Les femmes séropositives : vie sexuelle et prévention

France LERT¹, Rémi SITTA¹, Rosemary DRAY-SPIRA¹, Anne-Déborah BOUHNİK² et le groupe Anrs-Vespa

Résumé

La vie sexuelle est profondément affectée par la séropositivité. Les 1 712 hommes et femmes hétérosexuels ayant participé à l'enquête Anrs-Vespa réalisée en 2003 ont été répartis par sexe en distinguant les immigrés, les personnes ayant une histoire de consommation de drogue par injection et les autres, français non immigrés et non-usagers de drogue. L'activité sexuelle est réduite par la moindre fréquence des relations de couple dans cette population, les différences entre hommes et femmes portent principalement sur les partenaires occasionnels comme en population générale. Les enjeux importants que constituent la révélation de la séropositivité dans le couple et l'utilisation systématique du préservatif apparaissent relativement homogènes entre hommes et femmes et entre groupes. Le maintien du secret envers le partenaire stable est un peu plus rare chez les personnes immigrées, tandis que les femmes consommatrices ou ex-consommatrices de drogue apparaissent les plus en difficulté dans le comportement de protection. Les résultats observés suggèrent que l'infection à VIH tend à raser l'hétérogénéité des comportements sexuels et préventifs. Des travaux complémentaires sont nécessaires pour saisir les situations de risque de façon dynamique.

Mots clés : genre, hétérosexuels, immigrés, comportements sexuels, révélation du statut, prise de risque.

La sphère affective et sexuelle est profondément, et plus que toute autre dans la vie des individus, bouleversée par l'irruption de la séropositivité. Les relations sexuelles ont été pour la majorité le vecteur de la transmission et, après le diagnostic, il pèse sur les personnes atteintes une obligation de prévention qui imposera son poids de responsabilité, l'usage permanent du préservatif et une révélation difficile à leur conjoint(e) et à leurs partenaires actuels ou futurs [1]. La présence du virus en soi se rappelle sans cesse comme une menace intérieure à chaque rapport sexuel [2]. À cela, s'ajoute bien évidemment l'ombre portée sur le projet de vie par l'atteinte à l'intégrité physique et l'incertitude du contrôle de l'infection par les médicaments. Loin d'être une sphère autonome, seulement régie par des logiques intimes et relationnelles, la sexualité s'inscrit dans le social, les repré-

sentations sociales de la maladie, la place de la personne atteinte dans la hiérarchie sociale et les rapports sociaux de sexe [3,4]. Les pratiques préventives des personnes séropositives restent une question d'actualité, dans la mesure où les transmissions sont fréquentes au sein des couples, en dépit de l'information [4] et des progrès obtenus grâce au contrôle de la répllication virale par les traitements [5].

La problématique du genre dans le champ du sida a pris une place croissante à mesure que l'épidémie se diffusait par les rapports hétérosexuels, et cela aussi bien dans les pays industrialisés que dans les pays du Sud, car le déséquilibre des rapports entre hommes et femmes pèse de façon majeure sur toutes les dimensions de la prévention [6]. Le préservatif masculin reste le seul moyen disponible pour prévenir la transmission du virus, mais sous réserve qu'il soit effectivement disponible, son utilisation dépend beaucoup du bon vouloir du partenaire masculin avec une moindre marge de négociation des femmes malgré la responsabilité qui leur est dévolue, d'une façon générale, de prendre en charge les risques liés aux relations sexuelles. La proposition de l'utilisation du préservatif s'impose aux personnes séropositives comme une sorte d'uniforme « révélateur », voire « dénonciateur », même si la norme d'utilisation du préservatif dans les nouvelles rencontres s'est renforcée [2]. L'annonce de l'infection à VIH à son partenaire ou à de nouveaux partenaires sexuels constitue en effet une épreuve redoutée, à cause des réactions possibles de rejet, crainte d'autant plus accentuée que la stigmatisation du sida est forte dans le contexte du groupe ou de la communauté. Les femmes séropositives subiraient l'effet redoublé des rapports sociaux de sexe et du stigmate du sida [7]. Ce phénomène serait encore plus marqué dans les pays du Sud où existent également la crainte de porter l'ombre de la maladie sur tout le groupe familial. En gardant le secret, les personnes atteintes anticipent le rejet, la violence et tout le cortège de conséquences pouvant aller jusqu'à une mort sociale [8,9]. De ce point de vue, les données récentes recueillies en Île-de-France vont dans le sens d'une stigmatisation plus marquée des personnes atteintes parmi la population d'origine africaine par rapport à la population générale [10]. Cependant, les transformations sociales à l'œuvre en Afrique retiennent sur la constitution des unions, le dialogue entre les partenaires au sein du couple, l'autonomie des femmes et vont dans le sens d'un rééquilibrage

¹ Unité Inserm 687-IFR 69, Paris.

² Unité Inserm 379-Observatoire régional de la santé de la région PACA.

en faveur des femmes [11]. Les politiques du sida sont engagées depuis plus d'une décennie à prendre en compte la dimension du genre, à travers la communication publique, les actions d'*empowerment*, et la mise au point et la diffusion de méthodes de prévention sous le contrôle des femmes (microbicides, préservatifs féminins, prophylaxie). De rares actions portant sur la construction de l'identité masculine existent [12].

L'objet de cet article est d'explorer, sur la base de données quantitatives de l'enquête Anrs-Vespa³, la façon dont hommes et femmes séropositifs vivent la sexualité et affrontent les enjeux de la prévention.

Méthodes

L'enquête Anrs-Vespa a été réalisée en 2003 auprès d'un échantillon national de patients suivis en consultations ambulatoires dans les hôpitaux métropolitains. Le recueil d'informations repose sur un questionnaire passé en face à face par un enquêteur à la suite de la consultation médicale et qui couvrait les grandes dimensions de la vie quotidienne, notamment la sexualité. La méthodologie et le protocole de l'enquête sont détaillés page 215 [13].

Population

La population hétérosexuelle vivant avec le VIH/sida en France est représentée dans sa diversité au sein de cette enquête, alors que souvent les études quantitatives ou qualitatives sur les comportements hétérosexuels chez les personnes séropositives au Nord ou au Sud envisagent des groupes particuliers, femmes enceintes, usagers de drogue, minorités ethniques, groupes sociaux défavorisés [4,14,15].

L'analyse présentée ici est limitée aux hommes et femmes hétérosexuels, définis comme des personnes se déclarant hétérosexuelles ou refusant de se définir et n'ayant pas eu de partenaires du même sexe dans les douze derniers mois.

