

Université de Montréal

**Communication sur le risque de contamination par le VIH/SIDA entre
les apprenties couturières et leurs partenaires au Bénin.**

Par

Marie-Sylvie BISIZI

Département de médecine sociale et préventive

Faculté de médecine

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures en vue de l'option du grade de
Maître ès sciences (M.Sc.)
en santé communautaire

Avril 2000

© Marie-Sylvie BISIZI, 2000.



WA
5
U58
2002
V. 019

Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Ce mémoire intitulé :
Communication sur le risque de contamination par le VIH/SIDA entre les apprenties
couturières et leurs partenaires au Bénin.

Présenté par :
Marie-Sylvie BISIZI

A été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Président rapporteur	Levy Ronald
Directrice de recherche	Dedobbeleer Nicole
Membre du Jury	Zunzunegui Maria Victoria

Mémoire accepté le :

Sommaire

Au Bénin, les données statistiques indiquent que le Syndrome de l'Immunodéficience Acquise (SIDA) constitue une menace sérieuse pour la santé des jeunes femmes sexuellement actives. Les recherches dans le domaine de la prévention ont mis en exergue le rôle de la communication dans l'adoption de pratiques sécuritaires. Notre étude porte sur la communication du risque de contamination par le VIH/SIDA entre les apprenties couturières et leurs partenaires. C'est une étude qualitative de type exploratoire. Nous avons procédé à des entrevues semi-structurées auprès de 20 apprenties couturières. Les thèmes qui ont été abordés sont : le contexte de la rencontre avec un partenaire, la communication du risque et son contenu, les raisons d'une absence de communication, certains aspects reliés à cette communication tels que la perception du risque, les valeurs et normes, la confiance et la négociation du condom. Elles sont âgées de 18 à 25 ans, vivant pour la plupart en famille et n'ayant aucune source de revenu.

Nos résultats montrent que celles qui communiquent (12/20) suivent un ordre dans les thèmes qu'elles abordent. Elles sont toujours les premières à initier la conversation sur le SIDA et cette communication est liée à la réceptivité du partenaire, à la perception du risque de la jeune femme, à son attachement au mariage, au peu de confiance accordée aux hommes et aux échanges sur le SIDA avec les amis. Celles qui communiquent utilisent davantage le condom que les autres. Elles utilisent aussi des astuces telles que la nécessité de la contraception pour convaincre le partenaire de l'utiliser.

Celles qui ne communiquent pas, ne croient pas en l'existence du SIDA, ne se perçoivent pas à risque, sont plus préoccupées par leurs problèmes financiers, déclarent avoir confiance en leurs partenaires, et mettent plus d'emphasis sur la fidélité comme moyen de prévention.

REMERCIEMENTS

Je voudrais remercier chaleureusement madame Nicole Dedobbeleer qui m'a guidée et soutenu tout au long de ce travail. J'ai bénéficié avec elle d'un excellent encadrement académique dont je suis fière.

Je remercie le programme canadien des bourses de la francophonie pour le soutien financier nécessaire à la réalisation de cette étude.

Je remercie vivement le coordonnateur du projet SIDA II-Bénin, Enias Baganizi, pour ses conseils et son appui logistique durant la réalisation de ce travail.

TABLES DES MATIERES

<i>Sommaire</i>	<i>ii</i>
<i>Remerciements</i>	<i>vi</i>
<i>Table des matières</i>	<i>v</i>
<i>Liste des tableaux</i>	<i>viii</i>
<i>Liste des graphiques</i>	<i>ix</i>
INTRODUCTION	1
CHAPITRE I. PROBLÉMATIQUE	2
1.1. Prévalence du SIDA	2
1.2. La vulnérabilité des femmes	3
1.2.1 <i>La vulnérabilité biologique</i>	3
1.2.2 <i>La vulnérabilité socioculturelle et économique</i>	3
1.3. La communication entre partenaires	4
CHAPITRE II. ÉTAT DES CONNAISSANCES	6
2.1. Le contexte éducationnel et le risque de contracter le VIH/SIDA	6
2.2. Situation du VIH/SIDA et des MST au Bénin chez les femmes	7
2.3. Les jeunes femmes au Bénin : un comportement sexuel à risque	7
2.4. La communication sur le SIDA	9
2.4.1 <i>Définitions</i>	9
2.4.2 <i>Contenu</i>	10
2.4.3 <i>Styles de communication</i>	11
2.5. Variables ayant une influence sur la communication entre partenaires ...	13
2.5.1 <i>Estime de soi, capacités et attitudes</i>	13
2.5.2 <i>La perception du risque</i>	14
2.5.3 <i>Normes, valeurs culturelles et attentes vis à vis de la relation</i>	15

2.5.4. <i>La dépendance financière</i>	16
2.5.5. <i>La confiance</i>	17
2.5.6. <i>Échanges avec l'entourage sur le SIDA</i>	18
2.6. <i>Communication et méthodes de prévention</i>	19
2.7. <i>Conclusion</i>	21
CHAPITRE III. OBJECTIFS ET QUESTIONS DE RECHERCHE	22
CHAPITRE IV. ARTICLE	22
<i>Résumé</i>	23
<i>Introduction</i>	24
<i>Méthodes</i>	26
Contexte de l'étude.....	26
Devis de l'étude.....	27
Population à l'étude.....	27
Instrument et collecte des données.....	28
Validité des données.....	29
Analyses.....	30
<i>Résultats</i>	32
Caractéristiques socio-démographiques.....	32
Contexte des rencontres avec les partenaires.....	34
<i>Circonstances et lieux de rencontres</i>	34
<i>Rapports sexuels</i>	35
Communication avec le partenaire.....	36
<i>Communication sur le SIDA avec le partenaire</i>	37
<i>Contexte de la communication</i>	37
<i>Déroulement de la communication</i>	38
<i>Arguments</i>	40
<i>Absence de communication sur le SIDA avec le partenaire</i>	41
<i>Raisons évoquées</i>	41
Facteurs associés à la communication sur le SIDA.....	44
<i>Lieu de naissance</i>	44
<i>Perception du risque de contamination par le VIH</i>	44

<i>Normes et valeurs au sein de la relation</i>	46
<i>Confiance dans le partenaire</i>	47
<i>Échanges avec l'entourage sur la prévention du SIDA</i>	49
Communication et gestion du risque	49
<i>Stratégies de prévention</i>	49
<i>Négociation du condom</i>	52
<i>Synthèse des résultats</i>	52
DISCUSSION	55
CHAPITRE V – CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	63
<i>Bibliographie</i>	67
<i>Annexes</i>	75

LISTE DES TABLEAUX

<i>Tableau 1. Profil socio-démographique des répondantes.....</i>	<i>33</i>
<i>Tableau 2 :Contexte de la rencontre.....</i>	<i>35</i>
<i>Tableau 3: Communication entre les apprenties couturières et leurs partenaires.....</i>	<i>37</i>
<i>Tableau 4: Raisons de l'absence de communication sur le VIH/SIDA au sein du couple.....</i>	<i>42</i>
<i>Tableau 5: Normes et valeurs culturelles.....</i>	<i>46</i>
<i>Tableau 6: Motifs évoqués par les apprenties couturières permettant d'instaurer la confiance avec leur partenaire.....</i>	<i>48</i>
<i>Tableau 7: Gestion du risque et communication chez les apprenties couturières.....</i>	<i>51</i>
<i>Matrice 1: Caractéristiques des apprenties couturières qui communiquent.....</i>	<i>79</i>
<i>Matrice 2 Caractéristiques des apprenties couturières qui ne communiquent pas..</i>	<i>80</i>

LISTE DES GRAPHIQUES

<i>Graphique 1 : Communication sur le SIDA avec les partenaires.....</i>	<i>43</i>
<i>Graphique 2 : Synthèse des résultats.....</i>	<i>54</i>
<i>Graphique 3 : Actions proposées pour stimuler la communication entre apprenties couturières et leurs partenaires.....</i>	<i>66</i>

Introduction

Le Syndrome de l'Immunodéficience Acquis (SIDA) est devenu une préoccupation majeure de santé publique dans le monde entier. En effet, de nombreux chercheurs ont mobilisé leurs efforts dans le souci de mieux comprendre les comportements d'adaptation au risque de contamination par le VIH. L'extension de la maladie, son caractère incurable, et son coût socio-économique élevé nécessitent toujours de rechercher des moyens de prévention pour contrer sa propagation. La situation est encore plus dramatique en Afrique où il existe très peu de ressources pour la prise en charge des malades atteints du SIDA. Ces derniers sont souvent rejetés par le système de santé et leur famille. (Taverne, 1997).

Au Bénin, les dépenses en soins médicaux, sur la base de 170 dollars américains par malade, donnent un coût direct estimé pour les 1280 malades enregistrés en 1995, à plus de 217600 dollars. Cela équivaut presque à la part du budget annuel de la santé du Bénin destinée au paiement du personnel de soins au niveau départemental (Fourn et Ducic, 1996).

Les jeunes femmes célibataires sont particulièrement vulnérables tant sur le plan biologique, que socioculturel et économique. Parmi elles, les jeunes femmes déscolarisées, en particulier les apprenties couturières retiennent l'attention et font l'objet de la présente étude. Elle a pour but d'examiner la façon dont les femmes abordent un sujet aussi délicat que le VIH/SIDA avec leur partenaire, les facteurs liés à cette communication et les liens de cette communication avec la gestion du risque lié au VIH/SIDA.

Le premier chapitre de ce mémoire comprend la problématique du VIH/SIDA chez les jeunes femmes. Le deuxième chapitre porte sur la revue de littérature. Le troisième chapitre décrit les objectifs et les questions de recherche. Le quatrième chapitre sous forme d'article présente un résumé, l'introduction, la méthodologie, les résultats. Une discussion générale des résultats sera présentée et enfin dans un cinquième chapitre suivra la conclusion et quelques recommandations.. En annexe sont présentés le guide d'entrevue, le formulaire de consentement et les matrices.

CHAPITRE I. Problématique

1.1. Prévalence du SIDA

Le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA, 1998) estimait au mois de décembre 1998 que le nombre de personnes dans le monde vivant avec le VIH était de 33,4 millions, soit 10% de plus qu'en 1997 et que 47 millions ont été infectés depuis le début de l'épidémie jusqu'à la fin de l'année 1998. Soixante pour cent (60%) des personnes infectées vivent en Afrique au sud du Sahara. L'Agence canadienne de développement international (1997) attire l'attention des professionnels de la santé sur la tranche d'âge des 15 à 24 ans qui constituent la moitié des séropositifs déclarés. Rien qu'en 1997, trois millions de jeunes de 15 à 21 ans dont deux-tiers de filles, ont été infectées par le VIH. Les femmes en général et les adolescentes en particulier sont la fraction de la population la plus exposée à l'infection par le VIH dans les cas d'infection par voie sexuelle (ONUSIDA, 1998). Selon cette organisation, les jeunes filles âgées de 15 à 24 ans représentent 50% des nouveaux cas d'infection.

Au Bénin, la prévalence générale de l'infection à VIH en 1995 était de 2,1% et le nombre cumulé de séropositifs au cours de la même année s'élevait à 62938 personnes infectées (M.S.P.S.C.F., 1996). En 1997, ce taux est passé à 3,7% avec un nombre de séropositifs s'élevant à 133346 (Fourn et Ducic, 1996), ce qui signifie que le nombre de personnes infectées a doublé en deux ans. Parmi ceux-ci la tranche d'âge la plus touchée reste celle des adultes jeunes entre 20 et 30 ans qui représentent 62% des cas. Dans ce groupe d'âge spécifique, les femmes sont presque deux fois plus touchées que les hommes soit 37,8% contre 22,5% (Fourn et Ducic, 1996). La durée d'incubation du virus variant entre 10 et 13 ans il est fort probable que le virus ait été contracté à l'adolescence (Carballo et Kenya, 1994). Les femmes sont particulièrement exposées à l'infection. Les cas de femmes diagnostiquées au Bénin résident pour la plupart à Cotonou, capitale du Bénin (Fourn et Ducic, 1996).

1.2. La vulnérabilité des femmes

1.2.1. La vulnérabilité biologique

Chez les femmes, la surface de muqueuse exposée pendant les rapports sexuels est importante et le sperme des hommes infectés présente une concentration de VIH beaucoup plus élevée que le fluide vaginal. Ce phénomène prédispose donc beaucoup plus les femmes que les hommes à l'infection au VIH (Niang Diallo, 1999). De plus, les maladies sexuellement transmises reconnues comme un facteur favorisant la transmission du VIH évoluent souvent de façon silencieuse et asymptomatique chez les femmes non traitées. Certaines études ont montré une association positive entre la gonorrhée, l'infection génitale à *Chlamydia trachomatis*, la trichomonase et l'infection due au VIH (Laga et al., 1993 ; Laga et al., 1994 ; Plummer et al., 1991 cité par Baganizi et Alary, 1997).

1.2.2. La vulnérabilité socioculturelle et économique

La vulnérabilité des femmes africaines est accentuée par la dégradation de l'environnement économique dans les zones rurales. Cette situation pousse les femmes à migrer vers les grandes villes (Niang Diallo, 1999). Les contraintes de la vie urbaine et parfois l'absence de solidarité en ville, entraîne le développement de stratégies de survie telle que la prostitution chez les femmes qui ne disposent d'aucun revenu ou la recherche de partenaires occasionnels. Les jeunes femmes ont aussi tendance à avoir des rapports sexuels avec des hommes plus âgés. Ces derniers ont déjà eu une ou plusieurs partenaires sexuelles et de ce fait sont donc plus susceptibles d'être infectés (Konde-Lule et al., 1993 ; Niang Diallo, 1999).

Les femmes constituent ainsi un groupe particulièrement vulnérable, compte tenu de leur statut socio-économique au sein de la société africaine et des rapports qu'elles entretiennent avec les hommes. Il apparaît que la sexualité ne se discute pas entre conjoints, et que les hommes résistent souvent à informer leur partenaire de la présence d'une maladie sexuellement transmise (Chevallier-Shwartz, 1997).

Plusieurs groupes considérés comme étant à risque ont fait l'objet d'études visant à décrire leur comportement sexuel au Bénin, et notamment chez les prostituées (Bédard, 1997), les étudiantes et élèves (Latoundji et Hountondji, 1996). Un sous-groupe reste toutefois non étudié bien qu'il ait été ciblé par des campagnes de sensibilisation. Il s'agit des jeunes femmes «déscolarisées». Elles sont ainsi désignées parce qu'elles n'ont pas suivi la filière classique de l'enseignement par défaut de moyens. Elles représentent un nombre de plus en plus important à Cotonou. De 6198 apprenties de sexe féminin, toutes professions confondues en 1979, celles-ci sont au nombre de 107951 en 1992 (M.E.N.R.S., 1999). Aucune étude n'a toutefois été faite pour expliquer pourquoi et comment ces jeunes filles sont à risque.

Au-delà des explications biologiques, socio-économiques ou comportementales, sur la vulnérabilité des jeunes femmes en Afrique, certains chercheurs comme Declaux et al. (1996) se sont demandés si les jeunes avaient un langage propre, des modes et des réseaux de communication particuliers dans lesquels devraient s'inscrire toute action d'information.

1.3. La communication entre partenaires

Malgré l'ampleur de la propagation du SIDA chez les jeunes femmes, l'interaction entre les femmes africaines et leurs partenaires, et plus particulièrement la communication sur le risque de contracter le VIH entre partenaires et ses conséquences sur la gestion du risque restent encore mal connus. Cette communication entre partenaires est toutefois à cerner lorsqu'on sait que l'utilisation du condom reste faible chez les femmes célibataires comme par exemple en Côte d'Ivoire (Deniaud, 1991).

La négociation du condom entre les femmes et leurs partenaires reste difficile pour plusieurs raisons. On peut citer la position dominante des hommes, la subordination des femmes tant sur le plan culturel qu'économique (Ulin, 1992 ; De Bruyn, 1992 ; Orubuloye et al., 1993) et le manque d'habiletés de négociation. Ces résultats nous suggèrent de mieux comprendre le processus de communication entre partenaires afin d'identifier les facteurs qui facilitent ou qui constituent des barrières à la

communication et qui pourraient être ciblés dans le domaine de la prévention chez les jeunes femmes.

Aucune étude n'a encore été faite au Bénin et très peu ont été publiées en Afrique sur la communication sur le risque de contracter le VIH, son interaction avec d'autres dimensions interpersonnelles et son impact sur l'utilisation des moyens de prévention. Il paraît donc crucial de documenter cette communication et en particulier chez un groupe de femmes non étudiées en expansion et particulièrement à risque : les apprenties couturières à Cotonou. Les résultats pourront servir de support à l'orientation et au développement d'interventions de promotion de la santé.

CHAPITRE II. État des connaissances

Après un bref aperçu du contexte éducationnel, un rappel sur la situation épidémiologique et comportementale du SIDA chez la femme au Bénin, ce chapitre traitera de la communication sur le risque de contamination par le VIH entre partenaires. Les différentes modalités de communication, les facteurs ayant une influence majeure sur la communication concernant le SIDA et son lien avec les moyens de prévention du VIH/SIDA seront ensuite présentés.

2.1. Le contexte éducationnel et le risque de contracter le VIH/SIDA

Au Bénin, les données nationales indiquent que plus le niveau d'instruction augmente, plus on observe un changement de comportement sexuel depuis l'avènement du SIDA. Ainsi, les femmes instruites ou ayant poursuivi leurs études, ont des pratiques sexuelles moins à risque que celles qui n'ont pas poursuivi d'études (De Souza et Tossou, 1996).

Au Cameroun, Abega (1996) a aussi mis en évidence les problèmes des jeunes sortis précocement du système éducatif. Ses travaux ont montré le très faible niveau d'éducation des jeunes filles peu ou mal informées en matière de sexualité, de maladies sexuellement transmises et de contrôle des naissances. Il souligne aussi que les jeunes filles qui sont dans l'attente d'une relation pouvant mener à un mariage sont particulièrement vulnérables car elles n'ont pas eu accès à l'information sur les MST (maladies sexuellement transmises) et le VIH, et sont prêtes à accepter des relations sexuelles sans conditions.

Au Bénin, le taux d'alphabétisation était de 49% chez les hommes et de 36% chez les femmes en 1995 selon l'Agence canadienne de développement international (1997). Le gouvernement a mis sur pied avec l'aide de ses partenaires internationaux depuis cinq ans des programmes (campagnes d'information- éducation- promotion auprès des parents, construction d'internats adaptés) visant à promouvoir l'alphabétisation des petites filles. Pour l'année scolaire 1998-1999, un peu moins de 40% des élèves au niveau primaire étaient cependant de sexe féminin (M.E.N.R.S., 1999). Les mesures prises par le

gouvernement se heurtent en fait à la réticence des parents à envoyer leur fille à l'école, et surtout en milieu rural. En milieu urbain, l'enseignement général étant plus onéreux et plus long, les parents orientent leurs filles dans des écoles d'apprentissage à moindre frais. C'est ainsi que l'on observe à Cotonou depuis quelques années une prolifération d'ateliers d'apprentissage. En 1992, sur 144414 apprenties recensés, plus de 70% soit 107951 étaient de sexe féminin alors qu'elles étaient 6198 en 1979 (M.E.N.R.S., 1999). Parmi ces apprenties, on retrouve surtout les couturières et les coiffeuses (Azalou-Tingbe, 1997).

2. 2 Situation du VIH/SIDA et des MST au Bénin chez les femmes

La prévalence en 1997 de l'infection au VIH au Bénin estimée à 3,7% n'est pas aussi dramatique que dans les autres pays de la sous région ouest africaine. Néanmoins, sa progression n'en demeure pas moins inquiétante. Les sources nationales précisent que la prévalence du VIH est passée de 0,36% en 1990 à 3,7% en 1997.

