



VIH/SIDA dans les pays du Sud

situation, enjeux, perspectives

Joseph LARMARANGE
joseph.larmarange@ceped.org

Module « Santé et Développement »
Réseau de Formation Doctorale en Démographie
Juin 2009

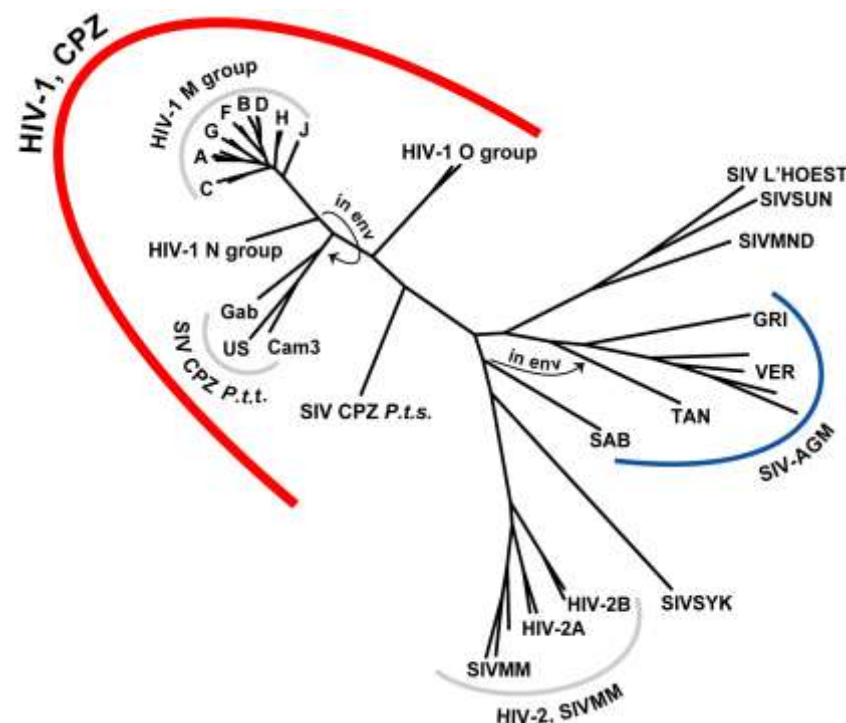
1. VIH/SIDA : définitions et généralités

› SIDA :

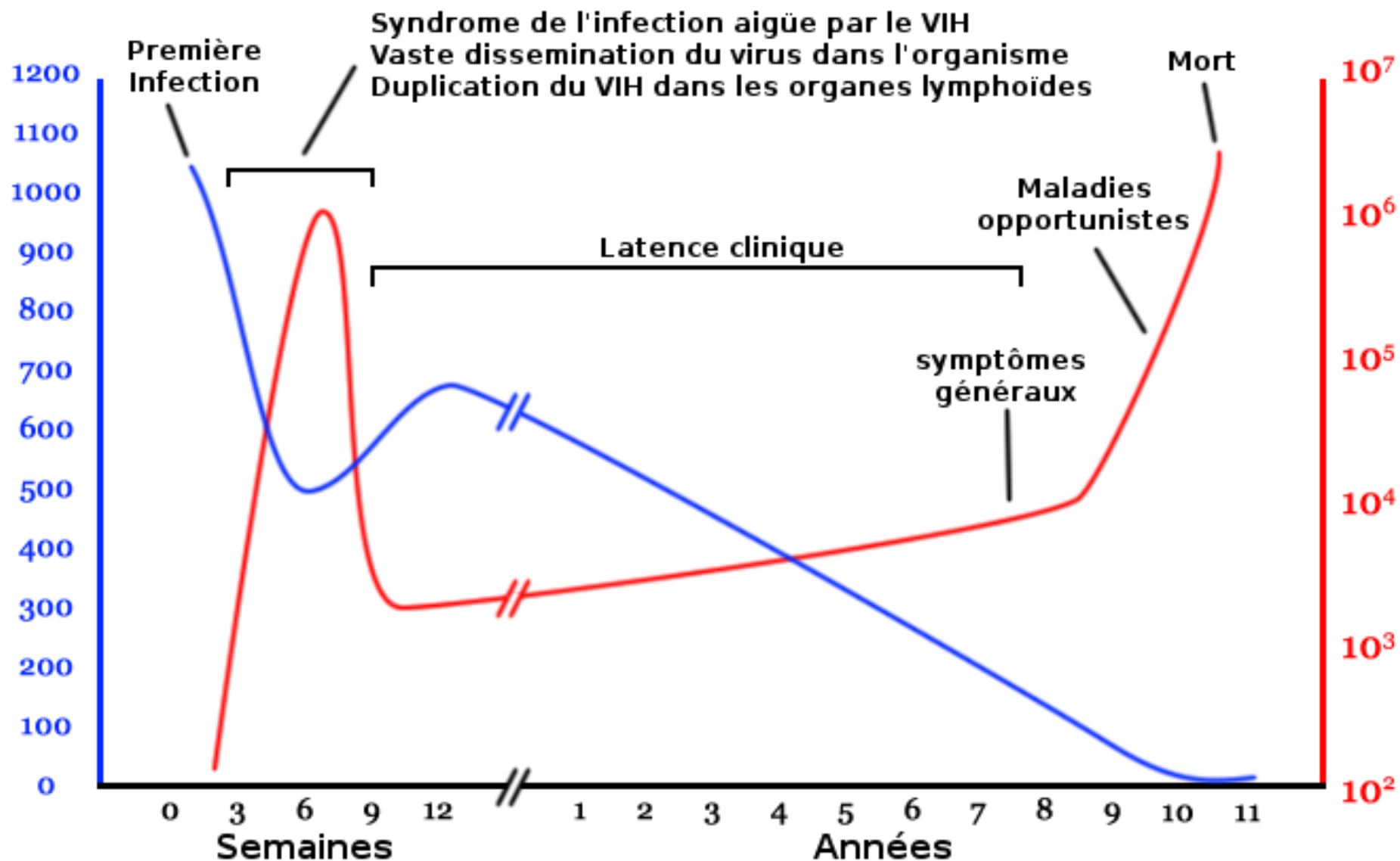
- » **Syndrome** (ensemble de signes qui caractérisent une maladie),
- » **Immuno Déficience** (les défenses de l'organisme sont affaiblies),
- » **Acquise** (rencontrée au cours de la vie).

