

# Le couple migrant confronté au VIH

Cette contribution présente les résultats d'une recherche anthropologique sur les trajectoires affectives et sexuelles de femmes et d'hommes, originaires d'Afrique subsaharienne, qui sont atteints du VIH et vivent en France\*. Les récits recueillis soulignent les difficultés de faire face au sida pour les couples de migrants.

par **Dolorès Pourette**,  
anthropologue,  
Inserm-Ined U569/  
Laboratoire  
d'anthropologie sociale

1)- Ne sont pas prises en compte dans cet article les personnes célibataires au moment du dépistage et qui n'ont pas eu de relations suivies depuis.

2)- Institut de Veille sanitaire, *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n° 46-47, 2005.

3)- Gustave-Nicolas Fischer, *Le ressort invisible. Vivre l'extrême*, Seuil, Paris, 1994.

---

\* Il s'agit d'une recherche post-doctorale réalisée grâce à un financement de Sidaction (Inserm-Ined U569). Cette recherche repose sur une enquête ethnographique menée dans des centres hospitaliers et dans des associations de la région parisienne. 30 femmes et 6 hommes ont été interviewés au cours d'entretiens semi-directifs (l'enquête auprès des hommes est en cours). Il a été décidé de ne pas interviewer les deux membres des couples, afin de ne pas influencer les discours de l'un et de l'autre, et afin de ne pas nuire à la confiance instaurée avec les personnes interviewées.

La population d'étude est caractérisée par une grande hétérogénéité, tant en ce qui concerne les parcours migratoires que les situations socio-économiques, le statut familial, et l'histoire de la maladie. Ces dimensions ont des conséquences sur les pratiques conjugales et les réaménagements matrimoniaux face au VIH<sup>(1)</sup>.

L'annonce de la maladie, qu'elle concerne un membre du couple ou les deux, nécessite des adaptations face au risque de contamination sexuelle (ce qui a des répercussions sur la sexualité du couple), une modification des éventuels choix de procréation et une gestion de l'information auprès de l'entourage. La gestion de ces adaptations et modifications relève de processus de négociation au sein du couple (et éventuellement avec l'entourage familial et médical), processus qui se déclinent différemment selon l'histoire du couple, sa capacité à dialoguer sur la sexualité notamment, le fait qu'il soit séroconcordant ou sérodifférent, le nombre d'enfants, mais aussi selon la situation migratoire, l'insertion dans des réseaux de sociabilité, la situation socio-économique...

En France, l'épidémie de sida est caractérisée par une augmentation du nombre de personnes étrangères parmi les patients dépistés. Les personnes d'Afrique subsaharienne sont particulièrement touchées puisqu'en 2003-2004 une découverte de séropositivité sur trois concerne des personnes originaires de cette région (une sur deux en Île-de-France). Les femmes représentent les deux tiers des diagnostics effectués parmi les migrants d'Afrique subsaharienne en 2004<sup>(2)</sup>.

L'annonce d'une séropositivité est une "situation extrême"<sup>(3)</sup>, un événement qui induit une rupture avec une situation précédente et qui entraîne des réaménagements personnels et conjugaux. S'il s'agit d'un événement douloureux pour tout individu, quel que soit son groupe social d'appartenance, lui faire face pose des difficultés particulières aux couples migrants originaires d'Afrique subsaharienne, ceci pour plusieurs raisons.

## Contrôle social et parentalité

Bien que les sociétés africaines soient diversifiées, elles se caractérisent généralement par une contrainte sociale à la maternité et à la paternité particulièrement marquée. La valorisation de la maternité et de la paternité exerce une influence sur la vie reproductive des femmes et des hommes<sup>(4)</sup>. En situation migratoire, les personnes se trouvent en situation de “double référence culturelle”<sup>(5)</sup> et sont soumises à la fois aux normes de leur société de socialisation et à celles de la société d'accueil. S'agissant de la parentalité, des rapports entre les hommes et les femmes et de la sexualité, les normes du pays d'origine sont particulièrement éloignées de celles de la société d'immigration. La gestion de ces normes contradictoires dépend d'un certain nombre de facteurs, parmi lesquels le nombre d'années passées en France, le statut socio-économique, les réseaux de sociabilité et l'entourage familial. Le contrôle familial qui s'exerce sur les unions et les pratiques reproductives est plus ou moins marqué dans la migration mais il peut s'avérer particulièrement prégnant.

