

Le préservatif au féminin

Brigitte Reboulot

médecin d'études cliniques à l'ANRS, CHU de Nice

Parmi les 5,2 millions d'adultes nouvellement infectés par le VIH en 1997, 2,1 millions sont des femmes. Ainsi, en l'an 2000, il y aura dans le monde plus de femmes contaminées par le VIH que d'hommes. Physiologiquement plus exposées, elles sont souvent socialement, culturellement, économiquement ou émotionnellement dans l'impossibilité d'exiger la protection de leurs rapports sexuels par l'utilisation de préservatifs masculins.

Cette progression constante de la contamination dans la population féminine fait resurgir régulièrement depuis dix ans, dans les conférences internationales sur le sida, des sessions consacrées aux différentes méthodes alternatives de prévention, à initiative féminine, et en particulier au préservatif féminin.

Commercialisé dans 13 pays dont les Etats-Unis, les Pays-Bas, la Suisse ou le Royaume-Uni et diffusé dans 22 autres au travers des programmes de l'Onusida, le préservatif féminin fait encore l'objet de nombreuses études d'efficacité et d'acceptabilité.

La revue de la littérature présentée par Z. Stein ⁽¹⁾ porte sur les rapports publiés ou non et les études en cours dans de nombreux pays sur les contributions du préservatif féminin à

la contraception d'une part, à la protection vis-à-vis de l'infection à VIH d'autre part. Les résultats rapportés concernent la connaissance du dispositif et les circonstances individuelles et sociales qui favorisent ou empêchent son usage. Toutes les études spécifiques mettent en évidence une efficacité comparable à celle du préservatif masculin, tant sur le plan de la contraception que de la protection vis-à-vis des maladies sexuellement transmissibles (MST) et du VIH. En revanche, à l'heure actuelle, dans aucune communauté l'usage du préservatif féminin n'est suffisant pour avoir un rôle significatif en termes de santé publique. Une meilleure acceptabilité est notée parmi les couples déjà familiers des moyens de prévention, et en particulier du préservatif masculin, mais qui ne les utilisent pas. En conclusion, pour jouer un rôle réel dans la réduction de l'épidémie VIH, le préservatif féminin devrait être porté à la connaissance de tout homme et toute femme, par le biais des agences de planning familial, des structures de soins et de prise en charge clinique des maladies sexuellement transmissibles et des services sociaux.

Acceptabilité et efficacité

Du point de vue de l'acceptabilité, on retrouve globalement, dans les études présentées à Genève, les mêmes appréciations que dans celles réalisées précédemment.

Les aspects positifs cités par les femmes dans l'étude brésilienne de S. Kalckmann (2) montrent que le préservatif féminin confère une plus grande autonomie (38 %), offre une double protection (31,5 %), n'altère pas le plaisir (26 %), est confortable (22 %). Les inconvénients relevés portent sur la difficulté de manipulation (13 %), le déplacement du dispositif pendant le rapport sexuel (15 %), et l'aspect inesthétique du préservatif féminin (28 %). La notion de coût, souvent invoquée par ailleurs comme limitation à l'utilisation, n'est pas mentionnée dans cette enquête, qui prévoyait une mise à disposition gratuite des préservatifs féminins.

Quant à l'efficacité dans la transmission des MST, elle fait ses preuves, une fois de plus, dans l'étude prospective présentée par P. French (3), menée auprès de 174 femmes de Philadelphie suivies dans un centre de soins des MST, entre mai 1995 et avril 1996, randomisées en deux groupes

recevant une information et un counseling à propos du préservatif masculin pour le premier groupe et du préservatif féminin pour le deuxième groupe, ainsi qu'une large mise à disposition des préservatifs. Le taux de réinfection par une des MST —gonorrhée, infection à chlamydiae, infection à trichomonas, syphilis—, a été de 18 % dans le groupe préservatif masculin et de 19 % dans le groupe préservatif féminin.

Une nouvelle méthode pour tester l'efficacité du préservatif féminin dans une étude américaine soutenue par le CDC (4), réalisée sur 210 couples "monogames et bien entraînés mutuellement" qui utilisaient le préservatif féminin, a été basée sur la mesure du *prostate specific antigen* (PSA), marqueur du sperme, dans les sécrétions vaginales pré- et post-coïtales. Les résultats montrent que l'on retrouve plus fréquemment la présence de sperme dans les sécrétions vaginales post-coïtales si les partenaires ont rapporté un incident d'utilisation —rupture du préservatif, pénétration à côté du préservatif, déplacement de l'anneau externe à l'intérieur du vagin ou écoulement de sperme en dehors du préservatif. Mais on note quand même un taux d'exposition au sperme de 19 % dans le groupe qui n'a signalé aucun incident d'utilisation. Les auteurs concluent que l'exposition au sperme étant un indicateur de risque de grossesse ou de maladie sexuellement transmissible, ces résultats indiquent une grande sous-estimation de la fréquence d'échec du préservatif par les utilisateurs. En revanche, ils nuancent également ces résultats par le fait que des études similaires n'ont jamais été menées avec les préservatifs masculins en latex.

