

Comportements sexuels et usage du préservatif chez les personnes vivant avec le VIH/sida au Gabon

Wenceslas Yaba, Philippe Msellati, Jean-Philippe Chippaux

DANS **SANTÉ PUBLIQUE** 2013/6 Vol. 25 , PAGES 839 À 847

ÉDITIONS **S.F.S.P.**

ISSN 0995-3914

DOI 10.3917/spub.136.0839

Date de mise en ligne : 22/01/2014

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://stm.cairn.info/revue-sante-publique-2013-6-page-839?lang=fr>



Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...
Scannez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



Distribution électronique Cairn.info pour S.F.S.P..

Vous avez l'autorisation de reproduire cet article dans les limites des conditions d'utilisation de Cairn.info ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Détails et conditions sur cairn.info/copyright.

Sauf dispositions légales contraires, les usages numériques à des fins pédagogiques des présentes ressources sont soumises à l'autorisation de l'Éditeur ou, le cas échéant, de l'organisme de gestion collective habilité à cet effet. Il en est ainsi notamment en France avec le CFC qui est l'organisme agréé en la matière.

Comportements sexuels et usage du préservatif chez les personnes vivant avec le VIH/sida au Gabon

Sexual behaviour and condom use by people living with HIV/AIDS in Gabon

Wenceslas Yaba^{1,2}, Philippe Msellati³, Jean-Philippe Chippaux⁴

➔ Résumé

Introduction : le taux de prévalence du VIH/Sida au Gabon en 2011 est de 5 % chez les 15 à 49 ans. L'objectif de cette étude est de décrire la sexualité et l'usage du préservatif chez les personnes vivant avec le VIH (PVVIH) en comparant ceux vivant à la capitale d'avec ceux résidant dans deux provinces du Gabon : l'Ogooué maritime (Port-Gentil) et le moyen Ogooué (Lambaréné).

Méthodes : l'enquête, transversale et descriptive, a été menée sur 5 mois en cumulé entre mai 2009 et septembre 2010, chez des PVVIH âgées de plus de 18 ans, fréquentant des centres de Prise en Charge du Gabon et étant sous traitement ARV depuis au moins six mois. Nous avons procédé par la méthode d'échantillonnage aléatoire simple. Cette enquête s'est déroulée dans sept centres différents pour les PVVIH.

Résultats : l'enquête a été réalisée auprès 422 PVVIH sous ARV depuis au moins six mois, dont 284 (67,3 %) à Libreville et 138 (32,7 %) dans les provinces. Le sexe ratio était de 0,71 en faveur des femmes. Dans notre échantillon, 68 % des PVVIH ont eu au moins un rapport sexuel au cours des 6 derniers mois. Par ailleurs 49,5 % des PVVIH déclarent toujours utiliser le préservatif avec leur partenaire principal ($p = 0,0096$) et 52,4 % déclarent toujours l'utiliser avec d'autres partenaires ($p < 0,0001$). En outre, 50,1 % des PVVIH affirment avoir eu leur dernier rapport sexuel lors des 6 derniers mois avec leur partenaire principal ($p < 0,0001$).

Conclusion : nous constatons que les patients sous ARV utilisent majoritairement le préservatif tant avec leur partenaire principal qu'avec des partenaires occasionnels. La prise en charge et l'usage du préservatif se font mieux dans la capitale.

Mots-clés : Préservatifs ; VIH/sida ; Épidémiologie ; Accès aux soins ; Santé publique ; Comportements sexuels.

➔ Summary

Introduction: The HIV/AIDS prevalence rate in Gabon in 2011 was 5% among subjects aged 15 to 49 years. The objective of this study was to describe sexuality and condom use among people living with HIV/AIDS (PLWH) by comparing those living in the capital with those living in two provinces of Gabon: Ogoewe-Maritime (Port-Gentil) and Ogoewe-Moyen (Lambaréné).

Methods: A 5-month, cumulative, cross-sectional descriptive survey was conducted between May 2009 and September 2010 among PLWH over the age of 18 years, attending Gabon treatment centres and treated with ARVs for at least six months. A simple random sampling method was used to construct this sample. This survey was conducted in seven different centres for PLWH.

Results: The survey was conducted among 422 PLWH treated with ARV for at least six months: 284 (67.3%) subjects in Libreville and 138 (32.7%) in the provinces. The F/M sex ratio was 0.71. In this sample, 68% of PLWH reported sexual intercourse at least once during the previous 6 months. 49.5% of PLWH declared that they always used a condom with their main partner ($p = 0.0096$) and 52.4% declared that they always used a condom with other partners ($p < 0.0001$). 50.1% of PLWH also reported that their last sexual intercourse during the previous 6 months was with their main partner ($p < 0.0001$).

Conclusion: The majority of patients on ARV therapy use condoms with their main partner and with occasional partners. Management and condom use are more effective in Libreville.

Keywords: Condoms; HIV/AIDS; Epidemiology; Access to care; Public health; Sexual behaviour.

¹ ED 393 – Université Pierre et Marie Curie Paris VI – 15, rue de l'École de médecine – 75006 Paris.

² UMR 216 – IRD « Mère et enfant face aux infections tropicales » – 4, avenue de l'Observatoire – 75006 Paris.

³ UMI 233 IRD – UCAD – Université de Montpellier 1 – Université de Yaoundé 1.

⁴ UMR 216 « Mère et enfant face aux infections tropicales » – Cotonou – Bénin et Université Paris Descartes – Sorbonne Paris Cité – Faculté de Pharmacie – France.