L'annonce d'une contamination par le VIH vient remettre en question l'injonction sociale à la procréation. La perspective de mettre au monde un enfant infecté ou de ne pas vivre assez longtemps pour le voir grandir et prendre soin de lui conduit à une reconsidération des projets d'enfants. Cependant, commencer une nouvelle grossesse ou mettre en œuvre un projet d'enfant peut aussi être vécu comme un moyen de réduire le risque d'être rejeté par le conjoint et la famille<sup>(6)</sup>. Ainsi, les choix en matière de procréation sont dictés par le souci de protection de la santé (celle de l'enfant comme celle des parents), tout autant que par celui de se préserver d'autres risques sociaux : rupture de la relation, absence de maternité ou de paternité, déshonneur, rejet. Décider d'avoir ou non un enfant suppose une évaluation de ces différents risques et s'accompagne d'un processus de hiérarchisation et de négociation avec le partenaire et éventuellement avec l'entourage familial et médical<sup>(7)</sup>.

## Une maladie stigmatisée

Le sida est particulièrement stigmatisé en milieu africain et associé à des personnes “de mauvaise vie” (des femmes aux partenaires multiples, des prostituées, des “vagabonds”). D'une part, découvrir que l'on est porteur d'une maladie associée à une pratique proscrite mettant en jeu la sexualité peut entraîner une remise en question de soi, de son passé et de ses relations (antérieures ou actuelles). D'autre part, l'annonce d'une séropositivité dans le couple (qu'elle concerne l'homme, la femme ou les deux conjoints) introduit un sentiment de suspicion et de doute face aux comportements de l'autre. Lorsque le couple est

4)- Odile Journet, “La quête de l'enfant”, *Journal de la Société des Africanistes*, LI (1/2), 1983, pp. 97-117 ; Annabel Desgrées du Loû, “Santé de la reproduction et sida en Afrique subsaharienne. Enjeux et défis”, *Population*, n° 4, 1998, pp. 701-730.

5)- Rim Turki, Michèle Ferrand, Nathalie Bajos, “Femmes migrantes ou issues de l'immigration maghrébine : un rapport spécifique à la contraception ?”, in N. Bajos, M. Ferrand et l'équipe GINE, *De la contraception à l'avortement. Sociologie des grossesses non prévues*, Inserm, Paris, 2002, pp. 303-336.

6)- Annabel Desgrées du Loû, “Procréation et allaitement : quels choix pour une femme séropositive à Abidjan ?”, in A. Desclaux et B. Taverne, *Allaitement et VIH en Afrique de l'Ouest. De l'anthropologie à la santé publique*, Karthala, Paris, 2000, pp. 385-407.

7)- Laurent Vidal, *Ritualités, santé et sida en Afrique. Pour une anthropologie du singulier*, IRD-Karthala, Paris, 2004.

8)- András Zempléni, "Savoir taire. Du secret et de l'intrusion dans la vie des autres", *Gradhiva*, n° 20, 1996, pp. 23-43.

9)- Nadia Valin *et alii.*, "Parcours sociomédical des personnes originaires d'Afrique subsaharienne atteintes par le VIH, prises en charge dans les hôpitaux d'Ile-de-France, 2002", INVS, 2004.

10)- Le médecin qui suit le couple, le cas échéant, est souvent son seul interlocuteur. Il prend par conséquent une place considérable dans la compréhension de la maladie et des traitements, les projets d'enfants, et même dans la réorganisation de la sexualité.

11)- Annabel Desgrées du Lou, "Le couple face au VIH/sida en Afrique subsaharienne : information du partenaire, sexualité, procréation", *Population*, n° 3, 2005, pp. 221-242.

12)- Les examens médicaux.

confronté à l'annonce d'une maladie discriminée, associée à la faute et mettant en cause la sexualité, des suspicions réciproques d'infidélité peuvent ternir ou remettre en question la relation conjugale.

Du fait du caractère déprécié des personnes infectées par le VIH, l'information concernant une séropositivité prend le statut de "secret", au sens où son contenu doit être tenu à l'écart de certains destinataires<sup>(8)</sup>. Taire sa contamination revient alors à se protéger d'éventuelles sanctions sociales discriminantes. La crainte de la réaction du conjoint peut mener une personne dépistée à ne pas l'informer de sa contamination. Dans ce cas, la mise en œuvre d'un comportement préventif visant notamment à éviter la transmission du virus au partenaire non informé est particulièrement délicate. La stigmatisation de la maladie en milieu africain peut également conduire des personnes diagnostiquées à ne pas informer leurs proches et leur entourage familial. Cela revient à devoir gérer seul – ou à deux lorsque le secret est partagé avec le conjoint – les difficultés liées à l'annonce d'une infection par le VIH.