› VIH : virus de l'immunodéficience humaine, un virus complexe :

- » 2 types : VIH-1 et VIH-2
- » 3 groupes : M, O et N (avec une répartition géographique différente)
- » 9 sous-types pour le groupe M : A, B, C, D, F, G, H, J, K
- » d'où une grande variabilité génétique qui complique :
 - le dépistage et le diagnostic,
 - l'efficacité des traitements,
 - l'élaboration d'un vaccin.



Histoire naturelle de l'infection à VIH



Rapide historique 1/2

- › 1980 : premiers cas d'immunodépression décrits auprès d'un homosexuel masculin à Los Angeles aux USA.
- › 1981 : cas analogues aux USA et en Europe.
- › 1982-1983 : premières définitions du SIDA à partir d'une liste de pathologies opportunistes.
- › 1983 : découverte du VIH.
- › 1983-1984 : mise en évidence d'une épidémie hétérosexuelle en Afrique.
- › 1987 : création du programme global sur le SIDA par l'OMS.
- › 1987 : premier traitement antirétroviral : l'AZT.

Rapide historique 2/2

- › 1995 : premières estimations pays par pays par l'OMS.
- › 1^{er} décembre 1995 : création d'ONUSIDA.
- › 1996 : arrivée des trithérapies en Europe.
- › 2000 : Objectifs du Millénaire
 - » *Objectif 6.A - D'ici à 2015, avoir enrayer la propagation du VIH/sida et avoir commencé à inverser la tendance actuelle.*
 - » *Objectif 6.B - D'ici à 2010, assurer à tous ceux qui en ont besoin l'accès aux traitements contre le VIH/sida.*
- › 2003 : lancement de l'initiative 3by5 par l'ONUSIDA et l'OMS.
- › 2006 : Déclaration politique de l'Assemblée générale des Nations Unies sur l'accès universel à la prévention et aux soins.

Les modes de transmission 1/2

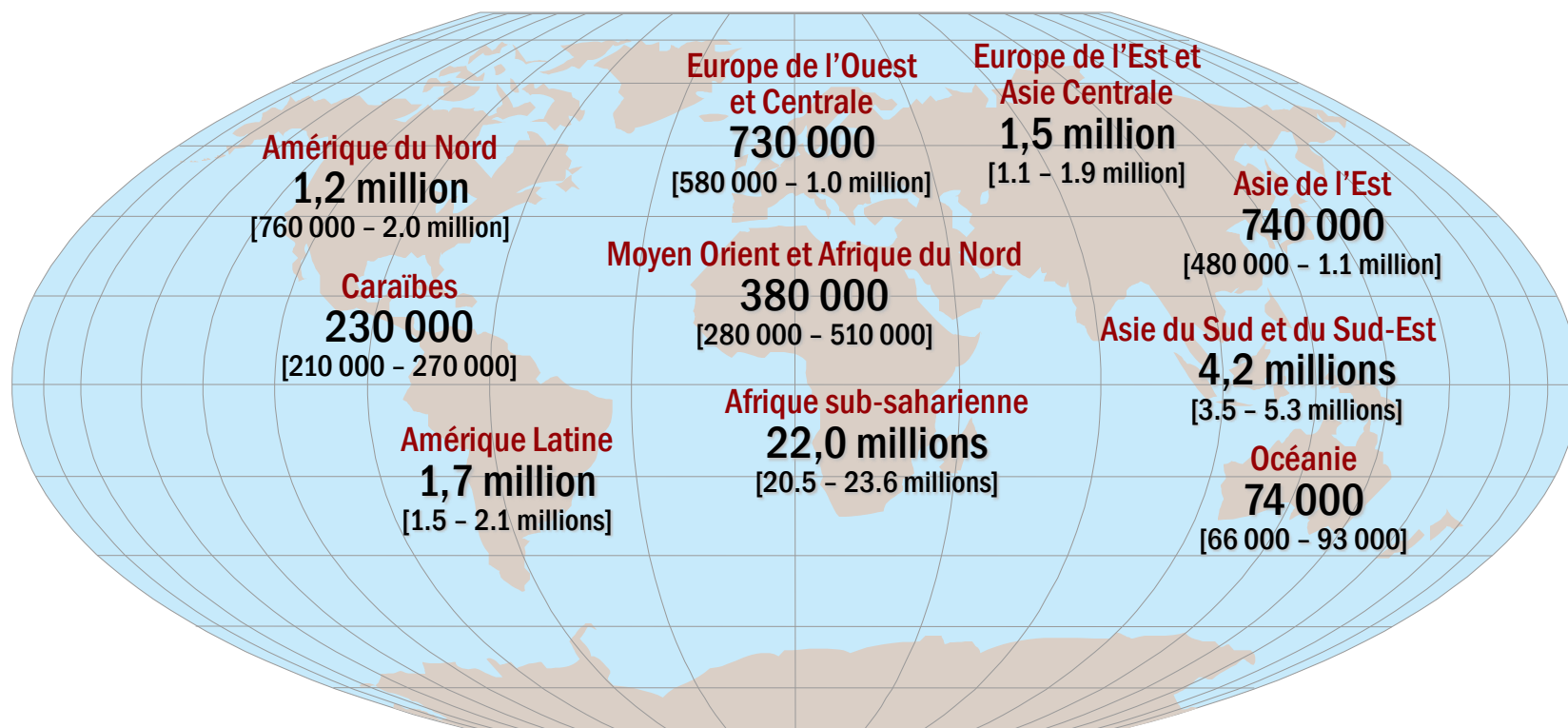
- › Par voie sexuelle (voie majeure de transmission) :
 - » Transmission plus forte de l'homme vers la femme que de la femme vers l'homme.
 - » Transmission plus forte dans les rapports anaux réceptifs.
 - » Transmission plus forte lorsque la femme est très jeune.
 - » IST = cofacteurs importants de la transmission, en particulier HSV-2 (Herpès), Syphilis.
 - » Circoncision diminue le risque de transmission de moitié (de la femme vers l'homme uniquement).

