

## La perception des Anti-rétro-viraux (ARV) détermine négativement l'utilisation de préservatif par la population à Kisangani, RDC

TSHOMBA OLOMA A.<sup>1</sup>, KITENGE MUEPU D.W.S.<sup>2</sup>, KAZADI MUSAKAYI D.<sup>3</sup>, BOLUKAOTO BOME L.<sup>3</sup>, KAMBALE KOMBI P.<sup>3</sup>, OSSINGA BASANDJA J.<sup>3</sup>, KAYEMBE TSHILUMBA C.<sup>3</sup>, BATINA AGASA S.<sup>3</sup>

1. Université de Kisangani, Faculté de Médecine, Département de Santé publique

2. Université de Kisangani, Faculté de Psychologie, Département de psychologie

3. Université de Kisangani, Faculté de Médecine, Département de médecine interne

Citez cet article : TSHOMBA OLOMA A., KITENGE MUEPU D.W.S., KAZADI MUSAKAYI D., BOLUKAOTO BOME L., KAMBALE KOMBI P., OSSINGA BASANDJA J., KAYEMBE TSHILUMBA C., BATINA AGASA S., La perception des Anti-rétro-viraux (ARV) détermine négativement l'utilisation de préservatif par la population à Kisangani, RDC, KisMed Juin 2015, Vol 6(1) :124-130

### RESUME

**Introduction:** La crainte d'une menace d'impact négatif sur la prévention contre le VIH/Sida est ressentie dans les pays en développement (et RDC) à l'ère d'accès gratuit aux ARV. Mais peu est connu à ce sujet dans notre pays.

**Objectif:** Explorer l'utilisation de préservatif dans le contexte d'accès aux antirétroviraux à Kisangani

**Matériel et méthodes:** Une étude transversale a été réalisée. Nous avons utilisé les données de l'étude investiguant les comportements à risque de VIH chez les donneurs bénévoles de sang de Kisangani.

**Résultats:** 175 sujets ont été enquêtés : 62 (35,5%) utilisaient systématiquement le préservatif et 113(64,5%) pas. A l'analyse bi variée, l'utilisation fidèle de préservatif était négativement liée à : l'abus de l'alcool avant les rapports sexuels occasionnels (OR=0,33 [0,17-0,63], p=0,0064), la perception des ARV capable de guérir le VIH (OR=0,5 [0,266-0,94], p=0,031) et à la perception de préservatif devenu inutile à l'ère des ARV (OR=0,47[0,23-0,97], p=0,043). Les autres facteurs n'y étaient pas statistiquement liés.

A l'analyse multi variée binaire, les facteurs suivants ont été retenus comme limitant l'utilisation fidèle de préservatif : la religion (musulmane), l'abus de boissons alcoolisées et les perceptions erronées des Anti-Retro-Viraux

**Conclusion :** La crainte de la menace d'impact négatif sur la prévention contre le VIH/Sida est justifiée avec l'accès aux ARV à Kisangani. La pratique sexuelle non protégée est une réalité fréquente dans cette population. L'éducation, l'information et la communication pour un comportement responsable doivent accompagner l'accès aux ARV. Une nouvelle stratégie de prévention contre le VIH/Sida dans cette ville est donc recommandée.

**Mots clés :** ARV, VIH, transfusion sanguine, donneur bénévole

### SAMMARY

**Introduction:** No much is known on the possible negative effects of the ART access on HIV/AIDS prevention in Kisangani; as is thought in the developing countries in general. This study aims to explore the condom use in Kisangani population in the context of the ART access.

**Material and methods:** A cross-sectional study was conducted using the database from a study investigating the HIV risk behaviours among the blood donors in Kisangani.

**Results:** Overall 175 subjects were interviewed in the first study: 62(35, 5%) used systematically the condom and 113 (64, 5%) did not. The following factors were retained in the final model as restraining of the condom use in this population: the Religion (Muslim) with an adjusted OR=0,285[95% CI: 0,093-0,865], the abuse intake of alcohol or alcoholic drinks before sex with an occasional partner with an adjusted OR=0,308[95% CI: 0,154-0,606], and the biased belief of the ART(HIV become curable with ART with an adjusted OR=0,341 [95% CI: 0,155-0,751]) and Condom is became obsolete with ART access with an adjusted OR= 0,297[95% CI: 0,122-0,726]). Neither the socio-demographic factors nor the knowledge of HIV or its transmission were found associated with the condom use.

