration s'est d'abord faite dans le cadre des études (38,2 %), puis d'une recherche d'emploi (27,3 %). Les femmes sont sensiblement moins nombreuses que les hommes à avoir déclaré au moins une année d'études après le baccalauréat (47,5 % versus 58,5 % des hommes ; $p < 0,001$), mais seule une minorité d'entre elles (9,8 %) n'a jamais été scolarisée ou uniquement au niveau primaire.

Les hommes et les femmes de notre échantillon accordent une grande importance à la religion, puisque moins de 5 % des personnes interrogées (4,4 %) ont déclaré qu'elles n'avaient pas de religion. Les proportions de catholiques et de musulmans sont respectivement de 40,1 % et 36,2 %, alors qu'environ 16 % des personnes interrogées ont dit qu'elles étaient protestantes et 3,1 % d'une autre religion (Église évangélique, témoins de Jéhovah etc). Une pratique religieuse régulière a été rapportée par près de la moitié des hommes et des femmes, en particulier par les personnes de confession musulmane, tandis que les catholiques déclarent davantage ne pratiquer que de temps en temps ou lors d'événements importants.

L'analyse de la situation professionnelle des personnes interrogées montre qu'un même pourcentage d'hommes et de femmes s'est dite sans emploi (22,0 % versus 19,5 %). Près d'une femme sur dix (9,2 %) a déclaré être au foyer tandis que près de cinq sur dix (47,5 %) ont déclaré une activité professionnelle (contre près de six hommes sur dix : 58,8 %). Si les femmes sont moins souvent salariées que les hommes, elles sont aussi nombreuses à déclarer disposer d'un revenu personnel (74,9 % des hommes et 73,4 % des femmes), source de leur travail ou des allocations qu'elles perçoivent.

Au moment de l'enquête, 66,8 % des femmes interrogées ont déclaré disposer d'une couverture sociale et d'une mutuelle contre 59,2 % des hommes. Les femmes bénéficient également plus souvent d'une situation administrative stable (nationalité française ou carte de résident) que les hommes (65,1 % versus 57,4 %). Enfin, 6,5 % des femmes et 9,7 % des hommes interrogés n'avaient pas de titre de séjour. Au niveau du statut matrimonial, 44,0 % des femmes et 39,4 % des hommes étaient mariés, respectivement 43,4 % et 41,4 % étaient en couple cohabitant ou non, et 12,6 % et 19,3 % étaient célibataires.

Au final, les femmes interrogées présentent une grande diversité de situations sociales et économiques, liées à la fois à l'ancienneté de leur migration et aux raisons de cette migration. Les femmes arrivées en France après 2000, seules, pour des raisons autres que familiales ou scolaires, se trouvent dans les situations les plus précaires : titre de séjour temporaire, absence d'emploi, hébergement chez des parents ou des amis, couverture sociale incomplète. À l'opposé, les femmes arrivées de longue date, dans le cadre d'un rapprochement familial, présentent les situations les plus assurées, celles-ci ayant pu bénéficier de l'intégration des personnes qu'elles ont rejointes.

⁴ Les personnes interrogées proviennent, dans des proportions semblables à celle du recensement, des six premiers pays d'émigration régulière que sont le Cameroun, la Côte-d'Ivoire, le Congo, le Mali, la République démocratique du Congo et le Sénégal.