Le fait d'être migrant et de connaître des conditions d'existence précaires a un impact sur la manière dont le couple peut gérer ces difficultés. En effet, la précarité et l'exclusion sociales et administratives que rencontrent de nombreux migrants<sup>(9)</sup> constituent des obstacles à la recherche d'un soutien et d'informations relatives à la maladie. Outre qu'ils n'ont pas accès aux ressources nécessaires pour accepter et mieux vivre la maladie, cela contribue à renforcer l'isolement du couple, qui doit faire face seul à la gestion de la maladie, aux interrogations qu'elle suscite et aux réaménagements qu'elle induit. Cette gestion à deux – à laquelle le médecin est souvent associé de fait<sup>(10)</sup> – peut être source de conflits. Maladie peu et mal connue par la population concernée, la compréhension et l'acceptation du sida sont rendues difficiles par la situation de migration.

### *Lorsque l'équilibre du couple ne se trouve pas modifié*

Quand le couple est constitué de longue date, la gestion d'une nouvelle situation induite par l'annonce de la séropositivité peut se révéler particulièrement difficile. L'introduction d'une nouvelle pratique sexuelle (l'utilisation du préservatif) dans un couple ancien peut être délicate, surtout si les partenaires n'ont jamais utilisé de préservatif et d'autant plus que le préservatif est souvent associé à l'idée de rapports occasionnels et de plaisir amoindri<sup>(11)</sup>. Plutôt que d'avoir à gérer une situation nouvelle qui bouleverse une relation établie, certains couples ne s'approprient pas la prise en charge de la maladie et en laissent le soin aux médecins. C'est le cas de Ténemba et de son époux.

*"Comme je suis croyante, j'ai oublié. Des fois, je crois que je n'ai pas cette maladie. Mais le médecin sait. C'est le médecin qui sait que j'ai cette maladie. Mais je fais les contrôles<sup>(12)</sup>."* (Ténemba, Malienne, 46 ans)

Ténemba était enceinte de son neuvième enfant lorsqu'on lui a annoncé sa séropositivité, en 1994. Elle était mariée et résidait en France depuis plus de 15 ans. Son mari, malien également, savait déjà qu'il avait "*cette maladie*" quand elle a été diagnostiquée, mais il ne l'en avait pas informée. Ténemba affirme ne pas savoir comment elle a été contaminée et suppose que sa contamination a eu lieu au cours de soins médicaux reçus dans sa jeunesse. Par ailleurs, elle affirme que l'annonce de sa séropositivité et de celle de son époux n'a "*rien changé*" entre eux : "*Dans l'islam, quand on est marié, on doit rester avec le mari.*"

Ténemba et son conjoint ont un statut socio-économique peu élevé (lui est agent d'entretien, elle est femme de ménage depuis quelques années – auparavant, elle s'occupait de ses neuf enfants). Bien qu'ils résident en France depuis vingt-sept ans, leur réseau social est peu étendu et centré sur leur vie familiale. Ainsi, Ténemba ne parle pas bien le français et est relativement isolée. Par ailleurs, les normes sociales, familiales et religieuses du pays d'origine restent prégnantes dans la migration et exercent un contrôle de leur union, puisqu'il est inimaginable pour Ténemba de se séparer de son époux.

Le VIH n'a pas remis en cause la relation de couple que Ténemba partage avec son conjoint, ni l'identité parentale de chacun : ils ont eu neuf enfants ensemble (tous négatifs), leurs rôles sociaux de mère et de père ne sont donc pas remis en question, dans un milieu social où la maternité et la paternité constituent une dimension essentielle de l'identité.