**Conclusion:** The study shows that the negative effects on the prevention against the HIV are real matter with the access of the ART in Kisangani. Unprotected sex is common in this population with the ART access. The education, information and communication must continue in this time where ART are available. Hence, a new strategy to prevent the HIV in this context is needed.

**Key words:** ARV, HIV, Blood transfusion, blood donor.

Correspondance: TSHOMBA OLOMA A, Université de Kisangani, Faculté de médecine/Département de Santé publique, E-mail : antotshomba@yahoo.fr

## INTRODUCTION

L'Afrique subsaharienne, y compris la République Démocratique du Congo (RDC), supporte la lourde charge de morbidité imposée par la pandémie de VIH/SIDA dans le monde. A peine, elle abrite 10% de la population mondiale, cette Afrique compte à elle seule environ 60% des 40 millions de personnes vivant avec le VIH dans le monde(1). Dans cette partie du monde, la majorité de pays est classée par l'ONUSIDA comme étant les pays à « épidémie généralisée pour le VIH ». La prévalence des personnes infectées par le VIH y est supérieure à 1% dans la population adulte générale (15-59 ans) et estimée à plus de 5% dans les groupes de populations vulnérables ou à haut risque, notamment les personnes atteintes d'infections sexuellement transmissibles (IST) et les professionnels de sexe(1). Le mode transmission de VIH dans ces contrées est principalement hétérosexuel. Par conséquent, les facteurs de la propagation de l'infection dans ce contexte comprennent la transaction financière de rapports sexuels, et les multiples partenaires sexuels (2), la coïnfection avec les IST (virales et bactériennes) notamment au virus de Herpes simplex du type2 (3;4) et l'absence de circoncision de l'homme(5).

Avant l'accès aux traitements antirétroviraux (ARV) dans les pays à ressources limitées, l'essentiel de la lutte contre la pandémie de VIH/SIDA en Afrique subsaharienne était fondé sur la prévention. Cette prévention incluait l'usage fidèle et correct du préservatif, à côté de la fidélité dans le couple et l'abstinence pour les non mariés(6)

Depuis la déclaration de la session spéciale de l'Assemblée Générale des Nations Unies sur le SIDA en 2001 à Durban en Afrique du sud, l'accès aux ARV et la prise en charge du VIH/Sida dans les pays en développement étaient devenus une priorité. Ainsi, beaucoup de pays subsahariens ont intégré dans leur programme de lutte contre le VIH/Sida, la prise en charge des personnes vivant avec le VIH et l'usage des génériques de médicaments ARV, ceci dans le but d'améliorer la santé et la qualité de vie de ces personnes, à la condition que ces dernières adhèrent aux recommandations prescrites pendant cette prise en charge (7;8)

Cependant, dans les pays industrialisés, l'accès facile aux ARV constitue une menace permanente pour le volet prévention dans la mesure où le niveau de la peur du VIH/SIDA peut baisser et déboucher sur une recrudescence des pratiques sexuelles à risque et sur de nouvelles infections (9-11)

La crainte d'un tel phénomène est aussi justifiée pour les pays de l'Afrique subsaharienne qui viennent récemment d'intégrer les ARV dans leurs programmes de lutte contre la pandémie du SIDA. Les études

réalisées peu après cette intégration à Kampala/Ouganda(12) et à Kisumu/Kenya(13) ont démontré cette crainte. Mais, très peu est connu à ce sujet pour notre pays, la RDC, y compris la ville de Kisangani, où la prise en charge aux ARV est mise œuvre depuis l'année 2006.

Ainsi, l'objectif de cette étude est explorer les déterminants de l'utilisation du préservatif par les donateurs bénévoles dans le contexte d'accès aux antirétroviraux à Kisangani.

## PATIENTS ET METHODES

### Contexte de l'étude

L'étude a été réalisée dans la ville de Kisangani chez les donateurs bénévoles de sang enregistrés dans les registres du Centre Provincial de Transfusion Sanguine (CPTS) du Programme National de Transfusion Sanguine (PNTS), Coordination de la Province Orientale. Afin de couvrir le besoin en sang sécurisé dans la ville de Kisangani, le CPTS réalise de façon ponctuelle et répétée des séances de prélèvement de sang chez les donateurs bénévoles à travers les communes de la ville pour approvisionner la banque de sang et les sites de stockage des hôpitaux. Après prélèvement, sur place au centre, le sang prélevé est testé pour rechercher les marqueurs infectieux. Systématiquement et à l'aide des tests rapides appropriés, les marqueurs infectieux de VIH, de la syphilis et des hépatites sont recherchés ; et les tests de groupage ABO et Rhésus sont pratiqués.