Plus des trois- quarts (78%) des malades ont entre 20 et 49 ans et la plupart des cas sont directement reliés à la transmission hétérosexuelle (A.L.S.A, 1997). Les jeunes sont particulièrement exposés puisque quatre vingt pour cent des adolescents au Bénin sont actifs sexuellement.

Plus de la moitié des séropositifs appartiennent à la tranche d'âge des 20 à 30 ans et parmi ceux -ci les femmes sont pratiquement deux fois plus touchées que les hommes (Fourn et Ducic, 1996). Chez les femmes enceintes, le nombre de cas séropositifs a été multiplié par 10 de 1990 à 1997 (Adjovi, 1997 ; ALSA, 1997).

2.3. Les jeunes femmes au Bénin : un comportement sexuel à risque

Une enquête CAP (connaissances-attitudes-pratiques) réalisée à l'échelle nationale au Bénin en 1995 sur un total de 4488 femmes âgées de 15 à 49 ans a trouvé que seulement deux pour cent d'entre elles utilisent un condom lors des rapports sexuels (De Souza et Tossou, 1996).

Une enquête CAP réalisée dans plusieurs établissements scolaires et professionnels au Bénin en 1996, a rapporté que 30% des adolescentes interrogées ont des partenaires sexuels plus âgés qu'elles, que plus de la moitié des enquêtées n'utilisent pas de préservatifs lors des rapports sexuels et que 40% n'utilisent pas de préservatifs parce qu'elles font confiance en leur partenaire. (Latoundji et Hountondji, 1996). Une étude CAP réalisée chez 954 étudiants hommes et femmes âgés de 20-30 ans de l'Université du Bénin en 1995, révèle que plus du tiers ont déjà eu des relations sexuelles pour recevoir de l'argent ou des cadeaux (Sallah et al., 1999).

Certaines études ont montré par ailleurs que les femmes préfèrent adopter un comportement à risque plutôt que d'en discuter avec leur partenaire. Ce choix est en rapport avec la crainte de voir le partenaire rompre la relation et de perdre certains avantages financiers (Ankomah, 1998).

Plusieurs chercheurs ont souligné l'importance de la communication avec le partenaire pour se protéger d'une éventuelle contamination par le VIH. (Nishino et Schunck, 1997 ; Van der Straten et al., 1995 ; Lear, 1995 ; Moore et al., 1995 ; Lock et al., 1998 ; Cobb, 1997). Plusieurs études ont aussi montré que parler du sexe sécuritaire avec son partenaire sexuel était hautement prédictif de l'adoption de pratiques sécuritaires. Van der Straten et al. (1995) dans une étude épidémiologique sur la communication, la violence sexuelle et la réduction du risque chez 1458 jeunes rwandaises âgées de 18 à 35 ans a trouvé que celles qui réussissaient à se protéger et à protéger leurs partenaires avaient une stratégie d'abord basée sur la communication et le dialogue entre partenaires sur la question du SIDA et sa prévention. En Ouganda, Mac Grath et al. (1993) suite à une étude qualitative sur les comportements sexuels à risque, réalisée auprès de 130 femmes ougandaises âgées de 15 à 30 ans et dont la moitié était séropositives a conclu que :

«Taking action to change behavior involves: help seeking behavior, sexual communication skills, skills in healthful sexual behavior and perceived norms».

Les comportements de prévention liés à la relation sexuelle s'accompagnent ainsi d'une communication verbale sur la sexualité entre partenaires qu'il s'agisse de lier l'utilisation de préservatifs aux informations que l'on obtient sur la vie sexuelle de son partenaire, de demander à son partenaire de passer un test de dépistage ou de négocier l'abandon de certaines pratiques (Bajos et al., 1998).

Divers chercheurs ont exploré la communication entre partenaires sur le SIDA mais aucun n'a évoqué le contexte dans lequel cette discussion se situe. On sait cependant que si le thème du sexe sécuritaire n'est pas abordé avant la relation sexuelle, la probabilité qu'il le soit pendant la relation sexuelle est faible (Lear, 1995). On sait aussi que les comportements préventifs (communication, utilisation du préservatif) sont plus fréquents chez les jeunes qui ont débuté récemment leur vie sexuelle et qui par conséquent ont toujours vécu leur sexualité dans le contexte du SIDA. Ainsi, une étude réalisée en 1995 auprès de 954 étudiantes et étudiants de l'Université du Bénin a révélé que les plus jeunes (15-19 ans) préfèrent les partenaires occasionnels et parmi eux près de 40 % utilisent le préservatif. Dans la tranche d'âge des 20-29 ans, 30% utilisent le préservatif contre 20% parmi les plus de trente ans (Sallah et al., 1999).

2. 4. La communication sur le SIDA

2. 4. 1. Définitions

Il existe plusieurs façons de définir la communication sur le SIDA entre partenaires. Dans la problématique du SIDA, Giami (1993) définit la communication selon trois niveaux : "Parler" avec son partenaire qui peut être décrit à un premier niveau comme une forme de transaction permettant de négocier la modification des pratiques sexuelles. A un deuxième niveau, "parler" avec son partenaire peut contribuer à modifier un équilibre relationnel établi de manière plus ou moins stable et apporter un changement dans les relations interpersonnelles qui structurent la relation. A un troisième niveau, "parler" des problèmes du SIDA peut apparaître comme l'irruption d'une injonction sociale dans une situation privée et comme l'introduction d'un discours rationnel dans un contexte souvent vécu comme émotionnel et sentimental.

Pour Hutchinson (1998) et Van der Straten et al. (1995), ouvrir la discussion franche sur les antécédents des partenaires est un moyen par lequel les individus peuvent obtenir de l'information sur le risque potentiel du partenaire ou insister sur un éventuel dépistage. Pour Cline et al. (1992) ainsi que Metz et Fitzpatrick (1992), la connaissance du partenaire, la connaissance de son passé sexuel ou la négociation du condom reposent toutes sur la communication interpersonnelle.

2. 4. 2. Contenu

Contrairement aux études CAP et aux études sur les représentations socioculturelles de la maladie qui ont été bien explorées dans certains pays tels que le Mali, la Côte d'Ivoire ou le Burkina Faso (Cros et al., 1997 ; Fay et al., 1997 ; Caprara et al., 1993), très peu d'études ont porté sur le contenu de la communication sur le SIDA avec le partenaire en Afrique. Cependant, certains travaux comme ceux de Van der Straten et al. (1995) ont permis d'éclairer certains aspects de la communication des femmes rwandaises avec leurs conjoints pour les convaincre d'utiliser le condom. Le contenu de la conversation variait de la conversation générale sur le SIDA en dehors de la relation à l'infidélité du partenaire et aux craintes sur son statut sérologique.

Aux États-Unis, Cline et al. (1992) dans une étude quantitative sur la communication sur le SIDA et ses méthodes de prévention chez 588 étudiantes et étudiants américains, ont recensé les thèmes de discussion des partenaires par ordre d'importance décroissant : l'histoire sexuelle du partenaire (surtout celle des femmes), la négociation du condom, la conversation générale sur le SIDA, la monogamie, le test de dépistage, les questions directes sur le statut sérologique du partenaire et la peur du SIDA. Cobb (1997) dans une étude quantitative sur les types de communications et les pratiques sexuelles sécuritaires chez 316 étudiantes américaines âgées de 18 à 22 ans indique que plus de la moitié des jeunes femmes interrogées posent des questions sur le passé sexuel de leur partenaire, sur leurs expériences homo ou bisexuelles, ou leur utilisation des drogues intraveineuses.

Selon Otis et al. (1997) au Québec, la négociation du port du condom est basée sur des arguments de plusieurs ordres pour persuader l'autre de l'utiliser lorsqu'il y a communication entre les partenaires. Il peut s'agir d'arguments moraux ou d'arguments

basés sur la culpabilité et les regrets, d'arguments valorisant la santé et la protection, d'arguments plus personnels et rationnels.

Une étude qualitative portant sur le pouvoir de négociation réalisée auprès de 50 prostituées béninoises par Bédard (1997), a identifié neuf stratégies utilisées par celles-ci pour convaincre leurs clients d'utiliser le préservatif. Elles sont par ordre décroissant d'importance : la stratégie de réalité-responsabilité, la stratégie de fermeté, la stratégie de peur, la stratégie positive détournée, la stratégie informative, la stratégie de promotion du condom, la stratégie qui fait référence à l'autorité, la stratégie d'engagement de soi, la stratégie du recours à du matériel visuel.

Les plus importantes sont la stratégie de réalité-responsabilité, où la femme tente de raisonner son client, de lui faire voir la réalité des choses ou de lui rappeler ses responsabilités envers les autres. Puis il y a la stratégie de la peur où la femme par son discours, fait peur à son client par rapport au danger immédiat d'attraper le VIH ou des maladies sexuellement transmises. Elle fait référence à des histoires dramatiques ou encore à la mort. La stratégie de la fermeté dans laquelle la femme est déterminée à utiliser le condom quelle que soit la conséquence. La stratégie positive détournée dans laquelle la femme opte pour des comportements ou des tactiques positives (non agressives) et détournées (plutôt indirectes) pour faire accepter le condom à l'homme. Dans cette approche, on utilise l'humour et la sensualité.

2.4.3. Styles de communication

Aucun chercheur n'a jusque là examiné le style de communication sur le SIDA et des méthodes de prévention en Afrique. Cependant, ce que l'on sait des travaux effectués ailleurs qu'en Afrique c'est que pour faire comprendre à l'autre leur point de vue sur le sexe «sécuritaire», les adolescents et les jeunes adultes privilégient divers styles de communications : la manipulation, la séduction et le charme, la négociation, l'agressivité ou la persistance. Les moyens qu'ils développent sont à la fois verbaux et non verbaux. Ils abordent directement le sujet (moyens directs) ou ils essaient de deviner l'opinion de l'autre ou de se faire une idée à partir de son histoire sexuelle et d'agir en conséquences (moyens indirects). La recherche de façon indirecte sur le passé sexuel peut se faire en se

renseignant auprès des amis ou des proches du partenaire, en procédant par le recoupement d'informations disponibles. Exemple : partenaire donneur de sang donc impossible qu'il soit porteur du virus (Lock et al., 1998). Dans les moyens non verbaux, on peut imposer le condom sans en parler au préalable (moyens factuels). Plusieurs études ont relevé que les filles privilégient la négociation et les moyens directs en abordant directement le sujet du condom avec leur partenaire alors que les garçons ont moins recours à la négociation et choisissent plutôt la manipulation (Frigault, 1995 ; Yesmont, 1992).

Yesmont (1992), a étudié le lien entre le style affirmatif, non affirmatif ou agressif et l'adoption de pratiques sécuritaires à l'aide d'un questionnaire chez 253 étudiants célibataires aux États- unis dont 159 étaient des femmes âgées en moyenne de 20 ans. Ainsi, elle a conclu que le style affirmatif est associé à une facilité de dialogue chez la jeune fille avec son partenaire et par conséquent à un comportement sécuritaire. Celui ci se résume en trois options : la prudence dans l'engagement sexuel, l'interrogation sur le potentiel de maladies sexuellement transmises chez le partenaire et l'utilisation du condom.

L'étude de Cline et al. (1992) a exploré le rôle de la communication interpersonnelle dans la prévention du SIDA à l'aide d'un questionnaire ayant des réponses ouvertes et fermées chez 588 étudiants des deux sexes. Les étudiants ont été divisés en quatre groupes : (1) "les safe -sex talkers" qui rapportaient avoir déjà discuté des moyens préventifs du SIDA, de l'utilisation du condom, de leur histoire sexuelle, ou de la monogamie avec leur partenaire, (2)"les general AIDS talkers" qui discutaient de sujets relatifs au SIDA mais hors du contexte de leurs relations personnelles avec leur partenaire, (3) "les non-talkers" qui n'avaient jamais abordé ce thème avec un(e) partenaire et qui ne désiraient pas le faire, (4)"les want to be talkers" qui n'avaient jamais soulevé la question avec un partenaire mais qui désiraient le faire. Selon les résultats, plus de femmes que d'hommes abordaient la question du SIDA avec leur partenaire soit directement ou plus subtilement. Parmi les femmes, 48,2% étaient des «general aids talkers» et 24,3% des «safe-sex talkers», alors que parmi les hommes les pourcentages étaient respectivement de 37% et

de 16,7%. Les « want to be talkers » n'avaient pas pu aborder ce sujet avec leur partenaire par gêne surtout pour les femmes (31,6%) et parce que les choses étaient arrivées trop vite pour les hommes (23,1%). Tant parmi les « want to be talkers » que les « general aids talkers », les hommes craignaient plus que les femmes que la discussion sur le SIDA ne nuise à leur relation de couple. Ce dernier constat est aussi celui de Bowen et Michal-Johnson (1989) et de Baxter et Wilmot (1985).

Lear (1995) dans une étude qualitative auprès de trente étudiants sur la communication sexuelle dans l'ère du SIDA chez les jeunes, a abouti à des conclusions presque similaires. Elle a conclu qu'en établissant une relation, la négociation du sexe sécuritaire pouvait être perçue comme un sujet plus intime que la relation sexuelle et aussi comme un manque de confiance.

2.5. Variables ayant une influence sur la communication entre partenaires

2.5.1. Estime de soi, capacités et attitudes.

Selon Yesmont (1992) et Lear (1995), la communication entourant le sexe sécuritaire est un processus complexe qui dépend des caractéristiques même des partenaires (convictions personnelles, capacité de s'affirmer, attitudes quant aux rôles sexuels). La capacité à s'affirmer est très importante dans la communication entre partenaires. Dans une étude ayant utilisé un questionnaire sur les connaissances, valeurs et stratégies utilisées face au VIH/SIDA chez 216 adolescentes kényanes, Balmer et al. (1997) ont trouvé que ces jeunes filles dont l'âge variait entre 13 et 20 ans ont été pour la plupart violées sans qu'elles puissent en référer à leurs parents ou autres personnes. La raison de cette résignation serait pour ce chercheur le manque d'estime de soi associé à un sentiment d'infériorité vis-à-vis de leur partenaire masculin. Yesmont (1992) dans son étude sur la communication chez des jeunes collégiennes aux États unis a pour sa part établi que l'assurance chez la jeune femme renforce ses capacités à ouvrir une discussion sur le sexe sécuritaire avec le partenaire.

Dans la majorité des cas, les jeunes femmes initient la communication sur le SIDA et ses moyens de prévention, notamment le condom. Mais la responsabilité de son achat et de

son usage incombe à l'homme (Otis et al., 1997). Le fait que ce soit la femme qui soit plus apte à en parler est en rapport avec le fait qu'elle se sente plus concernée par la santé du couple. Les femmes abordent plus aisément la question du SIDA avec leur partenaire parce qu'elles se sentent plus à risque que les hommes (Cline et al., 1992).

2.5.2. La perception du risque

Ainsi la perception du risque occupe une place importante dans la décision de la jeune femme à aborder le sujet du SIDA avec son partenaire.

Certaines recherches ont établi que les adolescents ont déclaré ne pas parler des risques de contamination par le VIH parce qu'ils n'y avaient pas pensé, (ils se percevaient comme ayant un risque moindre de contracter la maladie à cause de leur fidélité au partenaire), ils ne consommaient pas de drogues et surtout à cause de la confiance qu'ils éprouvaient vis-à-vis de leur partenaire (Overby et al., 1994).

Ankomah (1998) dans une étude qualitative réalisée auprès de 78 ghanéennes et ghanéens âgés de 18 à 25 ans a établi en 1998 un modèle reposant sur cinq possibilités pour les femmes lorsqu'elles veulent évoquer le sexe sécuritaire avec leurs partenaires. Ce modèle part d'abord de la reconnaissance de la vulnérabilité personnelle ou de celle de son partenaire par la jeune femme. Une fois cette étape franchie et que la jeune femme est décidée à se protéger malgré sa dépendance financière, il y a 2 éventualités : soit le partenaire a une attitude positive vis à vis du condom et le couple va utiliser le condom, soit le partenaire est réticent et la jeune femme utilise des arguments verbaux pour le convaincre. Lorsqu'elle ne réussit pas à le convaincre, le couple continue à avoir des rapports sexuels non protégés ou se sépare. Lorsque la jeune femme est incapable de suggérer verbalement le condom malgré sa crainte d'être contaminée et que le couple continue à entretenir des rapports sexuels non protégés, il est possible selon l'auteur que cette situation de frustration pour la femme aboutisse à la rupture du couple. Ailleurs, Moore et al. (1995) à la suite d'une étude quantitative réalisée en 1995 auprès des jeunes femmes célibataires hispanophones aux États Unis sur la communication du risque lié au VIH entre les partenaires ont conclu que cette communication est liée à la perception du risque, en la croyance en l'existence de la maladie et à la réceptivité du partenaire.

Hutchinson (1998), dans une étude à la fois quantitative et qualitative sur la communication du risque lié au SIDA auprès de 93 jeunes femmes, âgées de 17 à 26 ans et leurs partenaires sexuels a exploré leur perception du risque à travers l'histoire sexuelle du partenaire. Elle a trouvé que presque toutes les femmes ont décrit leurs partenaires comme étant sans risque ou ayant peu de risque malgré le fait que la moitié d'entre elles n'ont jamais discuté du passé sexuel de leur partenaire. Ces jeunes femmes ont avancé trois raisons pour expliquer leur position : elles ne connaissent pas assez le partenaire, elles savent que le partenaire a peu de risque, elles n'éprouvent pas le besoin d'en discuter.

Au Bénin bien que la perception de ne courir aucun risque soit élevée chez les jeunes femmes de 15 à 19 ans et chez les jeunes célibataires, (De Souza et Tossou, 1996) on ne connaît pas le lien entre la perception du risque et la communication sur le SIDA entre partenaires.

2.5.3. Normes, valeurs culturelles et attentes vis-à-vis de la relation

Exprimer clairement son point de vue sur le sexe sécuritaire peut s'avérer difficile pour la jeune femme africaine dans un contexte où tout ce qui touche au sexe est sujet tabou.

Le Palec (1997) à la suite d'une réflexion anthropologique sur les femmes et le SIDA au Mali, souligne que cette affection lève amplement le voile sur une activité sexuelle urbaine qui en temps ordinaire est tue dans cette société. Les normes régissant les comportements sociaux dans cette société comme dans la plupart des autres sociétés africaines, s'appuient bien souvent sur les notions de pudeur et de honte où la pratique en contradiction avec les valeurs affichées, n'est pas stigmatisée tant que n'intervient pas la parole qui "gâte" ¹.

La communication dépend aussi du type d'engagement affectif, de son intensité, de sa durée ou de la facilité de l'un ou l'autre à reconnaître ses intentions sexuelles (Lear,

¹ "on ne peut pas dire à un homme marié qui se respecte qu'il a le sida"

1995). Cardia-Vonèche et al. (1992) dans une vaste étude en Suisse ont analysé les échanges entre partenaires et les attentes vis-à-vis de la relation sexuelle. Ils distinguent deux modes de fonctionnement des couples pouvant expliquer les styles de communication. Le premier, le mode fusionnel se fonde sur la pérennité des relations, l'adhésion aux valeurs et aux croyances familiales et la valorisation des pratiques accomplies en commun. L'accent est mis sur la durée et le désir de stabilité. La fidélité, l'engagement mutuel sont des valeurs essentielles. Ce mode fondé sur la transparence au sein du couple favorise la communication sur le SIDA entre partenaires. Le deuxième, le mode associatif se caractérise par le fait que les individus qui s'engagent dans une relation, définissent les domaines dans lesquels ils veulent échanger et la manière dont cet échange doit se réaliser. Cette tendance à ne pas vouloir tout partager comme le premier n'est pas propice à une discussion sur le sexe sécuritaire entre partenaires.