Pour l'analyse présentée ici, trois groupes ont été constitués : usagers ou ex-usagers de drogue, immigrés (personnes nées étrangères à l'étranger) et autres hétérosexuels. Cette catégorisation a été définie a priori pour rendre compte de la dynamique épidémiologique différente, notamment entre immigrés et usagers de drogue, et du fait que la vie sexuelle est régie par des normes différentes selon les groupes : la domination masculine est un trait largement partagé par des sociétés très différentes, mais les rapports entre hommes et femmes dans le champ de la sexualité ont des formes différentes entre les sociétés européennes et les sociétés africaines, dont vient une proportion majoritaire des immigrés vivant avec le VIH en France [16] ; de plus, les rapports entre hommes et femmes chez les usagers de

drogue ont des traits particuliers liés à la dépendance fréquente des femmes usagères de drogue à leur partenaire masculin souvent lui-même consommateur [17,18]. La catégorisation proposée ne signifie pas que l'on considère que les individus n'ont de relations sexuelles qu'avec des personnes du même groupe, cependant on observe dans l'échantillon Vespa que 71 % des hommes et 82 % des femmes usagers de drogue déclarent avoir eu dans leur vie des partenaires eux-mêmes usagers (les proportions sont de 2,9 % et 5,5 % dans le groupe immigrés et de 7,6 % et 32,4 % dans le groupe « autres hétérosexuels »). Parmi les personnes immigrées en couple cohabitant au moment de l'enquête, 74,3 % des hommes et 52,7 % des femmes ont un conjoint lui-même immigré ; c'est le cas de 10,7 % des hommes et 20,7 % des femmes chez les usagers de drogue et de 12,4 % et 8,7 % dans le groupe « autres hétérosexuels ».

Un deuxième élément tient à la différence de l'ancienneté du diagnostic de ces trois populations, puisque les usagers de drogue ont été principalement infectés et diagnostiqués dans la première décennie du sida alors que les immigrés constituent en France un groupe plus récent dont la part s'accroît dans les nouvelles générations de patients arrivant dans le système de soins depuis une dizaine d'années [19,20].

Les variables d'intérêt

Le module du questionnaire sur la vie sexuelle comportait des informations portant principalement sur les douze derniers mois, avec des notions factuelles et des questions sur les raisons associées à certaines situations ou comportements.

L'activité sexuelle est appréhendée par l'existence de rapports sexuels dans l'année et dans les quatre dernières semaines (ainsi que le nombre de rapports) ; les motifs de l'absence d'activité sexuelle ont été recueillis sur la base d'une liste de neuf items. Les répondants étaient également invités à indiquer la fréquence des situations dans lesquelles ils ont refusé d'avoir des relations sexuelles que leur partenaire désirait ou, à l'inverse, de s'être vu opposer un refus de sa part.

Dans la relation stable, le répondant était invité à dire si son ou sa partenaire connaissait sa séropositivité et quel était le statut de ce/cette partenaire vis-à-vis du VIH. Il est alors possible de distinguer les couples séroconcordants et les couples sérodifférents, en incluant dans cette catégorie les situations de partenaire non informé ou de partenaire dont le statut n'est pas connu ; en effet, ces situations de non-information et de non-connaissance du statut du partenaire se recoupent souvent, puisque le fait de ne pas révéler sa propre séropositivité ne permet pas d'interroger son partenaire sur son statut VIH ou de l'inciter à faire un test. La question de l'information des partenaires occasionnels (dire systématiquement, souvent, parfois, jamais) a été également posée. À la suite d'une erreur dans la passation du questionnaire, la réponse n'est disponible que pour les femmes.

³ Également appelée Anrs-EN12-Vespa.

Le troisième ensemble de variables d'intérêt porte sur le comportement préventif. Les répondants étaient invités à indiquer séparément pour chaque type de partenaires (stable ou occasionnel) la fréquence de l'utilisation des préservatifs. Les modalités ont été regroupées pour créer une variable dichotomique sur le caractère systématique ou non de l'utilisation du préservatif dans les rapports avec pénétration. De plus, une question porte sur la fréquence des désaccords dans le couple sur l'utilisation du préservatif. Le questionnaire proposait une liste de situations ou de raisons possibles en cas de non-utilisation systématique du préservatif : avec les partenaires stables (six items) et avec les partenaires occasionnels (cinq items).

Analyse statistique

Toutes les analyses ont été faites pour chacun des trois groupes. Chacune des variables d'intérêt est comparée entre hommes et femmes par des tests de Chi2.

La révélation de la séropositivité au partenaire dans le couple a été étudiée par une régression logistique sur les variables sociodémographiques (âge, niveau d'éducation, activité professionnelle), les variables relatives à la maladie (ancienneté du diagnostic, sida) et au couple (durée du couple et cohabitation). Pour le groupe « usagers de drogue », la notion d'arrêt de la consommation, de traitement de substitution en cours ou de poursuite de l'usage de drogue a été également utilisée, tandis que la date de diagnostic majoritairement antérieure à 1990 n'a pas été prise en compte.

Les mêmes variables ont été utilisées dans les modèles explorant la non-utilisation systématique des préservatifs, c'est-à-dire l'existence de rapports non protégés. D'autres ont été ajoutées, l'information du partenaire, une variable distinguant le statut sérologique du partenaire en négatif ou non connu, le fait d'avoir subi des discriminations de la part de l'entourage familial ou amical et le projet d'avoir des enfants. Cette dernière variable est issue du module parentalité. Le projet d'enfant est défini comme le fait d'attendre actuellement un enfant (la partenaire pour un homme), de chercher à avoir un enfant ou d'en vouloir un dans un avenir proche.

Pour tenir compte de la probabilité variable de tirage au sort, fonction de l'intensité de la fréquentation hospitalière et du taux de participation légèrement inégal selon les groupes, les données ont été pondérées et redressées [21]. Les résultats et les tests sont calculés à partir de ces données pondérées.

Les analyses ont été réalisées à l'aide du logiciel Stata 9.0.