Introduction

Le taux de prévalence du VIH/Sida au Gabon en 2007 était de 8,1 %¹. Cela a permis l'ouverture de plusieurs centres de traitement ambulatoire pour la prise en charge des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) notamment en provinces. Entre 2010 et 2012, le nombre de personnes bénéficiant des traitements ARV (antirétroviraux) a augmenté de 60 % et, sur la même période, le taux de nouvelles infections a chuté de 50 % dans 13 pays subsahariens [1]. Le dépistage à l'initiative du soignant en milieu de soins [2] est recommandé par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), afin d'optimiser l'accès à la prise en charge précoce des PVVIH et le recours aux antirétroviraux quand ils le nécessitent.

Le sida reste l'une des principales causes de morbidité et de mortalité au Gabon [3]. En juin 2011, le Gabon a décidé de la gratuité des soins pour les personnes vivant avec le VIH, mais l'application de la décision n'est pas encore effective. Le test de dépistage et les préservatifs sont encore payants pour les PVVIH. On note ces dernières années une augmentation de la demande en dépistage du VIH qui est passée de 14 935 tests en 2004 à 24 229 tests en 2009 dans les centres de dépistage volontaire et anonyme du VIH, mais cela ne représente qu'un peu plus de 3 % de la population adulte.

Le taux de prévalence du VIH/Sida au Gabon en 2011 est de 5 % chez les 15 à 49 ans [1]. En 2010, seulement 34 % des 15 à 49 ans déclaraient avoir utilisé un préservatif au cours de leur dernier rapport sexuel². En 2012, 21,68 % des PVVIH étaient sous ARV, parmi 46 000 [34 000-67 000], ce qui représente 9 976 personnes sous traitement.

En 2011, un programme de marketing social du préservatif donnant accès aux préservatifs à bas coût a été mis en place au Gabon. Entre janvier et décembre 2011, ce sont plus de 2 300 000 préservatifs [4] qui ont été mis en vente dans le cadre de ce dispositif. Les préservatifs étaient stockés à l'Office Pharmaceutique National qui est la centrale d'achat et qui en assure la distribution. Le prix de vente du préservatif était de 25 FCFA, ce qui est bien inférieur aux prix pratiqués dans les officines privées (1 500 FCFA une boîte de 3 préservatifs). Néanmoins, la capacité à acheter les préservatifs pourrait demeurer un frein à son utilisation systématique.

Le taux de prévalence élevé au Gabon en 2007 a confirmé la situation d'épidémie généralisée dans laquelle se trouvait

ce pays peu peuplé. C'est dans ce contexte épidémique, marqué par des difficultés d'accès aux soins et aux dispositifs de prévention par les populations que l'étude « organisation des soins et prise en charge des personnes vivant avec le VIH au Gabon » a été menée en 2009 et 2010.

L'objectif de cette étude est de décrire la sexualité et l'usage du préservatif chez les PVVIH en comparant ceux vivant à la capitale d'avec ceux résidant dans deux provinces du Gabon : l'Ogooué maritime (Port-Gentil) et le moyen Ogooué (Lambaréné).

Méthodes

L'étude a été autorisée par le secrétariat général du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique du Gabon en septembre 2008³. Il s'agit d'une enquête transversale, descriptive menée sur 5 mois entre mai 2009 et septembre 2010 chez des personnes vivant avec le VIH âgées de plus de 18 ans, fréquentant des Centres de prise en charge du Gabon et étant sous traitement ARV depuis au moins 6 mois, qui ont toutes donné leur consentement. Pour assurer une équitable représentation des centres au niveau national, nous avons numéroté de 1 à 16 les structures de prise en charge des PVVIH au Gabon puis nous avons tiré les numéros au hasard (avec une table des nombres aléatoires). L'enquête s'est déroulée dans sept centres prenant en charge les PVVIH. Trois populations cibles ont été enquêtées : les PVVIH, les Médecins, et les soignants (infirmières, aides-soignantes, techniciens de laboratoires) à l'aide de questionnaires (à questions fermées) et d'entretiens semi-directifs. Nous ne présenterons ici que les résultats des personnes vivant avec le VIH. En ce qui concerne la sélection des candidats aux questionnaires, il s'agit des PVVIH présentes dans les centres soit pour la visite médicale de suivi, le bilan biologique trimestriel, ou un état clinique alarmant. Ils étaient sélectionnés par le biais de leurs carnets de santé et de leur numéro de patient qui indiquaient qu'ils étaient ou non sous traitement ARV depuis au moins 6 mois. Enfin, en ce qui concerne la sélection des candidats aux entretiens, elle a concerné les PVVIH, qui avaient donné leur accord de participation à la fin du remplissage du questionnaire.

Collecte des données

La collecte des données s'est faite par questionnaire pour les 3 populations enquêtées. Les entretiens qualitatifs ont

¹ http://www.ga.undp.org/publications/Plan_cadre_UNDAF_2012_2016.pdf

² Rapport ONUSIDA 2010 Annexe 2 : Indicateurs de progrès des pays.

³ Décision portant autorisation de recherche médicale N°001074/MSHPFF/SG/SGAQM du 19/09/2008.

concerné les mêmes groupes. Les questionnaires étaient remplis en face à face pour les PVVIH. Le taux d'acceptation du questionnaire était de 75 %. Les données suivantes ont été recueillies : les caractéristiques sociodémographiques et socio-économiques, les données cliniques et médicales, les données comportementales (sexualité, consommation d'alcool, usage du préservatif), l'évaluation par les patients de la perception de leur qualité de vie, la capacité physique et les données psychologiques, des données sur le statut sérologique, le soutien familial et associatif. En outre, les données s'agissant de l'immunologie et du traitement reçu ont été recueillies, après interrogation de la PVVIH, dans le carnet de santé obligatoire lors de l'enquête, et vérifié de manière rétrospective dans les dossiers patients disponibles. Les entretiens se sont déroulés pour les PVVIH à la fin du remplissage du questionnaire. Ils duraient en moyenne 20 minutes.