En faisant du VIH une affaire des médecins ("*c'est le médecin qui sait que j'ai cette maladie*"), le couple se dispense de la prise en charge des difficultés liées à la maladie et se préserve ainsi d'une remise en question qui bouleverserait une situation équilibrée, un ordre établi. Ainsi, l'annonce de la séropositivité n'a entraîné aucune modification de leur vie sexuelle, elle n'a pas entaché la relation conjugale, elle n'a provoqué aucun dialogue sur la sexualité du couple ni sur la contami-

nation de l'un et de l'autre. Si Ténemba a subi une ligature des trompes à la suite du diagnostic, ce n'est pas lié, dans son discours, à la présence du virus, mais c'est parce qu'après neuf grossesses elle avait décidé de ne plus avoir d'enfant. Par ailleurs, Ténemba affirme ne pas se sentir malade. L'existence du virus ne se manifeste qu'au moment des examens médicaux auxquels elle se soumet scrupuleusement. En préservant leur relation conjugale et en faisant de la maladie une affaire des médecins, Ténemba et son conjoint se protègent en outre d'éventuelles sanctions sociales qui leur seraient infligées s'ils se séparaient ou si leur maladie était révélée. Il s'agit là d'un arrangement implicite issu d'un processus de négociation tacite entre les deux conjoints.

La situation est tout autre lorsque le diagnostic entre en tension avec les enjeux de procréation du couple.

### *Lorsque le VIH entre en tension avec les enjeux de parentalité*

Cette situation est illustrée par des personnes plus jeunes, en union depuis une durée moins longue (quelques années) et qui n'ont pas ou ont "peu" d'enfants (un ou deux). Le couple est alors encore en construction et chacun doit montrer sa capacité à assumer le rôle social qui lui est assigné, notamment auprès de la famille. Les difficultés rencontrées par ces couples à l'annonce de la maladie révèlent les tensions entre les injonctions normatives et familiales en matière de reproduction et les risques sociaux et médicaux induits par le VIH. Elles révèlent également les rapports de pouvoir et les difficultés de négociation entre les conjoints en ce qui concerne la sexualité et la procréation.

Si plusieurs femmes ont pensé quitter leur époux lorsqu'elles ont appris leur séropositivité – plusieurs se sont senties trahies d'avoir été contaminées par un homme qui se savait séropositif –, cette solution leur est vite apparue inenvisageable.

En premier lieu, les conditions matérielles d'existence, l'absence d'emploi ou le fait d'avoir un emploi précaire constituent un obstacle à la rupture. En second lieu, la fragilité physique et morale occasionnée par l'annonce d'une maladie grave et stigmatisée apparaît comme un frein à la mise en œuvre d'un tel projet. Par ailleurs, une femme qui quitte son mari est souvent déconsidérée par l'entourage familial et social. Ainsi, Tissina (35 ans, Congolaise) doit rester avec son mari *"pour la famille et pour les enfants"*. Mariée en 1997, dépistée en 1999 au moment de sa deuxième grossesse, elle doit également donner naissance à un troisième enfant, car elle est *"restée quatre ans sans faire d'enfants"* et que *"tout autour, la famille, la mère parlent : normalement c'est trois minimum"*. Si, dans le cas de Tissina, c'est sa famille et celle de son mari qui la poussent à envisager une troisième grossesse, pour d'autres femmes, c'est l'époux qui exerce une pression à la pro-

création. Par exemple, Sonia (30 ans, d'origine sénégalaise) est mariée depuis deux ans lorsqu'elle apprend, à la suite d'une forte fièvre, qu'elle est séropositive – elle a alors 24 ans. Elle tente d'établir un dialogue avec son époux qui dénie sa maladie en affirmant que *“c'est des trucs inventés par les Blancs, qui n'existent pas”*. Sonia, dépistée en 1999, n'est jamais parvenue à instaurer un dialogue avec son mari sur sa maladie, sur leur vie sexuelle et reproductive, sur le fait qu'il peut aussi être contaminé. Elle n'est pas parvenue à savoir s'il s'était fait dépister, mais elle le soupçonne d'être également séropositif bien qu'il refuse de le reconnaître. En outre, si le mari de Sonia a toujours été violent avec elle, il l'est davantage encore depuis qu'elle a été dépistée. Non seulement il la frappe, mais il l'oblige à avoir des rapports sexuels avec lui, sans préservatif, afin d'avoir une descendance notamment. En effet, il a menacé Sonia de prendre une seconde épouse si elle ne mettait pas au monde un enfant. Sonia s'est donc sentie *“obligée”* d'avoir un enfant alors qu'elle craignait de donner naissance à un enfant infecté. Si elle avait refusé cette grossesse, elle se serait sentie responsable de la contamination éventuelle d'une autre femme.