Tableau 1
Caractéristiques sociodémographiques des personnes interrogées

	Hommes (n = 701)		Femmes (n = 693)		Ensemble (n = 1 394)	
	n	%	n	%	n	%
Région de naissance						
Afrique de l'Ouest	403	57,5	395	57,0	798	57,2
Afrique centrale	248	35,4	261	37,7	509	36,5
Afrique de l'Est, australe	050	07,1	037	05,3	087	06,2
Année d'arrivée en France						
Avant 1990	176	25,4	195	28,4	371	26,9
Entre 1990 et 1999	256	36,9	247	36,0	503	36,4
Depuis 2000	261	37,7	245	35,7	506	36,7
Raison de la venue en France						
Regroupement familial	130	18,6	315	45,8	445	32,1
Études	267	38,2	226	32,8	493	35,5
Travail	191	27,3	073	10,6	264	19,0
Autres (raisons politiques, médicales etc)	111	15,9	074	10,8	185	13,3
Niveau d'études						
Jamais scolarisé/primaire	051	07,3	067	09,8	118	08,6
Études secondaires	237	34,1	294	42,9	531	38,5
Études supérieures	406	58,5	325	47,4	731	53,0
Pratique religieuse						
Pratique régulière	347	49,9	315	45,6	662	47,8
Pratique non régulière	309	44,5	354	51,2	663	47,8
Ni religion ni pratique	039	05,6	022	03,2	061	04,4
Situation professionnelle						
Exerce une activité professionnelle	410	58,8	328	47,5	738	53,2
Sans emploi	153	22,0	135	19,5	288	20,7
Étudiants	120	17,2	142	20,5	262	18,9
Autres/Inactifs	014	02,0	086	12,4	100	07,2
Dispose d'un revenu personnel						
Oui	521	74,9	506	73,4	1 027	74,2
Non	175	25,1	183	26,6	358	25,8
Protection sociale						
Sécurité sociale + mutuelle	415	59,2	463	66,8	878	63,0
Sécurité sociale seule	249	35,5	211	30,4	460	33,0
Ni sécurité sociale ni mutuelle	037	05,3	019	02,7	056	04,0
Situation administrative						
Nationalité française	128	18,4	200	29,0	328	23,7
Carte de résident	271	39,0	249	36,1	520	37,5
Carte de séjour temporaire	190	27,3	170	24,6	360	26,0
Autres situations	106	15,3	071	10,3	177	12,8
Statut matrimonial						
Célibataire	135	19,3	087	12,6	222	15,9
En couple	290	41,4	301	43,4	591	42,4
Marié	276	39,4	305	44,0	581	41,7

Les variations dans les effectifs sont consécutives aux non-réponses.

La perception du risque du VIH : premier indicateur des différences hommes/femmes

Une perception du risque plus élevée chez les femmes

À la question « *Vous-même, considérez-vous que, par rapport à la moyenne des gens, vous avez plus de risque, le même risque, moins de risque ou aucun risque d'être contaminé par le virus du sida ?* », 58,0 % des personnes interrogées estiment avoir plus de risque ou le même risque que la moyenne d'être contaminées par le VIH. La perception du risque de contamination est cependant plus élevée parmi les femmes originaires d'Afrique subsaharienne que parmi les hommes : ainsi, 64,5 % d'entre elles estiment avoir un risque supérieur ou égal à la moyenne d'être contaminées contre 51,4 % des hommes ($p < 0,001$, tableau 2). Il est intéressant de noter que ce sont parmi les hommes de la classe d'âge intermédiaire (30-39 ans) que la perception du risque est la plus forte (56,8 %), alors que chez les femmes, le risque est déjà perçu de manière importante parmi les 18-29 ans (68,0 %).

Une perception du risque plus élevée chez les femmes en situation précaire

La perception du risque de contamination par le VIH est, chez les femmes originaires d'Afrique subsaharienne, liée à leur situation de vie, appréhendée à travers d'une part, le fait de disposer d'un revenu personnel et d'autre part, leur situation familiale. Ainsi, les femmes qui déclarent ne disposer d'aucun revenu personnel sont significativement plus nombreuses à considérer avoir un risque de contamination supérieur ou égal à la moyenne que celles qui ont un revenu dont elles peuvent disposer : 71,0 % versus 62,1 % ($p = 0,03$). De la même manière, les femmes qui vivent seules, avec ou sans enfant, ont une perception plus aiguë d'un risque de contamination par le VIH que les femmes vivant en couple (76,1 % versus 59,5 %, $p = 0,001$). La pratique religieuse est également associée à la perception du risque chez les femmes, cette dernière étant plus importante parmi les femmes qui déclarent une pratique non régulière ou ni religion ni pratique (tableau 2). Aucune association de ce type n'est observée chez les hommes, pour lesquels la perception du risque est avant tout associée aux caractéristiques de l'activité sexuelle. Si une telle

Tableau 2
Proportion d'hommes et de femmes déclarant avoir un risque supérieur ou égal à la moyenne des gens d'être contaminés par le virus du sida selon certaines caractéristiques