Résultats

Parmi les 2 932 participants à l'enquête Vespa, 1 712 se déclarent hétérosexuels. Parmi eux, les hétérosexuels non immigrés, non usagers de drogue (« autres hétérosexuels ») sont le

groupe le plus nombreux (45,6 %), suivis par des usagers de drogue (30,8 %) et des immigrés (27,7 %). La répartition entre hommes et femmes, quasi équilibrée sur l'ensemble de l'échantillon considéré ici, recoupe des situations différentes dans les trois groupes : un quasi équilibre dans le groupe « autres hétérosexuels » (50,4 % de femmes), alors que les femmes sont minoritaires (31,8 %) parmi les usagers de drogue (ce qui reflète le sex ratio des usagers de drogue en population générale) et majoritaires parmi les personnes immigrées (59,8 %). Cette dominante féminine dans ce groupe reflète la prévalence plus élevée des femmes et leur diagnostic un peu plus précoce chez les immigrés. Les immigrés sont majoritairement originaires d'Afrique sub-saharienne (66,2 % des hommes et 73,9 % des femmes) avec, par ordre décroissant, comme pays de naissance, la Côte d'Ivoire, le Cameroun, la République Centrafricaine, le Mali et la République démocratique du Congo.

Les caractéristiques sociodémographiques et médicales par sexe dans chaque groupe sont présentées dans le tableau 1. En termes d'âge lors de l'enquête, la médiane se situe à 41 ans (IQR : 36-48 ans), les femmes immigrées sont les plus jeunes (médiane = 35 ans, IQR : 30-43) et les hommes français les plus âgés (médiane = 45 ans, IQR 38-54). Comme en population générale, les immigrés ont globalement un niveau d'étude plus faible que les autres groupes. Les femmes ont un niveau d'étude plus élevé que les hommes parmi les usagers de drogue, c'est l'inverse chez les immigrés ; la différence en défaveur des femmes est moins marquée dans le groupe « autres hétérosexuels » ($p = 0,07$). Les usagers de drogue hommes et femmes ont des taux d'inactivité élevés, celle-ci étant fortement liée à l'invalidité ; chez les immigrés, l'inactivité est plus marquée chez les femmes ; dans le groupe « autre », les femmes sont davantage au chômage que les hommes ($p = 0,056$).

Les anciennetés de diagnostic reflètent l'histoire de l'épidémie en France : les usagers de drogue sont plus anciennement diagnostiqués (plus de six sur dix avant 1990), avec de légères, mais significatives, différences entre hommes et femmes, comme on en observe également dans le groupe « autres hétérosexuels » ; en revanche, chez les immigrés, plus de 6 personnes sur 10 ont été diagnostiquées depuis 1997, sans différence entre les sexes. Le sida est plus fréquent chez les hommes dans les groupes immigrés et « autres hétérosexuels ». Concernant les paramètres biologiques au moment de l'enquête, la seule différence s'observe chez les usagers de drogue : les hommes ont plus souvent des paramètres biologiques marquant un échec du traitement défini par un taux de CD4 inférieur à 200/ml et une charge virale détectable au seuil de 400 copies/ml (hommes : 8,9 % ; femmes : 4,1 %, $p = 0,051$).

Le tableau 2 présente les différents indicateurs d'activité sexuelle : sept répondants sur dix rapportent une activité sexuelle dans l'année, un sur deux dans les quatre dernières semaines. Chez les usagers et ex-usagers de drogue, les comportements

Tableau 1
Caractéristiques sociodémographiques et médicales parmi les hétérosexuels vivant avec le VIH
par groupe, comparaison entre hommes et femmes

	Tous			Usagers de drogue			Immigrés			Autres hétérosexuels		
	Hommes	Femmes	p	Hommes	Femmes	p	Hommes	Femmes	p	Hommes	Femmes	p
n	918	794		346	172		189	253		383	369	
Âge (années)												
Médiane (IQR)	43 (38-49)	40 (34-45)		42 (39-45)	40 (38-44)		42 (36-49)	36 (30-43)		46 (39-55)	40 (35-49)	
Niveau d'études												
Pas d'études/ primaire/ collège	31,3	29,4	0,01	34,3	20,7	0,01	33,5	45,5	< 0,01	27,5	21,4	0,07
CAP-BEP	23,3	21,6		27,9	25,8		7,2	8,8		27,0	29,0	
Niveau lycée	22,6	27,2		24,3	34,0		30,1	27,8		17,4	23,9	
1 ^{er} cycle sup	10,9	13,6		10,1	12,6		6,5	12,9		13,7	14,4	
2 ^e / 3 ^e cycle sup	11,9	8,3		3,4	6,8		22,7	5,0		14,5	11,3	
Activité professionnelle												
En activité	48,1	43,7	0,17	38,6	30,3	0,15	54,6	44,1	< 0,01	53,8	49,1	0,06
Chômage	19,6	21,2		22,3	22,9		28,4	23,2		12,9	19,1	
Inactivité	32,3	35,1		39,2	46,9		17,0	32,8		33,4	31,7	
Invalidité	33,6	29,4	0,06	53,3	56,6	0,49	17,1	15,3	0,60	23,4	28,0	0,15
Année de diagnostic												
1980-1987	21,6	15,7	0,01	38,8	46,3	0,04	2,6	2,2	0,80	14,9	12,5	0,01
1988-1990	16,5	16,3		27,7	24,7		8,3	7,5		10,2	19,2	
1991-1993	15,7	16,3		13,7	13,4		11,2	12,3		19,8	20,6	
1994-1996	14,4	14,4		9,5	10,5		16,2	12,0		18,0	17,8	
1997-1999	16,9	16,4		8,8	2,0		21,4	24,5		22,3	16,7	
2000-2003	15,0	20,8		1,6	3,2		40,4	41,6		14,8	13,3	
Stade sida	25,7	16,7	< 0,01	23,1	17,4	0,14	29,8	18,8	0,01	26,0	14,9	< 0,01
CD4 < 200/ml et CV > 400 copies/ml	7,0	5,2	0,12	8,9	4,1	0,05	7,1	6,8	0,90	5,2	4,6	0,66

Tableau 2
Activité sexuelle et vie de couple parmi les hétérosexuels vivant avec le VIH par groupe (%),
comparaison entre hommes et femmes