En Afrique et plus particulièrement au Burkina Faso, le mariage serait plutôt vu comme un obstacle et non comme une valeur facilitant la communication. A ce propos, une étude qualitative menée par Bardem et Gobatto (1995) chez 119 femmes célibataires burkinabé vivant en milieu urbain a pu identifier quatre grands groupes de femmes : (1) les jeunes filles à marier, vivant toujours en famille, (2) les femmes actives tirant leurs ressources d'activités au sein du secteur informel, (3) les filles libres s'assurant grâce aux services sexuels haut de gamme qu'elles offrent à des clients fortunés, (4) les prostituées se vendant au tarif le plus bas. De ces groupes de femmes, les jeunes filles subissant de fortes pressions de leur entourage en faveur du mariage étaient les plus exposées parce qu'elles vivaient toujours en famille, n'avaient aucune perception du risque et surtout n'avaient pas les habiletés nécessaires pour en discuter avec leurs partenaires.

2.5.4. La dépendance financière

La communication sur le sexe sécuritaire est plutôt difficile lorsqu'on dépend de son partenaire sur le plan financier. Ankomah (1998) le décrit comme un obstacle à une discussion sur le sexe sécuritaire. Les jeunes femmes qui sont sorties très tôt du système éducatif ont peu d'opportunités d'emploi. Elles sont bien souvent obligées de continuer à dépendre de leur famille ou de solliciter l'aide de leurs partenaires pour subvenir à leurs

besoins élémentaires. Lorsque c'est le cas, elles peuvent difficilement exiger des pratiques sécuritaires de leurs partenaires qui les menacerait de rompre la relation. Ankamah (1998) résume bien ce dilemme:

«Women are less likely to insist on condom use during sexual intercourse against the partner's wish in order to maintain relationships that are financially rewarding».

Cependant, même si la commercialisation de la sexualité existe incontestablement et si elle est très souvent un effet de la pauvreté, il ne faut pas négliger pour autant le fait que les relations sexuelles demeurent des relations entre personnes et qu'elles sont régies par ce principe fondamental de tout échange social : celui du don et du contre-don avec ce qu'il entraîne sur le plan des symboles, de la négociation des images de soi et de l'autre, des relations de domination et de soumission (Desclaux et al., 1996). Dans ce contexte, la sexualité chez les jeunes ne peut jamais être banalisée même lorsque l'argent intervient. Il s'inscrit tout comme les différentes formes d'aide, de services ou de cadeaux qui sont pratiqués dans les mêmes circonstances, dans une dynamique de relations obéissant à des modalités propres à chaque culture ou à chaque groupe social. Ainsi la monétarisation des rapports sexuels pourrait être analysée comme un substitut à d'autres formes de protection que leurs partenaires masculins leur assuraient autrefois.

2.5.5. La confiance

Lorsque la communication est axée sur les inquiétudes face au SIDA, l'histoire sexuelle passée et les conduites à risque de l'un et l'autre des partenaires, contribuent le plus souvent au processus d'évaluation du risque. Selon Lear (1995), l'évaluation potentielle du risque du partenaire qui se fait à partir de ses caractéristiques socio-démographiques, son apparence, sa situation financière, ses antécédents amoureux, contribue au développement d'une confiance mutuelle et aboutit à la non protection des deux partenaires lors des rapports sexuels.

Lock (1998) et ses collaborateurs aux Etats-Unis, à la suite d'une étude qualitative sur la communication du risque lié au VIH/SIDA chez 18 femmes et 14 hommes âgés de 18 à 20 ans ont mis en évidence le lien entre la confiance et la communication dans leur modèle final. La communication est liée au degré de confiance établi au sein de la relation ; plus on a confiance et on a une meilleure connaissance du partenaire, plus on est

à l'aise pour parler des pratiques sécuritaires avec lui. Le problème est qu'une fois la discussion sur le sexe sécuritaire engagée, celle-ci devient une démonstration de confiance et aboutit chez le couple à des pratiques sexuelles non sécuritaires. Il est à noter que certaines répondantes lors de cette étude ont mentionné que la recherche sur le passé sexuel du partenaire est en soi une démonstration d'un manque de confiance. Ainsi, on peut penser que lorsque la communication entre partenaire est basée sur l'histoire sexuelle et que celle-ci permet de faire confiance au partenaire, les femmes ne voient plus la raison d'insister sur des pratiques sécuritaires.

D'autres chercheurs ont trouvé que la confiance n'est pas toujours en conflit avec la discussion sur certaines mesures de prévention entre partenaires et notamment sur la fidélité. Nishino et Schunck (1997) ont réalisé une étude qualitative et quantitative sur la communication interpersonnelle à propos du risque lié au VIH/SIDA chez 397 thaïlandaises célibataires âgées de 15 à 29 ans en 1994. Leur étude indique que malgré le fait que la plupart des femmes avaient confiance en leur partenaire, plus de la moitié ont demandé à leurs partenaires de s'abstenir de fréquenter des prostituées. Celles qui ne l'ont pas fait ont avancé comme raison principale leur gêne ou le moment inapproprié et secondairement le comportement fiable de leur partenaire. Qu'en est-il exactement au Bénin ?

2.5.6. Échanges avec l'entourage sur le SIDA.

Les individus seraient à l'aise de parler de leur sexualité lorsqu'ils ont un échange verbal sur la prévention avec leurs partenaires. Cette aisance serait facilitée par le fait d'avoir parlé de sexualité pendant l'enfance dans sa famille (Coates et Greenblatt, 1989). La sexualité en Afrique étant entourée de tabous. Il est difficile pour les parents d'échanger aisément avec leurs enfants sur ce sujet (Odujinrin, 1991). Une enquête menée auprès de 142 parents d'enfants à Abidjan par Aonon. en 1996, confirme cette situation. En effet, les parents interrogés sont conscients de la nécessité d'en parler à leurs enfants mais prolongent encore «le modèle traditionnel » qu'ils ont connu parce qu'ils ne savent pas comment aborder la question. Ils pensent que l'éducation sexuelle est du ressort de la famille, mais discutent peu de sexualité avec leurs enfants et s'en remettent à l'école pour

l'enseigner en donnant la priorité aux «aspects moraux». Ils souhaitent qu'on enseigne aux enfants un code de bonne conduite et qu'on leur parle de fidélité ou d'abstinence plutôt que de contraception. Les jeunes s'informent alors plus auprès de leurs amis, frères, sœurs, ou cousins.

Connaître des «confidents», personnes (famille, amis, etc.) avec lesquelles on parle des problèmes de sa vie amoureuse, peut être considéré comme un bon indicateur de l'aptitude à s'exprimer sur la sexualité y compris dans une finalité préventive (Ferrand et Mounier, 1993). Plusieurs études ont mis en exergue ce lien entre les échanges sur le SIDA avec les amis et la communication sur le SIDA avec le partenaire. Ces échanges faciliteraient la communication (Moore et al., 1995 ; Lock et al., 1998). Ces échanges sont très instructifs pour les jeunes. Ils leur permettent d'acquérir des connaissances mais aussi de renforcer leurs habiletés à communiquer sur le SIDA avec leurs partenaires. Ces échanges permettent également à la jeune femme de se conformer aux normes de prévention telles qu'elles sont envisagées au sein de son entourage.

2.6. Communication et méthodes de prévention

Les femmes au Rwanda qui ont discuté du sexe sécuritaire dans le contexte de leur relation avec leur partenaire sont vingt fois plus utilisatrices du condom que celles qui ne l'ont pas fait ou qui ont simplement évoqué le SIDA de façon générale hors du contexte de leur relation (Van der Straten et al., 1995). Dans son étude sur les types de communication et les pratiques sexuelles sécuritaires chez 163 jeunes américaines âgées de 18 à 22 ans, Cobb (1997) a aussi retrouvé une forte corrélation entre la communication sur le sexe sécuritaire et les relations sexuelles protégées.

Les thèmes abordés lors d'une discussion sur le sexe sécuritaire ont une influence directe sur les comportements préventifs ultérieurs. Une conversation sur le SIDA de façon générale (mode de transmission, principaux symptômes, moyens de diagnostic, etc...) en dehors du contexte même de la relation a moins d'effet sur l'adoption des mesures de

prévention au sein du couple qu'une discussion directe sur le statut sérologique de chacun. De plus si l'on se réfère à la section précédente, la recherche de renseignements sur le passé sexuel du partenaire a pour conséquence l'établissement d'une confiance entre partenaires pouvant aboutir à des pratiques sexuelles non sécuritaires.

2.7. Conclusion

La revue des écrits révèle que, les jeunes femmes africaines sorties très tôt du système éducatif sont les plus vulnérables au virus du SIDA.

Elle souligne aussi l'importance de la communication entre partenaires dans l'adoption des pratiques sécuritaires. Cette communication n'est pas toujours facile à engager lorsqu'on sait que tout ce qui a trait au SIDA et au sexe est délicat dans le contexte africain.

Peu d'études en Afrique, ou au Bénin ont porté sur la communication concernant le SIDA entre partenaires. Cependant, il ressort des études africaines que les contraintes financières et les normes ne facilitent pas la discussion sur ce sujet, qu'il existe certaines stratégies utilisées par les prostituées au Bénin pour convaincre leurs clients d'utiliser le condom. D'autres études américaines ou québécoises sont allés plus loin en révélant que cette communication repose sur les connaissances générales à propos du SIDA, la connaissance du partenaire, la recherche sur son passé sexuel, la connaissance de son statut sérologique, la fidélité et la négociation du condom. Les styles adoptés pour établir cette communication demeurent encore mal cernés, même si les études ont identifié quelques styles de communication (indirects ou directs, verbaux ou non verbaux, affirmatifs ou agressifs). Ces styles demeurent inexplorés en Afrique ainsi que les facteurs qui sous-tendent cette communication.

Face à l'expansion de ce groupe particulièrement à risque que constitue les apprenties couturières et à l'importance de la communication du SIDA sur l'adoption de pratiques sécuritaires, il semble particulièrement pertinent et approprié d'examiner les aspects de celle-ci dans un contexte africain et plus particulièrement béninois.

CHAPITRE III. Objectifs et questions de recherche

L'objectif de ce mémoire est de documenter une des stratégies de protection utilisées face au risque de VIH/SIDA, la communication entre les partenaires sexuels, et plus précisément la communication sur les risques entre les apprenties couturières et leurs partenaires au Bénin.

Si les campagnes actuelles mettent l'emphase sur la négociation du condom au Bénin, il apparaît important d'examiner si les jeunes femmes communiquent avec leurs partenaires sur le condom et de façon plus large sur le SIDA, comment elles communiquent avec leurs partenaires, qu'est ce qu'elles communiquent et les caractéristiques de celles qui communiquent et de celles qui ne communiquent pas.

A la lumière de la revue des écrits, plusieurs facteurs sont à considérer lorsqu'on veut comprendre la communication entre partenaires. Pour atteindre notre objectif de recherche, nous nous sommes donc posé les questions suivantes :

- 1) Quel est le contexte des rencontres avec les apprenties couturières ?
- 2) Quels sont les thèmes abordés dans la communication et les façons de les aborder lorsqu'une jeune apprentie couturière veut aborder la question du SIDA et les moyens de prévention avec son partenaire ?
- 3) Quelles sont les caractéristiques des apprenties couturières qui communiquent et de celles qui ne communiquent pas sur les risques de contracter le VIH/SIDA ?
- 4) Quels sont les facteurs associés à la communication sur le risque de contracter le VIH?
- 5) Y a-t-il des normes ou des valeurs qui les empêchent ou qui les habilitent à communiquer de façon appropriée ?
- 6) L'attitude des partenaires empêche t-elle la jeune apprentie couturière de poser des questions à son partenaire ?
- 7) Quels sont les modes de protection privilégiés adoptés par celles qui communiquent et par celles qui ne communiquent pas ?

IV. Article

Communication sur le risque de contamination par le VIH/SIDA entre les apprenties couturières et leurs partenaires au Bénin.

Marie-Sylvie Bisizi M.D., MSc, Nicole Dedobbeleer, Sc.D.

Département de Médecine Sociale et Préventive

Faculté de Médecine

Université de Montréal

Correspondance

Marie-Sylvie Bisizi

2630, Rue Van Horne, Appt 6

Montréal, Québec, Canada

H3S1P8

Résumé

Comme partout en Afrique, les femmes sont particulièrement exposées à l'infection par le VIH au Bénin. Cette étude a porté sur un groupe de jeunes femmes déscolarisées célibataires, de plus en plus important mais non étudié bien que ciblé par les campagnes de sensibilisation : les apprenties couturières dans la ville de Cotonou au Bénin. Son objectif était de documenter une des stratégies de protection utilisées face au risque de contracter le VIH : la communication entre les apprenties couturières et leurs partenaires. Dans cette étude de type qualitatif, 20 entrevues semi-structurées ont été faites. Les résultats de cette étude montrent que l'âge des femmes variait entre 15 et 24 ans et qu'un peu plus de la moitié des femmes avaient déjà discuté du SIDA avec leurs partenaires. Cette discussion était toujours initiée par la femme et évoluait par étapes dans les thèmes évoqués. Les résultats ont permis de classer les jeunes femmes en deux catégories : celles qui ont évoqué au moins une fois la question du SIDA avec leurs partenaires et celles qui ne l'ont jamais fait. Le fait d'être née en ville, la perception du risque, l'attachement au mariage, le manque de confiance envers le partenaire, les échanges sur le SIDA avec l'entourage distinguent les deux groupes. Les femmes qui communiquent utilisent davantage le condom que les autres qui optent surtout pour la fidélité.

Mots Clés : SIDA, communication, Bénin.

INTRODUCTION

Les séroprévalences observées en Afrique au cours des dernières années sont préoccupantes. L'épidémie de VIH/SIDA touche une population de plus en plus jeune et de plus en plus féminine en Afrique. Ainsi 2/3 des nouvelles infections concernent les 19-24 ans. Les taux de séroprévalence sont dans cette tranche d'âge plus élevés chez les filles. Au Bénin, les femmes sont presque deux fois plus touchées que les hommes soit 37,8% contre 22,5% (Fourn et Ducic, 1996). Vu la longue période d'incubation du virus, il est fort probable que le virus ait été contracté durant l'adolescence (Carballo et Kenya, 1994).

Les femmes sont aussi plus susceptibles que les hommes d'être infectées. Padian, Shibosky et Jewel (cités dans Amaro, 1995), ont trouvé que le risque de transmission homme-femme est douze fois plus élevé que l'inverse à cause de la forte concentration du VIH dans le sperme.

Outre d'éventuels facteurs biologiques tels que les mutilations des voies sexuelles chez les jeunes filles à l'âge de la puberté, l'anatomie particulière des voies génitales féminines, il existe de plus au moins deux raisons qui expliquent le risque anormalement élevé chez les jeunes femmes africaines de contracter le VIH précocement : (1) un âge d'initiation sexuelle plus jeune et (2) les schémas d'interaction. Ainsi,

(1)- L'âge moyen du premier rapport sexuel au Bénin est de 14 ans et 6 mois chez les adolescentes (Odujinrin, 1991 ; Latoundji et Hountondji , 1996). Odujinrin (1991) explique cette initiation sexuelle précoce chez les adolescentes par le changement des valeurs morales avec l'augmentation de la permissivité, l'absence de censure des films et vidéos et des programmes de télévision. Il incrimine aussi le manque de structures de planification familiale pour les jeunes.

(2)- Les schémas d'interaction concernent tous les éléments qui entrent en compte dans les scénarios sexuels. Pour Peto et al. (1992) l'interaction est la relation sexuelle dans un sens relativement large incluant non seulement le rapport sexuel proprement dit mais aussi l'ensemble des communications et des transactions entre les partenaires qui le

précèdent et le rendent possible, lui donnent sa forme et exercent une influence sur la manière dont le risque y est géré.

La communication sur les risques liés au SIDA et ses méthodes de prévention entre partenaires s'avère déterminante dans la gestion du risque face au SIDA (Moore et al., 1995 ; Hutchinson, 1998 ; Lock et al., 1998 ; Cline, 1992). Mais l'on connaît encore peu de choses sur les modalités de communication entre les jeunes femmes africaines et leurs partenaires (Declaux et al., 1996). De plus, les apprenties couturières, encore appelées «jeunes déscolarisées» constituent un groupe à risque qui jusque là a été peu examiné au Bénin contrairement aux prostituées (Bédard, 1997) ou aux étudiants et élèves (Latoundji et Hountondji, 1996). Ce groupe de femmes est en expansion. Si les campagnes actuelles d'information au Bénin ciblent ces jeunes apprenties, On n'a pas d'informations sur la communication qu'elles ont sur le VIH/SIDA, sur la façon dont elles communiquent, sur qu'est ce qu'elles communiquent avec leurs partenaires sexuels et les caractéristiques de celles qui communiquent et de celles qui ne communiquent pas.

Certains chercheurs se sont penchés sur le contenu de la communication entre partenaires et ont pu identifier certains thèmes comme la conversation générale sur le SIDA, le passé sexuel ou la négociation du condom (Cline et al., 1992 ; Hutchinson, 1998). D'autres ont essayé d'identifier les facteurs liés à la communication. En effet, Moore et al. (1995) dans une étude quantitative chez des jeunes femmes hispanophones, a identifié les femmes qui communiquaient selon leur origine géographique. Il a relevé certains facteurs reliés à cette communication tels que la perception du risque, le degré d'ouverture, les caractéristiques de la relation avec le partenaire, et la réaction du partenaire. De façon générale, les écrits sur la communication sur le SIDA entre partenaires portent sur le contenu et les facteurs reliés à la communication, mais ne nous informent pas ou très peu sur le contexte dans lequel survient cette discussion, les façons de la faire, les arguments utilisés pour convaincre l'autre et les variables reliées à cette communication dans le contexte africain. L'objectif de l'étude est de documenter une des stratégies de protection face au risque de contamination par le VIH : la communication entre partenaires sexuels sur les risques de contracter le VIH/SIDA chez les apprenties couturières de Cotonou au

Bénin. Les résultats permettront de mieux cerner les facteurs sur lesquels il faut travailler pour améliorer la communication sur le VIH/SIDA et sa prévention chez les jeunes femmes africaines.

METHODES

Contexte de l'étude

La République du Bénin, anciennement Dahomey, est un état de l'Afrique Occidentale, situé sur le golfe du Bénin. Il couvre une superficie de 112.622 km² avec de vastes étendues inhabitées au nord tandis que les zones du sud sont surpeuplées. Elle s'étend de l'Océan Atlantique au fleuve du Niger sur une longueur de 700 km. Sa largeur varie de 125 km (le long de la côte) à 325 km (latitude de Tanguiéta). Il est limité au Nord par le Burkina-Faso et le Niger, à l'Est par le Nigéria, à l'Ouest par le Togo et au Sud par l'océan Atlantique avec une façade maritime de 120 kilomètres. L'activité économique dominante dans le pays est l'agriculture : elle occupe 56% de la population active. Le Recensement Général de la Population et de l'habitation (RGPH-II) en février 1992 a dénombré environ 5000.000 d'habitants dans tout le Bénin dont 51% de sexe féminin. Les femmes en âge de procréer de la tranche des 15-49 ans constituent 44% de la population féminine totale (Kodjogbe, 1996).

La ville de Cotonou, capitale économique de la République du Bénin est le chef lieu du département de l'Atlantique. Elle constitue le lieu de l'enquête de la présente étude. La ville couvre une superficie de 79 Km² et est limitée au Sud par l'océan Atlantique, à l'Est par la sous préfecture de Houllènou, au Nord par la berge sud du lac Nokoué et à l'Ouest par la sous préfecture de D'Abomey-Calavi.

Devis de l'étude.