Analyses statistiques

Le recueil et le codage des données ont été réalisés avec le logiciel Epidata™. Les analyses ont été réalisées avec le

logiciel SAS 9.2™. Des tests du Chi-deux ont été effectués pour comparer les réponses aux questionnaires des patients habitant en province et ceux habitant dans la capitale pour les variables qualitatives. Un test de Student a été utilisé pour comparer la numération des CD4 dans ces deux groupes (capitale et province). Nous avons analysé les entretiens sur un mode descriptif.

Résultats

Population d'étude et participants

Parmi 5 752 patients sous ARV suivis dans les 7 sites concernés par l'enquête en 2009/2010, 422 PVVIH sous ARV depuis au moins six mois 284 (67,3 %) ont été enquêtées à Libreville et 138 (32,7 %) dans les provinces (tableau I). Les 422 PVVIH enquêtées sont celles qui étaient présentes dans les centres de prise en charge au même moment que l'enquêteur. Le taux d'acceptation du questionnaire était de 75 %. Le sexe ratio était de 0,71 en faveur des femmes.

Tableau I : Caractéristiques des PVVIH concernant l'organisation des soins et PEC des PVVIH au Gabon 2009/2010

Variable	Total N = 422	Province N = 138	Capitale N = 284	P
Âge (années)	38,0 [32,0;46,0]	38,0 [31,0;46,0]	38,0 [32;46]	0,9484
Sexe				0,1171
	<i>Femmes</i>	73 (52,9)	173 (60,9)	
	<i>Hommes</i>	65 (47,1)	111 (39,1)	
En couple	N = 402	N = 131	N = 271	0,0160
	<i>Oui</i>	89 (67,9)	150 (55,4)	
	<i>Non</i>	42 (32,1)	121 (44,6)	
Partenaire principal VIH+	N = 383	N = 127	N = 256	0,1406
	<i>Oui</i>	60 (47,2)	118 (46,1)	
	<i>Non</i>	38 (29,9)	58 (22,7)	
	<i>Ne sait pas</i>	29 (22,8)	80 (31,3)	
VIH+ sous ACCESS ¹	N = 366	N = 116	N = 250	< 0,0001
	<i>Oui</i>	29 (25,0)	145 (58,0)	
	<i>Non</i>	87 (75,0)	105 (42,0)	
VIH+ sous Cotrimoxazole	N = 410	N = 135	N = 275	0,0987
	<i>Oui</i>	77 (57,0)	133 (48,4)	
	<i>Non</i>	200 (48,8)	142 (51,6)	
Traitement antirétroviral				< 0,0001
	<i>AZT-3TC-D4T</i>	9 (6,5)	47 (16,6)	
	<i>D4T-3TC-EFV</i>	62 (44,9)	70 (24,7)	
	<i>AZT-3TC-EFV</i>	38 (27,5)	133 (46,8)	
	<i>Autres</i>	29 (21,0)	34 (12,0)	
Stade clinique CDC				< 0,0001
	<i>A</i>	38 (27,5)	125 (44,0)	
	<i>B</i>	67 (48,6)	73 (25,7)	
	<i>C</i>	33 (23,9)	86 (30,3)	

¹ Initiative gabonaise d'accès aux antirétroviraux. L'initiative ACCESS est une initiative conjointe de l'ONUSIDA, de l'OMS, du PNUD, de la Banque mondiale et de 7 laboratoires pharmaceutiques visant à l'accès au traitement ARV des personnes vivant avec le VIH par la mise à disposition à prix préférentiels de médicaments de spécialités dans les pays du Sud (Abbott Laboratories, Boehringer Ingelheim, Bristol-Myers Squibb, GlaxoSmithKline, Gilead Sciences, Merck & Co., Inc. and F. Hoffmann La Roche).

Tableau II : Usage du préservatif et sexualité chez les PVVIH selon le sexe sous ARV depuis 6 mois dans 3 provinces du Gabon

Variable	Total N = 422	Hommes N = 176	Femmes N = 246	P
Nombre de partenaires sexuels les 6 derniers mois	N = 408	N = 171	N = 237	0,0024
0	121 (29,7)	38 (22,2)	83 (35,0)	
1	176 (43,1)	76 (44,4)	100 (42,2)	
Entre 2 et 5	87 (21,3)	40 (23,4)	47 (19,8)	
plus de 5	24 (5,9)	17 (9,9)	7 (3,0)	
Utilisation de préservatifs les 6 derniers mois avec son partenaire principal	N = 329	N = 146	N = 183	0,5576
jamais	61 (18,5)	25 (17,1)	36 (19,7)	
de temps en temps	105 (31,9)	51 (34,9)	54 (29,5)	
toujours	163 (49,5)	70 (48,0)	93 (50,8)	
Fréquence des rapports	N = 330	N = 151	N = 179	0,1597
moins d'1 fois par mois	48 (14,6)	21 (13,9)	27 (15,1)	
1 fois par mois	108 (32,7)	57 (37,8)	51 (28,5)	
plus d'une fois par mois	122 (37,0)	47 (31,1)	75 (41,9)	
plusieurs fois par semaine	52 (15,8)	26 (17,2)	26 (14,5)	
Utilisation des préservatifs avec d'autres partenaires	N = 290	N = 137	N = 153	0,2747
jamais	37 (12,8)	19 (13,9)	18 (11,8)	
de temps en temps	101 (34,8)	53 (38,7)	48 (31,4)	
toujours	152 (52,4)	65 (47,5)	87 (56,9)	
Dernier rapport sexuel quand ?	N = 409	N = 172	N = 237	0,0077
dans la semaine	175 (42,8)	87 (50,6)	88 (37,1)	
entre 1 semaine et 1 mois	97 (23,7)	39 (22,7)	58 (24,5)	
entre 1 et 3 mois	50 (12,2)	22 (12,8)	28 (11,8)	
plus de 3 mois	87 (21,3)	24 (14,0)	63 (26,6)	
Dernier rapport sexuel avec quel partenaire	N = 391	N = 165	N = 226	0,3470
principal	196 (50,1)	78 (47,3)	118 (52,2)	
occasionnel connu auparavant	129 (33,0)	54 (32,7)	75 (33,2)	
occasionnel inconnu auparavant	66 (16,9)	33 (20,0)	33 (14,6)	
Utilisation d'un préservatif dernier rapport sexuel	N = 383	N = 161	N = 222	0,0409
oui	253 (66,1)	97 (60,3)	156 (70,3)	
Cessation des rapports sexuels	N = 411	N = 172	N = 239	0,1506
oui	109 (26,5)	38 (22,1)	71 (29,7)	