### *Des injonctions sociales fortes*

L'expérience de Sonia met en évidence une dimension soulignée par d'autres femmes interviewées et qui constitue également un obstacle au fait de quitter un conjoint. Ces femmes se sentent responsables du risque qu'elles feraient encourir à d'autres femmes si leurs époux avaient des relations avec elles. Non seulement des femmes refusent de quitter leur conjoint de crainte qu'il ne prenne une autre épouse et qu'il ne la contamine, mais en plus elles se sentent obligées de se soumettre à des rapports sexuels, même si elles n'en ont pas envie, ceci afin d'éviter que leur conjoint ait des relations sexuelles avec d'autres femmes. Ainsi, Tissina affirme devoir *“serrer”* son époux et surveiller ses sorties, de peur qu'il transmette le virus à d'autres personnes. Elle redoute que celles-ci soient malades, et surtout qu'elles informent leur médecin de l'identité de son mari, rendant publique la maladie du couple. On voit ici comment la surveillance sociale et le stigmatisme attaché au sida déterminent les rapports de couple et la sexualité dans le contexte du VIH.

Les tensions provoquées par l'annonce du VIH révèlent combien les normes liées à la procréation demeurent prégnantes en milieu africain, y compris dans l'espace migratoire. Face à un événement qui remet en question le respect de ces normes, les injonctions sociales semblent réaffirmées. Par ailleurs, l'apparition du sida dans une vie de couple met en jeu des rapports de pouvoir dans la négociation de la sexualité et de la reproduction. Les difficultés de négociation rencontrées par les femmes soulignent que le VIH tend à renforcer l'inégalité des rapports entre les sexes. Parmi les femmes rencontrées – et dont le

13)- L'attitude du conjoint de Barbara n'est pas exceptionnelle et montre que le fait d'informer son partenaire de sa séropositivité n'est pas garant d'une adaptation des pratiques sexuelles, comme l'a montré Annick Tijou Traoré, s'agissant de couples sérodifférents en Côte d'Ivoire : Annick Tijou Traoré, "Dialogue, gestion des risques de transmission du VIH et choix reproductifs au sein de couples sérodifférents résidant à Abidjan (Côte d'Ivoire)", *Les Actes du Ceped*, 2006.

conjoint est également infecté ou non –, plusieurs rencontrent des difficultés pour négocier le moment du rapport sexuel et l'utilisation du préservatif. Par exemple, Barbara (37 ans, Congolaise) a vécu pendant dix ans avec son époux, médecin et séronégatif. Pendant ces années, le mari de Barbara a refusé de porter des préservatifs et de se protéger d'une infection éventuelle, lui imposant une sexualité angoissante, culpabilisante et empreinte de la crainte de le contaminer<sup>(13)</sup>. En outre, si elle affirme que l'aide et le soutien de son mari ont été précieux au début de leur vie commune pour qu'elle s'accepte en tant que femme séropositive, elle a souffert pendant ces dix années du peu de libertés qu'il lui laissait : il refusait qu'elle travaille, la surveillait et l'accompagnait dans tous ses déplacements (même à l'hôpital). Ce type de comportement de contrôle, pouvant aller jusqu'à des violences conjugales, ne constitue pas un fait isolé puisque plusieurs femmes interviewées en témoignent. D'après les discours, l'annonce de leur séropositivité a contribué à déclencher ou à renforcer ces comportements.

Si, dans certains couples, l'annonce du VIH tend à renforcer des rapports inégalitaires, d'autres couples constituent des espaces de négociation possible. Il s'agit généralement de couples – séroconcordants ou discordants – récemment constitués, où l'annonce de la séropositivité a été faite avant la formation du couple. Cependant, les difficultés liées à la gestion d'une nouvelle situation augurée par le VIH conduisent nombre de couples à la rupture.