Les modes de transmission 2/2

- › Transmission par voie sanguine
 - » Sécuriser toutes les transfusions.
 - » Éviter tout partage de seringues.

- › Transmission de la mère à l'enfant
 - » Possible au cours de la grossesse, lors de l'accouchement ou pendant l'allaitement.
 - » Dépend fortement de la charge virale de la mère lors de l'accouchement.
 - » Risque de transmission en l'absence de traitement préventif : 15 à 30%. L'allaitement augmente le risque de 10 à 15% (source ONUSIDA).

2. L'épidémie dans le monde, fin 2007



**Total : 33 millions (30 – 36 millions)
de personnes infectées par le VIH**

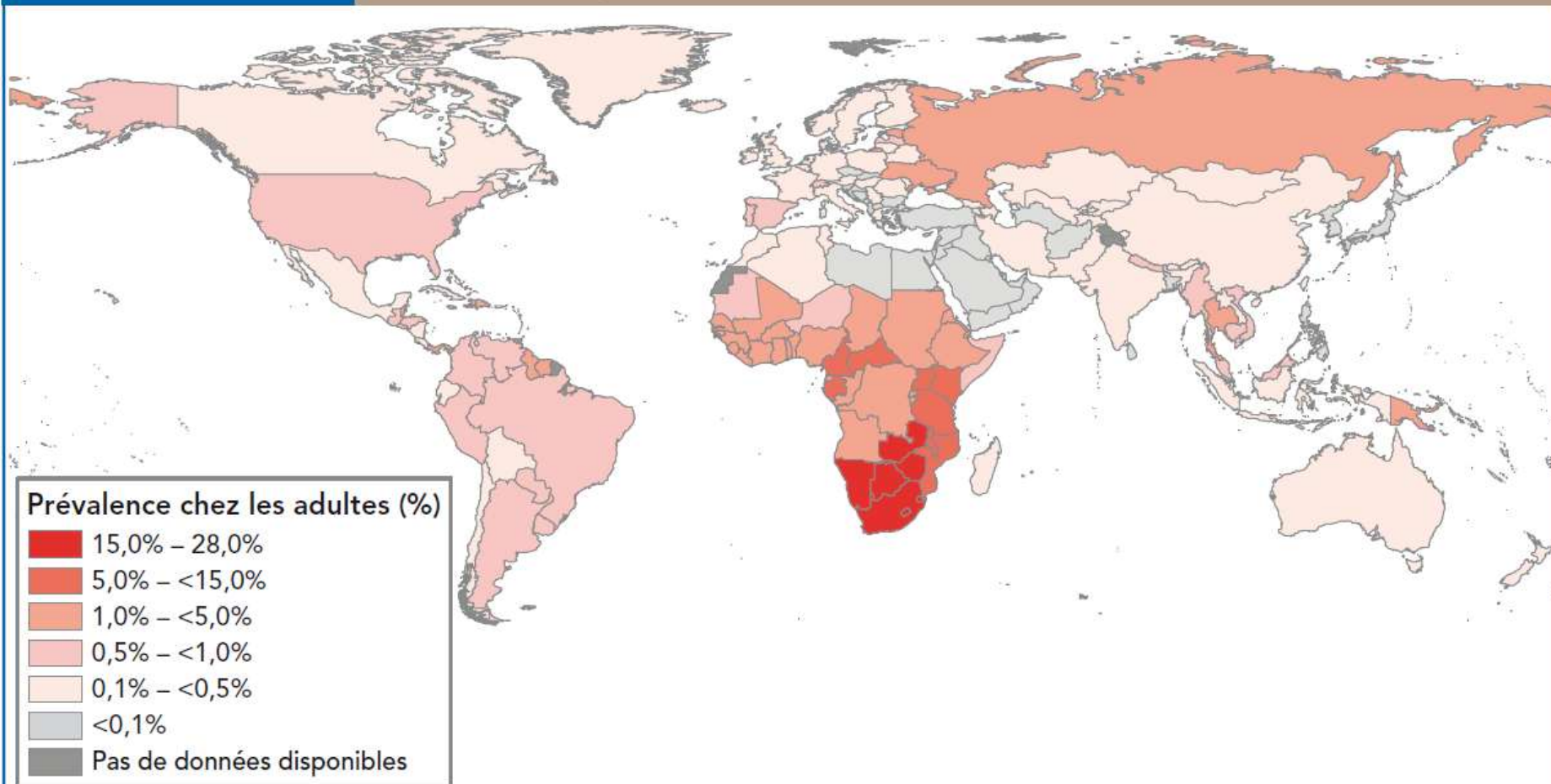
Source : ONUSIDA

Prévalence du VIH dans le monde • 2008

FIGURE 2.2

Infections à VIH 2007: un aperçu mondial

33 millions de personnes [30 millions – 36 millions] vivaient avec le VIH en 2007



Source : rapport ONUSIDA 2008

Classification ONUSIDA depuis 2000

› Épidémie généralisée :

- » prévalence du VIH > 1 % parmi les adultes en population générale

› Épidémie concentrée :

- » prévalence < 1 % parmi les adultes en population générale
- » prévalence > 5 % dans certains « groupes à risques » (TS, HSH...)