	Tous			Usagers de drogue			Immigrés			Autres hétérosexuels		
	Hommes	Femmes	p	Hommes	Femmes	p	Hommes	Femmes	p	Hommes	Femmes	p
n	(918)	(794)		(346)	(172)		(189)	(253)		(383)	(369)	
Rapports sexuels dans les 12 derniers mois	75,5	70,8	0,02	76,6	71,0	0,17	77,2	68,24	0,03	73,7	72,6	0,75
Rapports sexuels dans les 4 dernières semaines	53,5	49,3	0,08	53,5	46,1	0,12	50,7	44,1	0,17	54,8	54,4	0,90
Couple et cohabitation												
Pas de vie de couple	39,5	38,1	0,55	42,9	40,3	0,59	40,6	40,6	1	35,9	35,4	0,89
Couple non cohabitant	13,3	20,7	< 0,01	15,5	21,1	0,30	14,1	24,0	0,02	10,8	18,1	0,01
Couple cohabitant	47,2	41,2		41,6	38,6		45,3	35,4		53,3	46,4	
Partenaires occasionnels dans les 12 derniers mois	26,5	14,5	< 0,01	29,3	22,0	0,08	32,4	12,4	< 0,001	21,0	12,9	< 0,01
Refus de relations sexuelles												
Répondant envers son partenaire	33,1	58,3	< 0,01	30,8	60,3	< 0,01	39,9	66,5	< 0,01	32,0	51,9	< 0,01
Partenaire envers le répondant	35,8	29,1	0,02	36,4	32,6	0,51	45,6	26,7	< 0,01	30,9	29,4	0,72

sont très proches entre hommes et femmes qui ne diffèrent que pour les partenaires occasionnels au cours de l'année (29,3 % versus 22,0 % $p = 0,08$). Parmi les personnes immigrées, les profils masculins et féminins diffèrent avec, chez les hommes, plus d'activité sexuelle sur l'année (77,2 % versus 68,2 %, $p = 0,03$) et plus de partenaires occasionnels (32,4 % versus 12,4 %, $p < 0,001$), et chez les femmes, plus de vie de couple sans cohabitation (24,0 % versus 14,1 %, $p = 0,02$). Chez les « autres hétérosexuels », on retrouve une proportion plus élevée chez les femmes de relation de couple sans cohabitation (18,1 % versus 10,8 %, $p = 0,01$) et le fait masculin d'une plus forte proportion de partenaires occasionnels (21 % chez les hommes et 12,9 % chez les femmes, $p < 0,0001$).

Interrogés sur les raisons de l'absence de vie sexuelle dans la dernière année, hommes et femmes ont des réponses qui diffèrent peu : la peur de contaminer un partenaire potentiel et l'absence d'envie viennent au premier plan. Parmi les usagers de drogue, les femmes déclarent davantage l'absence d'envie que les hommes (71,7 % versus 48,5 %, $p = 0,002$) et de raisons liées à une moins bonne santé (37,3 % versus 22,9 % $p = 0,10$). Il n'existe pas d'autres différences par sexe. Les usagers de drogue apparaissent les plus dévalorisés, les plus exclus et les plus isolés (figure 1).

Dans chaque groupe, les femmes déclarent plus souvent que les hommes les situations dans lesquelles elles ont refusé d'avoir des relations sexuelles désirées par leur partenaire (60,4 % versus 30,8 % parmi les usagers de drogue, 66,5 % et 39,9 % chez les immigrés, 52 % et 32 % dans le groupe « autres hétérosexuels »). En revanche, le refus opposé par le partenaire est rapporté de façon similaire par les hommes et les femmes des groupes « usagers de drogue » et « autres hétérosexuels », mais plus souvent par les hommes que par les femmes dans le groupe « immigrés » (tableau 2).

La non-information du partenaire à l'intérieur du couple est une situation exceptionnelle, sans différence significative entre hommes et femmes au sein de chaque groupe. Toutefois, les personnes immigrées répondent plus souvent que leur partenaire ne connaît pas leur séropositivité (10,5 % des hommes et 15,1 % des femmes), alors que ces proportions sont très faibles dans les deux autres groupes (3,9 % et 3,6 % chez les usagers de drogue et 2,1 % et 5,2 %, $p = 0,10$ dans le groupe « autres »).

Les variables associées à l'information du partenaire ont été étudiées par une régression logistique dans chaque groupe (tableau 3). On n'observe de différence par sexe dans aucun des trois groupes avant ou après ajustement sur les autres variables. Chez les usagers de drogue, l'inactivité (qui rend compte aussi de l'état de santé global de la personne et de son retentissement sur la vie quotidienne) tend à être associée à une connaissance plus fréquente du statut par le partenaire ; l'information est d'autant plus probable que le couple est ancien. Dans le groupe des patients immigrés, l'information du partenaire est

moins probable quand il n'y a pas de cohabitation et quand le diagnostic est récent. Dans le groupe « autres hétérosexuels », la cohabitation, une longue durée du couple et un diagnostic ancien sont associés à une plus grande probabilité de connaissance du statut par le partenaire (tableau 3).

Parmi les femmes ayant eu des partenaires occasionnels dans l'année, 23 % du groupe « autres », 29 % des usagères de drogue et 73 % des immigrées disent ne jamais informer un partenaire occasionnel de leur séropositivité (l'information n'est pas disponible pour les hommes, suite à une erreur dans la passation du questionnaire).

Parmi les personnes ayant une relation de couple, quatre sur cinq ont un partenaire négatif, non testé ou de statut sérologique non connu. Cette proportion est plus faible chez les hommes immigrés (58,7 %) et les femmes du groupe « autres » (70,4 %) que dans les autres groupes dans lesquels la proportion de couples sérodifférents se situe entre 80 et 90 %.

Vingt huit pour cent (28 %) rapportent une utilisation non systématique du préservatif. Le seul groupe dans lequel il existe une différence significative entre hommes et femmes est celui des usagers de drogue, parmi lesquels les femmes rapportent deux fois plus souvent que les hommes la non-utilisation systématique du préservatif (OR = 2,72 ; IC 95 % [1,39-5,31]). Cette association se maintient après la prise en compte dans le modèle logistique des autres variables (OR = 2,91 ; IC 95 % [1,29-6,70]) : la poursuite de la consommation est associée à la non-protection et, alors que la cohabitation semble augmenter la prise de risque, l'allongement de l'ancienneté du couple la diminue (tableau 4).

Parmi les personnes immigrées, la non-information du partenaire, l'existence d'un projet parental, et la méconnaissance de la sérologie du partenaire augmentent fortement le risque de rapport non protégé avec un partenaire non séropositif. Un niveau d'étude universitaire diminuerait le risque, mais les effectifs sont faibles pour mettre en évidence une telle association.

Dans le groupe des hétérosexuels non immigrés (« autres hétérosexuels »), le risque de rapport non protégé est plus élevé en présence d'un désir d'enfant (OR = 2,44 ; IC 95 % [1,25-4,76]) et, sans atteindre le seuil de signification, quand le statut du partenaire n'est pas connu (OR = 2,27 ; IC 95 % [0,95-5,42]).