L'âge des PVVIH incluses variait de 18 à 66 ans, l'âge moyen étant de 39 ans. Parmi les patients enquêtés, 33,3 % étaient au stade B et 28,2 % au stade C au moment de la consultation qui a précédé cette enquête. La répartition par stade est de 25,7 % pour les PVVIH au stade B dans la capitale contre 48,6 % dans les provinces. Il y avait 30,3 % des PVVIH résidant à la capitale incluses dans l'étude au Stade C contre 23,9 % vivant en province.

Concernant les CD4, le niveau moyen est de 314 CD4/mm³; la comparaison entre la capitale et les provinces montre qu'il y a 35 % des PVVIH qui ont des CD4 < 200 mm³ en province contre 26 % à la capitale. Les patients en situation immunologique précaire sont donc plus nombreux en province, mais il y a proportionnellement moins de patients avec un taux de CD4 > 500/mm³ dans la capitale (15 %) qu'en province (19 %).

Sexualité des PVVIH

Dans notre échantillon, 68 % des PVVIH ont eu au moins un rapport sexuel au cours des 6 derniers mois, 26 % ont cessé les rapports sexuels, 6 % n'ayant pas répondu. Chez 54,3 % des PVVIH enquêtées, il est rapporté entre un et plusieurs rapports sexuels par mois. La moitié (50,1 %) des PVVIH ont eu leur dernier rapport sexuel au cours des 6 derniers mois avec leur partenaire principal et 46,1 % l'ont eu avec des partenaires occasionnels. Il y a 47 % des PVVIH qui ont réduit la fréquence de leurs rapports sexuels au cours des 6 derniers mois ayant précédé l'enquête. En outre, 28 % d'entre elles n'ont rien changé à leur sexualité. Enfin, 26 % des PVVIH ont toujours eu peur d'avoir des rapports sexuels depuis qu'elles ont pris connaissance de leur statut sérologique.

Lorsque l'on analyse les comportements sexuels selon les sexes des PVVIH enquêtées (tableau II), nous constatons que les femmes sont plus nombreuses à avoir été abstinentes sur les six derniers mois ($p < 0,0024$), et qu'elles sont aussi significativement plus nombreuses à avoir eu leur dernier rapport sexuel entre une semaine et 1 mois avant l'enquête ($p < 0,0077$), (tableau II).

Utilisation du préservatif

Lors de leur dernier rapport sexuel, 66 % des enquêtés affirment avoir utilisé le préservatif. Et 49,5 % déclarent avoir toujours utilisé le préservatif avec leur partenaire principal les 6 derniers mois. Par ailleurs, 52,4 % des PVVIH affirment utiliser le préservatif avec des partenaires autres que le partenaire principal. Là encore, les femmes déclarent utiliser plus souvent un préservatif que les hommes (tableau II) ($p = 0,04$). Enfin 38,6 % des PVVIH ont déclaré avoir utilisé systématiquement les préservatifs quel que soit le partenaire au cours des 6 derniers mois.

L'enquête fait ressortir que 59,4 % des PVVIH enquêtées sont en couple, dont 24 % déclarent ne pas connaître le statut sérologique de leur partenaire. Ils sont 42,2 % à déclarer que leur partenaire est séropositif et 22,7 %, qu'il est séronégatif.

Traitement au cotrimoxazole et aux ARV

La combinaison thérapeutique la plus prescrite est stavudine (D4T) -lamivudine-efavirenz à 46,2 %. Cette ligne d'antirétroviraux est utilisée par 45 % des PVVIH résidant en province et 24,7 % à la capitale. Par ailleurs, l'étude a permis de révéler que plus d'un quart des PVVIH enquêtées (26,5 %) n'ont aucune information sur les ARV, même si elles sont traitées.

Discussion

Nous n'avons enquêté que dans 3 des 9 provinces du Gabon qui, cependant, représentent 65 % de la population. Par ailleurs, il faut considérer que nous avons un biais de sélection, car toutes les PVVIH sous traitement de tous les centres n'ont pas été incluses dans l'enquête. Il existe également un biais de survie sélective puisque 28 % des PVVIH étaient au stade C (Sida). Le taux d'acceptation du questionnaire était de 75 % chez les PVVIH. Le préservatif étant payant, il aurait été intéressant de pouvoir inclure, au moment de l'analyse des données, sur les ressources financières des PVVIH enquêtées. Une dernière limite de

notre étude concerne les informations sur les comportements sexuels qui restent du domaine du déclaratif, et sur un sujet sensible.