› Épidémie limitée :

- » prévalence < 1 % parmi les adultes en population générale
- » prévalence < 5 % dans les « groupes à risques »

› Épidémie hyper-endémique (depuis 2006/2007) :

- » prévalence du VIH > 15 % parmi les adultes en population générale

Afrique subsaharienne

Afrique subsaharienne

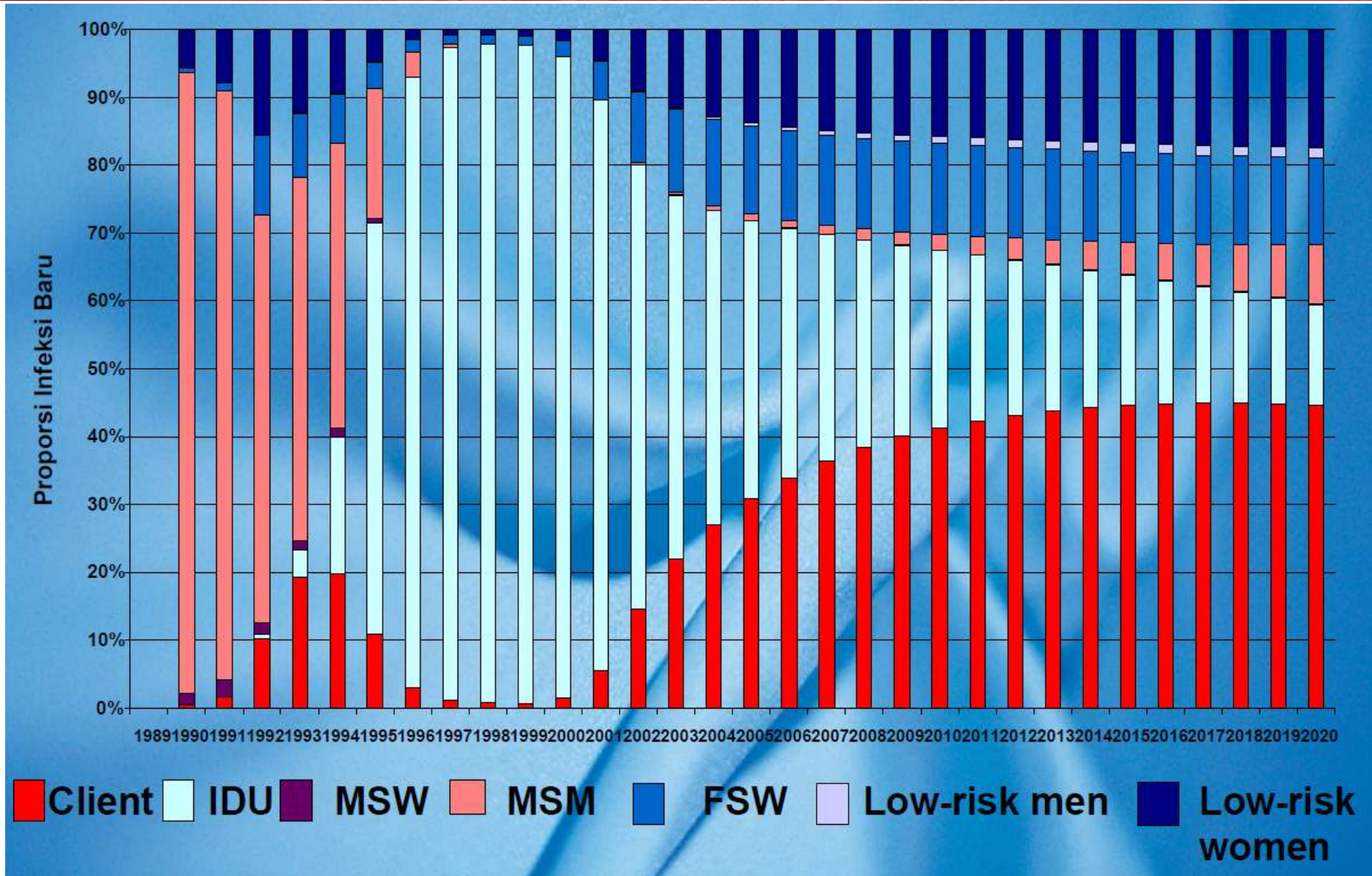
- › Continent le plus touché : 2/3 des personnes infectées dans le monde.
- › Transmission du VIH essentiellement hétérosexuelle et dans une moindre périnatale.
- › Les femmes sont plus touchées que les hommes.
- › Grande hétérogénéité :
 - » Afrique australe : épidémies généralisées voire hyper-endémiques.
 - » Afrique de l'Ouest : certains pays, comme le Sénégal, présentent une épidémie de type concentrées tandis qu'elle est généralisée pour d'autres comme la côte d'Ivoire.
- › Il ne faut pas oublier qu'il existe aussi des groupes particulièrement vulnérables : travailleur(se)s du sexe, homosexuels masculins, consommateurs de drogues injectables (plutôt à l'Est et au Sud)...
- › Prévalences du VIH en voie de stabilisation, voire en baisse, dans certains pays.