Dans aucun des groupes, l'âge, l'année de diagnostic, les paramètres biologiques ou l'activité professionnelle ne sont associés aux rapports non protégés avec un partenaire stable non infecté. La déclaration de discrimination de la part de l'entourage n'est pas associée à la pratique préventive ; l'association observée chez les usagers de drogue en univarié ne se maintient pas dans le modèle logistique (tableau 4).

Les motifs de non-utilisation du préservatif dans un couple stable sont présentés pour chaque groupe dans la figure 2 (les motifs peu cités – l'oubli et les traitements d'urgence – ne sont pas représentés). Les items proposés ne s'ordonnent pas de la même

Figure 1
Motifs de l'absence d'activité sexuelle dans l'année
parmi les personnes sans relations sexuelles
dans les douze derniers mois

Tableau 3
Connaissance de la séropositivité par le partenaire dans les couples. Résultats uni et multivariés
n = 996 (en couple)

	Usagers de drogue					Immigrés					Autres hétérosexuels				
	n	OR	IC	ORaj	IC	n	OR	IC	ORaj	IC	n	OR	IC	ORaj	IC
Sexe	188	1		1		108	1		1		234	1		1	
	96	1,07	(0,27-4,25)	1,57	(0,24-10,41)	141	0,66	(0,32-1,37)	0,90	(0,32-2,48)	229	0,39	(0,12-1,26)	0,61	(0,21-1,74)
Cohabitation	84	1		1		90	1		1		102	1		1	
	200	2,45	(0,59-10,21)	0,27	(0,03-2,16)	159	13,21	(4,67-37,39)	9,71	(2,85-33,08)	361	8,44	(2,70-26,42)	4,07	(0,85-19,41)
Durée du couple	43	1		1		31	1		1		43	1		1	
	32	1,40	(0,21-9,31)	2,95	(0,45-19,51)	46	0,97	(0,33-2,82)	0,58	(0,15-2,24)	53	3,39	(0,79-14,54)	2,53	(0,45-14,31)
	83	5,79	(0,9-37,23)	21,69	(1,96-240,15)	82	9,47	(2,57-34,95)	3,22	(0,65-15,85)	155	27,71	(4,55-168,64)	17,23	(2,31-128,79)
	126	-		-		90	4,35	(1,43-13,22)	1,42	(0,34-5,92)	212	15,76	(3,89-63,81)	8,05	(0,87-74,55)
Année de diagnostic	193	5,75	(0,56-59,07)			20	17,6	(2,22-139,36)	12,97	(1,30-129,10)	121	14,06	(1,73-114,32)	9,89	(1,16-84,39)
	65	5,46	(0,38-77,73)			68	2,74	(1,02-7,36)	2,35	(0,77-7,16)	177	4,76	(1,13-20,03)	3,62	(0,65-20,07)
	18	1	(0,07-13,75)			58	1,97	(0,76-5,11)	1,62	(0,57-4,63)	89	3,33	(0,77-14,46)	3,36	(0,67-16,93)
	8	1				103	1		1		76	1		1	

Pas d'association significative avec l'âge, le niveau d'étude, l'activité professionnelle, le stade de la maladie, l'usage de drogue.

Tableau 4
Rapports non protégés avec un partenaire négatif ou de statut non connu au sein du couple, dans la dernière année

	Usagers de drogue			Immigrés			Autres hétérosexuels		
	n	OR	ORaj	n	OR	ORaj	n	OR	ORaj
Sexe									
Hommes	160	1	1	68	1	1	204	1	1
Femmes	77	2,72	(1,39-5,31)	113	0,83	(0,40-1,74)	167	1,38	(0,83-2,27)
Niveau d'études									
Aucune/primaire/collège	62	0,78	(0,30-2,04)	78	1,27	(0,43-3,74)	94	1,2	(0,56-2,57)
CAP-BEP	74	0,88	(0,37-2,10)	12	3,59	(0,77-16,64)	102	1,97	(1,00-3,91)
Niveau lycée	61	0,66	(0,25-1,73)	52	1,27	(0,41-3,93)	76	1,51	(0,7-3,25)
Etudes supérieures	40	1	1	39	1	1	99	1	1
Statut sérologique du conjoint									
Négatif	215	1	1	141	1	1	332	1	1
Inconnu	22	2,42	(0,92-6,36)	40	1,69	(0,77-3,71)	39	2,67	(1,20-5,96)
Dire au conjoint									
Non	10	1	1	37	1	1	15	1	1
Oui	227	0,59	(0,15-2,37)	144	1,44	(0,53-3,90)	356	0,38	(0,12-1,22)
Désir d'enfant									
Non	190	1	1	111	1	1	293	1	1
Oui	47	1,25	(0,62-2,53)	70	1,38	(0,63-3,03)	78	2,8	(1,57-4,97)
Usage de drogue IV									
Jamais	0			181			371		
Ancien	176	0,30	(0,11-0,80)	0			0		
Substitué	40	0,43	(0,13-1,41)	0			0		
Actuel	21	1	1	0			0		
Stade sida									
Non	192	1	1	139	1	1	277	1	1
Oui	45	2,35	(1,15-4,81)	42	0,89	(0,37-2,18)	94	0,52	(0,27-0,99)

Pas d'association significative avec l'âge, l'activité professionnelle, la cohabitation et la durée du couple, la discrimination de l'entourage et l'année de diagnostic.

Figure 2
Raisons de non-utilisation du préservatif avec le partenaire stable dans les couples hétérosexuels sérodifférents

façon selon les groupes, mais, de façon générale, il existe peu de différences entre hommes et femmes. Parmi les usagers de drogue, les hommes citent plus souvent comme motif de prise de risque la codécision (67 % versus 43 %, $p = 0,006$) et le refus de se protéger (47 % versus 30 %, $p = 0,05$), tandis que les autres motifs sont cités à égalité par les hommes et les femmes : dans l'ordre, le refus de l'autre membre du couple, le fait d'avoir une charge virale indétectable et le désir d'enfant. Dans le groupe des « autres hétérosexuels », la codécision et les difficultés ou le refus d'utilisation du préservatif ont des niveaux proches ; il n'existe de différences entre hommes et femmes que pour la difficulté du répondant lui-même à utiliser des préservatifs, davantage déclarée par les hommes (49 % versus 34 %, $p = 0,03$). Les autres motifs sont également cités par les deux sexes, la charge virale indétectable puis le souhait d'avoir un enfant. Hommes et femmes immigrés ne se différencient dans leurs réponses pour aucun motif de non-utilisation des préservatifs : les difficultés d'utilisation sont surtout attribuées au partenaire non positif, le projet d'enfant est plus souvent cité que dans les autres groupes et l'existence d'une charge virale indétectable moins souvent.