### Source des données

Les données de cette étude proviennent de l'enquête transversale réalisée d'août à septembre 2010 au cours de laquelle ont été analysés les comportements sexuels à risque de l'infection à VIH chez les donateurs bénévoles de sang de la ville de Kisangani. La méthodologie de cette étude originale sera décrite en détail dans le cadre concerné. En résumé, les cas ou sujets VIH+ et contrôles ou sujets VIH- de l'étude ont été sélectionnés de façon aléatoire à partir des registres des donateurs bénévoles de sang au Centre Provincial de Transfusion Sanguine (registres 2007 et 2008). Sur le terrain, en nous servant de leurs adresses et d'un questionnaire, et après leur consentement éclairé, les sujets sélectionnés ont été interviewés. Le questionnaire pour cette étude a été conçu pour collecter notamment les données sociodémographiques, les données sur la connaissance sur le VIH et sa prévention, les données sur le comportement à risque de l'infection à VIH, dont l'utilisation du préservatif, ainsi que les données sur la perception des participants vis-à-vis des ARV. Cette recherche avait obtenu l'autorisation de la Faculté de Médecine de l'Université de Kisangani et du Ministère de Santé par le truchement de la Coordination provinciale du PNTS.

### Type d'étude réalisée

A partir des données récoltées, nous avons réalisé une étude d'observation type transversal analytique pour investiguer les facteurs qui déterminent l'utilisation fidèle ou systématique du préservatif lors des rapports sexuels occasionnels chez les donneurs bénévoles de sang enregistrés au CPTS.

### Population et échantillon d'étude

Dans cette étude, les donneurs bénévoles de sang étaient éligibles pour participer dans l'enquête. Et ceux qui avaient accepté d'y répondre ont constitué notre échantillon d'étude. Dans cette base de données, un total 175 sujets étaient interviewés.

Nous avons considéré comme adhérent au préservatif, tout participant à l'étude qui avait rapporté qu'il utilisait « toujours » le préservatif lors des rapports sexuels occasionnels (utilisateur fidèle de préservatif) et non-adhérent, tout participant qui utilisait « parfois » ou « jamais » le préservatif pendant ce type de rapport (utilisateur non fidèle de préservatif).

### Données récoltées

A partir de la base des données sur les comportements sexuels à risque de l'infection à VIH, une autre base des données pour investiguer l'utilisation du préservatif dans le but de protéger contre l'infection à VIH a été constituée. Dans cette dernière base des données, ont été consignées les données sociodémographiques et en rapport avec l'utilisation du préservatif par les donneurs bénévoles, les informations en rapport avec leurs connaissances sur la transmission du VIH, leurs perceptions sur le VIH et la prévention du VIH à l'ère de l'accès aux ARV.

### Analyse statistique

Les données recueillies sur le terrain ont été analysées à l'Epi info version 3.3 (CDC, Atlanta, Georgia). Ces données se résument en moyenne  $\pm$  écart-type pour les variables quantitatives et en proportion pour les variables qualitatives. Le test Chi carré de Pearson au seuil de signification statistique  $p \leq 0,05$  ou le test exact de Fisher ont été utilisés pour tester les différences observées entre les proportions dans les analyses bivariées. Enfin, la régression logistique a été réalisée pour contrôler les confusions et/ou identifier les interactions entre les variables. Nous avons considéré la précision et la parcimonie du modèle comme critère pour le retenir. Le test de Chi carré pour tester la différence de précision entre les modèles a été utilisé au seuil  $p < 0,05$  de signification

## RESULTATS

Au total, 175 donneurs bénévoles de sang avaient répondu à cette enquête investiguant les comportements sexuels à risque de l'infection au VIH dans la ville de Kisangani.

Dans cet échantillon, l'âge des participants variait de 16 à 71 ans avec une moyenne estimée à  $25,96 \pm 8,21$  ans. Cent treize des cent septante cinq participants soit 64,6% étaient dans la tranche comprise entre 15 et 25 ans et 160 sur 175 sujets soit 91,4% étaient de sexe masculin. La majorité d'entre eux était de niveau d'instruction secondaire (164/175 participants soit 93,7%) et célibataire (97/175 sujets soit 55,4%). Un peu plus de trois quarts de participants étaient originaires de la province orientale (100/175 sujets soit 57,1%) et de Maniema (31/175 soit 17,7%).