	Hommes		Femmes		pH/F
	n	%	n	%	
Total	686	51,5	688	64,5	***
Âge					
18-29 ans	279	51,3	325	68,0	***
30-39 ans	273	56,8	257	63,0	ns
40-49 ans	134	41,0*	106	57,5*	**
Niveau d'études					
Jamais scolarisé/Primaire	047	42,6	067	56,7	ns
Collège/Lycée	231	48,5	290	63,8	***
Études supérieures	401	54,9*	218	67,3	***
Langue parlée en famille					
Français	376	52,4	324	66,7	***
Autre langue	279	51,3	324	60,8	
Pratique religieuse					
Pratique régulière	338	49,4	314	58,3	*
Pratique non régulière	303	52,8	243	69,4	***
Ni religion ni pratique	039	56,4	022	77,3**	ns
Situation familiale					
Vit seul(e), avec ou sans enfant	131	52,7	109	76,1	***
Vit en couple, avec ou sans enfant	268	49,3	341	59,5	**
Vit avec des membres de sa famille	145	53,8	129	68,2	*
Autres situations	142	52,1	109	64,2**	*
Dispose d'un revenu personnel					
Oui	512	50,4	501	62,1	***
Non	169	51,5	183	71,0*	

* $p \leq 5\%$; ** $p \leq 1\%$; *** $p \leq 1\%$; les variations dans les effectifs sont consécutives aux non-réponses.

association existe également chez les femmes, elle s'exprime toutefois de manière différente.

Perception du risque et comportement sexuel

La figure 1 permet d'observer que la perception individuelle du risque de contamination est étroitement liée aux caractéristiques de l'activité sexuelle des individus et, plus précisément, au nombre de partenaires déclarés. Ainsi, la perception d'avoir un risque supérieur à la moyenne augmente avec le nombre de partenaires déclarés aussi bien chez les hommes que chez les femmes. Parmi les hommes qui n'ont eu qu'un seul partenaire au cours des douze mois qui ont précédé l'enquête, 8,9 % considèrent qu'ils ont un risque supérieur à la moyenne contre 16,8 % parmi ceux qui ont eu trois partenaires ou plus ($p = 0,009$). Chez les femmes, la tendance est plus accentuée, avec des pourcentages respectifs de 8,9 % et 23,2 % ($p = 0,002$). Cette tendance générale cache cependant des différences qu'il est intéressant de souligner. Ainsi, chez les femmes, la perception d'un risque s'accroît immédiatement lors du passage de un à deux partenaires. Chez les monopartenaires, 8,9 % considèrent qu'elles ont un risque supérieur à la moyenne, contre 21,5 % pour celles qui ont déclaré deux partenaires ($p = 0,01$), alors que chez les hommes, le passage de un à deux partenaires n'influence pas la perception d'un risque élevé (les pourcentages respectifs sont de 8,9 % et 9,2 % ; différence non significative). Ainsi, parmi les hommes qui ont déclaré deux partenaires au cours des douze mois qui ont précédé l'enquête, 43,1 % considèrent qu'ils ont le même risque que la moyenne et 38,5 % qu'ils ont moins de risque que la moyenne d'être contaminés par le virus du sida. Chez les hommes, c'est le passage de deux à trois partenaires qui accentue la perception d'un risque supérieur à la moyenne d'être contaminés par le virus du sida (passage de 9,2 % à 16,8 %, + 7,6 points). Cette perception différentielle du risque entre les hommes et les femmes en fonction du nombre de partenaires déclarés est en fait étroitement liée aux caractéristiques du multipartenariat dans lequel ces hommes sont engagés et dont ils peuvent considérer qu'il leur apporte une certaine sécurité face au VIH.

Comportement sexuel : multipartenariat masculin, monopartenariat féminin ?