Interrogés sur les désaccords sur l'utilisation des préservatifs dans le couple, les réponses sont peu différentes et les différences ne sont pas statistiquement significatives pour les usagers de drogue (23,8 % chez les hommes et 18,8 % chez les femmes) et les immigrés (18,8 % et 26,2 %) ; en revanche, les hommes du groupe « autres » sont ceux qui en rapportent le moins et moins que les femmes (7,9 % et 17,7 %, $p = 0,008$).

L'exposition des partenaires occasionnels due à une non-utilisation systématique du préservatif est rapportée par 22,5 % des hommes et 28,6 % des femmes ($p = 0,21$). Dans le groupe « autres », les hommes déclarent un niveau de rapports non protégés plus faible (hommes : 13,1 %, femmes : 24,3 %, $p = 0,10$).

Parmi les motifs d'absence de prévention avec un partenaire occasionnel, le refus de soi-même ou du partenaire d'utiliser un préservatif et le fait d'avoir une charge virale indétectable sont les deux motifs qui recueillent le plus de réponses positives, puis par ordre décroissant l'item « tous les partenaires sont séropositifs », le report sur le partenaire de la responsabilité de la protection (« c'est aux autres de se protéger »), l'oubli, la crainte de dévoiler sa séropositivité par la proposition du préservatif et enfin les traitements d'urgence. Il n'existe pas de différence significative en fonction du sexe. Seuls les usagers de drogue mentionnent plus souvent le fait de n'avoir que des partenaires infectés comme motif de non-prévention.

Discussion

Les données descriptives fournies par l'enquête Vespa sur le comportement sexuel des personnes séropositives font apparaître peu de différences entre hommes et femmes. Quand elles existent, celles-ci recoupent les tendances existant en

population générale, en lien avec le registre dans lequel est représentée et vécue la sexualité par les hommes et par les femmes. La situation très défavorable des femmes immigrées dans leur couple, mise en avant dans la littérature de santé publique sur le sida comme dans les discours, n'est pas retrouvée dans les résultats obtenus.

Les différences par rapport à la population générale signalent les difficultés dans la vie sexuelle des personnes vivant avec le VIH : moins d'activité sexuelle (autour de 70 %) – elle est proche de 90 % en population générale [22] –, moins de vie de couple, plus de partenaires occasionnels. Le pourcentage élevé de personnes déclarant des partenaires occasionnels renvoie à la difficulté de constituer des unions stables, puisque, une fois que le couple est constitué, la proportion de personnes multipartenaires est très voisine de celle de la population générale (7,1 % des hommes et 3,4 % des femmes dans l'échantillon Vespa contre 5,3 % et 2,8 % dans l'enquête Comportement sexuel des Français-2005 [22]). On retrouve ici la marque des difficultés sociales et psychologiques liées à la séropositivité, que celles-ci soient objectives (la perte des partenaires), internalisées comme la peur de contaminer le partenaire, l'absence de désir, le sentiment d'un manque de séduction, ou subies comme la peur ou l'expérience du rejet. De ce point de vue, les personnes qui ont consommé ou consomment des drogues apparaissent encore plus vulnérables.

Les résultats corroborent l'observation générale d'une plus grande propension des hommes à avoir des partenaires occasionnelles et à vivre leur sexualité dans le registre des besoins sexuels [22]. Ainsi les hommes déclarent dans tous les groupes moins de refus des rapports sexuels désirés par leur partenaire féminine, moins souvent l'absence de désir dans les raisons de l'absence de rapports sexuels ; ils font état de plus de refus délibérés d'utiliser des préservatifs (sauf chez les hommes immigrés). De rares différences sont observées entre hommes et femmes sur la motivation de non-utilisation des préservatifs ou les conflits dans des couples non concordants. Ce résultat est difficile à interpréter dans la mesure où l'on ne dispose pas de ces informations de la part des partenaires négatifs au sein de tels couples. On peut suggérer soit que les hommes réussissent à imposer leur point de vue dans le couple, soit qu'il existe une dynamique propre aux couples affectés par le VIH qui atténue le déséquilibre en défaveur des femmes. Le refus d'avoir des relations sexuelles désirées par le partenaire au sein du couple est plus souvent exprimé par les femmes que par les hommes. On s'attendrait à ce que les réponses des participants sollicités sur l'attitude de leurs partenaires, lorsque eux-mêmes désirent des rapports sexuels, reflètent cette différence. Or il n'en est rien. La perception des refus du partenaire est rare et ne diffère pas entre hommes et femmes, sauf chez les hommes immigrés. Ce résultat peut être interprété d'abord comme une difficulté à répondre pour une autre personne, même très proche, ou encore comme une difficulté de communication dans les relations intimes :

difficulté des hommes à reconnaître le refus ou la réticence de la part de leur partenaire ou encore recours par les femmes à des stratégies d'évitement face à une sollicitation de la part de leur conjoint/compagnon. Dans les couples immigrés, la négociation des relations sexuelles serait en quelque sorte plus explicite.

L'information du partenaire au sein du couple et l'utilisation systématique du préservatif avec un (une) partenaire non infecté(e) sont identiques chez les hommes et chez les femmes. Pour autant, les immigrés, globalement, disent moins leur séropositivité et les femmes toxicomanes ou anciennement toxicomanes rapportent un niveau de protection plus faible que les hommes. Les facteurs sociaux tels que le niveau d'étude ou l'existence d'une activité professionnelle ne semblent pas jouer de rôle important dans la gestion des enjeux préventifs. Les déterminants des situations à risque sont principalement liés aux caractéristiques de la relation, en incluant ici le désir d'enfant, qui se traduit par l'absence d'utilisation du préservatif. Cette situation est un peu plus fréquente dans le groupe des immigrés dont la fécondité est plus élevée, aussi bien en population générale [23] que chez les personnes séropositives, comme le confirment les observations de l'enquête [25]. L'anticipation des discriminations est souvent évoquée comme un des déterminants dans les comportements sexuels et préventifs. Les résultats observés ici n'apportent pas d'éléments décisifs de ce point de vue. On ne trouve pas d'association du comportement préventif avec la déclaration de discrimination de la part de l'entourage. Par ailleurs, la crainte que le préservatif trahisse la séropositivité n'est évoquée que par 10 % des personnes qui ne l'utilisent pas avec des partenaires occasionnels. Cependant, notons que la peur du rejet vient en troisième position comme motif d'absence de rapports sexuels. Il est probable que les processus qui lient la stigmatisation, la discrimination et la vie sexuelle sont mal saisis par l'enquête et nécessiteraient l'utilisation d'autres méthodes en sciences humaines ou d'autres instruments d'enquête pour mesurer les discriminations de façon satisfaisante.

