

VIH - PRESERVATIF

En Ouganda : préservatif = plus de prises de risque ?

17



Increasing Condom Use Without Reducing HIV Risk: Results of a Controlled Community Trial in Uganda
Kajubi P., Kanya M., Kanya S., Chen S., McFarland W., Hearst N.
JAIDS, 2005, 40(1), 77-82

La baisse de la prévalence du VIH en Ouganda, de 15 % en 1992 à environ 6 % en 2002, est une « success story » de la prévention qui fait couler beaucoup d'encre. Une étude parue dans JAIDS compare les mérites respectifs de la promotion active des préservatifs et de leur simple mise à disposition, pour montrer que l'augmentation de l'utilisation du préservatif est contrebalancée, en termes de risque VIH, par une augmentation corollaire de l'activité sexuelle, protégée ou non. Des résultats qui viennent prendre place dans le débat toujours vivace sur la stratégie de la promotion de l'abstinence dans la réussite ougandaise.

L'Ouganda est, parmi les pays de l'Afrique subsaharienne, celui qui a connu l'un des succès les plus importants dans le domaine de la prévention du VIH ; la prévalence du VIH chez les femmes enceintes de Kampala est ainsi passée de 30 % en 1992 à 10 % en 2001.

Virginie Masse
Interne de Santé Publique
INSERM U657 (Saint-Maurice)

Cependant, la prévalence nationale reste particulièrement élevée actuellement, à environ 6 %. La mise en place de stratégies de prévention reste donc d'actualité. Le port du préservatif représente un moyen de prévention efficace et encouragé contre le VIH et les infections sexuellement transmissibles (IST). Au niveau individuel, l'efficacité du préservatif a été démontrée par des études longitudinales nombreuses. Au niveau communautaire également, le préservatif réduirait la transmission du VIH et des IST (qui sont aussi des cofacteurs de transmission du VIH). Alors que des campagnes de promotion des préservatifs permettent une augmentation de leur utilisation dans certaines régions d'Afrique subsaharienne, l'utilisation reste cependant modeste en Ouganda. Une étude précédente avait pourtant montré l'attitude favorable de cette population envers le préservatif dans la prévention du VIH.

Afin d'analyser les déterminants de l'utilisation de préservatifs en Ouganda, les auteurs d'une étude parue dans *Journal of Aids* ont mené une étude randomisée comparant, de façon « quasi-expérimentale » selon eux, l'efficacité de deux

stratégies de promotion du préservatif : l'une, passive, consistait simplement à mettre à disposition des préservatifs (groupe contrôle) ; l'autre proposait en outre aux participants des interventions de promotion et des ateliers communautaires (groupe d'intervention). Les trois principales barrières à l'utilisation de préservatifs, telles qu'identifiées par les auteurs lors d'études antérieures à Kampala, étaient une accessibilité encore limitée, une gêne lors de l'achat et une méconnaissance pratique du préservatif. Ce sont ces barrières que visait l'intervention évaluée ici. L'hypothèse initiale était qu'une promotion active et des interventions adaptées auprès de la population favoriseraient l'utilisation du préservatif mieux que ne le permet une simple mise à disposition passive des préservatifs sans informations explicites (comme cela semble être classiquement le cas en Ouganda), et auraient donc un impact positif sur la prévention du VIH et des IST.

« Quasi-expérimentale »

L'étude a été réalisée en 2001-2002 dans deux quartiers populaires d'artisans et de commerçants de la région périurbaine de Kampala, distants l'un de l'autre, le quartier d'intervention étant désigné à pile ou face. Le programme ciblait les 18-30 ans, et uniquement des hommes, considérés comme les principaux initiateurs de l'utilisation du préservatif. Les auteurs estiment que, dans chacune des deux communautés, 90 % des hommes éligibles ont pu être approchés pour participer à l'étude. Les sujets des deux groupes devaient répondre à deux questionnaires en face-à-face, l'un au début de l'étude puis l'autre à 6 mois, entretiens durant lesquels étaient renseignés les caractéristiques démographiques et le comportement sexuel au cours des 6 derniers mois, avec des questions sur le détail des rapports protégés ou non pour les 5 dernières partenaires.

▮ Dans chaque quartier, les hommes se sont vu proposer des coupons à échanger contre des préservatifs auprès de personnes volontaires de la communauté ; le nombre de préservatifs délivrés était comptabilisé pour chaque participant. Le groupe contrôle a assisté à une réunion d'information générale sur les objectifs de l'étude et sur l'épidémie de VIH en Ouganda.

Les hommes du groupe d'intervention ont été invités à une session d'éducation pratique de 3 heures sur le préservatif (au total 8 ont été organisées en 3 mois ; la participation aux ateliers était notée). Ces ateliers étaient centrés sur l'apprentissage d'aptitudes pratiques : démonstrations de pose du préservatif sur un pénis artificiel, et conseils pour la négociation en cas de réticence de la partenaire.