Les hommes sont plus souvent multipartenaires que les femmes

Les données relatives aux comportements sexuels témoignent de différences importantes entre les hommes et les femmes originaires d'Afrique sub-saharienne. Ainsi par exemple, l'âge au premier rapport sexuel des hommes reste plus précoce que celui des femmes (17,0 ans d'âge médian pour les hommes contre 18,0 ans pour les femmes), mais c'est surtout sur la déclaration

du nombre de partenaires que les différences entre les hommes et les femmes sont les plus marquées. Ainsi, parmi les hommes sexuellement actifs dans les douze mois qui ont précédé l'enquête, 34,2 % ont déclaré avoir eu plusieurs partenaires au cours de cette période. La majorité des hommes âgés de 18 à 24 ans (50,9 %) a indiqué être multipartenaire et si cette proportion tend à décroître avec l'âge, elle reste à des niveaux élevés puisque plus d'un quart (25,5 %) des 40-49 ans ont déclaré plus d'un partenaire dans l'année. Quel que soit l'âge considéré, les hommes multipartenaires sont le plus souvent engagés dans des relations simultanées (71,7 % ; 172/240), c'est-à-dire qui se déroulent sur une même période de temps. La fréquence déclarée du multipartenariat est beaucoup moins importante chez les femmes : seules 12,3 % d'entre elles ont déclaré plus d'un partenaire au cours de l'année. Cette situation concernait essentiellement les femmes âgées de moins de 30 ans, mais dans des proportions très inférieures à celles enregistrées chez les hommes (17,7 % versus 42,0 %, $p < 0,001$). L'écart entre les déclarations des hommes et celles des femmes est donc important à tous les âges, et particulièrement parmi les 40-49 ans pour lesquels la proportion de multipartenaires est 4,6 fois plus élevée chez les hommes que chez les femmes (5,6 % versus 25,5 %, $p < 0,001$). Les femmes sont majoritairement engagées dans des relations parallèles mais de manière moins fréquente que les hommes (57,6 % versus 71,7 % ; $p = 0,016$).

Des multipartenaires aux profils différents

Au-delà de la fréquence du multipartenariat, il est intéressant d'analyser les caractéristiques sociodémographiques des hommes et des femmes multipartenaires. Indépendamment de l'âge, chez les femmes, le fait de déclarer plusieurs partenaires est étroitement lié à la situation matrimoniale. En effet, la très grande majorité (95,3 %) des femmes qui ont déclaré plus d'un partenaire dans l'année était célibataire ; moins de 2 % (1,3 % ; 4/305) des femmes mariées au moment de l'enquête ont indiqué qu'elles étaient multipartenaires⁵. Indépendamment de l'âge et du statut matrimonial, le multipartenariat est également plus fréquent parmi les femmes qui déclarent ne pas avoir de revenus personnels (tableau 3). Ainsi, 22,4 % des femmes qui ne disposaient d'aucun revenu personnel au moment de l'enquête ont déclaré avoir eu plusieurs partenaires dans l'année contre 8,5 % parmi celles qui se sont déclarées indépendantes financièrement (ORa : 2,3 ; IC : 1,4-3,8 ; $p < 0,001$). Le modèle final de régression logistique montre également que le multipartenariat est plus fréquent parmi les femmes multipartenaires qui déclarent parler le français en famille (ORa : 1,7 ; IC : 1,0-2,8 ; $p = 0,04$).

Le profil des hommes multipartenaires est sensiblement différent. En effet, chez les hommes, le fait de déclarer plusieurs partenaires

⁵ Compte tenu du fait que plus de 95 % des femmes multipartenaires sont célibataires, le statut matrimonial n'a pas été introduit dans le modèle final de régression logistique réalisé pour les femmes (tableau 2).

Figure 1
Répartition des personnes interrogées sur leur risque d'être contaminées par le VIH
par rapport à la moyenne des gens, selon le nombre déclaré de partenaires
dans les douze mois précédant l'enquête et selon le sexe

Chez les hommes

Chez les femmes

Tableau 3

Caractéristiques sociodémographiques des personnes ayant déclaré plus d'un partenaire au cours des douze mois qui ont précédé l'enquête, selon le sexe. Modèle de régression logistique

