

14

L'utilisation de PSA comme marqueur pour l'étude de l'efficacité des préservatifs masculins en latex confirme les résultats des essais *in vitro* avec un bactériophage :

- les taux de rupture et de glissement sont très faibles ;
- ils diminuent pendant l'étude ;
- les préservatifs en latex sont plus fiables que les synthétiques ;

- il existe un certain niveau de protection, même quand le préservatif a glissé ou s'est déchiré.

Quant aux préservatifs féminins, les conclusions principales peuvent donc être résumées ainsi :

- les femmes ayant de bas revenus ont plus d'échec ;
- les femmes pour lesquelles la relation avec le partenaire a moins de deux ans ont plus de ruptures ;
- les couples pour lesquels le rapport entre la taille du vagin et la taille du pénis est plus élevé ont plus d'échec ;
- le taux d'échec est plus élevé lorsque le rapport sexuel est plus intense ;
- les moins de 24 ans, les Blancs (dans l'étude menée aux Etats Unis), ceux qui ont moins de 3 partenaires ont moins d'échec ;
- on relève des problèmes d'acceptabilité (saignement, douleur, bruit ou inconfort) dans 12 % des rapports et des problèmes mécaniques dans 17 % des cas ;

- la présence de sperme attestée par le PSA est trouvée dans 7 à 21 % des cas selon le type de mesure utilisé ;

- la présence de sperme est rapportée même en l'absence de problèmes ressentis ou repérés par les usagers (53 % à 70 % des tests positifs ne sont pas associés à un problème d'utilisation perçue).

Ainsi le préservatif féminin apparaît moins efficace que le préservatif masculin, comme le montraient les travaux antérieurs. La place du préservatif féminin dans la prévention doit donc être soigneusement considérée car, outre les problèmes d'efficacité pointés par les études publiées dans l'*AJE*, on voit que le profil social de l'utilisateur et du couple, leur expérience du dispositif sont importants, mais aussi leurs caractéristiques anatomiques respectives ou l'intensité du rapport sexuel, toutes dimensions incontrôlables *a priori* et qui restreignent l'adaptation du préservatif féminin à la diversité des situations. Ce dernier apparaît donc avoir un spectre d'utilisation plus réduit que le préservatif masculin dans les programmes de prévention. Reste, comme pour les microbicides, l'éternelle question de savoir s'ils apportent un complément utile ou au contraire néfaste dans le niveau global de protection d'une population. - **John Gerofi**

Traduit de l'anglais par France Lert

Pose et utilisation du préservatif féminin

Le préservatif féminin en polyuréthane est un dispositif médical récent, destiné à la contraception et à la prévention des infections transmises par voie hétérosexuelle. Depuis une

quinzaine d'années, des études d'efficacité *in vitro*, de tolérance, d'acceptabilité et des essais cliniques ont montré une innocuité quasi totale et une efficacité au moins égale à celle du préservatif masculin.

En France, il a été commercialisé courant 1998-1999, mais il demeure peu diffusé et mal connu des personnels de santé. Une étude prospective menée à Paris entre 1999 et 2001 et

parue dans le *BEH* visait à évaluer la pose et l'utilisation du préservatif féminin pour l'élaboration de recommandations. Sur les 91 hommes et femmes inclus, 8 femmes sont perdues de vue après avoir essayé le préservatif féminin, et 19 femmes décident de ne pas l'utiliser, principalement par appréhension ou par défaut de partenaire. Au total 54 femmes et 8 hommes participant à

F. Deniaud, A.S. Salmon, R. Porcher, R. Jdid, J.P. Escande, P. Morel, N. Dupin, M. Janier
Pose et utilisation du préservatif féminin : résultats d'une étude menée entre 1999 et 2001 en centres MST et en CDAG à Paris
BEH, 2004, 11

faibles

l'étude en tant qu'utilisateurs réguliers rapportent 550 utilisations. Les deux accidents d'utilisation les plus fréquents sont l'enfoncement de l'anneau externe dans le vagin (fréquence : 4 % du total des utilisations), et le glissement du préservatif vers l'extérieur du vagin (2,3 % du total des utilisations).

Les utilisations ont été vécues comme « très agréable », « agréable » ou « assez agréable » par 38 personnes (34 femmes, 4 hommes) sur 62 : plusieurs femmes disent que la sensation est la même qu'avec un préservatif masculin.

L'appréciation « désagréable » a été portée par 13 personnes (10 femmes, 3 hommes) sur 62 : liée à l'aspect du préservatif féminin (« *trop large, avec des plis* »), au refus du partenaire, ou au manque de sensation.

Les 11 personnes restantes ont une opinion changeante, selon la période d'utilisation ; chez 6 des 10 femmes, cela est lié à un changement de partenaire.

Le type de relation avec le/la partenaire, le dialogue entre partenaires sur la sexualité et la prévention et la sensibilité du partenaire masculin au préservatif féminin semblent influencer de façon complexe son utilisation. La majorité des personnes l'ont utilisé avec un partenaire dit « régulier ».

Le fait de parler de sexualité et de prévention au sein du couple n'est pas significativement lié aux utilisations, mais l'est en revanche, et de façon inversement proportionnelle, aux essais de pose : moins une femme communique activement

avec son partenaire, plus elle aura tendance à faire des essais de pose préalables. A l'occasion de ces essais, elle parlera du préservatif féminin à son partenaire dans deux cas sur trois, et dans ces cas-là, le fait d'en parler est significativement lié à la probabilité de l'utiliser. Au final, il semble que la relation de la femme à son partenaire influe sur l'utilisation du préservatif féminin, et qu'il faille passer par un événement intermédiaire, l'essai de pose, pour initier une démarche d'appropriation du préservatif féminin par la femme et de mise en confiance.

Les auteurs concluent par une série de recommandations, visant notamment l'amélioration de la formation des médecins et des pharmaciens sur le préservatif féminin. Ils militent également pour que son coût soit abordable au même titre que le préservatif masculin.

- **Mélanie Heard**

Les failles dans l'accès au traitement préventif de la transmission périnatale en France

Le traitement de la transmission materno-fœtale du VIH reste l'intervention de prévention la plus efficace face à l'épidémie de VIH, et sa généralisation aux pays les plus touchés est un enjeu majeur de la lutte contre le sida.

Cette mesure a été généralisée en France dès l'annonce des résultats de l'ACTG 076, avec d'autant plus de rapidité que le dépistage prénatal systématiquement proposé était déjà en place depuis 1993. Les données de l'Enquête périnatale française (EPF) coordonnée par l'ANRS permettent d'appréhender l'impact de cette mesure de santé publique, et de cerner les efforts qui restent à faire pour inclure toutes les femmes séropositives. Quarante-dix centres répartis en France et dans les DOM participent actuellement à l'enquête EPF. Les femmes séropositives sont incluses lors de la grossesse, leurs enfants sont suivis le plus longtemps possible s'ils sont infectés, et jusqu'à 18 mois s'ils ne le sont pas. Près de 7 000 femmes ont été incluses dans la cohorte entre 1986 et 1999.

L'article publié dans *Journal of Aids* par Marie-Jeanne Mayaux et l'équipe EPF porte sur la