Asie



- › Les épidémies asiatiques sont majoritairement de type concentrée et ont commencé plus tardivement qu'en Europe.
- › Il s'agit de la deuxième région la plus touchée (15 % des personnes infectées) du fait de sa population considérable.
- › L'épidémie s'est initialement diffusée en grande partie parmi les travailleuses du sexe (TS) et leurs clients.
- › Certains pays comme la Thaïlande ont mené une politique efficace parmi cette population.
- › Les consommateurs de drogues injectables (CDI) constituent un des moteurs actuels des épidémies asiatiques avec les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HSH).

Évolutions de l'épidémie en Indonésie



Amérique Latine

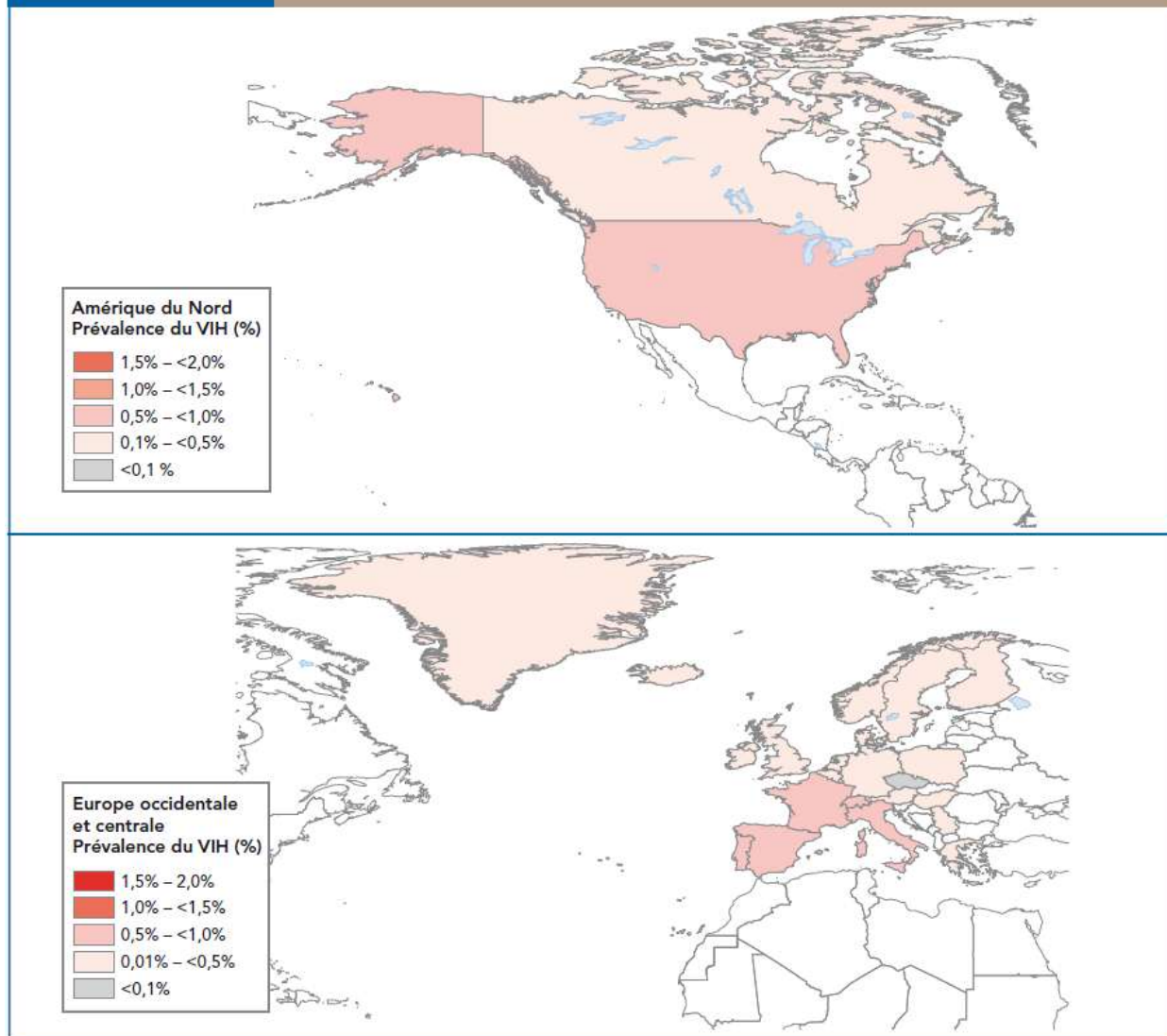


- › Épidémies essentiellement concentrées.
- › Historiquement, diffusion parmi les homosexuels masculins et les professionnels du sexe et, dans une moindre mesure, parmi les usagers de drogues injectables.
- › L'épidémie se diffuse parmi la population générale : la part des femmes est en augmentation.
- › Dans l'ensemble, les niveaux d'infection ont peu changé depuis dix ans.