Les critères d'évaluation de l'intervention portaient sur l'évolution des comportements sexuels : l'activité sexuelle, le nombre total de partenaires, le nombre de partenaires occasionnelles, l'utilisation systématique du préservatif quel que soit le type de partenaires, et l'utilisation systématique avec seulement les partenaires occasionnelles.

Plus de préservatifs et plus de partenaires

Au total, 378 hommes ont participé à l'étude, avec des différences entre les deux groupes : dans le groupe intervention, des hommes un peu plus âgés et plus souvent mariés, et dans le groupe contrôle un niveau d'éducation secondaire plus fréquent.

▮ La proportion d'hommes n'ayant retiré aucun préservatif avec les coupons n'est pas significativement différente entre les deux groupes (49,8 % *versus* 41,2 %). La moyenne des préservatifs délivrés à l'ensemble des participants pour chacun des deux groupes est de 110 par homme dans le groupe intervention, et de 13 dans le groupe contrôle. La moyenne par homme en ayant effectivement demandé est alors respectivement de 219 et 22.

Dans le groupe intervention, l'activité sexuelle augmente, la proportion d'hommes ayant des rapports protégés systématiquement augmente et la proportion de ceux qui n'utilisent pas systématiquement le préservatif reste stable. Dans le groupe contrôle, les tendances sont les mêmes.

Dans l'étude limitée aux partenaires occasionnelles, on observe dans le groupe intervention une légère augmentation du nombre de partenaires occasionnelles, et un niveau de protection non significativement différent (malgré une légère augmentation). Dans le groupe contrôle,

Dans le groupe intervention, l'activité sexuelle augmente, sans que la proportion de rapports non protégés diminue

le nombre de partenaires occasionnelles baisse légèrement, et les rapports non protégés disparaissent. Au total, le nombre total de partenaires sur la période augmente de 0,31 dans le groupe intervention, et baisse de 0,17 dans le groupe contrôle. Une analyse multivariée ajustée sur les facteurs de confusion des deux groupes n'a pas changé ces résultats.

Conclusions hâtives

L'intervention réalisée semble avoir eu peu d'impact, en dehors de l'amélioration de l'accessibilité du préservatif, améliorée dans les deux quartiers mais utilisée de façon différente par les hommes des deux communautés, au vu des quantités de préservatifs distribués.

Les auteurs se sont focalisés sur l'évolution pourtant infime du nombre de partenaires, qui se traduirait par une augmentation de l'exposition au risque. Ils n'expliquent pas le paradoxe que révèle la différence entre le nombre de préservatifs délivrés et le nombre des comportements de protection déclarés. On peut pourtant légitimement s'interroger sur l'utilisation de tous ces préservatifs ! Ont-ils été stockés, donnés, jetés, vendus ? Les auteurs ne discutent pas non plus la validité des réponses sur le comportement sexuel dans les entretiens en face-à-face. On pourrait également discuter le

La sincérité des réponses sur le comportement sexuel peut être remise en cause

critère choisi pour mesurer l'efficacité : l'utilisation du préservatif pour tous les rapports au cours de la période. Ce critère paraît *a priori* sévère, et pourtant la proportion de rapports non protégés est ici très faible, voire quasi nulle. La sincérité des réponses sur le comportement sexuel peut ainsi être remise en cause. D'autant qu'aucune information n'est donnée sur l'enquêteur et sur son éventuelle appartenance à ces deux petites communautés, qui pourrait avoir biaisé les réponses en face-à-face. L'incohérence des résultats obtenus jette, de fait, un doute sur la validité globale de l'étude.

L'une des observations les plus intéressantes fournies par cette étude concerne l'importance de la personnalité, des attitudes et de la disponibilité de la personne qui distribue les préservatifs. Des horaires tardifs et un accueil amical sans crainte de jugement sont essentiels

pour favoriser la venue des participants. En revanche, les femmes jouant le rôle de distributrices n'ont pas été sollicitées, et se sont vu reprocher le manque de confidentialité, une attitude immorale, et de fausses imputations sur la qualité des préservatifs ; à l'inverse, certains étudiants, joueurs de foot ou coiffeurs ont rencontré un franc succès.

Les auteurs, tout en soulignant les limites de l'étude et ses paradoxes, concluent que « l'augmentation de la distribution des préservatifs ne se traduit pas toujours par une baisse des comportements sexuels à risque » et que « le gain dans l'utilisation du préservatif peut être contrebalancé par l'augmentation du nombre de partenaires ». Pour eux ces résultats confortent donc l'hypothèse selon laquelle la baisse de l'incidence en Ouganda tient plus à la réduction du nombre de partenaires qu'à la promotion du préservatif, qui n'aurait « joué qu'un rôle mineur ». De telles conclusions, qui sont dans la ligne de la « stratégie ABC » promue par l'aide américaine (*Abstinence, Be faithful, Condoms*; voir encadré), semblent donc un peu hâtives et devraient être plus solidement étayées. - **Virginie**

Masse