L'usage du préservatif lors des rapports sexuels constitue au Gabon le point majeur à améliorer dans les comportements sexuels des personnes vivant avec le VIH. Il n'y a que 52,4 % (tableau III) des PVVIH de notre étude qui disent toujours utiliser le préservatif avec d'autres partenaires. Alors qu'elles sont sous ARV depuis au moins 6 mois, donc susceptibles d'être, suffisamment informées des obligations de prévention de l'infection par le VIH/Sida. Cette proportion est significativement plus importante dans la capitale qu'en province ($p < 0,0001$). Le nombre réduit de professionnels médico-sociaux dans les centres de prise en charge (deux pour 10200 PVVIH au principal centre de la capitale), favoriserait la mauvaise adhérence aux conseils sur l'utilisation des préservatifs. Cela pourrait aussi être dû à une mauvaise formation de ces personnels de santé sur l'infection par le VIH/Sida. Le faible taux d'utilisation du préservatif chez les PVVIH sous traitement dans un contexte épidémique au Gabon, montre un besoin de développer des stratégies comportementales innovantes pour combler cette lacune [5]. Les résultats pourraient suggérer des enquêtes de surveillance bio-comportementales répétées et soigneusement adaptées pour cette sous-population, afin d'éviter une propagation accrue du VIH [6]. Une étude française réalisée au Cameroun montre que les comportements d'adhérence sont aussi liés aux barrières sociales rencontrées par les patients dans leur vie quotidienne. Le conseil ne doit pas seulement être axé sur l'adhésion aux préservatifs et aux ARV, mais également centré sur le patient notamment sur la réduction des risques sexuels et de soutien psychosocial [7]. Le discours préventif dominant imposé aux minorités sexuelles par exemple est celui qui ordonne l'utilisation du préservatif et d'une hygiène de vie réglée. Les comportements sexuels à risque semblent exprimer, en partie, le rejet de ce discours dominant [8]. En effet, ces PVVIH estiment que ces règles, la pression sociale et médicale réduiraient leurs libertés et ce qui entraîne refus ou rejet des pratiques de prévention.

Par ailleurs, les difficultés d'accès aux préservatifs [9], notamment le coût, bien que réduit, des préservatifs, pourraient aussi être responsables des pratiques sexuelles à risque. La mise en vente de préservatifs à prix réduit s'appliquent tant pour les PVVIH de la capitale que celles de la province, et le programme de marketing social⁴ du préservatif est déjà appliqué depuis février 2009 dans les

⁴ Vente des préservatifs à prix très réduit par les organismes gouvernementaux.

Tableau III : Usage du préservatif et sexualité des PVVIH sous ARV depuis 6 mois dans 3 provinces du Gabon (2009-2010)

Variable	Total N = 422	Province N = 138	Capitale N = 284	p
Nombre de partenaires sexuels les 6 derniers mois	N = 408	N = 132	N = 276	< 0,0001
0	121 (29,7)	28 (21,2)	93 (33,7)	
1	176 (43,1)	81 (61,4)	95 (34,4)	
Entre 2 et 5	87 (21,3)	21 (15,9)	66 (23,9)	
plus de 5	24 (5,9)	2 (1,5)	22 (8,0)	
Utilisation de préservatifs les 6 derniers mois avec son partenaire principal	N = 329	N = 118	N = 211	0,0096
jamais	61 (18,5)	19 (16,1)	42 (19,9)	
de temps en temps	105 (31,9)	50 (42,4)	55 (26,1)	
toujours	163 (49,5)	49 (41,5)	114 (54,0)	
Fréquence des rapports	N = 330	N = 119	N = 211	0,0007
moins d'1 fois par mois	48 (14,6)	17 (14,3)	31 (14,7)	
1 fois par mois	108 (32,7)	55 (46,2)	53 (25,1)	
plus d'une fois par mois	122 (37,0)	35 (29,4)	87 (41,2)	
plusieurs fois par semaine	52 (15,8)	12 (10,1)	40 (19,0)	
Utilisation des préservatifs avec d'autres partenaires	N = 290	N = 105	N = 185	< 0,0001
jamais	37 (12,8)	9 (8,6)	28 (15,1)	
de temps en temps	101 (34,8)	54 (51,4)	47 (25,4)	
toujours	152 (52,4)	42 (40,0)	110 (59,5)	
Dernier rapport sexuel quand?	N = 409	N = 134	N = 275	< 0,0001
dans la semaine	175 (42,8)	76 (56,7)	99 (36,0)	
entre 1 semaine et 1 mois	97 (23,7)	34 (25,4)	63 (22,9)	
entre 1 et 3 mois	50 (12,2)	9 (6,7)	41 (14,9)	
plus de 3 mois	87 (21,3)	15 (11,2)	72 (26,2)	
Dernier rapport sexuel avec quel partenaire	N = 391	N = 133	N = 258	< 0,0001
principal	196 (50,1)	60 (45,1)	136 (52,7)	
occasionnel connu auparavant	129 (33,0)	62 (46,6)	67 (26,0)	
occasionnel inconnu auparavant	66 (16,9)	11 (8,3)	55 (21,3)	
Utilisation d'un préservatif dernier rapport sexuel	N = 383	N = 129	N = 254	0,0002
oui	253 (66,1)	69 (53,5)	184 (72,4)	
non	130 (33,9)	60 (46,5)	70 (27,6)	
Cessation des rapports sexuels	N = 411	N = 133	N = 278	0,0367
oui	109 (26,5)	26 (19,6)	83 (29,9)	
non	267 (65,0)	98 (73,7)	169 (60,8)	
ne veut pas en parler	35 (8,5)	9 (6,8)	26 (9,4)	

centres urbains. Cependant, il semblerait qu'il soit plus facile d'accéder au préservatif en zone urbaine. Néanmoins, les résultats nous montrent des différences peu significatives entre les PVVIH qui ont toujours utilisé le préservatif avec leur partenaire principal durant les 6 derniers mois avant l'enquête (tableau III), dont 54,0 % résident dans la capitale et 41,5 % dans les provinces.