C'est une recherche qualitative exploratoire dont le but est d'explorer certaines questions de recherche. Étant donné le caractère assez intime des questions et le milieu socioculturel de nos informatrices, il nous est apparu particulièrement pertinent de procéder à une recherche de type qualitatif. La recherche qualitative postule en effet, que l'objet de recherche ne peut être appréhendé d'une manière adéquate en étant séparé de son contexte socioculturel. La recension des écrits (Deslauriers et Kérisit, 1997) nous a permis de délimiter progressivement l'objet de recherche : la communication sur le risque de contamination du VIH/SIDA entre partenaires.

Population à l'étude

L'étude a porté sur vingt apprenties couturières de 18 à 24 ans, de religions (catholique, protestante, musulmane, autres sectes) et d'ethnies diverses (Fon, yoruba, etc....) résidant à Cotonou. Il s'agit d'un échantillon de type non probabiliste choisi en fonction des caractéristiques précises que le chercheur veut étudier.

L'enquête s'est déroulée du 12 janvier au 15 février 1999. Vingt huit femmes ont été contactées et parmi celles ci, cinq ont été retenues pour le prétest, deux ont été exclues à cause de leur manque de collaboration et une pour un handicap d'élocution.

Les critères de recrutement de ces femmes étaient :

- Etre apprentie couturière.
- Etre célibataire.
- Etre sexuellement active.

Les apprenties couturières ont été recrutées par le biais du projet SIDA II mis en place depuis 1995 par le centre de coopération internationale de santé et de développement (CCISD). Son but est de réduire la transmission du VIH au sein de la population béninoise. Ce projet a comme activités entre autre la prévention auprès des groupes jugés à risque. Ce projet disposait d'une liste assez complète des ateliers de couture où les apprenties couturières avaient été contactées il y a quelques années par des actions de sensibilisation ou devaient être rejointes à l'avenir. Sur la base de cette liste, nous avons retenu des établissements de couture de cinq à dix apprenties dans trois quartiers

différents de Cotonou afin d'assurer la représentativité socio-économique. Le président de l'association des couturières et couturiers du Bénin nous a donné son autorisation trois mois avant le début de l'enquête. Les chefs des ateliers retenus ont été contactés pour les informer de l'objet de cette étude et obtenir leur accord afin qu'ils permettent à leurs employées de participer à l'étude. Tous ceux qui ont été contactés ont accepté de collaborer. Dans chaque atelier, l'étude a été présentée aux apprenties couturières en présence du chef d'atelier et d'une intervenante sociale du projet SIDA II. Étant donné le nombre réduit d'apprenties couturières dans chaque atelier et du faible taux d'acceptation d'entrevues par les apprenties couturières et par atelier, nous avons contacté vingt établissements sur 200. Un calendrier de rencontres a été établi avec les apprenties consentantes selon leur disponibilité. Devant la réticence des apprenties et de leurs chefs à faire les entrevues dans un local extérieur mis à notre disposition par le projet SIDA II, nous leur avons demandé de nous trouver un local attenant à l'atelier afin de respecter la confidentialité des entrevues.

Instrument et collecte des données

Les données ont été recueillies par entrevue semi-dirigée avec l'aide d'un guide d'entrevue comportant des questions principales servant de points de repères. Le guide a été développé à partir des résultats de la revue des écrits. Les apprenties couturières ont été informées sur l'objectif de l'étude (la communication sur le risque de contracter le VIH/SIDA et ses facteurs associés), sur le respect de l'anonymat, la durée des entrevues, les outils utilisés pour recueillir les informations. Au début de chaque entretien, nous avons remis un formulaire de consentement à l'enquêtée en lui demandant de signer le document avant le début de l'entrevue.

Les entrevues ont duré environ 30 à 45 minutes et ont été enregistrées après avoir expliqué la raison de cet enregistrement (certaines pensaient que nous pourrions les utiliser pour des radios locales). Elles se sont déroulées soit en français soit en langue Fon selon le niveau de maîtrise de la langue française. Nous avons également pris des notes au cours de chaque entretien pour documenter les réactions des apprenties couturières interviewées.

Chaque entretien était suivi d'une courte conversation pendant laquelle le chercheur répondait aux questions de l'enquêtée. De façon générale, les apprenties voulaient avoir des informations sur le SIDA, sa prévention et ses manifestations. Dans le cas où elles ne posaient pas de questions, nous avons pris le temps de leur parler de la maladie et des modes de protection. L'entretien s'achevait par nos remerciements et une invitation à prendre un rafraîchissement prévu pour la circonstance.

Validité des données

Sur le plan de la validité, celle-ci a été assurée par la documentation détaillée des procédures de recherche consignées de façon systématique dans un journal de bord.

Pour assurer l'adéquation de notre guide d'entrevue au point de vue conceptuel, il a été soumis à l'appréciation du coordonnateur du projet SIDA II, à celle de collègues médecins et à un sociologue béninois dont les remarques ont été prises en compte. Un prétest du guide d'entrevue a également été fait auprès de cinq apprenties couturières

Ce prétest a permis d'améliorer la compréhension de certaines questions, de modifier l'ordre préalable des questions dans le souci de mettre les participantes à l'aise. Pour assurer la validité des résultats, un double codage des entrevues par le chercheur ainsi qu'un contre-codage par un second chercheur, étudiant en anthropologie médicale ont été réalisés. Nous étions en accord sur quatre-vingt pour cent des codes attribués par entrevue. Miles et Huberman (1991) stipulent que initialement il ne faut pas s'attendre à plus de 70% de fiabilité entre codeurs. Pour les autres vingt pour cent des codes causant notre désaccord, une révision des codes a été faite et les choix ont été faits à partir des notes de recherche et des observations qu'elle avait effectuées sur le terrain. Les stratégies qui nous ont permis de vérifier la fiabilité des données sont : la répétition du contenu à partir de plusieurs points outils : notes d'observation lors des entrevues et enregistrement des entrevues. Une retranscription minutieuse sous forme de verbatim des entrevues enregistrées en Fon, a été faite par un traducteur interprète une fois les mesures prises pour préserver la confidentialité des informatrices.

Analyses

Les entretiens une fois retranscrits dans leur intégralité ont été soumis à une analyse de contenu selon la méthode de Hubermann et Miles (1991). Afin de minimiser les biais, les opérations de réduction et de condensation, (c'est à dire de sélection dans la masse du texte d'extraits signifiants et leurs remplacements par des codes thématiques ou des concepts) ont été inspirées par nos variables à l'étude c'est à dire la communication sur le SIDA et son contenu, les raisons de l'absence de communication, la perception du risque, la confiance entre partenaires ou la négociation du condom qui ont émergé de la formulation des questions de recherche. Ces unités ont été traduites sous la forme d'un lexique précisant les conventions et les règles sous-jacentes au codage. Les passages du texte comportant une information correspondant à une de ces rubriques ont été considérés comme significatifs et retenus comme unités à analyser.

Nous avons procédé à un codage de type mixte des unités sélectionnées, répondant mieux aux exigences méthodologiques de la recherche exploratoire. Ainsi, nous avons ajouté des éléments au lexique lorsque des nouvelles unités de sens apparaissaient et modifié la formulation du code afin de mieux tenir compte du vocabulaire utilisé spontanément par les informatrices (Van der Maren, 1996). Par conséquent, tout au long du processus d'analyse, nous avons ajusté la liste préalable des codes. La constitution d'un lexique de codes qui était ainsi complété offrait des garanties supplémentaires en termes de discrimination et de standardisation. Dans le premier cas, le souci est d'éviter qu'un même extrait ne soit identifié, par des codes différents. Dans le deuxième cas, il s'agit d'un souci de fidélité, c'est à dire que les codes soient attribués de manière systématique aux mêmes unités de sens.

Ainsi, une variable importante comme le contexte de la discussion sur le SIDA entre partenaires a été clarifié. Nous avons aussi découvert un ordre dans le déroulement de la discussion, faisant penser que nos interlocutrices procédaient par étape dans leur cheminement. Dans les façons d'aborder le SIDA, la manière indirecte en posant des

questions sur la santé en générale du partenaire nous était inconnue ainsi que la logique parmi les arguments évoqués par les répondantes. Certaines précisions auxquelles nous n'avions pas pensé de prime abord sont apparues, notamment sur les thèmes du passé sexuel, les répondantes en plus de demander l'existence et le nombre d'anciens partenaires ont aussi interrogé leur compagnon sur les raisons de la rupture avec la dernière partenaire. A propos des normes et valeurs au sein de la relation, nous avons aussi noté la place importante des enfants au sein d'une relation. Concernant les modes de transmission du SIDA, les répondantes ont évoqué en plus des modes de transmissions reconnus, les aliments et la saleté.

Une fois la codification terminée, nous avons procédé à la description des données en les illustrant à l'aide de tableaux. Puis nous avons créé des catégories ayant émergé des informatrices en nous servant toujours de nos questions de recherche.

Les passages informatifs ainsi condensés, le premier niveau conceptuel a été de mettre en relief les traits généraux, les traits communs, et divergents des données, c'est à dire les structures ou les organisations qui apparaissaient dans les données. C'est ainsi que nous avons dégagé deux catégories de femmes : celles qui communiquent avec leurs partenaires sur le SIDA et celles qui ne communiquent pas. Une fois ces deux catégories identifiées, nous avons isolé les caractéristiques qui se rattachaient à l'un ou à l'autre de ces deux groupes.

Toutes ces étapes ont abouti à la constitution de réseaux qui ont été conceptualisés et modélisés sous forme graphique. A ces réseaux étaient associés des mémos interprétatifs et narratifs avec des extraits qui reflétaient mieux un constat. Le graphique final (graphique 2) récapitule tous les facteurs liés à la communication sur le risque de contracter le VIH.

RESULTATS

Caractéristiques socio-démographiques

Elles sont résumées dans le tableau 1. La majorité des enquêtées sont âgées de 20 à 24 ans, soit 70% des participantes. Le lieu de naissance est Cotonou pour 60% de notre échantillon. Elles vivent en famille. Parmi elles, trois avaient des enfants. La famille au Bénin ne se limite pas seulement aux parents et aux enfants, mais s'étend aussi aux oncles, tantes, cousines. Les parents de ces jeunes filles ont des emplois divers. Les pères sont fonctionnaires, agriculteurs ou à la retraite. Ceux qui ont des emplois à revenu faible représentent 45% des pères. Les mères sont pour la forte majorité des commerçantes. Il s'agit du petit commerce, axé en général sur les produits de première nécessité ou encore des produits de pêche et d'agriculture.

Le revenu mensuel des apprenties couturières est la contribution des parents et des partenaires sexuels. Le plus élevé ne dépasse pas 30 dollars canadien et celles qui ont ce revenu représentent 15% de notre échantillon. Le salaire minimum garanti (S.M.I.G) est de 60 dollars canadiens par mois, mais dans les faits, ce taux n'est jamais respecté. Toutes les apprenties couturières payent leur formation et n'ont aucune rémunération durant les quatre années de leur apprentissage. Les conditions de travail sont contraignantes avec des horaires s'étalant de 7 heures le matin à 22 heures le soir avec une pause repas.

Le niveau de scolarité s'arrête au primaire pour la majorité des enquêtées. Elles sont catholiques dans 75% des cas. Elles sont d'ethnie Fon pour la majorité.

Tableau 1. Profil socio-démographique des répondantes.

Profil socio-démographique		%	(n)
Âge	15- 19 ans	30	(6)
	20-24 ans	70	(14)
Habite en famille		100	(20)
Profession du père	Retraité	15	(3)
	Commerçant	10	(2)
	Agriculteur	15	(3)
	Fonctionnaire	15	(3)
	Autre	45	(9)
Profession de la mère	Retraîtée	10	(2)
	Commerçante	80	(16)
	Agricultrice	5	(1)
	Fonctionnaire	5	(1)
Revenu Mensuel	Moins de 10\$	15	(3)
	10-19\$	25	(5)
	20-29\$	15	(3)
	30\$ et plus	15	(3)
	pas de revenus fixes	30	(6)
Niveau de scolarité	Aucun	5	(1)
	Primaire	90	(18)
	Secondaire	5	(1)
Religion	Catholique	75	(15)
	Musulmane	10	(2)
	Christianisme céleste	10	(2)
	Adventiste	5	(1)
Ethnie	Fon	65	(13)
	Mina	20	(4)
	Goun	15	(3)
Provenance	Née à Cotonou	60	(12)
	Vient de la province	25	(5)
	Vient d'un pays voisin	15	(3)

Contexte des rencontres avec les partenaires

Circonstances et lieux de rencontres

Les rencontres des apprenties couturières avec le partenaire se font dans les environs de leur lieu de travail ou de résidence. Elles sont abordées de diverses façons et dans des circonstances variables (Tableau 2). Dans certains cas, des amies servent d'intermédiaire entre les deux.

Lorsque la relation est établie, c'est la jeune fille qui rend le plus souvent visite à son nouveau partenaire. Étant encore sous le toit familial, elle n'est pas autorisée à recevoir son partenaire avant un engagement éventuel vers le mariage.

«Je sors du travail à 22 heures, on a pas le temps de sortir et lui ne vient jamais me voir chez mes parents. C'est toujours moi qui lui rend visite, parce que celui que je vais présenter à mes parents devra m'épouser » (Entrevue no 20).

Les loisirs sont rares, par manque de temps, parce que les parents sont sévères, parce qu'elles n'aiment pas certains loisirs

Lorsqu'elles sortent en compagnie de leur partenaire, elles vont à la plage, au cinéma, dans les bars, les partys ou très rarement les boîtes de nuit.

La consommation d'alcool est occasionnelle, pas excessive et toujours en compagnie du partenaire (Tableau 2).

Tableau 2 : Contexte de la rencontre

Contexte de la relation	Description	Explication
Lieu de rencontre	Dans le quartier En chemin Chez un ami ou un parent	-
Durée de la relation	3 mois à quatre ans	-
Loisirs	Peu fréquents: bars, plage, « party »	Manque de temps
Consommation d'alcool	Occasionnelle, pas excessive	Parents sévères
Âge des premiers rapports sexuels :	15-19 ans=(18) 20-24 ans=(2)	-
Délai avant les premiers rapports sexuels	3 semaines à un an après la rencontre	Meilleure connaissance du partenaire

Rapports sexuels

L'âge des premiers rapports sexuels varie entre 15 et 19 ans pour presque toutes les répondantes (Tableau 2).

Les apprenties couturières ne cèdent pas aux avances de leurs prétendants dès la première rencontre. Le délai avant les premiers rapports sexuels varie entre 3 semaines et un an. Il permet à la jeune fille de mieux connaître son partenaire, son caractère et ses sentiments vis-à-vis d'elle. La durée de la relation est variable allant de trois mois à quatre ans.

Communication avec le partenaire

En matière de communication, les sujets de discussion les plus souvent abordés sont les difficultés quotidiennes, les préoccupations professionnelles et relationnelles des jeunes femmes et de leurs partenaires. (Tableau 3) Les préoccupations relationnelles se caractérisent par les sentiments et les intentions du partenaire à leur égard, la satisfaction sur la qualité de la relation, l'existence d'autres femmes dans la vie du partenaire et enfin l'attitude de la mère face à leur relation.

« Il me dit qu'il ne sort avec personne...Je lui demande de me le dire franchement, s'il sort avec une autre, si tel est le cas, il n'a qu'à me le dire...parce que ma maman n'est pas d'accord avec sa présence à mes côtés. » (Entrevue no 9).

Dans les débats précédant l'engagement dans la relation, presque toutes les femmes ont déclaré à leur partenaire leur désir de ne pas avoir une grossesse dans l'immédiat. Les raisons évoquées sont l'obtention préalable du diplôme de couturière, la pression des parents qui ne souhaitent pas voir leur fille devenir mère avant d'être mariée, les conditions financières et les efforts physiques particulièrement difficiles dans leur période d'apprentissage.

«Il ne parle que d'enfant non!!! Moi je ne veux pas enfanter maintenant... L'apprentissage, je ne l'ai pas terminé ; si je fais d'enfant , qu'est ce que l'enfant va manger demain? Je serais en train de quémander : Papa, papa... Il vaut mieux que j'endure des peines pour finir mon apprentissage. Je pourrais faire tout ce que je veux après. Mais maintenant tout ça là est à côté.» (Entrevue no 6).

Même si elles tentent de parler du passé sexuel de leur partenaire, certains sujets tels que la sexualité demeure tabou pour la femme. Aucune femme interrogée n'a jamais parlé sexualité avec son partenaire même lors des rapports sexuels.

Tableau 3: Sujets de discussion entre les apprenties couturières et leurs partenaires.

	Communication sur le SIDA (n=12)	Pas de communication sur le SIDA (n=8)
Sujets de discussion	Avenir professionnel (n=5) Avenir relationnel (n=7)	Avenir professionnel (n=5) Avenir relationnel (n=4)
Sujets tabous	Sexualité (n=12)	Sexualité (n=8)

Communication sur le SIDA avec le partenaire (graphique 1)

Contexte de la communication

Douze femmes sur vingt ont abordé le problème du SIDA avec leur partenaire. Lorsqu'elles arrivent à engager une conversation générale sur le SIDA avec leur partenaire, c'est souvent à l'occasion d'une émission télévisée ou radiophonique, du décès d'une personne malade de SIDA et d'un premier rapport sexuel.

«C'est le premier jour qu'il va se coucher avec moi que je lui ai dit ça» (Entrevue no17).

La conversation peut résulter aussi d'un soupçon sur la fidélité du partenaire ou des messages d'information d'un programme de sensibilisation sur les risques de contracter le VIH.

Six enquêtées sceptiques au départ sur les risques liées au VIH ont été confrontées à une maladie sexuellement transmise, au décès d'une personne atteinte de SIDA, ou à la découverte fortuite du statut de marié de leur partenaire.

«.....Avant nous disions tous que rien n'est SIDA. Moi je dis que ça existe. La personne qui est à côté de mon service, c'est le SIDA qu'elle a attrapé en Côte d'Ivoire. La dame est morte déjà..... » (Entrevue no 16)

Malgré ces événements, deux ne communiquent pas sur le SIDA avec leur partenaire tandis que les quatre autres l'ont déjà fait.

Déroulement de la communication

Parmi celles qui parviennent à échanger sur le SIDA avec leur partenaire, le contenu de la conversation évoluait par étapes. Les apprenties couturières parlent du SIDA de façon générale (11 femmes sur 12) ou abordent le sujet par le comportement de leur partenaire. Ainsi les femmes recommandent à leur partenaire «*de ne pas aller chercher la maladie pour les contaminer*». Puis elles abordent leur passé sexuel et celui du partenaire (8 femmes sur 12). Il s'agit ici du nombre de partenaires, de la persistance des relations avec les anciens partenaires et des raisons de la rupture. Les femmes rapportent que ces questions ne sont pas toujours faciles à poser. Certains hommes refusent de se confier.

«Ce qu'il ne me dit pas c'est celles avec qui il avait des relations avant. C'est ça que je veux savoir, mais il ne veut pas me dire » (Entrevue no 11).

Lorsque les partenaires refusent de discuter de leur passé sexuel, les jeunes femmes indiquent alors avoir recours à d'autres sources d'information tels que les amis du partenaire ou ses proches. Les apprenties couturières qui ont jugé qu'elles n'ont pas besoin de connaître le passé sexuel de leur partenaire, ont affirmé que celui-ci paraissait sérieux, timide ou calme.

«Non tel que je le vois même, il ne ressemble pas à quelqu'un qui cherche femme comme ça. Il est timide, timide...,Mais il se peut qu'il soit timide et dangereux hein?» (Entrevue no 10).

La conversation évolue ensuite vers les moyens de prévention. Parmi ceux-ci, la fidélité est le moyen le plus souvent rapporté d'abord comme valeur, ensuite comme mode de protection vis-à-vis du SIDA.