Se fondant sur le fait que ce dispositif n'était pas largement accessible et de surcroît d'un coût élevé, et qu'en conséquence certaines femmes le réutilisaient après lavage, une étude sud-africaine originale (5) a pris en compte la possibilité de réutilisation du préservatif féminin. Les résultats montrent par des tests de résistance que le lavage (avec du savon dans les toilettes de bar, de l'eau de javel, du liquide détergent, de l'eau chaude ou de l'huile corporelle pour bébé), le séchage et la relubrification du préservatif féminin, plus de dix fois, ne changent pas significativement l'intégrité structurelle du dispositif. Les auteurs suggèrent que l'on pratique des tests microbiologiques et virologiques avant de recommander une réutilisation du préservatif féminin.

Si, dans la pratique courante, le lavage, voire le séchage, des préservatifs féminins semblent possibles, en revanche la relubrification doit être déjà beaucoup plus rare. On peut surtout s'interroger sur le rôle du dispositif en matière de prévention du VIH quand les préservatifs féminins sont réutilisés sans être lavés. Mais nous nous intéressons, jusque là, à la prévention des femmes ! Cette réflexion confirme, comme nous l'avons vécu dans le domaine de la contraception, que lorsqu'un seul des partenaires est maître du dispositif, les risques subsistent pour l'autre partenaire. Il est donc plus que jamais nécessaire, pour des rapports sexuels non basés sur la confiance, de développer des moyens de protection complémentaires.

Promotion et marketing

Au cours de la session orale consacrée aux préservatifs masculins et féminins, seule la communication de T. Tsopotsa ⁽⁶⁾ a éclairé d'un regard nouveau la promotion et le marketing de ces moyens de prévention. Au Zimbabwe, 40 % des acheteurs de préservatifs féminins sont des hommes qui les trouvent plus naturels, plus confortables car ils transmettent la chaleur et parce qu'ils estiment qu'ils incitent les femmes " à prendre leurs responsabilités ".

Dans les pays où la prévalence du VIH chez les femmes est importante et où, pour les femmes jeunes et pauvres, les relations entre homme et femme sont essentiellement des relations de pouvoir, le préservatif féminin peut devenir un allié important dans la prévention du VIH parce qu'il permet de réduire leur très grande vulnérabilité aux maladies sexuellement transmissibles. Pour exemple, dans l'étude précitée de S. Kalckmann à Sao Paulo ⁽⁷⁾, les femmes ont majoritairement adopté des stratégies de négociation avec leur partenaire et la participation à des groupes de support a été fondamentale, à la fois pour vaincre les difficultés initiales de manipulation et pour les confrontations et discussions avec les partenaires.

Lors de la session " Prévention centrée sur les femmes ", une approche intéressante a été présentée par E. Gollub ⁽⁸⁾ à travers la hiérarchisation de la réduction des risques de la femme par la femme. Si nous avons l'habitude dans nos

raisonnements de hiérarchiser les risques, et d'adopter ou non une mesure préventive, cette vision découle d'une logique différente : les femmes ont des relations sexuelles —voulues ou subies— à risques et elles doivent utiliser un moyen de prévention. L'usage constant du préservatif masculin, qui est universellement recommandé, n'est pas toujours possible dans la réalité pour les femmes, par manque de pouvoir. Il convient donc de déterminer avec elles une échelle de moyens de prévention afin qu'elles aient une alternative. Cette hiérarchie débute avec les préservatifs masculins et féminins, puis les diaphragmes avec spermicides, les spermicides ou microbicides seuls et enfin le retrait avant éjaculation. Des séances d'information et de counselling portent sur l'anatomie, la physiologie de la reproduction, les maladies sexuellement transmissibles et les moyens de prévention et de contraception. La hiérarchisation de la réduction des risques permet de passer d'une communication " tout préservatif " à un message centré sur l'utilisation de moyens moins efficaces plutôt que rien. Le but est que les femmes ne renoncent pas à la prévention devant un objectif trop difficile à atteindre et acceptent de se placer là où elles peuvent sur l'échelle des dispositifs en essayant de gravir les échelons vers une prévention la plus efficace possible.

L'étude menée par l'équipe de Philadelphie, reprise sous divers aspects dans différents posters (9, 10), montre que le choix des méthodes permet de diminuer le nombre d'actes sexuels non protégés et même d'augmenter avec le temps l'utilisation des préservatifs.