Amérique du Nord et Europe occidentale

FIGURE 2.19

Prévalence du VIH (%) chez les adultes en Amérique du Nord et en Europe occidentale et centrale

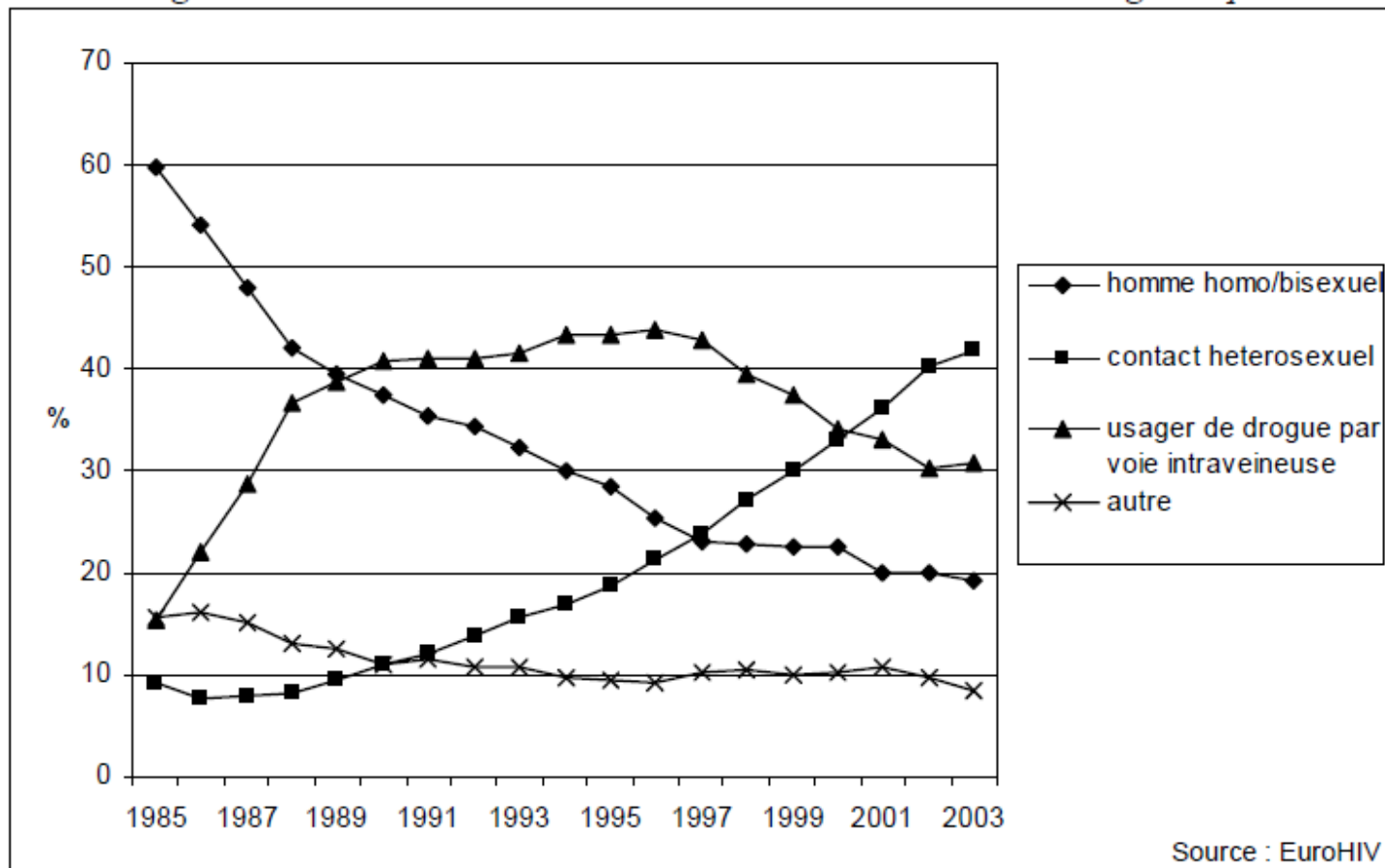


Amérique du Nord et Europe occidentale

- › Historiquement, développement de l'épidémie parmi les homosexuels masculins, puis parmi les usagers de drogues injectables.
- › L'épidémie a été relativement contrôlée parmi les UDI. Par contre, elle augmente à nouveau parmi les HSH.
- › La part des femmes a sensiblement augmentée pour atteindre 1/3 des nouvelles infections.
- › En Europe, la part des migrants dans l'épidémie ne cesse d'augmenter.