La relative homogénéité des résultats contraste avec la littérature qui rend compte de la vulnérabilité accrue des femmes face au VIH/sida, en raison des rapports de genre, de la double stigmatisation dont elles seraient victimes et des conséquences sociales de l'annonce de leur séropositivité. Il est possible cependant que ces résultats quelque peu inattendus soient liés au caractère transversal de l'étude. En effet, on observe avec quelques variations, que le caractère récent du diagnostic, la faible antériorité de la constitution du couple et son corollaire, la non-cohabitation, sont associés à une connaissance moins fréquente de la séropositivité par le partenaire ; la règle (chez les femmes au moins) est de ne pas informer les partenaires occasionnels. Ces résultats suggèrent que c'est dans la période qui suit le diagnostic et au moment des nouvelles rencontres que la situation est la plus délicate.

Dès lors, par son caractère transversal, l'étude, dans laquelle l'ancienneté médiane du diagnostic est de dix ans et celle des

couples de huit ans, tend à sous-estimer les situations de relations avec un partenaire non informé, comme le suggère d'ailleurs Nicolaï qui souligne l'importance de prendre en compte la dynamique des relations pour appréhender de façon correcte la question de l'information du partenaire au cours d'une relation [24]. Il indique que 40 % des relations terminées n'ont pas donné lieu à une information du partenaire. Il est possible aussi que l'analyse par groupe manque de puissance pour mettre en évidence des associations ou des interactions entre variables. Cependant, les analyses sur l'ensemble de l'échantillon, sans distinction de groupes, ne produisent pas de résultats différents (résultats non montrés). Il serait donc utile d'étudier la vie affective et sexuelle de façon prospective, chez des personnes plus jeunes, dans la période qui suit le diagnostic de séropositivité.

Les personnes immigrées vivant avec le VIH en France sont majoritairement originaires d'Afrique sub-saharienne. Dans ces pays, les données montrent en population générale un fort déséquilibre entre hommes et femmes, plus important qu'en Europe [16]. Ces différences portent principalement sur l'âge au premier rapport, les relations pré-conjugales, la relation monogame exclusive et les partenaires hors du couple. Dans l'échantillon de personnes séropositives de Vespa, les immigrés ne se distinguent pas des autres groupes et ne se différencient pas ou peu entre hommes et femmes. Dans une étude menée à Londres, les hommes et femmes hétérosexuels séropositifs originaires d'Afrique sub-saharienne (les autres hétérosexuels ne sont pas inclus dans l'étude) avaient le même niveau de pratiques à risque avec les partenaires stables [20]. Or, parmi les immigrés africains en France en 2005, on retrouve des différences importantes entre hommes et femmes dans le comportement sexuel et les attitudes préventives [26]. Les observations dans l'échantillon de Vespa tiennent peut-être à l'âge des personnes vivant avec le VIH, autour de la quarantaine. Les indicateurs comparés par Wellings [16] en population générale indiquent en effet que c'est surtout chez les jeunes que les différences entre hommes et femmes sont le plus marquées.

Pour ce qui concerne le couple, les travaux réalisés en Afrique de l'Ouest sur la constitution des unions et sur le dialogue autour de la contraception, ou plus spécifiquement de la communication de la séropositivité, indiquent une évolution en faveur de plus d'autonomie des couples face aux pressions sociales et un rééquilibrage des relations en faveur des femmes [11]. D'autres auteurs suggèrent que les femmes gagneraient en autonomie au cours de l'immigration, en se dégageant des pressions sociales liées au genre (Sassen cité en [27]). Enfin, le regroupement des immigrés en un seul groupe occulte l'hétérogénéité de cette population. Les migrations d'Afrique de l'Ouest, qui constituent une part importante de l'immigration africaine en France, sont très hétérogènes en termes de sex ratio, d'immigration en couple, seul ou en famille, et pour les femmes en termes d'union avec un Français ou pas [28]. Ces caractéristiques de la trajec-

toire migratoire peuvent influencer les comportements et les pratiques sexuelles.

On peut enfin faire l'hypothèse que la fréquentation du système de soins pour l'infection à VIH induit des attitudes favorables à la prévention. Les études réalisées en Côte d'Ivoire mettent en évidence l'amélioration de la communication avec le conjoint après un test prénatal et le *counselling* reçu à cette occasion [29,30].

Les biais dans les réponses sur des sujets sensibles comme la sincérité vis-à-vis des partenaires ou leur exposition au risque de transmission ne peuvent pas être totalement écartés pour l'ensemble des participants. Dans le questionnaire, la formulation s'efforçait d'être la plus neutre possible pour la connaissance du statut par le partenaire (« connaît-il/elle actuellement votre statut sérologique ? ») et la modalité « presque toujours » pour l'usage des préservatifs devait permettre de limiter ce biais de désirabilité. Cependant, il n'est pas possible d'évaluer l'existence et, le cas échéant, l'importance, de ce biais.

Conclusion

Les comportements sexuels des hétérosexuels séropositifs sont modélisés par les règles de genre, pour ce qui a trait à la vie sexuelle et à la façon de légitimer les comportements. Toutefois, les enjeux importants que constituent l'information du partenaire sur sa séropositivité et l'utilisation des préservatifs se différencient peu en fonction du sexe ou de l'origine. Pour tous, l'annonce de la séropositivité à des nouveaux partenaires, puis lorsque la relation s'installe, est une difficulté et se traduit par des prises de risques dans les relations sexuelles. Appréhendées par une étude transversale, dans une population qui vit depuis longtemps avec la maladie, les différences entre sexes et groupes apparaissent atténuées. Des travaux capables de saisir la dynamique des trajectoires, en considérant la trajectoire de la maladie, celle de la vie relationnelle et, le cas échéant, la trajectoire migratoire, apparaissent nécessaires pour identifier et comprendre la réalité des comportements préventifs.