Sept femmes sur douze vont demander l'usage du condom lors des rapports sexuels en l'absence de renseignements sur le statut sérologique du partenaire. Cette demande de condom survient presque toujours après le début des rapports sexuels. Une seule

apprentie couturière a refusé systématiquement les rapports sexuels non protégés à cause du statut marital de son partenaire.

«On parle ensemble de la prévention du SIDA, mon partenaire et moi. Je lui dis de ne pas avoir d'autres partenaires sinon il pourrait attraper des maladies, autrement il doit utiliser des préservatifs. Je lui exige maintenant le préservatif depuis que je sais qu'il vit sous le toit conjugal. Parfois il refuse mais le plus souvent il accepte» (Entrevue no 21).

Seules deux répondantes sont arrivées à convaincre leur partenaire de passer un test sérologique du VIH/SIDA. Un seul l'a déjà fait tandis que le second a promis de le faire dès que possible.

Ce cheminement dépend de la réceptivité du partenaire, Ainsi la réaction du partenaire est déterminante, plus le partenaire est ouvert et enclin à la discussion, plus la jeune femme peut aller loin. Moins le partenaire est ouvert et s'il est même franchement réticent à la discussion sur la question du SIDA la femme aura moins confiance en elle-même et par conséquent plus de mal à vouloir imposer son désir de se protéger.

«Il y a des choses que des gens n'aiment pas en parler, moi je ne sais pas pourquoi lui n'en discute pas ; je ne sais pas pour lui, je ne sais pas ce qu'il connaît» (Entrevue no 19).

Le déroulement de la discussion dépend aussi du sentiment d'auto-efficacité de la jeune femme vis-à-vis de la communication sur le SIDA. En effet, plus les femmes se sentent aptes à aborder la question du SIDA, plus elles pourront communiquer avec leur partenaire.

Lorsqu'elles n'abordent pas le SIDA directement, elles utilisent des façons détournées pour se renseigner sur l'état de santé du partenaire. Elles peuvent demander à leur partenaire ses antécédents médicaux, notamment ses antécédents de maladies avant d'accepter d'avoir des rapports sexuels.

«Je demande. Ce n'est pas nécessairement au moment des rapports que je vais lui demander de quelle maladie il souffre. Je vais lui dire de quelles maladies je souffre... ou bien tu as fais une fois analyse pour que nos sang ne soient pas quelque chose (incompatibles) pour qu'on fasse des enfants..... C'est ces choses que je lui demande» (Entrevue no 16).

Arguments

Lorsque les jeunes femmes abordent les moyens de prévention, les arguments sont de divers ordres. Elles évoquent le plus souvent des arguments de santé, en nommant les signes cliniques d'un malade atteint du SIDA, ou en évoquant les images diffusées à la télévision. Elles font aussi appel à la peur.

«Je lui dis de voir comment sont les malades du SIDA, quand on les montre à la télé. Les hommes qui ne restent pas fidèles, c'est comme ça qu'ils deviennent malades,...» (Entrevue no 12).

On peut noter aussi des arguments faisant appel à la logique.

«C'est ce qu'une femme a comme sexe que toutes les autres femmes ont. Qu'est ce qu'ils cherchent en allant ailleurs?» (Entrevue no 12).

Les arguments utilisés pour convaincre le partenaire d'adopter une stratégie de protection commune peuvent être d'ordre moral. La jeune femme va essayer de faire la morale à son partenaire en lui disant que se serait méchant de sa part de lui transmettre cette maladie incurable. Elles peuvent aussi lui parler des conséquences du SIDA sur les enfants.

«Si cet homme vagabonde, il pourrait la contaminer alors la femme doit lui faire prendre conscience avec tout son savoir faire, lui dire par exemple s'il te plaît, il y a beaucoup de maladies et si tu as d'autres partenaires utilise le condom, surtout si nous avons des enfants ensemble au cas où tu attraperais le SIDA, et que tu disparais, qui va en prendre soin?» (Entrevue no 21).

Absence de communication sur le SIDA avec le partenaire (Tableau 4)

Raisons évoquées

Le SIDA, ses manifestations et sa prévention n'ont jamais été évoqués chez huit femmes sur vingt. Cinq d'entre elles ont évoqué le manque d'importance, d'intérêt et d'ignorance de la question.

. *«Les choses concernant le SIDA, nous n'en parlons jamais» (Entrevue no 19).*

«Nous, nous n'avions jamais parlé. Ce n'est pas mon souci...» (Entrevue no 9).

Bien qu'elles connaissent le SIDA et ses modes de transmission, elles ont aussi affirmé que leurs connaissances ne sont pas assez suffisantes pour engager une discussion sur le sujet avec le partenaire.

Celles qui ne se sentent pas concernées par la maladie évoquent pour se justifier qu'elles n'ont jamais vu de sidéens (4 femmes sur 8).

«Voilà je n'ai pas cru, comme moi je n'ai jamais vu, je n'y crois pas puisque c'est arrivé à personne à côté de moi. J'en entends seulement parler» (Entrevue no 19).

Certaines soutiennent qu'elles n'ont qu'un seul partenaire d'où le peu d'intérêt d'en parler. Tandis que d'autres éprouvent de la honte, de la gêne, ou ont peu d'habiletés de communication.

Une apprentie couturière s'est basée sur le caractère du partenaire et l'absence de lésions génitales pour se décider à parler du SIDA.

«Avant de parler du SIDA avec son partenaire ça dépend du type d'homme que tu as en face de toi, ainsi mon dernier partenaire n'est pas le genre d'homme qui cherche beaucoup les femmes, et à qui l'on doit donner des conseils sur la prévention du SIDA, et

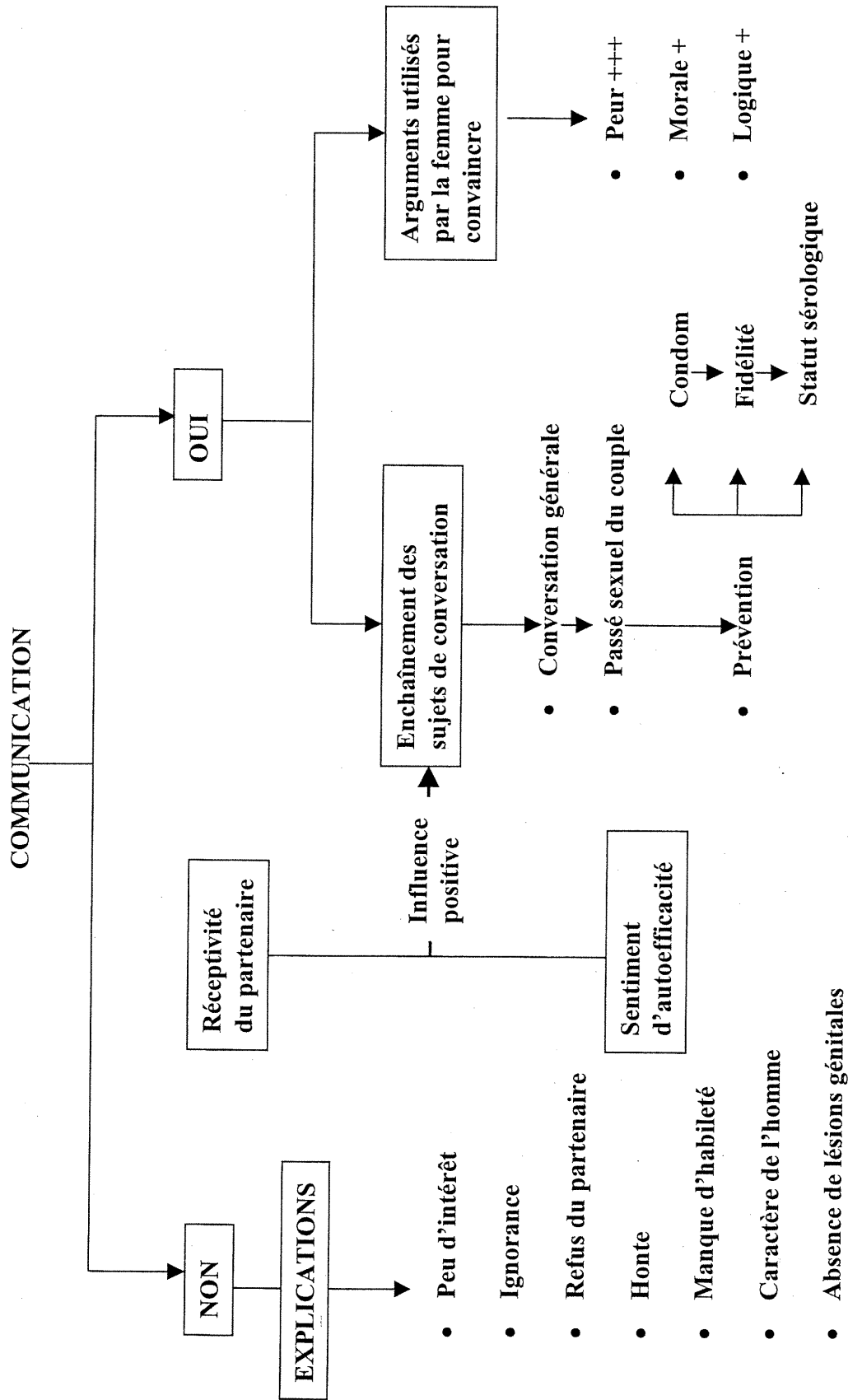
d'ailleurs il a vu mourir de ses propres yeux une fille qui était contaminée, il sait ce que c'est et ne peut prétendre que ça n'existe pas!!! Avec ça il ne peut plus aller de filles en filles. Nous n'avons jamais discuté des maladies sexuellement transmises avec mes partenaires puisqu'ils n'ont jamais présenté de symptômes et moi de même» (Entrevue no21).

Tableau 4 Raisons de l'absence de communication sur le VIH/SIDA au sein du couple

	Communication sur le SIDA (n=12)	Pas de communication sur le SIDA (n=8)
Raisons exprimées	Peur d'une éventuelle contamination (n=4)	Pas d'intérêt et ignorance (n=5)
	Désir d'utilisation du préservatif (n=6)	Refus du partenaire (n=1)
		Bonne hygiène corporelle (n=1)
	Test du SIDA (n=2)	Honte, gêne (n=1)

Les résultats sur la communication sur le SIDA entre les apprenties couturières et leurs partenaires sont résumés dans le graphique 1.

Graphique 1 : Communication sur le SIDA avec les partenaires.



Facteurs associés à la communication sur le SIDA

Un certain nombre de facteurs distinguent celles qui communiquent de celles qui ne le font pas, notamment le lieu de naissance, la perception du risque, les attentes vis à vis du partenaire, les normes et valeurs culturelles, les échanges sur le SIDA, la confiance dans le partenaire et finalement la gestion du risque qui en découle.

Le lieu de naissance

Parmi celles qui parlent du SIDA avec leurs partenaires, la majorité est née à Cotonou (7/12).

La perception du risque de contamination par le VIH.

Huit des apprenties couturières (8/12) qui communiquent avec leur partenaire sur les risques de contamination par le VIH ou sur les méthodes de prévention, se sentent concernées par cette affection. Elles ont exprimé leur peur d'être contaminées. Les raisons sont leurs activités sexuelles et le caractère universel de la maladie. Elles pensent que les hommes ou les femmes malades peuvent transmettre la maladie par les rapports sexuels et que les hommes à partenaires multiples disséminent plus rapidement la maladie.

«Si tu quittes d'un partenaire à l'autre, tu ne sais pas quelles sont les maladies qu'il peut te transmettre puisque tu ne peux pas savoir, tu va les véhiculer aussi. Les maladies de la saleté peuvent te contaminer, c'est pourquoi il faut se méfier» (Entrevue no 22).

« Parce que je suis femme et j'ai un homme, même si la femme est tranquille, les hommes ne sont pas fidèles. Ils vont chercher femme ailleurs... S'il cherche femme ailleurs une femme qui a le SIDA et il vient faire rapport avec moi, je vais attraper. Voilà» (Entrevue no 12).

Les jeunes femmes qui se percevaient à risque de contamination avaient des connaissances sur le SIDA et les maladies sexuellement transmises. Ces connaissances sont basées sur les maladies dont ces femmes ou leur partenaire ont souffert. Il s'agit de

blessures au niveau des parties génitales ou d'écoulements (pertes gynécologiques chez les femmes ou pus chez les hommes) ou encore de troubles de la miction.

Les enquêtées avaient toutes entendu parler du SIDA au moins une fois. Les modes de transmission les plus cités sont la voie sexuelle et le partenariat multiple. Les seringues souillées et plus rarement les lames de rasoir et autres objets tranchants. Les mains, les aliments ou encore le manque hygiène sont également mentionnés comme modes de transmission. Les manifestations du SIDA, les plus fréquemment mentionnées par les jeunes femmes sont l'amaigrissement, la fièvre, ou les lésions de la peau. Elles ont aussi indiqué l'absence de traitement et la mortalité liées au SIDA.

Les normes et les valeurs au sein de la relation

Chez les jeunes filles qui parlent du SIDA avec leurs partenaires, plus de la moitié espère le mariage et une assistance financière (Tableau 5). Le mariage n'est pas primordial pour celles qui ne communiquent pas. Elles espèrent plutôt une assistance financière et un enfant.

L'aide financière du partenaire est soit hebdomadaire soit offerte à la demande de l'apprentie couturière. Cette aide permet de compléter l'apport financier de ses parents et de subvenir à ses besoins. Ces jeunes femmes manifestent une dépendance financière vis-à-vis de leur partenaire.

«Je vais finir mon apprentissage et il doit m'aider à faire ma libération² et c'est à partir de cet instant que je pourrais dire que je lui appartiens totalement....» (Entrevue no 22).

«J'attends de lui qu'il m'achète une machine à coudre et si j'ai un besoin qu'il me donne l'argent. Il me donne 2000 francs CFA /semaine(4,5 dollars)» (Entrevue no 21).

«Je veux que rien ne me manque, que je sois présentable, il faut que les gens disent, elle va avec qui?, comment elle est habillée?; il va m'acheter des pagnes, des boucles

d'oreilles, mèches.....jusqu'à maintenant... à l'approche des fêtes... il m'a donné de l'argent pour m'acheter pagnes et autres choses» (Entrevue no 10).

Parmi celles qui ne communiquent pas sur le SIDA avec leurs partenaires, l'importance d'avoir un enfant qui assurerait un certain revenu à la mère a été souligné par une jeune femme qui a dit ceci:

«Mais c'est l'enfant non!!! C'est l'enfant qui passe au premier plan... si vous avez l'enfant vous allez parler d'argent...» (Entrevue no 19).

Les valeurs qui paraissent essentielles pour les jeunes femmes dans leur contexte socio-culturel, sont d'abord le mariage.

«Je veux que nous nous marions, c'est nous marier que je veux» (Entrevue no 13).

L'enfant occupe une place très importante dans la vie de la femme et du couple.

«L'important dans le couple, c'est d'avoir des enfants...» (Entrevue no 20).

La connaissance des parents est une cérémonie qui précède la demande en mariage. Elle témoigne de l'amour et de la considération vis-à-vis de la famille. Cette cérémonie met en confiance le partenaire dans la famille de la jeune fille et lui donne certains avantages.

«J'aimerais lui dire que si notre amitié dure un an, il va faire la connaissance de mes parents pour qu'ils sachent que c'est lui mon partenaire. Parce que ma mère ne veut pas que je sorte.... Donc s'il connaissait mes parents, ma mère, nous pourrions sortir mais il ne faudrait pas qu'il fasse nuit avant que je rentre» (Entrevue no 10).

² La libération est la cérémonie de remise du diplôme qui couronne la fin de formation

Tableau 5: Normes et valeurs des apprenties vis-à-vis des partenaires

Apprenties couturières qui communiquent sur le SIDA avec leur partenaire (n=12)	Apprenties couturières qui ne communiquent pas sur le SIDA avec leur partenaire (n=8)
Mariage (n=5)	Enfant (n=2)
Assistance financière (n=4)	Assistance financière (n=3)
Amour (n=2)	Mariage et amour (n=1)
Fidélité (n=2)	Aucune attente (n=2)
Enfant (n=1)	Fidélité (n=1)

Confiance (Tableau 6)

Parmi celles qui communiquent avec leur partenaire sur la question du SIDA et de sa prévention, seules cinq sur douze estiment avoir confiance en leurs partenaires, alors que six sur les huit qui ne communiquent pas ont confiance en leurs partenaires. Lorsqu'elles ont confiance, celle-ci repose sur le comportement irréprochable du partenaire, ses paroles rassurantes, sa timidité et surtout l'amour. Cette confiance se fonde aussi sur la bonne réputation du partenaire dans le milieu, sa qualité d'homme sérieux et responsable. La confiance est également liée à la bonne connaissance du partenaire et à la durée de la relation.

Lorsqu'elles n'ont pas confiance, elles mettent en doute la fidélité des hommes en général et du partenaire en particulier (4 femmes sur 12) et évoquent les problèmes vécus par des proches.

«Je n'ai jamais eu confiance aux hommes surtout après l'expérience de ma mère et de ses problèmes conjugaux, ma mère a trop souffert» (Entrevue no 25).

Tableau 6: Les motifs évoqués par les apprenties couturières permettant d'instaurer la confiance avec leur partenaire.

Absence de confiance	Existence de confiance
Surpris avec d'autres partenaires(n=2)	Paroles rassurantes du partenaire (avec les autres, ce n'était pas aussi sérieux qu'avec toi, elles m'ont déçu...mais pas toi, je veux t'épouser...) (n=4). Amour (n=3) Bonne connaissance du partenaire (ensemble depuis longtemps) (n=3)
	Comportement irréprochable (partenaire sérieux, responsable, timide...) (n=2)
Doutes sur la fidélité du partenaire et des hommes en général. (n=4)	Bonne réputation dans le milieu (n=2)
Mensonges (n=2)	Sûre de son partenaire (fidèle) (n=2)
Problèmes conjugaux de la mère (n=1)	
	Test du SIDA (n=1)

Échanges avec l'entourage sur la prévention du SIDA

Sur les 12 femmes qui communiquent avec leur partenaire sur le SIDA, neuf d'entre elles le font également avec leurs amis. Parmi les huit femmes qui ne discutent pas du SIDA avec leurs partenaires seule la moitié en parlent avec leurs amis.

Le SIDA demeure un sujet relativement tabou. Mais de plus en plus avec les médias, les campagnes de sensibilisation, les jeunes gens en discutent entre eux. Ainsi, les discussions avec l'entourage porte sur des thèmes comme la prudence dans l'engagement sexuel, la fidélité au partenaire, les connaissances sur le VIH/SIDA ou encore l'usage du condom avec les partenaires occasionnels. Elles échangent généralement avec les amis ou les collègues d'apprentissage, les frères et sœurs et plus rarement avec les parents. Seule une répondante a admis avoir parlé des risques liés au VIH/SIDA avec ses parents.

«Les moments donnés que nous nous retrouvons, nous nous donnons conseils sur comment faire pour porter condom...pour lutter contre cette maladie. Moi avec mes collègues, par exemple à la maison aussi, je conseille mes frères et sœurs sur le problème du SIDA, comment lutter contre» (Entrevue no 7).

Les échanges avec les amis sont aussi fonction de la connaissance sur le SIDA. Plus les amis sont informés sur le SIDA, mieux ils ont la possibilité d'échanger.

Communication et gestion du risque

Stratégies de prévention

Les stratégies de protection utilisées par les apprenties couturières qui communiquent, avec leurs partenaires sur le SIDA sont d'abord l'utilisation même occasionnelle du préservatif pour sept sur douze d'entre elles, suivi de la fidélité pour les autres. Deux jeunes femmes ont demandé à connaître le statut sérologique avant tout rapport sexuel.