	Hommes (n = 656)				Femmes (n = 643)			
	n	%	ORa	IC 95 %	n	%	ORa	IC 95 %
Âge								
18-29 ans	266	42,0	1		305	17,7	1	
30-39 ans	261	32,6	0,7	0,5-1,1	239	8,1	0,5**	0,3-0,8
40-49 ans	129	25,5	0,7	0,4-1,1	099	5,6	0,4*	0,2-0,9
Niveau d'études								
Jamais scolarisé/Primaire	047	23,5	1,2	0,6-2,6	063	9,0	0,8	0,3-2,3
Collège/Lycée	226	42,6	1,9***	1,3-2,7	275	12,2	0,9	0,5-1,5
Études supérieures	383	30,8	1		305	13,2	1	
Langue parlée en famille								
Français	377	34,4	1,0	0,7-1,5	321	15,6	1,7*	1,0-2,8
Autre langue	279	34,6	1		322	9,2	1	
Pratique religieuse								
Pratique régulière	318	28,8	1		294	11,4	1	
Pratique non régulière	299	37,5	1,3	0,9-1,8	327	11,9	0,9	0,5-1,4
Ni religion ni pratique	039	51,3	2,2*	1,1-4,5	022	31,8	2,4	0,9-6,8
Situation matrimoniale								
Célibataire	131	45,2	2,3***	1,4-3,9	Variable non introduite dans le modèle. Voir note 5, page 85			
En couple	274	40,0	1,9**	1,2-3,0				
Marié	251	22,8	1					
Dispose d'un revenu personnel								
Oui	491	33,8	1		471	8,5	1	
Non	165	35,4	0,9	0,6-1,3	172	22,4	2,3***	1,4-3,8

* p ≤ 5 % ; ** p ≤ 1 % ; *** p ≤ 1‰

ORa = OR ajusté sur l'ensemble des variables du tableau

dans les douze mois est moins étroitement associé au statut matrimonial (tableau 3). Au moment de l'enquête, 22,8 % des hommes mariés et 34,6 % des hommes non mariés mais vivant en couple ont déclaré avoir eu plusieurs partenaires dans l'année. Le multipartenariat est plus fréquent parmi les hommes d'un niveau d'étude secondaire (ORa : 1,9 ; IC : 1,3-2,7) et parmi ceux qui déclarent ni religion ni pratique religieuse (ORa : 2,2 ; IC : 1,1-4,5). Contrairement à ce qui a été observé chez les femmes, le fait de ne pas disposer d'un revenu personnel n'augmente pas la fréquence du multipartenariat.

La gestion du risque du VIH ou qui définit le mode de relation ?

Moindre protection des femmes multipartenaires...

Parmi les personnes sexuellement actives au cours de l'année, 45,3 % ont déclaré avoir utilisé un préservatif. Cette situation concernait davantage d'hommes que de femmes (56,2 % versus 34,3 % ; p < 0,001). Le principal facteur associé à l'utilisation d'un préservatif au cours des douze mois qui ont précédé

l'enquête est le fait d'avoir déclaré plusieurs partenaires sexuels au cours de cette même période. Chez les hommes, la proportion d'utilisateurs augmente avec le nombre de partenaires, passant de 40,8 % chez les monopartenaires à 81,7 % chez ceux ayant déclaré deux partenaires, pour atteindre 89,3 % chez ceux qui ont eu trois partenaires ou plus (p < 0,001). Une tendance similaire est observée chez les femmes : 26,5 % des monopartenaires ont utilisé un préservatif contre 90,6 % des multipartenaires (77/85 ; p < 0,001).

Parmi les seule(s) multipartenaires, des niveaux différents d'utilisation des préservatifs peuvent être notés entre les hommes et les femmes, notamment dans le cadre de relations simultanées. Dans le cas de relations parallèles, seule une utilisation systématique du préservatif peut protéger l'ensemble des partenaires des infections sexuellement transmissibles. Cependant, une utilisation occasionnelle peut déterminer une exposition différentielle au risque du VIH en fonction des stratégies engagées. Ainsi, par exemple, utiliser un préservatif « *de temps en temps avec tous/toutes les partenaires ou de temps en temps avec les un(e)s mais pas avec les autres* » expose, au final, l'ensemble des partenaires au risque du VIH, alors que l'utiliser « *systématiquement avec certain(e)s, mais pas avec d'autres* » expose seulement les

second(e)s. Il a été demandé aux personnes qui avaient été engagées dans des relations simultanées au cours des douze mois qui ont précédé l'enquête quelle était la fréquence à laquelle elles avaient utilisé des préservatifs. La moitié des hommes (50,6 %) a déclaré utiliser des préservatifs « *systématiquement avec tous/toutes les partenaires* » alors que les femmes sont plus nombreuses à déclarer une protection occasionnelle (23,4 % de « *temps en temps* », versus 6,4 % pour les hommes ; $p = 0,001$). Ainsi les femmes se trouvent-elles potentiellement plus souvent exposées au risque du VIH que les hommes.