Comme indiqué au tableau 1, sur ce total de 175 participants, 62 participants soit 35,5% utilisaient de façon fidèle ou systématique le préservatif à tout rapport sexuel occasionnel et 113 participants soit 64,5% ne l'utilisaient pas fidèlement (soit pas du tout soit quelques fois). Chez les fidèles utilisateurs de préservatif l'âge variait de 18 à 71 ans avec une moyenne estimée à  $26,74 \pm 9,97$  ans et chez les non fidèles l'âge variait de 16 à 57 ans avec une moyenne de  $25,53 \pm 7,08$  ans. Dans les deux groupes, plus de trois quarts de participants étaient dans la tranche d'âge de 15 à 35 ans, respectivement, 53 des 62 sujets soit 85,5% pour les participants fidèles au préservatif et 105 des 113 sujets soit 92,9% pour les non fidèles. (Tableau 1)

Dans l'analyse bi variée recherchant l'association entre l'utilisation fidèle du préservatif et les facteurs sociodémographiques, économiques et de la perception qu'ont les participants des anti-rétro-viraux (Tableau 1), il s'est dégagé que la fidèle utilisation du préservatif était statistiquement liée négativement à l'abus de l'alcool avant les rapports sexuels occasionnels (OR=0,33 [95% IC : 0,17-0,63],  $p=0,0064$ ), à la perception qu'ont les participants des ARV, les ARV étant notamment perçus comme capables de guérir le VIH (OR=0,5 [95% IC : 0,266-0,94],  $p=0,031$ ) et au fait que le préservatif est perçu comme inutile depuis l'accès aux ARV (OR=0,47 [95% IC : 0,23-0,97],  $p=0,043$ ). La chance d'utiliser fidèlement le préservatif quand les sujets prenaient les boissons alcoolisées avant les rapports sexuels occasionnels était trois fois moindre chez ces sujets que chez les sujets qui n'en prenaient pas avant, et elle était deux fois moindre chez les sujets ayant une mauvaise perception des ARV que chez ceux qui en ont une bonne. Autrement dit, les sujets qui prenaient les boissons alcoolisées avant les rapports sexuels occasionnels et ceux dont la perception aux ARV était mauvaise n'utilisaient pas toujours le préservatif. Par contre aucune liaison statistique significative n'a été retrouvée dans l'analyse de notre échantillon pour les facteurs suivants : l'âge ( $p=0,49$ ), le sexe (OR=1,1 [95% IC : 0,36-3,39],  $p=0,85$ ), le niveau d'instruction ( $p=0,34$ ), l'état matrimonial ( $p=0,84$ ), la province d'origine ( $p=0,19$ ), occupation

Tableau 1 : Répartition des facteurs sociodémographiques et des perceptions des ARV dans l'échantillon et leur association à l'utilisation fidèle de préservatif lors des rapports sexuels occasionnels