Celles qui ne communiquent pas, se protègent essentiellement en demandant la fidélité du partenaires(cinq sur huit) (Tableau 7). Certaines procèdent à l'observation discrète et

minutieuse des organes génitaux du partenaire, l'observation de sa miction. Elles l'appellent «contrôle».

« Je lui demande s'il n'a pas par hasard une maladie et je lui fais contrôle... par exemple quand il veut uriner, je regarde combien de temps ça lui prend » (Entrevue no 8).

Certaines apprenties couturières mènent des investigations auprès des connaissances du partenaire afin de connaître sa moralité et ses comportements.

« En tout cas, pour que j'accepte un nouveau partenaire; il faut que je fasse une enquête pour savoir s'il n'est pas trop coureur, que je le connaisse bien et qu'il ne soit pas malade, que je ne le surprenne pas en compagnie d'une autre femme. Je vais me renseigner auprès de ceux qui le connaissent pour savoir s'il est sérieux, qu'il ne cherche pas beaucoup de femmes afin de savoir s'il faut utiliser la capote ou pas, même lui donner des conseils sur les maladies qui existent dans le pays. Autrement on peut faire des tests c'est difficile de décider faire le test, mais avec les résultats on est sûr» (Entrevue no 21).

«Je regarde ses manières de faire. Quand je lui dis que je vais arriver chez lui aujourd'hui, je ne viens pas, je vais chez lui quand il ne m'attend pas juste pour voir s'il n'y a pas une autre femme» (Entrevue no 12).

L'abstinence telle que décrite par nos enquêtées, survient généralement comme une sanction vis-à-vis du partenaire dont le comportement est jugé douteux. Une jeune femme a refusé les rapports sexuels à son partenaire, ce qui a entraîné la rupture de la relation.

«Ah ça, il n'a plus de chance (rire). Je dis que j'ai fini avec ça. Il est venu récemment et je lui ai dit que je ne veux plus... Je lui ai demandé s'il a fait l'amour avant la fin de l'année et il m'a dit qu'il a fait ça ailleurs. Il me laisse ici et il va faire sa chose ailleurs. Il a dit que lui, il est un homme!!!» (Entrevue no 6).

Dans la gestion du risque, il existe une grande différence entre ce que disent les enquêtées et leurs comportements effectifs sur l'usage du préservatif. Certaines préconisent l'usage du préservatif pour se préserver du SIDA. Parmi elles, certaines n'ont jamais demandé d'en faire usage lors des rapports sexuels tandis que d'autres se sont heurtées au refus du partenaire (Tableau 7).

«Il a dit non qu'il ne veut pas utiliser. Je lui ai demandé s'il utilise ça..., mais il a dit non qu'il n'aime pas» (Entrevue no 17).

Tableau 7: Gestion du risque et communication chez les apprenties couturières

Celles qui communiquent (n=12)	Celles qui ne communiquent pas (n=8)
Usage du préservatif (n=7) Fidélité (n=4)	Fidélité (n=5) Refus du partenaire d'utiliser le préservatif (n=3)
Visite surprise chez le partenaire (n=1)	Enquêtes, observation physique (n=2)
Test du SIDA (n=2)	Usage du préservatif (n=1)

La négociation du condom

Ce sont toujours les apprenties qui proposent l'usage du condom à leur partenaire et c'est toujours l'homme qui achète le condom. L'usage du condom est souvent occasionnel. La majorité des répondantes n'insistent pas lorsque leur partenaire refuse l'usage du condom de peur de voir s'installer une situation conflictuelle ou alors de le voir rompre la relation.

Le principal argument avancé par les femmes pour négocier l'utilisation du préservatif avec leur partenaire est la contraception. Cette raison est facilement acceptable par le partenaire. Mais le préservatif n'est pas utilisé hors des périodes de fécondation. Le risque de contamination est un argument plus rarement évoqué et il est souvent associé à l'absence de renseignements sur le statut sérologique de chacun.

L'usage du condom est également justifié lorsque le partenaire est occasionnel, ou lorsque la femme découvre fortuitement qu'il est marié ou encore après une longue période d'abstinence. Certaines femmes ont mentionné que leur partenaire leur ont promis d'utiliser le condom avec des partenaires occasionnels. Ils ont reconnu par ce fait qu'ils ont d'autres partenaires et que la jeune apprentie bénéficie d'un statut privilégié par rapport aux autres.

«Un jour il me disait que ... j'avais dit la vérité..., que si il allait quelque part pour avoir des rapports, qu'il va l'utiliser et qu'il ne va pas l'utiliser avec moi...» (Entrevue no18).

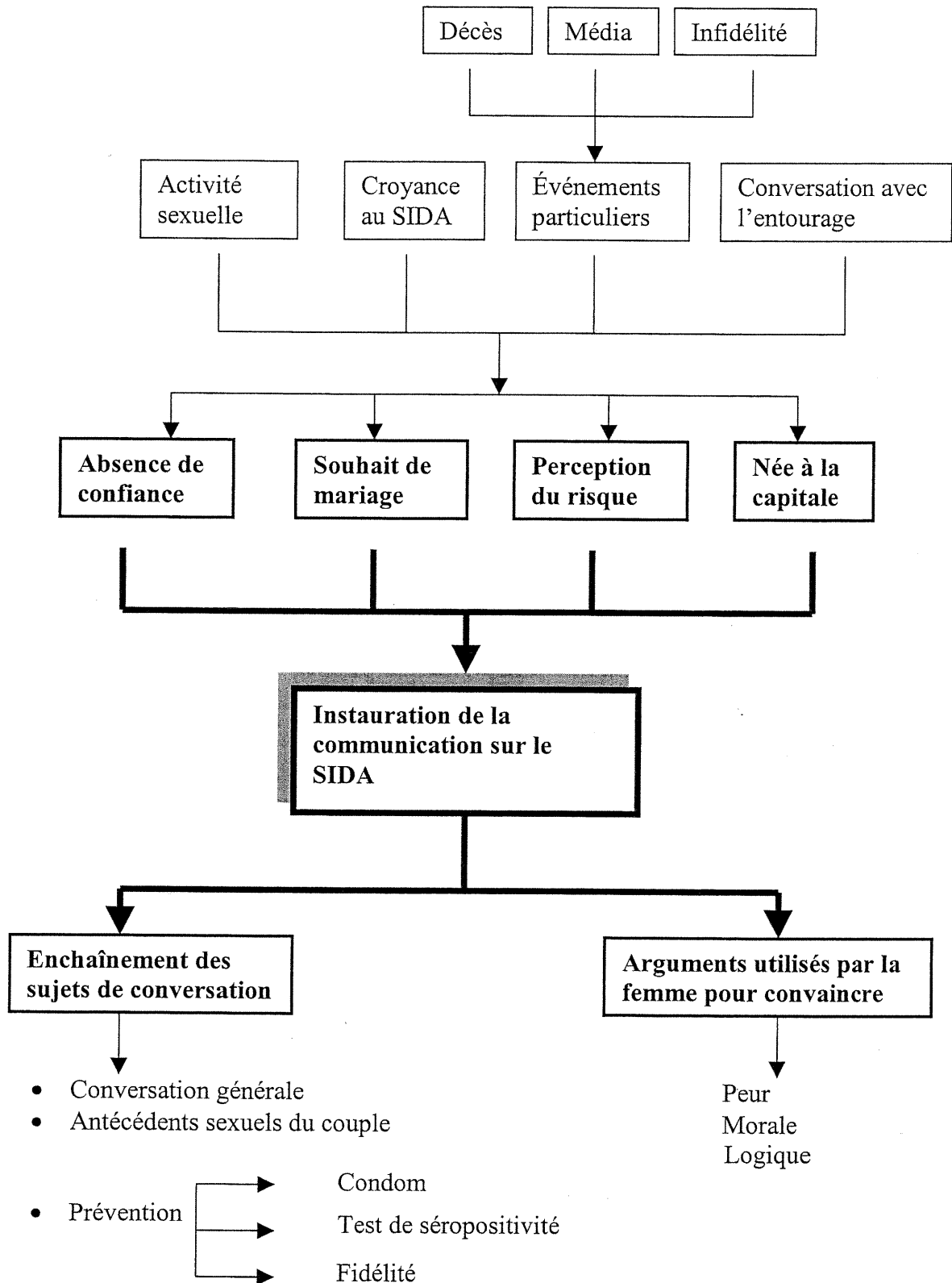
Celles qui n'utilisent pas le condom pensent qu'elles n'ont pas de raisons justifiant son emploi, ou elles ont un seul partenaire avec qui elles sont fidèles. Des croyances erronées sur les effets du condom tels que le risque de stérilité de la femme ou de l'homme ont été rapporté également par les répondantes. Certaines ont tout simplement déclaré qu'elles n'aiment pas le condom.

Synthèse des résultats. (graphique 2)

Les jeunes apprenties couturières qui communiquent avec leurs partenaires sur la question du SIDA, ont adopté un ordre dans leur façon de communiquer sur le SIDA avec

leur partenaire. Elles débutent par des informations générales sur le SIDA, puis la conversation évolue sur le passé sexuel de chacun, avant d'aboutir aux différentes possibilités de prévention. Les jeunes femmes choisissent des moyens directs en utilisant des arguments basés sur la peur, la morale ou encore la logique. Elles peuvent aussi y aller de façon indirecte en posant des questions aux proches du partenaire ou en lui posant des questions sur sa santé. Ce processus est influencé par la réceptivité du partenaire et le sentiment d'auto-efficacité. Celles qui s'abstiennent d'échanger avec leur partenaire sur les risques de contamination liés au SIDA, avancent comme raison principale leur non-croyance en la maladie et en second lieu la gêne et la réaction du partenaire. Les circonstances suscitant l'engagement de la discussion sont le décès d'une personne atteinte, les médias, les campagnes de sensibilisation, l'infidélité, et les rapports sexuels. Les traits communs aux femmes qui communiquent sont : le fait d'être née à la capitale, la perception du risque, le désir de mariage, le peu de confiance accordé aux hommes et les échanges avec l'entourage sur le SIDA. Les femmes qui communiquent utilisent davantage le condom que celles qui ne communiquent pas en se servant du motif de contraception.

Graphique 2 : Synthèse des résultats de l'étude



DISCUSSION

Notre étude a permis de documenter la complexité de la communication entre les apprenties couturières et leurs partenaires sexuels sur le risque lié au VIH/SIDA dans la ville de Cotonou (Bénin). Les résultats indiquent que la communication porte surtout sur des sujets d'ordre général tel que l'avenir professionnel ou les projets de couple (Tableau 3). Le nombre de jeunes femmes qui essaient de parler du SIDA avec leur partenaire sexuel diminue de près de la moitié. Ce résultat nous interpelle lorsqu'on sait qu'en Afrique et particulièrement au Bénin la communication en matière de SIDA est un outil important dans les comportements préventifs. A l'heure actuelle où il existe une grande médiatisation du VIH/SIDA à travers le monde et particulièrement au Bénin, on devrait espérer que chaque couple en discute au début de sa relation sexuelle. Nos résultats diffèrent de ceux retrouvés dans une étude similaire sur la communication dans le couple effectuée chez des femmes rwandaises (Van der Straten et al., 1995). Dans cette étude, la presque totalité des femmes interrogées ont discuté au moins une fois du SIDA avec leurs partenaires. Ce résultat peut s'expliquer par des différences méthodologiques de nos deux études. En effet dans celle de Van der Straten et al. (1995) des résultats d'investigations médicales tels que le test de séropositivité ont été communiqués aux femmes rwandaises avant le recueil des données.

La communication sur le sujet du SIDA est favorisée par certaines circonstances.(graphique 2). Ainsi, la communication avec le partenaire débute dans un contexte qui peut être une émission télévisée ou radiophonique sur le SIDA, l'imminence des rapports sexuels, des doutes sur la fidélité du partenaire, le décès d'un ou d'une voisine suspecté (e) de SIDA. Des circonstances identiques de communication sur le SIDA (exemple : les émissions télévisées, les rapports sexuels), sont également retrouvées dans les travaux de Cline et al. (1992).

Les apprenties couturières qui communiquent sur le SIDA sont toujours les premières à engager une discussion avec leurs partenaires sur des thèmes qui se rapprochent du VIH/SIDA. Cette discussion est toujours initiée par la jeune femme comme d'autres

chercheurs l'ont déjà indiqué (Cline et al., 1992 ; Hutchinson, 1998 ; Nishino et Shunk, 1997 ; Yesmont, 1992).

Nos résultats montrent aussi que la communication suit un cheminement dont le but ultime est l'adoption des pratiques sécuritaires. (graphique 1) Dans ce processus de communication, les thèmes abordés dans un premier temps concernent indirectement la vie sexuelle des partenaires. Puis la discussion évolue progressivement vers des thèmes sur le SIDA qui éveillent l'intérêt du couple. Ce processus est fortement influencé par la réaction du partenaire. Plus le partenaire est réceptif et ouvert, plus la femme se sent à l'aise pour progresser dans la discussion. Cette stratégie dans l'enchaînement progressif et séquentiel des thèmes de discussion n'a pas été retrouvée par d'autres chercheurs (Moore et al., 1995 ; Cline et al., 1992) même si leurs résultats ont mis en évidence l'existence d'une communication sur le SIDA entre partenaires. Toutefois dans notre étude, le contenu de la communication sur le SIDA est presque similaire à celui retrouvé par Moore et al. (1995), Cline et al. (1992), Nishino et Schunck (1997) et Sharon et al. (1998) lorsqu'on ne tient pas compte de l'enchaînement séquentiel des thèmes abordés. Aux États-Unis, les adolescents interrogés dans l'étude de Copp (1999), ont admis parler de leur sexualité avec leurs partenaires, en abordant des thèmes comme le plaisir. Ce qui n'était pas le cas avec les apprenties couturières de notre étude. Toutes ont déclaré ne jamais s'entretenir *a posteriori* de leurs ébats sexuels avec leur partenaire. La sexualité en Afrique hors du contexte du SIDA apparaît même parmi les jeunes comme un sujet tabou et c'est mal vu pour une jeune femme de s'exprimer ouvertement sur sa sexualité avec son partenaire (Le Palec, 1997 ; Chevallier-Schwartz, 1997).

La peur est souvent utilisée comme argument par les apprenties couturières pour convaincre le partenaire du bien-fondé de leurs craintes, comme c'est le cas pour les prostituées béninoises décrites par Bédard (1997). Cependant la logique, autre argument utilisé par nos répondantes n'a pas été mis en évidence par d'autres chercheurs.

Les jeunes femmes qui ne parviennent pas à communiquer sur le SIDA avec leurs partenaires ont évoqué comme raisons principales, le manque d'intérêt pour tout ce qui

concerne le SIDA et parfois des doutes sur l'existence de la maladie. Est-ce- à dire qu'elles ont d'autres préoccupations majeures à résoudre qui les obligent à reléguer l'épidémie du SIDA au second plan ? Celles qui n'y croient pas ont précisé qu'elles n'ont jamais vu de sidéens. Ce qui explique l'absence de perception du risque retrouvé en grande majorité chez ces femmes. Le caractère invisible de la maladie du moins à son début est comme le souligne Deniaud (1991) dans son étude chez les jeunes ivoiriens et ivoiriennes une raison importante de la non-croyance ou du déni de l'affection. A l'opposé, les autres maladies sexuellement transmises ont des manifestations cliniques précoces. Les apprenties couturières ont aussi indiqué que leurs connaissances sur le SIDA étaient trop limitées pour qu'elles puissent en discuter avec leurs partenaires. Ce constat diffère un peu de celui de Cline et al. (1992), pour qui celles qui ne communiquent pas, évoquent comme raisons principales la gêne et la connaissance imparfaite du partenaire. Buysse et al., (1997) et Ankomah (1998) vont plus loin en retenant surtout la peur de la réaction du partenaire comme obstacle majeur à la communication. Les jeunes femmes pensent souvent d'emblée que la réaction du partenaire sera négative alors qu'elles ne lui en ont jamais parlé.

Certains facteurs semblent associés à la communication sur le risque de contracter le VIH/SIDA entre les apprenties couturières et leurs partenaires. Être née et avoir grandi en milieu urbain, favorise la communication sur le SIDA et ses moyens de prévention entre partenaires. Ceci peut s'expliquer par le fait qu'en étant en ville, les apprenties couturières sont plus exposées aux messages de prévention véhiculés par les médias. Elles ont probablement l'occasion d'être en contact avec une personne atteinte, elles ont certainement une vie sexuelle plus active et plus précoce que celles qui sont nées et qui ont grandi en milieu rural. Peu d'études ont établi jusque là ce lien entre la communication et le lieu de naissance. Certes il a été admis par plusieurs chercheurs après leurs études que le fait de vivre en milieu urbain plutôt qu'en banlieue ou dans un milieu rural est un critère géographique favorable à l'implication sexuelle (Otis et al., 1997). On peut penser qu'une implication sexuelle précoce avec par conséquent plus d'expérience facilite la communication sur le SIDA avec le partenaire.

Un autre facteur lié à la communication est la perception du risque. Cette dernière dépend de la croyance même en l'existence du SIDA. La perception du risque a été souvent étudiée dans le but de mieux comprendre les conduites à risque ou l'usage du condom. Peu de chercheurs ont établi le lien entre la communication et la perception du risque. La peur de la contamination par le VIH existe chez les jeunes femmes qui communiquent, sur le SIDA et ses méthodes de prévention avec leurs partenaires. Le fait de se sentir concerné et de croire en l'existence même du SIDA détermine une aptitude à initier une conversation sur le sexe sécuritaire avec son partenaire comme le suggère Moore et al. (1995).

Les valeurs et normes des jeunes femmes interviewées diffèrent aussi selon qu'elles communiquent ou pas sur le SIDA avec leurs partenaires. Celles qui communiquent espèrent le mariage avec leurs partenaires. Celles qui ne communiquent pas, misent sur la satisfaction financière. Ceci reflète la précarité de leur condition. Bien qu'elles aient un faible revenu, certaines sont toutefois parvenues à engager une discussion sur le sexe sécuritaire avec leurs partenaires. On peut l'expliquer par leur volonté d'avoir une relation stable. La perspective du mariage s'est avéré être une valeur déterminante dans la communication sur le SIDA avec l'autre. Ce résultat est en contradiction avec ceux d'autres chercheurs. Ainsi Bardem et Gobatto (1995) dans leur étude au Burkina Faso chez les femmes seules déscolarisées, vivant en milieu urbain, décrivent les jeunes filles «à marier» comme vivant dans leur famille où elles subissent de fortes pressions de la part de leur entourage en faveur du mariage. Elles ont une sexualité largement déterminée par l'espoir d'être prise comme épouse. Tous ces facteurs font qu'elles n'ont pas la capacité de communiquer sur le SIDA avec le partenaire.

La dépendance financière des apprenties couturières vis-à-vis de leurs partenaires constitue un autre obstacle à la communication. Les besoins financiers ont été identifiés comme constituant une barrière à la communication sur le SIDA et l'usage des moyens de prévention en Côte d'Ivoire, au Rwanda et au Ghana entre des jeunes femmes et leurs partenaires (Deniaud 1991, Van der Straten et al. 1995, Ankomah 1998). Ankomah (1998) va plus loin en soulignant que les jeunes femmes africaines, préfèrent ne pas

évoquer la question du SIDA avec leur partenaire par crainte de le voir rompre la relation et perdre ainsi leurs avantages financiers. Cette dépendance financière constitue un élément majeur accentuant la vulnérabilité de ce groupe de jeunes filles à risque du SIDA : dépendante de leur partenaire comme de leur famille, ces jeunes filles ne veulent pas prendre le risque de décevoir leur ami, de se faire rejeter ou de rester célibataire, donc de représenter une charge supplémentaire pour l'entourage familial.