### *“Ensemble mais séparés”*

Le VIH est souvent à l'origine d'une modification des trajectoires migratoires ou d'un projet de migration. La perception négative du sida et les difficultés d'accès aux traitements dans les pays africains poussent certains à s'installer en Europe, où la stigmatisation des personnes atteintes est moindre et où l'accès aux soins est plus aisé. Le choix de quitter son pays, sa famille et son entourage est une décision douloureuse à prendre, mais elle s'impose souvent de fait lorsque la vie – biologique et sociale – de l'individu est en jeu. Pour les personnes en couple, la décision de partir ne concerne pas nécessairement les deux membres du couple. Ainsi, parmi les personnes interviewées, plusieurs ont quitté, seules, leur famille et leur pays, y laissant conjoint et enfants. Cette situation est notamment illustrée par Maurice (32 ans, Camerounais). Celui-ci a appris sa séropositivité à l'occasion d'un séjour temporaire en France. Devant la difficulté d'annoncer cette nouvelle à son épouse, restée au pays, et craignant de lui transmettre le virus – il ne sait pas comment justifier l'utilisation du préservatif – il a préféré prolonger son séjour et s'installer durablement en France, en prétendant auprès de sa femme et de sa famille avoir trouvé un emploi bien rémunéré.

Dans d'autres cas, le conjoint est informé de la séropositivité de son époux ou épouse – il est parfois lui-même infecté – mais il refuse de quitter son pays d'origine. C'est notamment le cas du mari de Coumba (35 ans, Malienne). Il préfère rester en Afrique, où il a une très bonne situation professionnelle, et est suivi en France pour sa séropositivité. Quant à Coumba, elle a choisi de vivre en France (ses enfants sont auprès de ses parents, au Mali) pour bénéficier des soins médicaux, mais surtout pour s'éloigner d'un mariage polygame qui ne lui convient pas et d'une pression familiale qu'elle supporte difficilement. Officiellement, Coumba et son époux sont toujours mariés, même s'ils sont séparés de fait. Ils se retrouvent lors des séjours de l'époux en France. La situation de Coumba illustre les difficultés que rencontrent certains couples pour se séparer, difficultés liées au statut socio-économique et aux normes familiales. La migration d'un des membres du couple peut rendre effective une séparation voulue mais qui n'est pas réalisable officiellement. Elle peut également constituer le moyen de pallier les difficultés liées à la gestion de la sexualité et de la relation conjugale dans un nouveau contexte inauguré par l'annonce de la séropositivité.

Le VIH est souvent à l'origine d'une modification des trajectoires migratoires ou d'un projet de migration. Les difficultés d'accès aux traitements dans les pays africains poussent certains à s'installer en Europe.

### *Des recompositions conjugales à l'aune du sida*

Les récits de vie soulignent que pour la majorité des personnes en couple au moment du dépistage, l'annonce de la maladie de l'un ou l'autre conjoint (ou des deux) conduit à la séparation de fait. L'annonce de la maladie étant associée à l'idée d'une mort proche, les mois (voire les années) qui suivent cet événement sont souvent caractérisés par un abandon des projets de vie. Dans un premier temps, les personnes seules, à la suite d'une rupture ou non, n'envisagent pas de renouer des relations de couple. La difficulté à dire à un nouveau partenaire que l'on est infecté par le VIH, la crainte du rejet et la peur de contaminer l'autre mènent à l'abstinence, affective et sexuelle. Certaines personnes décident ainsi de rester seules, de manière définitive. C'est essentiellement le cas de celles qui ont déjà été mariées et qui ont des enfants en âge d'être eux-mêmes parents. Ces personnes choisissent la solitude plutôt que d'avoir à partager le secret d'une maladie stigmatisée et de prendre le risque d'être repoussées. Pour d'autres, la prise de conscience que l'on peut vivre des années durant avec le VIH mène à l'élaboration de nouveaux projets et à envisager de nouvelles relations affectives et des projets d'enfants. Il apparaît alors que la difficulté à dire sa séropositivité, la peur du rejet, ainsi que la



situation migratoire, administrative et socio-économique président à l'orientation des choix conjugaux. La difficulté à dévoiler son statut sérologique incite certaines personnes à orienter leurs choix matrimoniaux vers des partenaires qu'elles estiment susceptibles de les accepter en tant que personnes séropositives et d'envisager avec elles une relation et une vie de famille à long terme. Ainsi, une partie des femmes enquêtées ont noué des relations (ou envisagent de le faire) avec des hommes également concernés par la maladie. Le partage d'une expérience douloureuse et stigmatisante est alors présenté comme un rempart contre le rejet et comme le moyen de se sentir soutenu dans la lutte contre la maladie. Initier une relation avec un partenaire séropositif revient en outre à ne pas risquer de lui transmettre le virus. Cela constitue un élément important pour les femmes qui ne parviennent pas à négocier l'utilisation du préservatif par exemple.