... et davantage de confrontations à des refus d'utilisation du préservatif

Pour être utilisé, le préservatif doit parfois faire l'objet d'une négociation entre les partenaires. Il était demandé aux répondants s'il leur était déjà arrivé de vouloir utiliser un préservatif, alors que leur partenaire ne le souhaitait pas. Près de quatre personnes sur dix (37,9 %) ont déclaré s'être trouvées dans cette situation, sans différence entre les hommes et les femmes (38,0 % et 37,8 %). La prise en compte du nombre de partenaires montre que les multipartenaires, hommes et femmes, ont plus souvent été confrontés à des refus que les monopartenaires (65,8 % versus 34,2 % ; $p < 0,001$). Chez les seul(e)s multipartenaires, les femmes se trouvent dans une situation plus difficile que les hommes : 69,4 % d'entre elles ont déjà été confrontées à un refus d'utilisation du préservatif de la part de leur partenaire contre 50,4 % des hommes ($p = 0,002$). Pour les hommes comme pour les femmes, le caractère simultané des relations accroît significativement la proportion de refus (55,4 % versus 38,1 %, $p = 0,01$ pour les hommes ; 78,7 % versus 57,1 % pour les femmes, $p = 0,03$).

Discussion

Les femmes originaires d'Afrique sub-saharienne résidant en Île-de-France se trouvent dans une situation globalement moins favorable que celle des hommes face au VIH/sida. Leur plus forte vulnérabilité s'explique essentiellement par le fait qu'elles ont une moins grande maîtrise de la prévention, même si, par ailleurs, elles ont une perception élevée du risque. Au cours des douze mois qui ont précédé l'enquête, les femmes ont moins souvent déclaré avoir utilisé un préservatif que les hommes (34,3 % versus 56,2 %), cette différence s'expliquant par le fait qu'elles ont été moins nombreuses à déclarer plusieurs partenaires au cours de l'année. Même si la quasi-totalité des femmes multipartenaires ont déclaré avoir au moins une fois utilisé un préservatif au cours de l'année, elles se sont trouvées potentiellement plus souvent exposées au risque du VIH, en raison des refus plus fréquents de leurs partenaires d'utiliser un préservatif. Le choix de la protection semble donc être avant tout le fait des hommes et la marge de négociation dont disposent les femmes semble d'autant plus faible qu'elles se trouvent dans une situation de

vulnérabilité économique. En effet, les femmes multipartenaires sont plus nombreuses à déclarer ne disposer d'aucun revenu personnel ; elles se trouvent donc potentiellement dans une relation de dépendance économique, vis-à-vis de leurs partenaires, qui ampute leurs capacités de négociation. Plusieurs études portant sur les caractéristiques des personnes infectées [10-12] ont souligné la précarité économique dans lesquelles les femmes africaines se trouvaient au moment du diagnostic (absence de logement personnel, d'emploi et de revenu), témoignant du lien étroit entre précarité et VIH. Pour les femmes séropositives, la dépendance économique peut être un frein important à l'annonce de la séropositivité au partenaire et/ou à l'entourage, le dévoilement d'une sérologie positive pouvant être alors synonyme de rejet pour des femmes déjà précarisées.