Les répondantes qui discutent avec leurs partenaires à propos du SIDA et ses moyens de prévention, échangent également ces informations avec leurs amis et collègues d'apprentissage plutôt qu'avec les parents. Ces échanges entre amies stimulent la communication sur les risques liés au SIDA. Lock et al. (1998) ont rapporté également des échanges de propos avec les amis, frères et sœurs sur le sexe sécuritaire avec leur partenaire. Lors des échanges, la jeune femme acquiert plus d'informations, se documente davantage afin d'être en mesure d'en discuter avec son partenaire. La jeune femme serait peut être plus à l'aise d'en parler avec son entourage proche qu'avec son partenaire. Elle pourrait aussi subir l'influence du comportement de ses amis dans leurs expériences de communication avec leur partenaire sur le sexe sécuritaire (Lear 1995). Les sujets de discussion entre jeunes sont : les connaissances sur le SIDA, la prudence dans l'engagement sexuel, l'usage du condom avec les partenaires occasionnels. Il faut cependant souligner qu'une étude menée chez les élèves infirmières et sages femmes au Bénin en 1995 par Fourn et al. (1997), a montré que la moitié des femmes interrogées n'osent pas discuter des maladies sexuellement transmises avec leurs partenaires ainsi qu'avec leurs camarades d'école.

Le manque de communication entre parents et enfants sur les sujets qui ont un rapport avec la sexualité est connu en Afrique. Ceci a été évoqué par Niang Diallo (1999) qui mentionne que des études réalisées en 1993 à Abidjan (Aonon, 1996) et à Dakar ont révélé que les familles africaines se caractérisent par un manque de communication sur la sexualité. Ceci serait lié à l'éclatement des familles traditionnelles (diminution du nombre de familles élargies, augmentation du nombre de familles nucléaires), dont les retombées négatives sont accentuées par l'urbanisation et les phénomènes migratoires. La

conséquence directe en est la destruction des canaux traditionnels de communication. Ces derniers étant entretenus par les grands-parents, cousins, oncles et tantes. Ils jouaient un rôle d'éducateurs, d'aides et de guides pour les jeunes durant les périodes difficiles de leur vie, en particulier pendant la puberté et au moment d'entrer dans la période adulte. Ces canaux de communication n'ont pas été remplacés dans les familles modernes, qui se retrouvent démunies car elles n'ont pas souvent connu ce modèle. Cette différence de culture entre les générations entraîne un dialogue de sourds autour de la sexualité dans les familles. Les jeunes sont désemparés et se conseillent entre eux selon les modèles observés à la télévision ou dans les romans.

Les résultats ont aussi révélé que les jeunes femmes qui communiquent avec leurs partenaires n'ont pas confiance en lui. Elles se basent sur des préjugés ou des faits réels pour discuter du SIDA avec lui. Elles considèrent que les hommes en général ont toujours plusieurs partenaires tandis que d'autres femmes se basent sur des comportements réellement à risque de leur partenaire. Dans les deux cas, elles préfèrent discuter avec lui pour se rassurer sur son comportement sexuel. Ainsi dans notre étude, l'absence de confiance détermine l'engagement d'une discussion sur le SIDA. Ce lien entre l'absence ou le peu de confiance en son partenaire et la communication n'a pas été identifiée par d'autres chercheurs. Par contre Moore et al. (1995), ont trouvé dans leur étude que la plupart des jeunes femmes hispanophones aux États-Unis bien qu'elles aient déclaré ne pas avoir confiance en leur partenaire, n'osent pas évoquer avec lui la question du SIDA et de ses moyens de prévention. De plus, Lock et al. (1998), ont établi dans leur modèle conceptuel final que la communication sur le SIDA et sa prévention est une démonstration de confiance entre partenaires qui abouti à des pratiques sexuelles non sécuritaires. Pour Lear (1995), la confiance est aussi importante dans la négociation du sexe sécuritaire. Les différents résultats trouvés dans notre étude et celles des autres (Moore et al., 1995 ; Lock et al., 1998 ; Lear, 1995), montrent la difficulté à cerner le rôle de la confiance dans le déclenchement des discussions sur le SIDA entre partenaires.

Une fois la communication établie entre les apprenties couturières et leurs partenaires, les stratégies de prévention contre le VIH/SIDA mises en œuvre sont diverses. Les jeunes

femmes qui communiquent utilisent davantage le condom même de façon occasionnelle comme moyen de prévention. Elles ont des pratiques sexuelles plus sécuritaires car en plus de l'utilisation du condom elles exigent parfois un test de dépistage de leur partenaire. Ce lien entre la communication et l'usage du condom a été trouvé par Moore et al. (1995), Cline et al. (1992), Copp (1999), Buysse et al. (1997), Nishino et Schunck (1997).

Les couturières utilisent comme alibi le désir de contraception pour motiver le partenaire à utiliser le condom. Elles disent à leur partenaire qu'elles sont dans leur période de fécondation. Cette astuce pour convaincre le partenaire d'utiliser des préservatifs a également été retrouvée par Deniaud (1991) chez les jeunes femmes ivoiriennes. L'utilisation du condom est donc rarement systématique parce qu'elles ne sont pas éternellement dans leur période de fécondation. En Afrique le motif de la contraception est de plus en plus utilisé pour négocier le port du condom. Fay et al., (1997) confirme cette situation en soulignant qu'aujourd'hui les femmes sont prêtes au port du préservatif en prenant pour argument les risque de grossesse.

L'utilisation du préservatif est aussi irrégulière parce qu'elle est conditionnée par son achat par le partenaire. Deniaud (1991) a remarqué que la femme peut proposer le condom mais très souvent c'est l'homme qui décide de son utilisation en fin de compte. Il dit à ce propos :

« l'incapacité ou les difficultés techniques existent encore, particulièrement chez les femmes : beaucoup n'osent pas acheter des préservatifs, ou demander à leur partenaire d'en utiliser, certaines ne savent pas- ou n'osent pas savoir- comment et où s'en procurer au moment où on en a besoin ; d'autres ne connaissent pas ses fonctions ou son mode d'emploi. Le manque de pouvoir des femmes d'utiliser un préservatif est indéniable... C'est l'homme qui a pris la décision ».

Plusieurs couturières ont cependant reconnu que le meilleur moyen de se protéger est le préservatif bien qu'elles ne l'aient jamais utilisé. Ceci démontre toujours la complexité et la difficulté de l'adoption du condom chez les personnes sexuellement actives en dépit de leurs opinions favorables aux mesures préventives. Les arguments avancés par les hommes pour justifier leur refus d'utiliser le condom sont l'amour qu'ils éprouvent vis-à-

-vis de la partenaire, l'absence de plaisir avec le préservatif, des croyances erronées sur le risque de stérilité masculine définitive. Ces observations sont aussi celles de Deniaud (1991) et Ankomah (1998) dans leurs études. Il y a aussi un problème relié à l'habileté du partenaire à porter un préservatif de façon correcte. Dans notre étude, la plupart des femmes ont jugé que l'utilisation du condom était l'affaire de l'homme et qu'elles ne pouvaient pas placer un condom à leur partenaire. Ce malaise pour participer à l'utilisation du condom entre ainsi dans le cadre global de la gêne éprouvée par les femmes africaines face à la sexualité.

Celles qui ne communiquent pas, ont une stratégie différente reposant essentiellement sur la fidélité et la confiance en leur partenaire. Ainsi, la fidélité et la confiance au partenaire, sont deux valeurs chez les jeunes couturières qui ne suscitent pas la discussion sur les questions de SIDA et ses moyens de prévention avec le partenaire. Ginoux-Pouyaud et Haxaire (1997), ont confirmé cela à la suite d'une étude menée chez les jeunes femmes en Côte d'Ivoire en faisant remarquer que :

« De nombreuses femmes ne retiennent des consignes de prévention que ce qui concernent les paramètres sur lesquels elles peuvent avoir prise, c'est-à-dire leur propre conduite. L'épidémie de SIDA semble avoir conforté la fidélité de certaines qui ne remettent pas en question le comportement du partenaire ».

Outre la fidélité, les apprenties couturières qui ne communiquent pas sur le SIDA optent pour d'autres moyens de prévention. Il s'agit d'enquêtes sur le partenaire, la bonne connaissance du partenaire. Ceci a été mentionné par Lock et al. (1998), Lear (1995), Moore et al. (1995), Bajos et al. (1995).

Toujours chez les couturières qui ne communiquent pas, la recherche de lésions sur les organes génitaux de leur partenaire au moment de l'acte sexuel est un autre moyen de s'assurer qu'il n'est pas à risque. La présence de lésions au niveau des organes génitaux témoigne pour elles d'un partenaire qui a un comportement sexuel à risque et une hygiène corporelle douteuse. Comme le soulignent Ginoux Pouyaud et Haxaire (1997) au-delà de la recherche de stigmates trop manifestes de la maladie, les femmes étudient l'hygiène de leur partenaire tout en faisant attention à la leur. Comme les apprenties couturières, les

jeunes ivoiriennes interrogées par ces chercheurs parlent du SIDA comme d'une maladie de la saleté.

On peut noter le rôle quasi inexistant des structures de santé ou des services de planification familiale dans le processus d'information des jeunes. Les services de planification familiale s'adressent surtout aux femmes mariées ayant des enfants et qui désirent utiliser une méthode contraceptive. Dans un tel service s'adressant en priorité aux femmes mariées, il est difficile pour une jeune fille de solliciter des services dans la mesure où elle devra surmonter sa gêne et sa crainte d'être traitée de « fille légère ». Dans l'esprit de presque toutes les apprenties couturières, les services de santé tels que proposés actuellement au Bénin ont d'abord une mission curative. Elles considèrent qu'il n'y a pas de place pour elles dans les politiques de prévention des structures de santé.

Notre étude peut comporter certaines limites. Le taux de participation des apprenties couturières à cette étude était faible. Trois apprenties couturières ont refusé notre entretien tandis que certaines se sont dérobées en prétextant un manque de disponibilité. Il serait important d'examiner ce groupe de non répondantes et d'analyser leurs caractéristiques dans une étude future.

Le lieu de travail choisi pour notre enquête a aussi été parfois un handicap pour la confidentialité des entretiens parce que les apprenties couturières ne se sentaient pas toujours à l'aise pour s'exprimer. Une étude future devrait être menée dans d'autres lieux. Enfin nous n'avons pas pu valider nos résultats auprès des personnes interrogées selon les critères méthodologiques d'une étude qualitative à cause des contraintes de temps dans la collecte des données.

CHAPITRE V - Conclusions et recommandations

Cette recherche nous a permis d'établir un portrait des jeunes femmes qui communiquent et d'identifier les facteurs sur lesquels il faut travailler pour améliorer cette communication . Les actions proposées pourraient être présentées en fonction de l'approche écologique (Green et al., 1996) préconisée pour l'intervention en promotion de la santé. Nous pouvons dire que la communication entre partenaires est susceptible d'être améliorée si l'on travaille sur des facteurs tels que la perception du risque, les normes telles que le mariage, les échanges sur le SIDA avec les amis, les habiletés à aborder le sujet avec l'autre. Le sujet du VIH/SIDA devrait être abordé avant les rapports sexuels et non pendant comme cela semble être le cas pour les femmes interrogées dans la présente étude. L'usage du condom reste encore difficile, son usage pourrait en être facilité en fournissant à la jeune femme des arguments pour contrer les croyances erronées sur le condom ou en la faisant participer à la pose chez le partenaire. Les résultats de cette étude montrent aussi que le dialogue entre partenaires sur les questions relatives au SIDA est déterminant dans l'adoption de pratiques sécuritaires. Il faut toutefois travailler beaucoup sur les habiletés de communication des jeunes femmes. La première chose à suggérer est d'augmenter cette perception du risque vis à vis du SIDA. (graphique 3) Ceci pourrait se réaliser en élaborant des outils d'information et de sensibilisation plus adéquats. Deniaud (1991) et ses collaborateurs disent à ce propos que les responsables de la prévention n'ont pas assez expliqué et argumenté les choses en rapport avec le SIDA car aujourd'hui les risques de contamination sexuelle du VIH sont dans certains cas toujours minimisés ou déniés à cause de l'invisibilité du virus dans les sécrétions génitales (apparence normale du sperme, absence du sang) ou de l'absence de symptômes dans les suites immédiates de la contamination et ceci pendant un temps plus ou moins long.

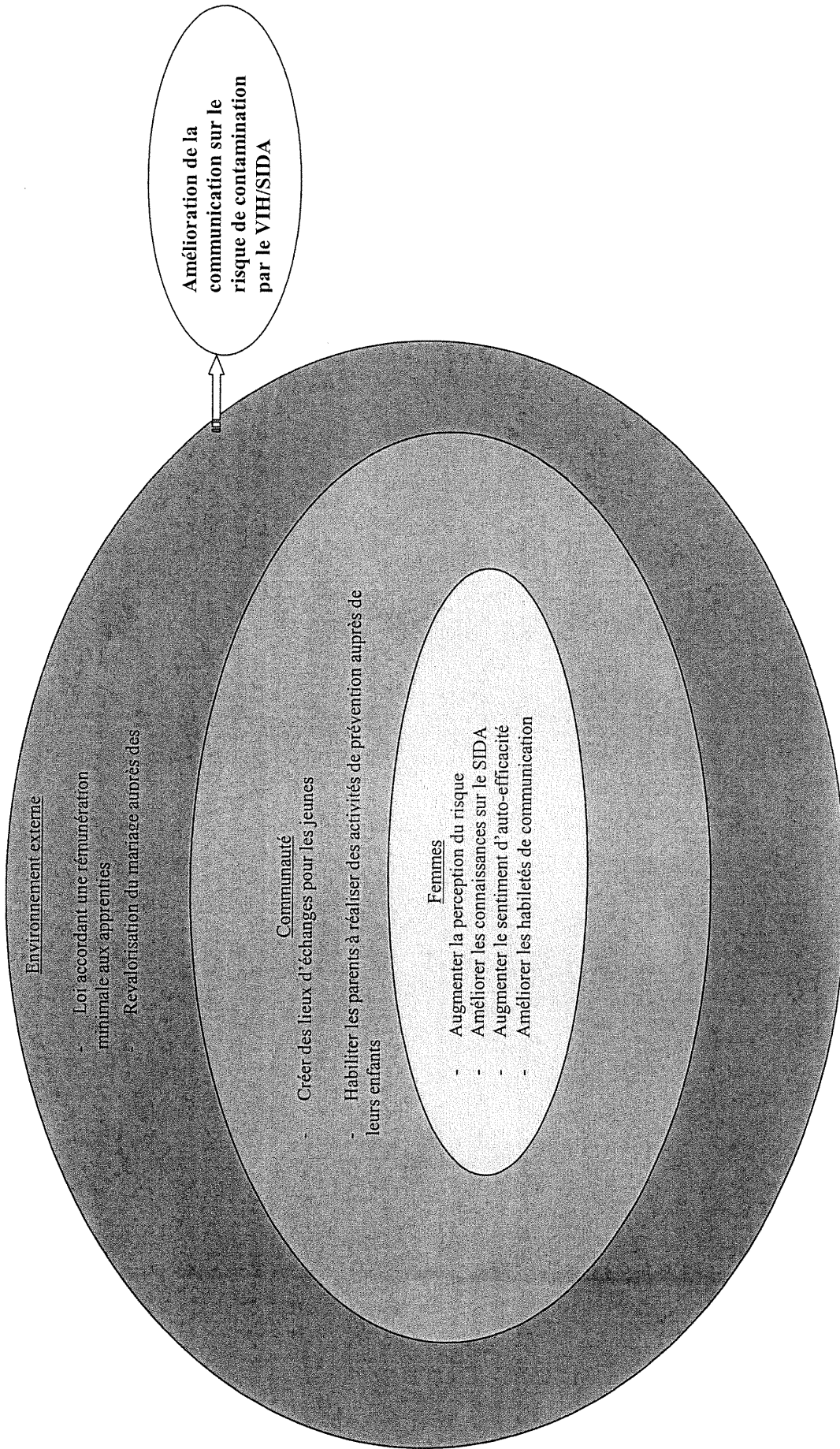
Dans les campagnes de sensibilisation, nous avons constaté qu'il n'y avait pas véritablement de dialogue entre les éducateurs et les jeunes. Les jeunes femmes écoutent sans poser des questions. On pourrait développer des stratégies basées sur l'interaction entre intervenants et jeunes, en utilisant l'éducation par les pairs. On pourrait aussi recourir au théâtre populaire avec une mise en scène adaptée au contexte culturel des

apprenties afin qu'elles puissent se reconnaître dans les situations illustrées. Il serait opportun d'intervenir auprès des chefs d'ateliers pour qu'ils octroient une rémunération minimale à leurs employées, afin qu'elles soient moins dépendantes financièrement. On peut envisager un lieu d'échange pour les jeunes filles, un endroit où elles pourraient se rencontrer et se donner des conseils et éventuellement se procurer des condoms discrètement. Il faut également responsabiliser davantage les jeunes femmes dans l'utilisation du préservatif en insistant sur le fait que la décision de se préserver et de prendre sa santé en main ne relève pas uniquement de l'homme. Il est vrai que le problème de l'achat des condoms se pose encore avec acuité dans un contexte où ces jeunes femmes sont entretenues par leur partenaire pour bon nombre d'entre elles. D'où l'importance de promouvoir aussi les changements d'attitude et de comportements aussi chez les hommes.

Les services de planification devraient réorganiser leurs structures afin d'offrir également des services spécialement adaptés aux jeunes femmes afin qu'elles sachent toujours où s'adresser sans honte ni gêne lorsqu'elles en ont besoin. Il est aussi indispensable d'inviter les médias à réviser leurs messages de prévention en insistant sur la vulnérabilité toute particulière des jeunes femmes face au SIDA dans un contexte où elles sont aussi dépourvues de ressources.

Étant donné que les jeunes restent longtemps sous le toit familial avec les conditions de vie de plus en plus difficiles, il faudrait trouver un moyen de faire participer les parents à la prévention du SIDA chez leurs jeunes dans le respect des traditions et des valeurs auxquels ils sont toujours attachés. Au Bénin, il serait intéressant de convaincre les délégués de quartiers qui ont une influence certaine sur les résidents de quartier, d'organiser des sessions d'informations et de soutien aux parents désireux d'améliorer la communication sur le SIDA avec leurs enfants. A partir du graphique 3, plusieurs actions et moyens sont proposés afin favoriser l'amélioration de la communication.

Graphique 3 : Actions proposées pour stimuler la communication sur le risque de contamination par le VIH entre apprenties couturières et leurs partenaires.



BIBLIOGRAPHIE

- Abega S.C. (1996). La sexualité des jeunes et le SIDA au Cameroun. *Sociétés d'Afrique et SIDA* 12:5-6.
- Adjovi C. (1997). Surveillance épidémiologique de l'infection par le VIH/SIDA/MST en république du Bénin. Programme National de Lutte contre le SIDA, rapport 1997. Ministère de la santé, Bénin.
- Agence canadienne de développement internationale (1997). Le Bénin. Dans l'ACDI en Action. Catalogue No E94-29/5-26-1996F.
- ALSA (Appui à la lutte contre le Sida en Afrique de l'Ouest). Volet 8000 : Appui aux opérations du Bénin, Organisme d'exécution : Centre de coopération internationale en santé et développement (CCISD) Université de Laval, Québec, Canada 1997.
- Amaro H. (1995). Love, sex and power : Considering women's realities in HIV prevention. *American Psychologist*, (6):437-446.
- Ankomah A. (1998). Condom use in sexual exchange relationships among young single adults in Ghana. *Aids Education and Prevention*. 10 (4),303-316.
- Aonon A.A., (1996). Milieux familiaux, logiques sociales des conduites sexuelles et SIDA à Abidjan. *Sociétés d'Afrique et SIDA*. 12:7-8.
- Azalou-Tingbe A. (1997). Education des adolescents non scolarisés sur la prévention des MST et du SIDA à Cotonou (Bénin). Rapport phase II. Fédération Internationale des Sociétés de la croix rouge et du Croissant rouge. 1-30
- Baganizi E. et Alary M. (1997). Le SIDA : Aspects épidémiologiques. Dans *Le SIDA : Aspects psychosociaux, culturels et éthiques*. Éd du Méridien. Canada .1-41.