D'autres personnes – et c'est le cas pour un nombre important de femmes rencontrées – choisissent pour partenaires des personnes socialisées en France. Ces partenaires, qu'ils soient français ou d'origine africaine, sont perçus par les femmes comme étant plus susceptibles de les accepter en tant que femmes séropositives. Elles supposent également qu'il leur sera plus facile de parler de la sexualité et du sida avec eux et de négocier l'utilisation du préservatif qu'avec des hommes socialisés en Afrique. La volonté (ou la nécessité) d'avoir des enfants soutient également ces choix matrimoniaux. Avoir un enfant avec un partenaire français, et de statut VIH négatif, a une dimension sécurisante, tant pour la santé de l'enfant (on craint davantage une transmission materno-fœtale lorsque les deux parents sont infectés) que pour son avenir : si sa mère décède ou n'est pas en mesure de s'en occuper à cause de la maladie, le père sera en mesure de le faire. Le fait qu'il soit français peut apparaître comme une garantie supplémentaire pour l'avenir de l'enfant et son insertion sociale. Envisager une union avec un partenaire français peut également être perçu comme un élément de stabilité économique et administrative.

### *Des rapports de pouvoir très défavorables aux femmes dans le couple*

Si les stratégies matrimoniales mises en œuvre par certaines des femmes interviewées leur permettent de reconstruire des projets de vie valorisants, dont des projets d'enfants, elles soulignent également combien l'injonction sociale à la maternité oriente leurs choix conjugaux et leurs itinéraires biographiques. Par ailleurs, les situations rencontrées par les femmes qui ont initié des relations avec des hommes français et séronégatifs mettent en évidence la vulnérabilité des femmes migrantes, pour lesquelles le mariage ou le fait d'avoir un enfant reconnu de père français constitue souvent le seul moyen de

régularisation<sup>(14)</sup>. Du fait du cadre juridique français, des femmes sont amenées à s'impliquer dans des relations souvent très inégalitaires, tant du point de vue de la santé que de celui du statut social et de l'appartenance ethnique. Ces inégalités se traduisent par des rapports de pouvoir très défavorables aux femmes. Ainsi, parmi les femmes enquêtées, plusieurs subissent – ou ont subi – des comportements de contrôle de la part de leur conjoint français (dans leur vie quotidienne, professionnelle, sexuelle), voire des violences. Par ailleurs, les discours féminins soulignent à quel point elles se sentent redevables de leur époux de les avoir acceptées en tant que femmes séropositives et elles sont prêtes à admettre des comportements dévalorisants et blessants, de crainte qu'ils ne les quittent. Le chantage est ainsi une pratique courante, reflétant ces rapports de pouvoir : l'homme menace de révéler la maladie de son épouse si elle se montre récalcitrante ou si elle tente de le quitter.

*“Il me tapait ! Il était très violent. Très très violent... Mais je gardais le secret parce que lui-même a gardé le secret de mon état de santé pendant trois ans. Il m'avait présentée à toute sa famille. J'avais été accueillie... Toute sa famille m'aimait. Il me disait que si je le disais, lui aussi il dirait à sa famille mon état de santé...”*  
(Nayah, Camerounaise, 45 ans)

De telles menaces ont été mises à exécution par plusieurs époux quittés, renforçant la vulnérabilité et l'isolement des personnes ainsi trahies.

L'annonce d'une contamination par le VIH constitue une épreuve, tant pour l'individu concerné que pour le couple et la relation à deux. Qu'elles optent pour le célibat ou pour des relations de passage, au cours desquelles l'utilisation du préservatif est de mise et où il n'y a pas d'enjeu de procréation, ou qu'elles endurent des relations dévalorisantes et insatisfaisantes en échange d'un statut (d'épouse, de mère, de personne digne d'être en couple), d'une sécurité administrative et financière, et de l'assurance de ne pas se retrouver seules face à la maladie, bien des personnes confrontées au sida affirment ne plus avoir *“le choix d'aimer”*. ◀

14)- Françoise Guillemaut (dir.), *Femmes et migrations en Europe. Stratégies et empowerment*, Le Dragon Lune Éditions/Cabiria, Lyon, 2004.



► Dossier Santé, le traitement de la différence, n° 1225, mai-juin 2000

Dolorès Pourette, “Pourquoi les migrants guadeloupéens veulent-ils être inhumés dans leur île ?”

► Dossier Diasporas caribéennes, n° 1225, n° 1237, mai-juin 2002