La moitié des participants à l'enquête déclarent avoir adhéré aux modes de prévention du VIH notamment l'usage du préservatif. Cela pourrait être, d'une part lié à l'acceptation de la maladie, et de l'autre au *counselling* réalisé dans les centres de prise en charge. Mais cela reste largement insuffisant. Comme le montrent les résultats, les malades seraient mieux suivis à la capitale qu'en province. Cela suggère une uniformisation de la prise en charge en

encadrant mieux les structures sanitaires de la province. Le contexte culturel pourrait aussi avoir une influence sur les pratiques sexuelles [10]. Lors des entretiens semi-directifs réalisés, certains hommes vivant avec le VIH nous ont déclaré que le préservatif réduit le plaisir sexuel ; d'autres ont expliqué qu'ils n'ont pas doté⁵ leurs femmes pour avoir des rapports protégés avec elles. Enfin, ils voulaient éviter la révélation de leur statut sérologique. Cela nous montre comment la représentation sociale et culturelle du préservatif pour une catégorie de PVVIH va

⁵ Mariage coutumier, mariage traditionnel au cours duquel un dot est donnée aux parents de la femme. <http://www.heureux.fr/lhistoire-mariage/le-mariage-traditionnel-au-gabon/comment-epouser-une-femme-gabonaise>.

à l'encontre des efforts de prévention préconisés. La situation matrimoniale n'est pas étrangère à ces difficultés d'adhésion aux préservatifs, car près de 60 % des PVVIH enquêtées vivent en couple ($p < 0,0160$). D'ailleurs, 50 % des PVVIH affirment avoir eu leur dernier rapport sexuel lors des 6 derniers mois avec leur partenaire principal ($p < 0,0001$), dont 52,7 % à la capitale et 45,1 % en province. Cela est probablement plus élevé dans la capitale parce que dans les centres urbains, du fait qu'en général, les moyens de prévention et d'éducation thérapeutique y sont plus développés qu'en province. L'amélioration des connaissances et la communication au sein du couple sur les risques du VIH doivent donc être améliorées pour réduire les obstacles au dépistage du VIH. Cela contribuera à une « approche couple » de la prévention du VIH [11, 12]. La meilleure prévention des comportements à risque est d'offrir une information complète et un soutien approprié aux personnes atteintes du VIH qui souhaitent concevoir un enfant [13, 14].

Par ailleurs, il faut rappeler que 19,9 % de PVVIH de la capitale contre 16 % de celles de province n'ont jamais utilisé de préservatifs lors de leurs derniers rapports sexuels avec leur partenaire principal au cours des 6 mois précédant l'enquête ($p < 0,0096$). Cette situation très préoccupante pourrait être due, d'une part au déni de la maladie pour les primo-dépistés sans infections opportunistes et de l'autre, à une mauvaise éducation thérapeutique pourtant obligatoire et nécessaire au Gabon lors du processus de mise sous traitement ARV nommé ACCESS⁶. Près de la moitié des PVVIH enquêtées dans notre enquête déclarent être incluses dans ce dispositif d'accès aux soins des PVVIH gabonaises (tableau I).

Lors de notre étude, plusieurs PVVIH nous demandaient si elles pouvaient encore avoir des enfants. Comme le montre notre enquête, la permissivité et l'absence de protection lors des rapports sexuels et leur impact sur la fécondité chez les femmes notamment [15] pourraient justifier ces inquiétudes. La dynamique de la vie familiale et les questions d'égalité [16] doivent être prises en compte sachant que dans notre enquête, 60 % des PVVIH enquêtées déclarent être en couple (tableau I). Cette proportion semble nous montrer l'impact des réalités de la vie familiale sur les comportements

sexuels et l'utilisation du préservatif. Entre obligation de santé publique et bien-être des patients à travers la procréation, une solution médiane pourrait être basée sur la déclaration suisse⁷ [17] et passer par l'accès aux données s'agissant de la charge virale, qui n'était réalisée dans aucun centre de prise en charge au moment de l'enquête.

Notre étude suggère que les femmes ont un comportement légèrement plus prudent que les hommes, notamment en ce qui concerne l'usage d'un préservatif, ou une tendance à réduire les rapports sexuels. En outre, les comportements sexuels à risque sont plus fréquents chez les hommes que chez les femmes. Il faut dire que dans notre étude plus de la moitié des PVVIH enquêtées avaient eu un ou plusieurs rapports sexuels par mois (tableau II). Ainsi, 20 % des hommes affirment avoir eu leur dernier rapport sexuel avec un partenaire occasionnel inconnu auparavant contre 14,6 % chez les femmes (tableau III). Une étude américaine sur les femmes Afro-Américaines montre une relation entre les comportements sexuels et l'estime de soi [18]. Il faut apprendre aux femmes, qui semblent être les plus vulnérables à négocier les rapports protégés avec leur conjoint. Cela n'est pas simple, puisque que l'on parle de vulnérabilité des femmes ancrée dans les modalités des rapports hommes-femmes. La politique nationale au Gabon devrait intensifier les campagnes d'utilisation du préservatif en direction des femmes et des populations rurales, car l'afflux des antirétroviraux (depuis 2004) pourrait abaisser l'anxiété associée à la construction sociale du VIH/sida [20], et amener à une recrudescence des pratiques à risque.

Bien que la majorité des PVVIH déclarent qu'elles utilisent systématiquement le préservatif, il y a une part importante qui a des rapports sexuels non protégés [21, 22]. Plus du tiers des PVVIH enquêtées dans notre étude n'ont pas utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel (tableau III). Une étude française réalisée au Cameroun montre que la prévalence des rapports sexuels non protégés demeure élevée chez les PVVIH sexuellement actives. Le traitement par la thérapie antirétrovirale est identifié comme un facteur associé au sexe plus sûr. Ce qui pourrait signifier que mieux on se soigne plus on est tenté de ne pas utiliser le préservatif. Ce qui encourage un accroissement de l'accès au traitement et aux soins du VIH, et souligne la nécessité d'élaborer des stratégies d'orientation et de prévention pour tous les patients [23, 24].