Action pilote et nouveaux marchés

Cette nouvelle stratégie de prévention pour les femmes est l'objet d'une action pilote "Femmes, mon corps et moi" dans les Bouches-du-Rhône, initiée par le groupe Femmes réuni par la DDASS et par le Mouvement Français pour le Planning Familial (11), sous la coordination d'Erica Gollub. Le projet consistait à réunir des petits groupes de 10 à 15 femmes pour leur faire suivre un programme de cinq sessions de deux heures d'information et de débat sur les risques d'infection MST ou VIH pour les femmes, les moyens de prévention dont le préservatif féminin, la sexualité, la négociation pour un sexe sans risque, la contraception, l'avortement, la ménopause, le dépistage des cancers du sein et du col, mais

aussi la possibilité de parler avec leurs enfants du sexe, du plaisir. Cette action, qui se poursuit depuis huit mois, a réuni plus de 15 groupes de femmes de milieux socio-culturels d'origines ethniques différents, recrutées dans les centres sociaux, les consultations du planning, les PMI, les associations de quartier.

Les résultats préliminaires de cette expérience montrent la sous-estimation par les femmes du risque au cours de leurs relations sexuelles. Mais ce qui apparaît le plus marquant est la méconnaissance des femmes, quel que soit leur milieu d'appartenance, de leur propre corps et une certaine honte à en parler et à en prendre soin. Les participantes ont très majoritairement suivi le programme jusqu'au bout et ont découvert et essayé des moyens alternatifs de prévention dont le préservatif féminin, largement diffusé à cette occasion.

Rappelons qu'actuellement, les autorisations européennes ayant été délivrées pour la mise sur le marché de ce dispositif, il ne manque plus qu'un distributeur qui accepte le challenge du marché français. Puisse cette approche convaincre les décideurs financiers...

S'il manquait un argument pour ces derniers, traditionnellement en majorité des hommes, deux études américaines apportent des données sur des parts de marché potentiel non négligeables. La première, réalisée à San Francisco ⁽¹²⁾, recense les opinions de 100 hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes en utilisant les préservatifs féminins. 86 % pensent qu'ils le réutiliseront, 54 % qu'ils le préfèrent à un préservatif masculin. La seconde enquête ⁽¹³⁾, réalisée à partir d'un autoquestionnaire chez 2272 homo/bisexuels, révèle que 7 % d'entre eux, soit 148 sujets, ont utilisé le préservatif féminin lors de relations sexuelles anales au cours des six derniers mois, dont 39 % plus de 3 fois. Les principaux inconvénients notés portent sur la difficulté d'insertion et de maintien en place, surtout si on enlève l'anneau interne, des douleurs et/ou irritations et le bruit pendant la relation sexuelle, mais 75 % d'entre eux déclarent qu'ils le réutiliseront probablement.

Les auteurs concluent que le préservatif féminin, en dépit des inconvénients rapportés, offre une alternative intéressante en termes de prévention du VIH dans cette population. Ils

suggèrent également que la majorité des problèmes —inconfort de l'anneau interne, difficulté d'insertion et de maintien du dispositif— étant inhérents à sa conception pour un usage vaginal, il serait souhaitable d'imaginer un modèle de préservatif féminin pour les hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes ! N'a-t-on pas déjà dit : *La femme est l'avenir de l'homme*"*?

1. Stein Z. et al., " The female condom : Cause and effect of protection ", 60221.
2. Kalckmann S. et al., " Female condom : Exploratory study in So Paulo-Brazil ", 23460.
3. French P. et al., " Female condoms as effective as male condoms in preventing sexually transmitted diseases ", 60730
4. Lawson L. et al., " A prospective study of couples who use the female condom : Exposure to semen during use ", 33132.
5. McIntyre J. et al., " Female condom re-use : Assessing structural integrity after multiple wash, dry and re-lubrication cycles ", 33124.
6. Tsopotsa T., " The promise of female-controlled methods : Zimbabwe experience of social marketing of female condom ", 469.
7. Kalckmann S. et al., op. cit.
8. Gollub E., " Empowering women : meeting the challenge in a clinical setting ", 368.
9. Gollub E. et al., " Reduced STD reinfection and more protected acts with a choice of methods : The women's risk reduction hierarchy ", 33153.
10. Latka M. et al., " Do women abandon condoms after exposure to a safer-sex hierarchy ? ", 33276.
11. Gollub E. et al., " Talking about the body : Small-group interventions and women's barrier methods for reducing risk of STD/HIV in women in southern France ", 60673.
12. Wohlfeiler D. et al., " Experiences of 100 men who have sex with men using the female condom for anal sex ", 33133.
13. Gross M. et al., " Use of Reality® condoms for anal sex by HIV-seronegative US gay/bisexual men at increased risk of HIV infection ", 33128.