Si les femmes africaines se trouvent plus souvent dans des situations à risque face au VIH/sida, c'est aussi en raison du multipartenariat plus souvent simultané de leur conjoint, qui les expose possiblement et de façon indirecte à un risque de contamination. Au moment de l'enquête, près de 23 % des hommes mariés et 35 % des hommes non mariés mais vivant en couple ont déclaré avoir eu plusieurs partenaires dans l'année, sans pour autant utiliser le préservatif de manière systématique. Même si le multipartenariat, sériel ou concomitant, n'est pas en soi un facteur de risque d'infection par le VIH, sa fréquence et ses caractéristiques associées à des stratégies de prévention incomplètes peuvent avoir des conséquences importantes pour les individus. Si ces derniers se trouvent dans une configuration de multipartenariat, où les relations sont stables et de longue durée, la probabilité de diffusion du VIH à l'intérieur du groupe n'est pas véritablement accrue avec le temps. En revanche, si les personnes sont dans une configuration où les relations sont instables, ouvertes, avec un renouvellement important de partenaires, et non systématiquement protégées, il y a alors un risque important de diffusion du VIH pour la personne elle-même et pour l'ensemble de ses partenaires. Les caractéristiques du multipartenariat (simultanéité et durée des relations) jouent un rôle clé dans la dynamique de l'épidémie car c'est la structure du multipartenariat et la nature même des relations qu'il engage qui déterminent la perception du risque, et, par extension, l'utilisation du préservatif. Les analyses ont montré que, chez les hommes, la perception d'un risque de contamination supérieur à la moyenne n'augmente véritablement que chez ceux qui déclarent au moins trois partenaires dans les douze mois qui ont précédé l'enquête. La proportion d'hommes considérant avoir un risque supérieur à la moyenne est la même chez ceux qui ont déclaré un seul partenaire et chez ceux qui en ont déclaré deux. Ce résultat s'explique par le fait que plus de 60 % des hommes ayant déclaré deux partenaires au moment de l'enquête étaient engagés dans des relations simultanées, dont ils peuvent considérer qu'elles leur apportent une certaine sécurité face au VIH.

Plusieurs indicateurs suggèrent que les femmes ont une certaine conscience des risques que peuvent leur faire courir leur conjoint ou leurs partenaires. Ainsi, par exemple, si les femmes originaires

d'Afrique sub-saharienne considèrent, dans une même proportion que les hommes, le préservatif comme étant un moyen efficace de se protéger contre le VIH/sida, elles sont moins nombreuses à penser que la fidélité à un seul partenaire protège efficacement du VIH [13]. Par ailleurs, des analyses non détaillées dans le cadre de cet article ont montré que ce sont les femmes qui ont le plus recours au dépistage qui utilisent le moins souvent le préservatif, ce qui peut traduire pour ces femmes une certaine incapacité à imposer des rapports sexuels protégés au sein du couple [14]. La réalisation de test de dépistage à intervalle régulier peut alors servir de contrôle par rapport à un risque perçu.

Chez les femmes, une dimension supplémentaire de la gestion du risque doit être explorée : celle de la maternité et du désir d'enfants qui peut amener à des prises de risques répétées. Toutes les analyses sur la fécondité le montre [15] : l'enfant reste au cœur du modèle familial des populations africaines vivant en France. Chez les femmes séropositives, le désir d'enfant est l'un des principaux facteurs associés à l'utilisation non systématique du préservatif avec un partenaire négatif ou de statut sérologique non connu, rappelant les enjeux associés à la procréation, y compris chez les personnes atteintes.

Conclusion

Les femmes africaines vivant en France évoluent dans un contexte de domination masculine très marquée et les relations inégalitaires dans lesquelles elles sont engagées pèsent lourdement sur leurs aptitudes à adopter des comportements préventifs. De nombreux facteurs de vulnérabilité auxquels elles étaient confrontées dans leur pays d'origine persistent après leur migration, qu'il s'agisse de la fréquence du multipartenariat masculin ou de la dépendance économique. Cependant, moins que jamais sans doute, les catégories de dépendance, de soumission et de vulnérabilité peuvent être appliquées sans nuances aux femmes africaines. Si toutes les femmes de notre échantillon n'ont pu s'affranchir pleinement des exigences qui pèsent sur elles, certaines ont trouvé, grâce à l'école, à une rémunération individuelle, à leur intégration dans un nouvel espace social, des possibilités qui leur permettent de donner une nouvelle dimension aux stratégies de contournement, de résistance, voire de négociation qu'elles avaient toujours tenté de pratiquer. Le fait que les femmes de notre échantillon qui ont été socialisées en France soient inscrites à la fois dans un calendrier d'entrée dans la sexualité adulte plus tardif et un recours plus important au préservatif que les femmes arrivées plus tardivement est sans doute un marqueur de ces changements. De la même manière, chez les hommes, des évolutions sont observées comme, par exemple, le fait que le multipartenariat soit, « toutes choses égales par ailleurs », moins fréquent parmi les hommes arrivés en France récemment. Ce que dessinent ces résultats, ce sont bien des glissements, des réaménagements dans les rapports