CARACTERISTIQUES	Fidèle au préservatif n=62(35,4%) n(%)	Non-fidèle au préservatif n=113 (64,6%) n(%)	OR brut	95% IC	Valeur p
SEXE (masculin)	57(91,9)	103(91,2)	1,1	0,36-3,39	0,85
Age (tranche)					
15-25	39(62,9)	74(65,5)	Référence		0,49
26-35	14(22,6)	31(27,4)	0,85	0,408-1,79	
36-45	6(9,7)	4(3,5)	2,84	0,757-10,68	
46-55	1(1,6)	2(1,8)	0,94	0,08-10,79	
56 et plus	2(3,2)	2(1,8)	1,89	0,25-13,94	
Niveau d'instruction					
Analphabète	2(3,2)	1(0,9)	Référence		0,34
Primaire	59(95,2)	105(92,9)	0,1	0,004 - 2,5	
Secondaire	1(1,6)	5(4,4)	0,28	0,024 - 3,16	
Universitaire	0(0,0)	2(1,8)	0	0->1E12	
Etat Civil					
Célibataire	33(53,2)	64(56,6)	Référence		0,84
Marié	28(45,2)	48(42,5)	1,13	0,60-2,11	
Veuf /Veuve	1(1,6)	1(0,9)	1,93	0,11-32,00	
Province d'origine					
Equateur	6(9,7)	2(1,8)	Référence		0,19
Kasaï	5(8,1)	10(8,8)	0,16	0,024-1,14	
Kivu	7(11,3)	13(11,5)	0,17	0,028-1,13	
Bas-Congo	0(0,0)	1(0,9)	0	0->1E12	
Maniema	8(12,9)	23(20,4)	0,11	0,019-0,69	
Province orientale	36(58,1)	64(56,6)	0,18	0,036-0,97	
Occupation rémunératrice (avec)	52(83,9)	98(86,7)	0,78	0,33-1,89	0,6
Religion pratiquée (Musulmane)	5(8,1)	21(18,6)	0,38	0,137-1,07	0,06
Reconnaissance de la voie sexuelle dans la transmission de VIH (oui)	52(83,9)	99(87,6)	0,73	0,30-1,76	0,49
Prise de l'alcool avant le rapport occasionnel (oui)	24(38,7)	74(65,5)	0,33	0,17-0,63	0,0064
VIH perçu curable depuis l'accès aux ARV (oui)	32(51,6)	63(55,8)	0,5	0,266-0,94	0,031
Préservatif perçu inutiles depuis l'accès aux ARV (oui)	20(32,3)	21(18,6)	0,47	0,23-0,97	0,043
Pas de crainte d'être infecté au VIH depuis l'accès aux ARV (oui)	26(41,9)	50(44,2)	0,91	0,48-1,70	0,76

Tableau 2: Modèle final de l'analyse multi variée binaire des déterminants de l'utilisation fidèle de préservatif

TERMES	OR Ajusté	95% IC	Valeur p
Religion pratiquée (Musulmane)	0,285	0,093-0,865	0,0268
Prise de l'alcool avant le rapport sexuels occasionnel (oui)	0,308	0,154-0,616	0,0009
VIH perçu curable depuis l'accès aux ARV (oui)	0,341	0,155-0,751	0,0076
Préservatif perçu inutiles depuis l'accès aux ARV (oui)	0,297	0,122-0,726	0,0078

rémunératrice (OR=0,78[95% IC : 0,33-1,89], p=0,60), à la limite la religion pratiquée (OR=0,38[95% IC : 0,137-1,07], p=0,06), la reconnaissance de la voie sexuelle comme une des voies de transmission de VIH (OR=0,73[95% IC : 0,30-1,76], p= 0,49) et l'absence de la crainte d'être infecté au VIH depuis que les ARV sont devenus accessibles (OR=0,91[95% IC : 0,48-1,70], p=0,76). Cependant, pris séparément, les participants originaires des provinces de Maniema (OR=0,11[95% IC : 0,019-0,69]) et Orientale (OR=0,18[95% IC : 0,036-0,97]) statistiquement n'utilisent pas le préservatif de façon fidèle en comparaison avec la province référence.

A l'analyse multi variée binaire (Tableau2), après ajustement sur tous les facteurs identifiés liés statistiquement à l'utilisation fidèle du préservatif dans l'analyse bi variée classique et ceux non liés mais dont la valeur p était inférieure ou égale à 0,1 dans l'analyse classique, le modèle final avait retenu les facteurs suivants comme déterminants de l'utilisation fidèle du préservatif à tout rapport sexuel occasionnel dans notre échantillon : la pratique de la religion musulmane (ORaj=0,285 [95% IC : 0,093-0,865], p=0,0268), la prise de boissons alcoolisées avant les rapports sexuels occasionnels (ORaj=0,308 [95% IC : 0,154-0,616], p=0,0009), les perceptions erronées des ARV : les ARV perçus capables de guérir le VIH (ORaj=0,341 [95% IC : 0,155-0,751], p=0,0076) et le préservatif perçu inutile depuis l'accès aux ARV (ORaj=0,297[95% IC : 0,122-0,726], p=0,0078). Ces facteurs limitaient donc l'utilisation fidèle du préservatif. Enfin, aucune interaction (modification d'effet) n'a été observée dans notre analyse.