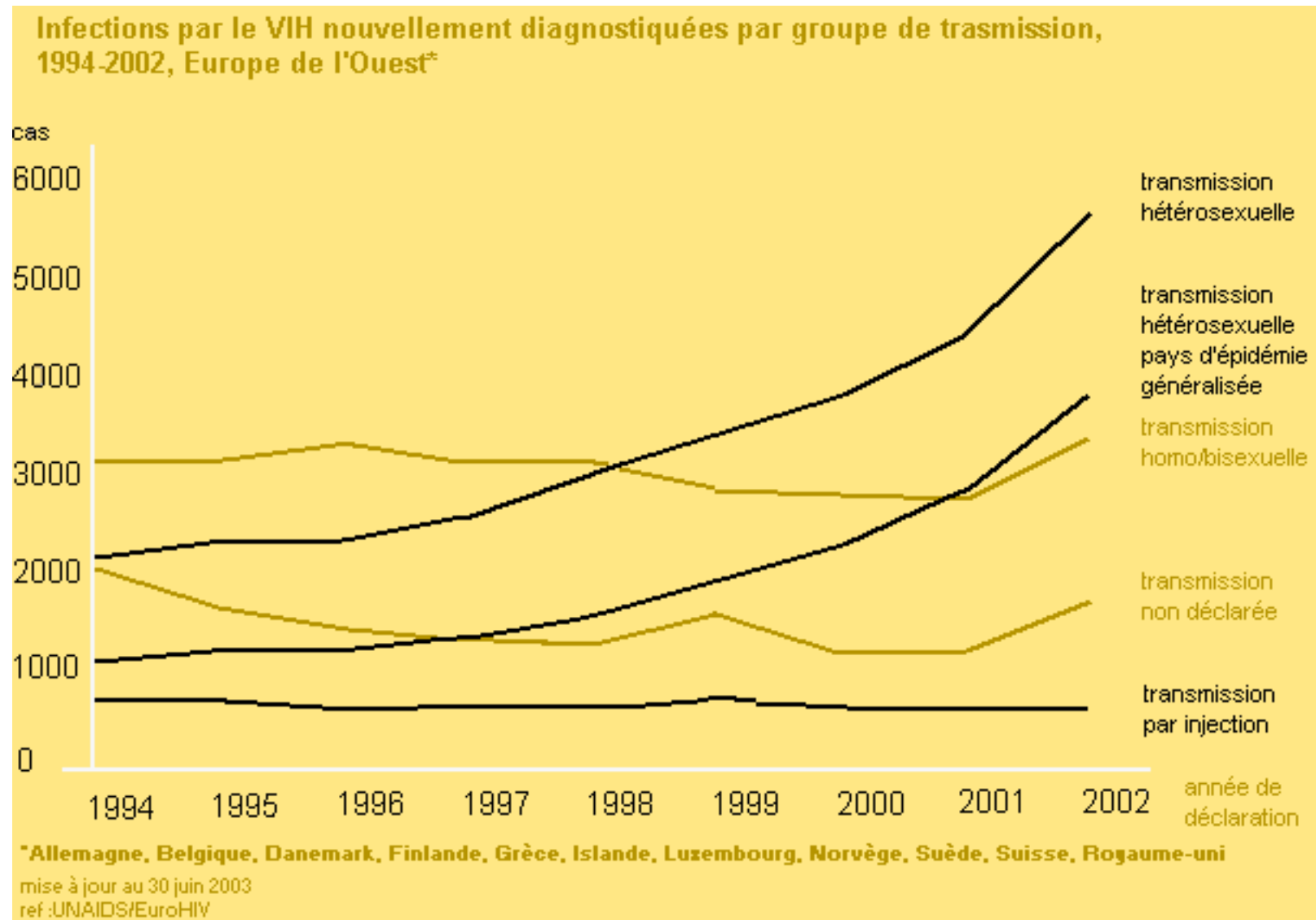
Union Européenne

Graphique 1: Part des catégories de transmission dans les cas de SIDA nouvellement diagnostiqués 1985-2003, UE-25



Sans Chypre et Malte, 2002 et 2003 : sans les Pays Bas

Augmentation de la part des migrants



Les autres régions en bref :

- › Les Caraïbes, deuxième région la plus touchée (en proportion) après l'Afrique (en particulier Haïti et la Jamaïque).
- › En Europe Orientale et Asie Centrale, des épidémies diverses, avec un développement récent et rapide de l'épidémie en Russie et en Ukraine (problème des coïnfections tuberculose – VIH).
- › Au Moyen Orient et en Afrique du Nord, des épidémies encore à leur début, possibles à stopper, mais qui demandent une grande vigilance : rôle important de la transmission par consommation de drogues injectables.