⁶ Initiative gabonaise d'accès aux antirétroviraux. L'initiative ACCESS est une initiative conjointe de l'ONUSIDA, de l'OMS, du PNUD, de la Banque mondiale et de 7 laboratoires pharmaceutiques visant à l'accès au traitement ARV des personnes vivant avec le VIH par la mise à disposition à prix préférentiels de médicaments de spécialités dans les pays du Sud (Abbott Laboratories, Boehringer Ingelheim, Bristol-Myers Squibb, GlaxoSmithKline, Gilead Sciences, Merck & Co., Inc. and F. Hoffmann-La Roche).

⁷ En janvier 2008, des experts du HIV en Suisse rédigent dans le *Bulletin des médecins suisses*, au nom de la Commission fédérale pour les problèmes liés au VIH/SIDA, un communiqué qui expose le fait que « les personnes séropositives ne souffrant d'aucune autre MST et suivant un traitement antirétroviral efficace ne transmettent pas le VIH par voie sexuelle ».

Enfin, il faudrait apprendre aux PVVIH de manière générale la prévention positive⁸ pour lutter contre la propagation du VIH/Sida. En outre, l'usage du préservatif et les comportements sexuels seraient aussi liés aux soins. Cela notamment par le fait que la sécurité que confère une utilisation observante des ARV par l'absence d'éventuelles infections opportunistes, favoriserait une utilisation relative des préservatifs par les PVVIH. En ce sens, il faut faire une plus large promotion du préservatif sur l'ensemble du territoire, en précisant par ailleurs qu'une observance au traitement ARV de 95 % est nécessaire, pour éviter des rechutes ou des échecs thérapeutiques [12, 13].

Conclusion

Nous constatons que les patients sous ARV utilisent majoritairement le préservatif tant avec leur partenaire principal qu'avec des partenaires occasionnels. L'ensemble des résultats nous montrent que la prise en charge et l'usage du préservatif se font mieux dans la capitale qu'en province, cela malgré le fait que les PVVIH de la capitale pratiquent davantage le multipartenariat. Nos résultats suggèrent de promouvoir une uniformisation de la prise en charge des PVVIH au travers des formations auprès des soignants. Ces professionnels de santé qui, par rapport aux médecins, passent le plus de temps avec les PVVIH, ne se consacrent souvent qu'à la pratique des actes invasifs. Cela est dû aux files actives très élevées. Ces formations organisées par province par les médecins des centres de prise en charge auront pour objectif de leur présenter les conséquences des mauvais comportements sexuels sur les PVVIH notamment sur la propagation du virus par les PVVIH déjà sous traitement. En outre, les formations à temps égal de l'utilisation des préservatifs tant féminins que masculins, l'efficacité des ARV, les conséquences sur l'inobservance par les PVVIH seront aussi évoquées. Ces différents acteurs de soins, pourraient aider considérablement les médecins

⁸ La prévention positive est « un programme de prévention centré sur les besoins des personnes vivant avec le VIH, qui englobe la prévention de la transmission sexuelle du VIH, le dépistage et traitement des IST, la réussite du traitement anti-VIH, la santé sexuelle (la contraception, les projets parentaux, la grossesse, les troubles sexuels...), la qualité de vie dans son ensemble dont la qualité de la vie sexuelle, les conditions de vie, et un environnement social, politique, juridique satisfaisant ». Lert F, Pialoux G *et al.*, Rapport au Directeur général de la santé sur la prévention et la réduction des risques dans les groupes à haut risque vis-à-vis du VIH et des IST, 2009 : www.vih.org/documents/rdrs_rapport_VL.pdf

qui n'ont plus le temps de ce travail d'information, à cause du grand nombre de PVVIH reçus. Les soignants, pourront à terme être des agents d'Information, d'Éducation et de Communication (IEC) pour les PVVIH. L'amélioration de la communication, le *counseling* sur la réduction des risques de contamination chez les couples sérodiscordants ou non, ainsi que l'engagement des hommes dans les efforts de prévention doivent être accrus. Nous recommandons la prévention positive et la gratuité des préservatifs qui devraient être distribués lors de chaque consultation comme moyen pour enrayer la propagation du VIH/Sida au Gabon. Enfin, d'autres études devraient être menées sur les techniques de négociation de l'utilisation du préservatif entre les partenaires, afin de déterminer les facteurs sociaux, les relations interpersonnelles et psychologiques qui pourraient influencer sur la décision d'utiliser un préservatif ou non.

Aucun conflit d'intérêt déclaré

Remerciements

Au Professeur Éric Delaporte, Directeur de l'UMI 233 IRD, pour son accueil dans son unité et son assistance logistique au cours du premier voyage de recueil des données pour cette étude.
Au Professeur Madeleine Okome-Nkoumou de la Fondation Jeanne Ebori de Libreville pour ses conseils.
Au Docteurs Irène Mistoul et Elie Gide Rossatanga respectivement chef du service d'infectiologie du CHU de Libreville et médecin-chef du CTA de Lambaréné pour leur disponibilité.
Enfin au Docteur Priscille Edou du CTA de Libreville pour sa disponibilité et les échanges qui ont contribué efficacement à cette recherche.

Références

1. Rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de SIDA 2012.
2. Kiene SM, Bateganya M, Wanyenze R, *et al.* Initial Outcomes of Provider-Initiated Routine HIV Testing and Counseling During Outpatient Care at a Rural Ugandan Hospital: Risky Sexual Behavior, Partner HIV Testing, Disclosure, and HIV Care Seeking. *AIDS Patient Care and STDs* 2010;24:117-26.
3. Ondounda M, Magne C, Mounguengui D, Gaudong Mbethe L, Nzenze JR. [Morbidity and mortality in HIV-infected patients in the Military Hospital in Libreville (Gabon)]. *Med Sante Trop.* 2012 Jul-Sep ;22(3):334-5. doi: 10.1684/mst.2012.0093.
4. Ministère de la Santé Publique. DGPS-Programme de lutte contre les Infections Sexuellement Transmissibles (PLIST). Point sur l'épidémie de VIH/sida et des IST au Gabon, Rapport 2011, p. 28-37, 72 pages.