## DISCUSSION

Les résultats de cette étude montrent que la prévalence d'utilisation du préservatif de façon systématique par la population de Kisangani est faible. Elle est estimée à environ 35,4%. Cette utilisation est négativement influencée par une série de facteurs comprenant les croyances religieuses, l'abus de l'alcool avant les rapports sexuels occasionnels et les perceptions qu'ont les personnes vis-à-vis du traitement aux médicaments antirétroviraux. Les personnes pratiquant la religion musulmane n'utilisent pas systématiquement le préservatif lors des rapports sexuels occasionnels, ce qui n'est pas le cas pour les sujets de religions chrétiennes. Les préservatifs ne sont pas non plus utilisés par les personnes qui s'environt avant les rapports sexuels et celles qui croient qu'avec les ARV le SIDA devenait curable et que les préservatifs devenaient inutiles. Les prévalences similairement faibles d'utilisation des préservatifs ont aussi été rapportées dans les

études réalisées à l'aube de l'intégration de la prise en charge des PVV aux ARV en Ouganda(12), et au Kenya(13). Le ralentissement des activités de prévention par rapport à d'autres volets de la lutte contre la pandémie de HIV, accentué par des relocalisations fréquemment rapportées des fonds destinés à la prévention pour les autres volets de la lutte (citons la formation, la prise en charge p.ex.) régulièrement constatées dans la gestion de la lutte contre le VIH/Sida dans ces pays, y compris le nôtre, pourraient en être une explication. Mais, à la différence de ces études, l'étude réalisée au Malawi, où on note une baisse de la prévalence de VIH, a montré une amélioration de la prévalence de l'utilisation de préservatifs avec l'intégration des ARV dans son programme de lutte (14).

Contrairement à d'autres études (15;16), nos résultats ont plutôt souligné l'utilisation fidèle du préservatif dans les religions chrétiennes et identifié la religion musulmane comme celle réfractaire au port ou usage de préservatif. Ici, les chrétiens ont été présentés sans distinction aucune. Même alors, dans le détail de nos analyses, on n'a noté que même les chrétiens catholiques tendent à utiliser le préservatif malgré la doctrine et la position de la papauté à ce sujet. C'est possible que la perception individuelle de la gravité de la pandémie puisse déterminer le comportement au niveau de chaque chrétien. Pour les musulmans, il est possible que la polygamie, culture qui leur est inhérente, puisse influencer leurs comportements même s'ils sont en situations sexuelles occasionnelles. Les préservatifs pourraient être malvenus dans ces types de foyer du fait de la compétition qui règne entre rivales.

A l'instar de notre étude, les études réalisées en Afrique (17;18) et ailleurs (19;20), ont montré une association positive entre la prise d'alcool avant le sexe et la pratique sexuelle non-protégée ainsi que l'augmentation d'autres comportements sexuels à risque de l'infection à VIH, à part une étude réalisée en Afrique du sud(21). Contrairement à ces études, la présente enquête a uniquement exploré l'abus d'alcool (mettant de côté les prises sans abus) et de plus elle n'a pas examiné la prise de l'alcool de l'autre partenaire. Les résultats des études précitées ont montré également que les prises modérées et régulières étaient aussi associées positivement aux comportements à risque de VIH. Il en était de même pour la prise d'alcool par les deux partenaires ou l'un des deux. Toutefois, dans ce cas, la personnalité de chacun de partenaire serait aussi déterminante.

Comme dans beaucoup d'autres études (12;13), les résultats de celle-ci montrent que les perceptions qu'ont les gens sur les antirétroviraux constituent un réel obstacle de la prévention du VIH dans cette ville. Le

manque d'information par défaut de sensibilisation serait une possible explication. Certes, beaucoup d'autres facteurs pouvaient moduler l'usage de préservatif par les populations, mais la seule théorie selon laquelle la perception des sujets que le SIDA est une grave maladie et qu'on est soi-même à risque d'acquérir le VIH, peut motiver grandement les personnes à adopter un comportement responsable et à moindre risque comme par exemple, retarder l'âge de premier rapport sexuel, éviter les multiples partenaires sexuels ou utiliser systématiquement des préservatifs lors des rapports sexuels occasionnels(22;23). Cette théorie a été mise en évidence par des études de l'Afrique du sud, lesquelles ont montré que l'âge retardé de début des rapports sexuels était associé à la connaissance d'une personne morte de Sida, à la perception que les personnes ont de leur propre risque de devenir infecté comme élevé(24).