hommes/femmes, qui se nourrissent à la fois des modèles culturels anciens et des possibilités nouvelles offertes par la société d'accueil. Et il est certain que l'introduction du préservatif, même à titre de possibilité, joue un rôle constant dans la recomposition des rapports hommes/femmes.

Références bibliographiques

1. InVS. *Lutte contre le VIH/sida et les infections sexuellement transmissibles en France – 10 ans de surveillance, 1996-2005*. Saint-Maurice : InVS, mars 2007 156 p. En ligne : <http://www.invs.sante.fr/publications/default.htm>
2. Onusida. *Le point sur l'épidémie de sida : décembre 2007*. Genève : Onusida, 2007 : 60 p. En ligne : http://www.unaids.org/en/HIV_data/2007EpiUpdate/default.asp
3. Yéni P. *Prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH. Recommandations du groupe d'experts*. Paris : Flammarion Médecine-Sciences, 2006.
4. Caldwell JC, Caldwell P, Quiggin P. The social context of AIDS in sub-saharan Africa. *Population and Development Review* 1989 ; 15 : 185-234.
5. Rwege M. Facteurs contextuels de la transmission du sida en Afrique sub-saharienne : une synthèse. In *Vivre et penser le sida en Afrique*, C Becker, JP Dozon, C Obbo, M Touré, Eds. Paris : Karthala-Codesria-IRD, 1999.
6. Cleland J, Ferry B (eds.). *Sexual behaviour and AIDS in the developing world*. Geneva : World Health Organization, 1995.
7. Desclaux A, Desgrées du Loü A. Les femmes africaines face à l'épidémie de sida. *Populations et Sociétés* 2006 ; 428.
8. Wellings K, Collumbien M, Slaymaker E *et al.* Sexual behaviour in context : a global perspective. *Lancet* 2006 ; 368 : 1706-28.
9. Lydié N. *Les populations africaines d'Île-de-France face au VIH/sida. Connaissances, attitudes, croyances et comportements*. Saint-Denis : Inpes, 2007.
10. Mortier E, Chan Chee C, Bloch M *et al.* Nouveaux consultants pour une infection par le VIH dans un hôpital du nord des Hauts-de-Seine. *BEH* 2003 ; 01 : 2-3. En ligne : http://www.invs.sante.fr/beh/2003/01/beh_01_2003.pdf
11. Lert F. *Les migrants touchés par l'épidémie de VIH-sida : qui sont-ils ?* Communication au colloque « Prévention du VIH/sida chez les migrants ». Marseille, 26-27 mai 2005.
12. Valin N, Lot F, Larsen C, Gouézel P, Blanchon T, Laporte A. *Parcours sociomédical des personnes originaires d'Afrique sub-saharienne atteintes par le VIH, prises en charge dans les hôpitaux d'Île-de-France, 2002*. Saint-Maurice : InVS, 2004. En ligne : http://www.invs.sante.fr/publications/2004/vih_afrique/vih_afrique.pdf
13. Beltzer N, Halfen S. Les connaissances du VIH/sida : modes de transmission, moyens de protection et traitement antirétroviraux. In *Les populations africaines d'Île-de-France face au VIH/sida. Connaissances, attitudes, croyances et comportements*, N Lydié, Ed. Saint-Denis : Inpes, 2007.
14. Lydié N. Activité sexuelle et comportements préventifs. In *Les populations africaines d'Île-de-France face au VIH/sida. Connaissances, attitudes, croyances et comportements*. Saint-Denis : INPES, 2007.
15. Toulemon L. La fécondité des immigrées : nouvelles données, nouvelle approche. *Population et sociétés* 2004 ; 400.