5. Mhlongo S, Dietrich J, Otjombe KN, Robertson G, Coates TJ, Gray G. Factors Associated with Not Testing For HIV and Consistent Condom Use among Men in Soweto, South Africa. *PLoS One*. 2013 May 16 ;8(5) :e62637. doi : 10.1371/journal.pone.0062637. Print 2013.
6. Zembe YZ, Townsend L, Thorson A, Ekström AM. Predictors of inconsistent condom use among a hard to reach population of young women with multiple sexual partners in peri-urban South Africa. *PLoS One*. 2012;7(12):e51998. doi: 10.1371/journal.pone.0051998. Epub 2012 Dec 20.
7. Ndziessi G, Boyer S, Kouanfack C, *et al*. Stratall ANRS 12110/ ESTHER Study Group. Adherence as a predictor of sexual behaviors in people living with HIV/AIDS during the first year of anti-retroviral therapy in rural Cameroon : data from Stratall ANRS 12110/ESTHER trial. *PLoS One*. 2012;7(6):e36118. doi: 10.1371/journal.pone.0036118. Epub 2012 Jun 6.
8. Maia M. [Rejection of the preventive discussion and at-risk sexual behavior: a qualitative study among gay men in Portugal]. *Santé Publique*. 2010 Nov-Dec;22(6):657-64.
9. Louw J, Peltzer K, Chirinda W. Correlates of HIV risk reduction self-efficacy among youth in South Africa. *Scientific World Journal*. 2012;2012:817315. doi: 10.1100/2012/817315. Epub 2012 Nov 28.
10. Khzami SE, Berger D, El Hage F, *et al*. [Impact of teachers' conceptions on sex education in four Mediterranean countries.] *Santé Publique*. 2008 Nov-Dec;20(6):527-45. doi: 10.3917/spub.086.0527.
11. Iliyasu Z, Abubakar IS, Kabir M, Aliyu MH. Knowledge of HIV/AIDS and attitude towards voluntary counseling and testing among adults. *J Natl Med Assoc*. 2006; 98: 1917-22.
12. El-Sadr WM, Coburn BJ, Blower S. Modeling the impact on the HIV epidemic of treating discordant couples with antiretrovirals to prevent transmission. *AIDS* 2011; 25: 2295-9.
13. Matthews LT, Crankshaw T, Giddy J, *et al*. Reproductive Decision-Making and Periconception Practices Among HIV-Positive Men and Women Attending HIV Services in Durban, South Africa. *AIDS Behav*. 2011. Vol 2012, P9 DOI 10.1007/s10461-011-0068-y
14. Mandelbrot L. Désir d'enfant et VIH : Le préservatif est-il dépassé ? *Gynecol Obstet Fertil*. 2012;40:58-61.
15. Garenne M, Zwang J. Premarital fertility and HIV/AIDS in sub-Saharan Africa. *Afr J Reprod Health*. 2008 Aug;12(2):64-74.
16. Amoran O, Ladi-Akinyemi T. Sexual risk history and condom use among people living with HIV/AIDS in Ogun State, Nigeria. *J Sex Med*. 2012 Apr;9(4):997-1004. doi: 10.1111/j.1743-6109.2011.02602.x. Epub 2012 Jan 3.
17. Vernazza P, Hirschel B, Bernasconi E, Flepp M. Les personnes séropositives ne souffrant d'aucune autre MST et suivant un traitement antirétroviral efficace ne transmettent pas le VIH par voie sexuelle. *Bulletin des médecins suisses Editores Medicorum Helveticorum EMH* 2008;89: 5 ,16 pages.
18. Pittiglio L, Jackson F, Florio A. The relationship of self-esteem and risky sexual behaviors in young African-American women. *J Natl Black Nurses Assoc*. 2012;23:16-20.
19. Exavery A, Kanté AM, Jackson E, *et al*. Role of condom negotiation on condom use among women of reproductive age in three districts in Tanzania. *BMC Public Health*. 2012 Dec 20;12:1097. doi: 10.1186/1471-2458-12-1097
20. De Coninck Z, Marrone G. Trends and determinants of condom use in Uganda. *World Health Popul*. 2012;14(1):31-43.
21. Taraphdar P, Dasgupta A, Saha B. Sexual practices of People Living with HIV/AIDS attending School of Tropical Medicine, Kolkata. *Indian J Public Health*. 2012 Jul-Sep;56(3):231-4.
22. Ayiga N. Rates and predictors of consistent condom-use by people living with HIV/AIDS on antiretroviral treatment in Uganda. *J Health Popul Nutr*. 2012 Sep;30(3):270-80.
23. Dia A, Marcellin F, Bonono RC, *et al*. EVAL Study Group. Prevalence of unsafe sex with one's steady partner either HIV-negative or of unknown HIV status and associated determinants in Cameroon (EVAL ANRS12-116 survey). *Sex Transm Infect*. 2010 Apr;86(2): 148-54. doi: 10.1136/sti.2008.035147. Epub 2009 Oct 16.
24. Unadike BC, Ekrikpo UE, Basse EA. Awareness, knowledge and perception of HIV/AIDS and sexual behaviour amongst pre-clinical, medical students in a Nigerian university. *Niger J Med*. 2012 Jul-Sep;21(3):272-6.
25. de Jong MD, de Boer RJ, de Wolf F, *et al*. Overshoot of HIV-1 viraemia after early discontinuation of antiretroviral treatment. *AIDS* 1997;11:F79-84.
26. Mouala C, Roux P, Okome M, *et al*. Assessment of compliance with ARV treatment in Africa. *Med Trop (Mars)*. 2006 Dec; 66(6):610-4.