Enfin, à part la religion et l'abus d'alcool, aucun autre facteur sociodémographique n'a été identifié comme déterminant de la non-utilisation systématique des préservatifs dans cette étude. Il en est de même pour le niveau de connaissance du SIDA et de sa transmission. Les résultats assez variés sont rapportés sur les déterminants socioéconomiques et les comportements sexuels non-protégés. Par exemple, Genberg et al, dans leur étude multicentrique réalisée en Afrique du sud, Tanzanie, Zimbabwe et à Thaïlande, ont trouvé des résultats presque contraires aux nôtres : le sexe féminin, le mariage, le niveau d'instruction bas du partenaire étaient associés à la non utilisation de préservatif dans la région Africaine de l'étude et ni la religion ni l'alcoolisme n'y étaient associés(25)

Bien plus, la province d'origine en général n'a pas été identifiée comme déterminante de la non-utilisation de préservatif par cette population. Prises séparément (Voir Tableau 1), l'analyse détaillée a montré que les origines de Maniema et de la Province orientale étaient associées négativement à l'utilisation systématique du préservatif. Nous pensons que les similitudes des cultures et des religions (musulmane) de ces deux provinces d'origine puissent en partie expliquer cette association.

Toutefois, il nous semble important de souligner que les données rapportées dans cette étude ont été récoltées pour investiguer plutôt les comportements sexuels à risque de l'infection à VIH, et c'est ainsi la taille de l'échantillon a été calculée à partir de l'existence d'au moins un comportement à risque, la non-utilisation de préservatif par cette population étant juste un des comportements sexuels à risque de l'infection à VIH. Utiliser ces mêmes données pour évaluer un des comportements à risque

(n'importe lequel) par la même méthodologie pourrait être à la base d'une diminution de la puissance des tests utilisés, la répartition des cas et contrôles (la taille donc) n'étant plus la même dans les deux investigations. Ceci constitue une limite de cette étude.

---

## CONCLUSION

---

La crainte de la menace d'impact négatif sur le volet prévention de la lutte contre le VIH/Sida à l'ère de l'accès aux ARV et d'une possible augmentation des comportements sexuels à risque avec des nouvelles infections à VIH dans la population est fondée pour Kisangani.

La pratique sexuelle non protégée est une réalité fréquente chez les donneurs bénévoles de sang de Kisangani. Elle est favorisée par la pratique de la religion musulmane, l'abus de boissons alcoolisées et par les perceptions erronées du VIH et sa prévention dans la population en ce moment de l'accès gratuit aux ARV. La gravité de la maladie et la crainte de l'impact négatif des ARV sur la prévention font des résultats de cette étude une préoccupation importante en santé publique. L'éducation, l'information et la communication pour un comportement responsable doivent être correctement intégrées dans la prévention contre le VIH. Une définition d'une nouvelle stratégie de prévention dans la lutte contre le VIH/Sida dans cette ville est donc recommandée.

---

## DECLARATION D'INTERETS

---

Les auteurs déclarent qu'ils n'ont pas de conflits d'intérêts.

---

## REMERCIEMENTS

---

Nous remercions l'équipe des étudiants finalistes des études en Santé Publique pour leur assistance dans la collecte des données sur terrain, et tout le personnel de CPTS pour leur collaboration et disponibilité

---

## REFERENCES

---

1. UNAIDS. AIDS Epidemic Update. Geneva: WHO/UNAIDS.: 2006.
2. Côté AM, Sobela F, Dzokoto A, Nzambi K, Asamoah-Adu C, Labbé AC et al. Transactional sex is the driving force in the dynamics of HIV in Accra, Ghana. *Aids* 2004;18(6):917-25.
3. Cohen MS, Hoffman IF, Royce RA, Kazembe P, Dyer JR, Daly CC et al. Reduction of concentration of HIV-1 in semen after treatment of urethritis: implications for prevention of sexual transmission of HIV-1. AIDSCAP Malawi Research Group. *Lancet* 1997; 349(9069):1868-73.