- Bajos N., Ducot B., Spencer B., Spira A. (1998). Trajectoires socio-sexuelles et comportements face au risque de transmission sexuelle du SIDA. Dans la sexualité au temps du SIDA. Ed Presses Universitaires de France, Paris, p 305-336.
- Balmer D.H., Gikundi E., Billingsley M.C., Kihuhu F.G., Kimani M., Ondu J.W., Njoroge H. (1997). Adolescents knowledge, values and coping strategies : Implications for health in Sub-Saharan Africa. *Journal of Adolescent Health*. 21:33-38.
- Bardem I., Gobatto I., (1995). Maux d'amour, vie de femmes. Sexualité et prévention du SIDA en milieu urbain africain. Ed.l'harmattan, Paris.
- Baxter L.K., Wilmot W.W. (1985). Taboo topics in close relationships. *Journal of Social and Personal Relationships*; 2:253-269.
- Bédard E. (1997). Stratégies développées par les prostituées du Bénin pour favoriser l'utilisation du préservatif. Mémoire de Psychologie, Université Laval. Québec:50-54.
- Bowen S.P., Michal-Johnson P. (1989). The crisis of communication relationships : Confronting the threat of AIDS. *AIDS and Public Policy*; 4:10-19.
- Buysse A., Van Oost P. (1997). «Appropriate» male and female safer sexual behavior in heterosexual relationships. *AIDS Care* 5 (9):549-561.
- Caprara A., Seri D., De Gregorio G.C., Parenzi A., Salazar M.C., Gozé T., (1993). The perception of AIDS in the BÉTÉ and BAOULÉ of the Ivory Coast. *Social Science and Medicine*. 36 (9) : 1229-1235.

- Carballo M., Kenya P.I. (1994). Behavioral issues and Aids. In Aids in Africa. Ed Raven Press, New York.
- Cardia-Vonèche L., Osiek F., Bastard B. (1992). Les manières de faire face au risque du Sida. *Revue suisse de sociologie*. 2:311-327.
- Chevallier-Shwartz M. (1997). Sexualité, MST et VIH en Côte d'Ivoire : la prévention est-elle une affaire de femmes. *X^{eme} conférence internationale sur le SIDA et les MST en Afrique*, Abidjan résumé E 1252, 7-11.
- Cline R.J.W., Johnson S.J., Freemant K.E. (1992). Talk among sexual partners about AIDS : interpersonnal communication for risk reduction or risk enhancement ? *Health communication*, 4 (1), 39-56.
- Coates T., Greenblatt R. (1989). Behavioral change using community level intervention. In Sexually Transmitted Diseases, Ed by Holmes K. Newport, p 1075-1079.
- Cobb B. K. (1997). Communication types and sexual protective practices of college Women. *Public Health Nursing* 5 (14):293-301.
- Cros M., Msellati P., Kambou S. (1997). Faire dire, dessiner et narrer le SIDA. Un vivier de sens en pays Lobi Burkinabe. Collection sciences sociales et SIDA. P 87-93.
- De Bruyn M. (1992). Women and AIDS in developing countries. *Social Sciences and Medecine*.3 (34):249-262.
- Declaux A., Eboko F., Raynaut C., (1996). Les jeunes et le SIDA: un champ de recherche qui reste à développer. *Sociétés d'Afrique et SIDA*; 12:2-4.
- Deniaud F. (1991) Jeunes et préservatifs à Abidjan. Une recherche d'ethno-prévention du SIDA et des MST. Mémoire de maîtrise de sociologie. Université Paris V- René Descartes. 75pp.

- Deslauriers J-P., Kérisit M. (1997). Le devis de la recherche qualitative. In La recherche qualitative- Enjeu épistémologique et méthodologique. Ed Gaetan-Morin, Montréal. 85-111.
- Fay C., Le Palec A., Diarra T., Gerard E., Kone F., Tioulenta T., Vuarin R. (1997). Révélation du SIDA et pratiques du changement social au Mali. Collection sciences sociales et SIDA. 95-104.
- Ferrand A., Mounier L. (1993). Paroles sociales et influences normatives. Dans Spira A., Bajos N., ACSF. Les comportements sexuels en France. *La Documentation française*, p.171-179.
- Fourn L., Ducic S. (1996). Portrait épidémiologique du Syndrome de l'immunodéficience acquise et ses implications au Bénin. *Cahier santé*, 6:371-376.
- Fourn L., Fayomi B.E., Massougbodji A., Zohoun T. (1997). Comportement des étudiants et sage-femmes vis à vis de la sexualité et de la prévention des maladies sexuellement transmissibles à Cotonou. *Cahier santé*, 7 :165-168
- Frigault L.R. (1995). Rapports de pouvoir, styles de communication et stratégies de protection face au SIDA parmi les étudiants et étudiantes universitaires de Montréal. Mémoire de maîtrise, Département de sexologie, UQAM.
- Ginoux-Pouyaud C., Haxaire C. (1997). Sang fort et remèdes pour « gbasser » son gars. Représentation étiologique du SIDA et prévention chez de jeunes ivoiriens (femmes abidjanaises et ruraux Gouro) de 1990 à 1994. *Collection sciences sociales et SIDA*. ANRS-ORSTOM. 33-42.
- Green, Lawrence W., L. Richard et L. Potvin (1996). Ecological Foundations of Health Promotion. *American Journal of Health Promotion*, 10, 4, 270-281.

- utchinson M.K. (1998). Something to talk about : sexual risk communication between young women and their partners. *Journal of Obstetric Gynecologic and Neonatal Nursing* ; 2 (27) : 127-133.
- Kodjogbe N. (1996). Caractéristiques du pays et organisation de l'enquête. Dans Enquête démographique de Santé. Ministère du Plan, de la restructuration économique et de la promotion de l'emploi. Institut National de la Statistique et de l'Analyse Économique, Bénin, 1-9.
- Konde-Lule J.K., Mussagara M., Musgrave S (1993). Focus group interviews about AIDS in Rakai district of Uganda. *Social Science and Medecine*. 5 (37):679-984.
- Latoundji S., Hountondji J.G. (1996). Etude du comportement sexuel des adolescents de 15 à 19 ans face au SIDA. *SIDALERTE* 52:21-24.
- Lear D.(1995) Sexual communication the age of AIDS : The construction of risk and trust among young adults. *Social Science and Medecine*. 41 (9), 1311-1323
- Lock S. E., Ferguson S.L., Wise C. (1998). Communication of sexual risk behavior among late adolescents. *Western Journal of Nursing Research*. 20 (3):273-294.
- Hubermann A.M., Miles M.B. (1991) Analyse de cas (intra-site). Dans Analyse des données qualitatives. Ed 1991 Belgique, p141.
- Mac Grath W.J., Rwabukwali C.B., Schumann D.A., Pearson-Maiks J., Nakayiwa S., Namande B., Nakyobe L., Muasaka R. (1993). Anthropological and AIDS : the cultural context of sexual risk behavior among Baganda women in Kampala, Uganda. *Social Science and Medecine*, 4 (36):429-439.

- Metz S., Fitzpatrick M.A. (1992). Thinking about safer sex : The risky business of «Know your partner» advice. In AIDS: A communication perspective, Lawrence Erlbaum associates Hillsdale p 1-20.
- M.S.P.S.C.F. (1996) Ministère de la santé de la protection sociale et de la condition féminine. Service national d'information et de gestion des statistiques. MST-SIDA dans Statistiques Sanitaires (1995) p43.
- M.E.N.R.S. 1999. Ministère de l'Éducation Nationale et de la Recherche Scientifique. Service des statistiques et de la gestion de l'information, Bénin.
- Moore J., Harrison J.S., Kay K.L., Deren S., Doll L.S (1995). Factors associated with hispanic women's HIV-related communication and condom use with mail partners. *AIDS care* 4 (7) : 415-427.
- Niang Diallo S., (1999). Les besoins ignorés des femmes africaines dans la lutte contre le SIDA. Dans La recherche féministe dans la francophonie. Pluralité et convergences . Les Ed du Remue-ménage. Montréal, p243.
- Nishino Y., Schunck M., (1997). Single thai women's interpersonal communication and mass media reception on AIDS. *AIDS Education and Prevention* 9(2),181-200.
- Odujinrin O.M.T.(1991). Sexual activity contraceptive practice and abortion among adolescents in Lagos, Nigeria. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* (34):361-366.
- ONUSIDA 1998. Rapport sur l'épidémie du VIH/SIDA dans le monde, Genève, AID epidemic update, decembre.

- Orubuloye I.O., Caldwell J.C., Caldwell P (1993). African women's control over their sexuality in an era of AIDS. A study of the Yoruba of Nigeria. *Social Science and Medecine*. 7 (37):859-872.
- Otis J., Roy E., Burelle R., Thabet C. (1997). Le sida et ses répercussions chez les adolescents. Dans *Le Sida: Aspects psychosociaux, culturels et éthiques*. Ed du Méridien, Québec, p 195-235.
- Overby K.J., Kegeles S. M. (1994). The impact of AIDS on an urban population of High-risk female minority adolescents: Implications for intervention. *Journal of Adolescent Health*, 15 (3):216-227.
- Peto D., Remy J., Van Campenhoudt L., Hubert M. (1992). *SIDA: L'amour face à la peur*. Ed l'Harmattan, Paris.
- Le Palec A. (1997). Un virus au cœur des rapports sociaux de sexe. *Journal des Anthropologues*; (68-69):111-125.
- Sallah E.D., Grunitsky-Bekele M., Bassabi K., Dodzro K., Sadzo A., Balogou A.K., Grunitsky E.K., Gaudreau L. (1999). Comportements sexuels, connaissances et attitudes de étudiants de l'Université du Bénin (Togo) face au SIDA et aux maladies sexuellement transmissibles. *Cahiers Santé* (9):101-109.
- De Souza L., Tossou J. (1996). Les maladies sexuellement transmises et le SIDA. In *Enquête démographique de Santé*. Ministère du Plan, de la restructuration économique et de la promotion de l'emploi. Institut National de la Statistique et de l'Analyse Économique, Bénin, p159-174.
- Giarni A. (1993). Parler avec un partenaire. Dans Spira A., Bajos N., ACSF. Les comportements sexuels en France. *La Documentation française*, p.180-188.

- Taverne B. (1997). Quelle prise en charge pour les malades séropositifs ou sidéens en milieu rural au Burkina-faso?. *Cahiers santé*, 7:177-186.
- Ulin P.R.(1992). African women and AIDS : Negotiating behavioral change. *Social Science and Medecine*, 1 (34):63-73.
- Van der Maren J-M. (1996). Méthodes de recherche pour l'éducation : Éducation et formation, fondements. Les presses de l'Université de Montréal Québec, 506p.
- Van der Straten A., King R., Grinstead O., Serufilira A., Allen S. (1995). Couple communication , sexual coercion and HIV risk reduction in Kigali, Rwanda. *AIDS*, 9:935-944.
- Yesmont G. A. (1992). The relationship of assertiveness to college student's safer sex behaviors. In *Adolescence*. Ed Libra Publishers, San Diego 106 (27):253-272.

ANNEXES

Formulaire de consentement

Bonjour mon nom est Sylvie et je suis avec toi aujourd'hui dans le cadre du travail de mémoire que j'effectue pour ma maîtrise en santé communautaire. Parler du SIDA entre amis est une chose relativement facile, mais en parler avec son partenaire devient moins évident. Négocier l'utilisation du condom avant les rapports sexuels peut même être un défi. Certaines y arrivent, d'autres n'y arrivent pas et d'autres encore n'y songent pas du tout. C'est dans le but de mieux comprendre comment les jeunes filles béninoises parlent du Sida et de sa prévention avec leur partenaire que nous allons réaliser cette entrevue avec ta collaboration.

Ta participation est extrêmement importante: grâce à elle nous pourrons mettre sur pied des activités pour aider les jeunes filles à parler plus aisément du SIDA et de sa prévention. En aucun cas nous ne te poserons des questions sur le type de rapports sexuels car cela ne fait pas l'objet de la présente étude.

Sois assurée que toutes les informations reçues demeureront confidentielles. En tout temps l'anonymat des participantes sera préservée. Notre conversation va durer 45 minutes et sera enregistrée avec ta permission. Les informations recueillies sur cassette seront détruites à la fin des analyses. Tu es absolument libre de participer à cette enquête ou de l'interrompre si tu en éprouves le besoin. Après l'entrevue une petite collation te sera offerte.

Si tu acceptes de participer à cette étude, signe ton nom au bas de cette page.

Merci de ta collaboration !

Signature de la participante

_____ 1999

Sylvie Bisizi-Domingo

Étudiante à la maîtrise en santé communautaire.

Guide d'entrevue

1) Questionnaire sur les caractéristiques socio-démographiques

Ces questions nous permettront de mieux te connaître.

Quel est ton âge ?

A quel âge as tu eu tes premiers rapports sexuels ?

Est ce que tu habites: seule

en famille

avec ton partenaire

autre

A quelle ethnie appartiens-tu ?

Depuis combien de temps habite- tu à Cotonou ?

Quelle est la profession de tes parents ?

Quel est ton niveau de scolarité ?

Quel est ton revenu mensuel environ? - 1000frs à 4000frs

- 5000 frs à 9000 frs

- 10000 frs à 14000 frs

Dans quelle religion as tu été élevée ?

2) La perception du risque

Que sais- tu des maladies sexuellement transmises ?

Qu'est ce que le SIDA veut dire pour toi ?

Qu'est ce que ça signifie pour toi le risque de transmission du SIDA ?

Te sens tu concernée par le SIDA ?

Que signifie « relations sexuelles protégées » pour toi ?

A propos du SIDA, quels sont les comportements que vous adoptez ton ami et toi pour vous protéger du SIDA ?

Avec quel type de partenaires acceptes- tu d'avoir des relations sexuelles ?

Penses tu que tes anciens partenaires sortaient avec d'autres femmes pendant que durait votre relation ?

Y a t-il des circonstances spéciales pour toi où tu utilises le condom ou bien est ce que tu l'utilises systématiquement ?

3) Contexte de la relation

Comment se font les rencontres avec vos partenaires ?

Combien de partenaires as tu eu depuis un an ?

Dans quelles circonstances vous êtes vous connus et comment vos rapports ont évolué jusqu'à ce que vous deveniez partenaires?

Comment organisez vous votre vie à deux, à savoir vos loisirs et vos sorties ?

Lors de vos sorties est ce qu'il vous arrive de consommer de l'alcool ?

Combien de temps ont duré vos relations avec tes anciens partenaires ?

Lorsque tu as accepté de devenir son amie, qu'est ce que tu attendais de ton partenaire en général ?

Est ce qu'il te donne des cadeaux ?

Après combien de rencontres acceptes tu d'avoir des relations sexuelles ?

4) Normes et valeurs culturelles

Qu'est ce qui est important pour toi ou (qu'est ce que tu attends de lui) dans une relation de couple ?

Que pense les personnes dans ton entourage du SIDA et des méthodes de prévention du SIDA?

Quelle est le rôle de la femme dans la prévention du SIDA ?

5) La communication

Avant d'avoir des relations sexuelles avec eux, que voulais tu savoir d'eux ?

Lorsque vous vous retrouviez, de quoi parliez vous?

Qu'est ce que tu aurais aimé dire et que tu n'as pas dit ?

Qu'est ce que ton partenaire ne disait pas ?

Discutez vous ensemble de la prévention contre le SIDA ? Qu'est ce qui vous amenait à en discuter ? Comment en parliez vous ?

Comment ton partenaire réagit-il à une discussion sur le sexe sécuritaire ?

Comment te sens tu dans cette discussion?

As- tu déjà été agressée sexuellement par un des deux partenaires? peux tu m'en parler ? Est ce que c'est arrivé avec d'autres partenaires ?

6) La Confiance

Est ce qu'il y a des circonstances spéciales qui t'amènent à avoir des relations sexuelles non protégées avec tes partenaires actuel ou ancien ?

Que penses tu de la confiance entre partenaires ?

Qu'est ce qui t'amène à avoir confiance en ton partenaire ?

Est ce que tu es amenée à lui poser des questions malgré la confiance ?

7) Le pouvoir de négociation

La question du condom

Il arrive que les gens n'aient pas le temps de négocier le port du condom avant les relations sexuelles, comment ça se passe généralement entre tes partenaires et toi ?

A qui revient la responsabilité de l'utilisation du condom ? Peux tu m'en parler ?

Il peut arriver que tu ne parviennes pas à utiliser le condom, qu'est ce qui t'en empêche?

Comment fais-tu pour imposer le condom lorsque ton partenaire est réticent à son emploi ?

Qu'est ce que tu décides quand un partenaire refuse le port du condom ?

Qu'est ce qui t'amènerais à accepter d'avoir des relations sexuelles sans condom si tes partenaires refusent le condom ?

Matrice 1 Caractéristiques des apprenties couturières qui communiquent

Perception du risque (8/12)	Née à Cotonou (8/12)	Attente vis à vis de la relation: Mariage=5/12 Support financier=4/12 Amour=2/12 Fidélité=1/12 Enfant=3/12	Echanges avec l'entourage sur le SIDA (9/12)	Utilisation du Condom (7/12)	Confiance au partenaire (5/12)	Entrevues
Oui:	Oui	Mariage et Support financier	Non	Non	Non	no 12
Oui	Oui	Support financier	Oui	Non	Non	no 22
Oui	Non (Y habite depuis 5 ans)	Support financier	Oui	Occasionnelle	Non	no 21
Oui	Non (Y habite depuis 5 ans)	Support financier	Non	Occasionnelle	Non	no 20
Non	Oui	Amour	Oui	Occasionnelle	Oui	no 18
Oui	Oui	Mariage	Oui	Occasionnelle	Oui	no 16
Non	Non (Y habite depuis 3 ans)	Fidélité, Mariage, Enfant	Oui	Occasionnelle	Oui	no 15
Non	Oui	Mariage	Non	Occasionnelle	Oui	no 11
Oui	Non (Y habite depuis 5 ans)	Enfant	Oui	Occasionnelle	Oui	no 7
Oui	Oui	Mariage	Oui	Non	Non	no 13
Non	Oui	Enfant	Oui	Non	Non	no 8
Oui	Oui	Amour, Compréhension	Oui	Abstinence	Non	no 6

Matrice 2 Caractéristiques des apprenties couturières qui ne communiquent pas:

Perception du risque (4/8)	Née à Cotonou (3/8)	Attente vis à vis de la relation Mariage=1/8 Support financier=3/8 Enfant=2/8 Obtention du diplôme=1/8 Rien:2/8 Fidélité=1/8	Echange avec l'entourage sur le SIDA (3/8)	Utilisation. du condom (1/8)	Confiance au partenaire (6/8)	Entrevues
Oui	Oui	Rien	Non	Non	Non	no 24
Oui	Non (Y habite depuis longtemps)	Mariage	Oui	Non	Non	no 25
Oui	Oui	Support financier, Enfants.	Oui	Non	Oui	no 21
Non	Non (Y habite depuis 6 ans)	Obtention du diplôme	Non	Non	Oui	no 9
Non	Non (Y habite depuis 8 mois)	Support financier, fidélité	Non	Non	Oui	no 10
Non	Oui	Rien	Oui	Non	Oui	no 17
Oui	Non (Y habite depuis 6 ans)	Enfant	Non	Oui	Oui	no 19
Non	Non (Y habite depuis 12 ans)	Support financier	Non	Non	Oui	no 23