Références bibliographiques

1. Meystre-Agostoni G, Thomas R, Häusermann M, Chollet-Bornand A, Dubois-Arber F, Spencer B. *La sexualité des personnes vivant avec le VIH/sida*. Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, raisons de santé, 17, 1998.
2. Delor F. Vie sexuelle des personnes atteintes, sérodiscordance et risque du sida. In : ouvrage collectif. *Séropositivité, vie sexuelle et risque de transmission du VIH*. Paris : Anrs, collection Sciences sociales et sida, 1999, p. 85-100.
3. Ouvrage collectif. *Séropositivité, vie sexuelle et risque de transmission du VIH*. Paris : Anrs, collection Sciences sociales et sida, 1999.
4. Buchacz K, van der Straten A, Saul J, Shiboski S, Gomez C, Padian N. Sociodemographic, behavioral, and clinical correlates of inconsistent condom use in HIV-serodiscordant heterosexual couples. *JAIDS* 2001 ; 28(3) : 289-329.
5. Castilla J, Del Romero J, Hernando V, Marincovich B, Garcia S, Rodriguez C. Effectiveness of highly active antiretroviral therapy in reducing heterosexual transmission of HIV. *JAIDS* 2005 ; 40(1) : 96-101.
6. Spencer B. Et Dieu créa... le genre. *Rev Infothèque Sida* 2001 ; 2 : 1-6. http://www.aidsnet.ch/infothek/f/2_01_02.htm
7. Théry I. « Une femme comme les autres » séropositivité, sexualité et féminité. In : ouvrage collectif. *Séropositivité, vie sexuelle et risque de transmission du VIH*. Paris : Anrs, collection Sciences sociales et sida, 1999, p. 113-136.
8. WHO. *Gender dimensions of HIV status disclosure to sexual partners : rates, barriers and outcomes. A review paper*. Genève : WHO, 2004.
9. Desclaux A, Desgrées du Loû A. Les femmes africaines face à l'épidémie de sida. *Population et Sociétés* 2006 ; 428 : 1-4.
10. Lydié N. *Les populations africaines d'Île-de-France face au VIH/sida. Connaissances, attitudes, croyances et comportements*. Paris : Inps, 2007, 183 p.
11. Barbieri M, Hertrich V. Ecart d'âge entre conjoints et pratique contraceptive en Afrique Subsaharienne. *Population* 2005 ; 5/6.
12. Barker G, Ricardo C. *Young men and the construction of masculinity in Sub-Saharan Africa : implications for HIV/AIDS, conflict, and violence*. Washington DC : World Bank, 2005.
13. Peretti-Watel P, Rianley B, Dray-Spira R, Bouhnik AD, Sitta R, Obadia Y et l'équipe de l'enquête VESPA. Comment enquêter la population séropositive en France : l'enquête Anrs-EN12-VESPA 2003. *Population* 2005 ; 60(4) : 525-550.
14. Wolf K, Young J, Rickenbach M et al. Prevalence of unsafe sexual behaviour among HIV-infected individuals : the Swiss HIV cohort study. *JAIDS* 2003 ; 33 : 494-499.
15. Eich-Hochli D, Niklowitz MW, Clement U, Luthy R, Opravil M. Predictors of unprotected sexual contacts in HIV-infected persons in Switzerland. *Arch Sex Behav* 1998 ; 27(1) : 77-90.
16. Wellings K, Collumbien M, Slaymaker E et al. Sexual behaviour in context : a global perspective. *Lancet* 2006 ; 368 : 1706-1728.
17. Gollub EL, Rey D, Obadia Y, Moatti JP. Gender differences in risk behaviors among HIV+ persons with an IDU history. The link between partner characteristics and women's higher drug-sex risks. The Manif 2000 study group. *Sexually Transmitted Diseases* 1998 ; 25(9) : 483-8.
18. Evans JL, Hahn JA, Page-Shafer K, Lum PJ, Stein ES, Davidson PJ, Moss AR. Gender differences in sexual and injection risk behavior among active young injection drug users in San Francisco (the UFO Study). *Journal of Urban Health* 2003 ; 80 (1) : 137-46.
19. Fonquernie L, Dray-Spira R, Bamogo E, Lert F, Girard PM. Caractéristiques des patients nouvellement pris en charge pour une infection à VIH dans un CHU parisien en 2002-2003. *Médecine et Maladies Infectieuses* 2006 ; 36 (5) : 270-279.
20. Institut national de veille sanitaire. Lutte contre le VIH/sida et les infections sexuellement transmissibles en France. 10 ans de surveillance 1996-2005. mars 2007.
21. Dray-Spira R, Spire B, Heard I, Lert F, and the VESPA Study Group. Heterogeneous response to HAART across a diverse population of people living with HIV : results from the Anrs-EN12-VESPA Study. *AIDS* 2007 ; 21(S1) : S5-S12.
22. Bajos N, Bozon M, Beltzer N et l'équipe CSF. Contexte de la sexualité en France. Dossier de presse : premiers résultats de l'enquête CSF. Paris, Anrs, Inserm, Ined, 13 mars 2007 (www.inserm.fr).

23. Toulemon L. La fécondité des immigrées : nouvelles données, nouvelle approche. *Populations et Sociétés* 2004 ; 400 : 1-4.
24. Niccolai LM, King E, D'Entremont D, Pritchett EN. Disclosure of HIV serostatus to sex partners : a new approach to measurement. *Sex Transm Dis* 2006 ; 33(2) : 102-105.
25. Heard I, Sitta R, Lert F and the VESPA Study Group : Reproductive choice in men and women living with HIV : evidence from a large representative sample of outpatients attending French hospitals (Anrs-EN12-VESPA Study). *AIDS* 2007 ; 21 : S77-S82.
26. Elford J, Ibrahim F, Bukutu C, Anderson J. Sexual behaviour of people living with HIV in London : implications for HIV transmission. *AIDS* 2007 ; 21(S1) : S63-S70.
27. Kesby M, Fenton K, Boyle P., Power R. An agenda for future research on HIV and sexual behaviour among African migrant communities in the UK. *Social Science and Medicine* 2003 ; 57 : 1573-1592.
28. Thierry X. Évolution de l'immigration en France et éléments de comparaison avec le Royaume-Uni. Une comparaison franco-britannique. *Population* 2004 ; 5 : 725-764
29. Tijou Traoré A. Pourquoi et comment en parler ? Dialogue conjugal autour de l'annonce de la séropositivité dans les couples sérodiscordants en Côte d'Ivoire. *Sciences Sociales et Santé* 2006 ; 24(2) : 43-67.
30. Desgrées du Loû A. Le couple face au VIH/sida en Afrique sub-saharienne. information du partenaire, sexualité et procréation. *Population* 2005 ; 60 (3) : 1-21.