4. Freeman EE, Weiss HA, Glynn JR, Cross PL, Whitworth JA, Hayes RJ. Herpes simplex virus 2 infection increases HIV acquisition in men and women: systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Aids* 2006; 20(1):73-83.
5. Weiss HA, Quigley MA, Hayes RJ. Male circumcision and risk of HIV infection in sub-Saharan Africa: a systematic review and meta-analysis. *Aids* 2000; 14:2361-70.
6. Hearst N, Mandel JS. A research agenda for AIDS prevention in the developing world. *Aids* 1997; 11(Suppl 1):S1-S4.
7. Mitchell CG, Linsk NL. Prevention for positives: challenges and opportunities for integrating prevention into HIV case management. *AIDS Educ Prev.* 2001; 13:393-402.
8. Singh S, Dunford A, Carter YH. Routine care of people with HIV infection and AIDS: should interested general practitioners take the lead? *Br J Gen Pract.* 2001 ; 51:399-403.
9. Mansergh G, Marks G, Colfax GN, Guzman R, Rader M, Buchbinder S. "Barebacking" in a diverse sample of men who have sex with men. *Aids* 2002; 16:653-9.
10. Katz MH. AIDS epidemic in San Francisco among men who report sex with men: successes and challenges of HIV prevention. *J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirol.* 1997; 14(Suppl 2):S38-46.
11. Gremy I, Beltzer N. HIV risk and condom use in the adult heterosexual population in France between 1992 and 2001: return to the starting point? *Aids* 2004; 18:805-9.
12. Atuyambe L, Neema S, Otolok-Tanga E, Wamuyu-Maina G, Kasasa S, Wabwire-Mangen F. The effects of enhanced access to antiretroviral therapy: a qualitative study of community perceptions in Kampala city, Uganda. *African Health Sciences* 2008; 8(1):13-9.
13. Cohen CR, Montandon M, Carrico AW, Shiboski S, Bostrom A, Obure A et al. Association of Attitudes and Beliefs towards Antiretroviral Therapy with HIV-Seroprevalence in the General Population of Kisumu, Kenya. *PLoS ONE* 2009; 4(3):e4573.
14. Bello G, Simwaka B, Ndhlovu T, Salaniponi F, Hallett T B. Evidence for changes in behaviour leading to reductions in HIV prevalence in urban Malawi. *Sex Transm Infect* 2011;doi:10.1136/sti.2010.043786.
15. McCarthy AS. Crusading for change in the Catholic Church:condom promotion does not explain data. *BMJ* 2005; 330:1210.
16. Good RH. Evolution and religion. *Nature* 1993; 366:296.
17. Kalichman SC, Simbayi LC, Kaufman M, Cain D, Jooste S. Alcohol use and sexual risks for HIV/AIDS in sub-Saharan Africa: systematic review of empirical findings. *Prev Sci.* 2007; 8(2):141-51.
18. Fisher JC, Bang H, Kapiga SH. The association between HIV infection and alcohol use: a systematic review and meta-analysis of African studies. *Sex Transm Dis.* 2007; 34(11):856-63.
19. Fortenberry JD, Orr DP, Katz BP, Brizendine EJ, Blythe MJ. Sex under the influence. A diary self-report study of substance use and sexual behavior among adolescent women. *Sex Transm Dis.* 1997; 24(6):313-9.
20. Irwin TW, Morgenstern J, Parsons JT, Wainberg M, Labouvie E. Alcohol and sexual HIV risk behavior among problem drinking men who have sex with men: An event level analysis of timeline followback data. *AIDS Behav.* 2006; 10(3):299-307.
21. Olley BO, Seedat S, Gxamza F, Reuter H, Stein DJ. Determinants of unprotected sex among HIV-positive patients in South Africa. *AIDS Care.* 2005; 17(1):1-9.
22. Ajzen I, Fishbein M. *Understanding Attitudes and Predicting Social Behavior.* Englewood Cliffs, NJ, USA: Prentice Hall: 1980.
23. Bandura A. Social cognitive theory and exercise of control over HIV infection. In: DiClemente RJ, Peterson JL, editors. *Preventing AIDS:Theories and Methods of Behavioral Interventions.* New York: Plenum: 1994. p. 25-59.
24. Anderson KG, Beutel AM, Maughan-Brown B. HIV risk perceptions and first sexual intercourse among youth in Cape Town, South Africa. *International Family Planning Perspectives* 2007; 33(3):98-105.
25. Genberg BL, Kulich M, Kawichai S, Modiba P, Chingono A, Kilonzo GP et al. HIV Risk Behaviors in Sub-Saharan Africa and Northern Thailand: Baseline Behavioral Data from Project Accept. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2008;49(3):309-19.

---

Citez cet article : TSHOMBA OLOMA A., KITENGE MUEPU D.W.S., KAZADI MUSAKAYI D., BOLUKAOTO BOME L., KAMBALE KOMBI P., OSSINGA BASANDJA J., KAYEMBE TSHILUMBA C., BATINA AGASA S., La perception des Anti-rétro-viraux (ARV) détermine négativement l'utilisation de préservatif par la population à Kisangani, *RDC, KisMed* Juin 2015, Vol 6(1) :124-130

---