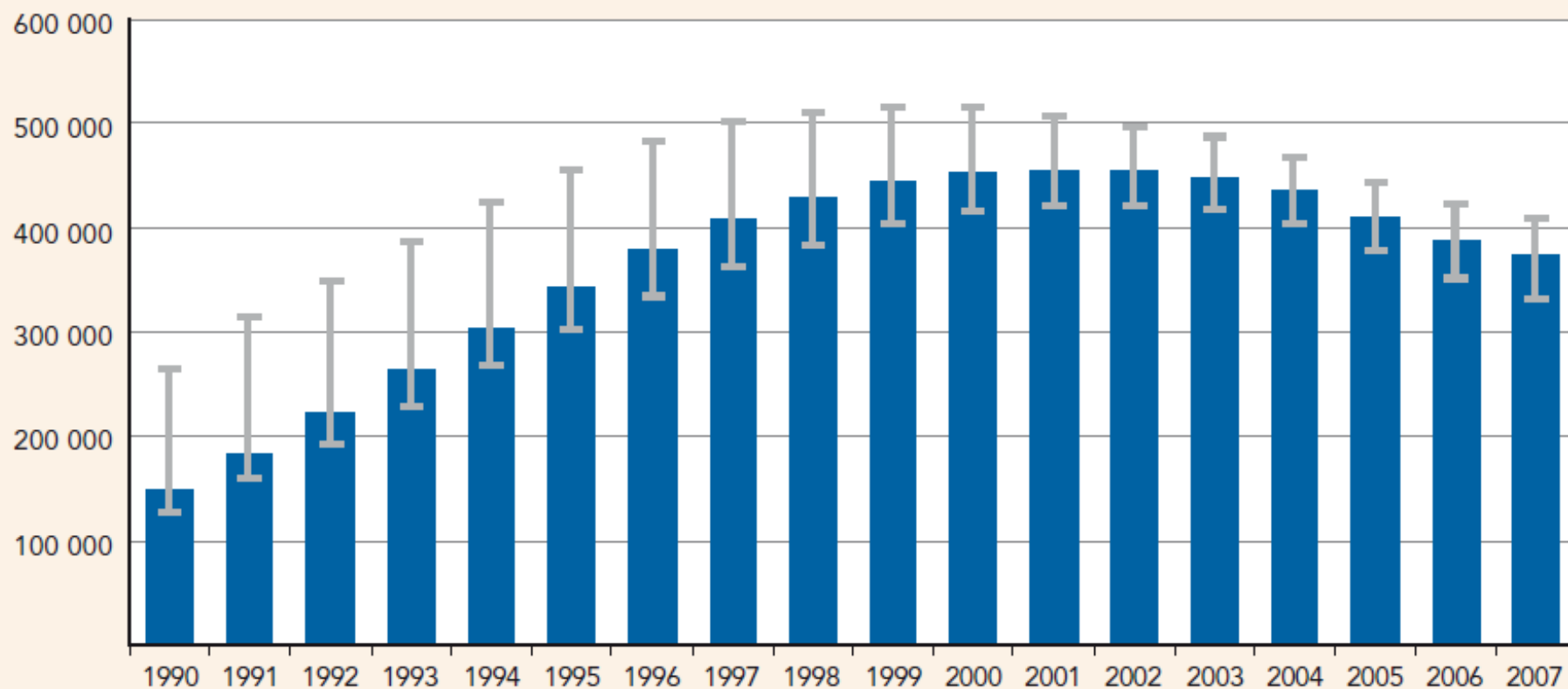
Une épidémie qui touche les femmes

Source : rapport ONUSIDA 2008

Infections chez les enfants

FIGURE 2.6

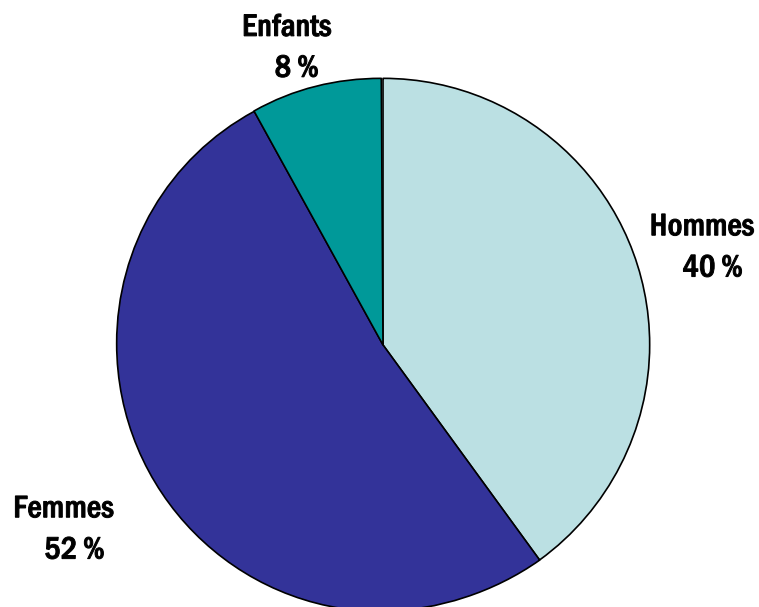
Nouvelles infections à VIH chez les enfants, 1990-2007



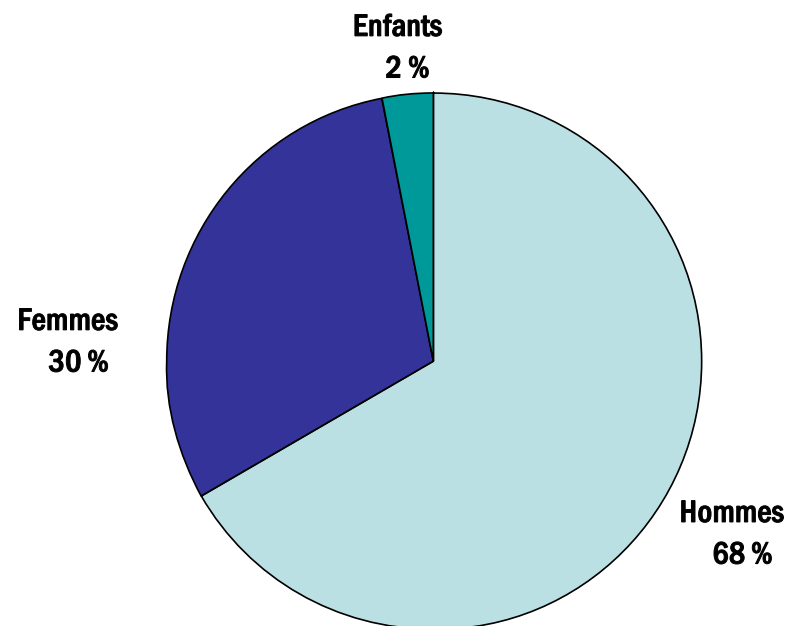
Une spécificité africaine

Composition de la population infectée, 2003

Afrique sub-saharienne

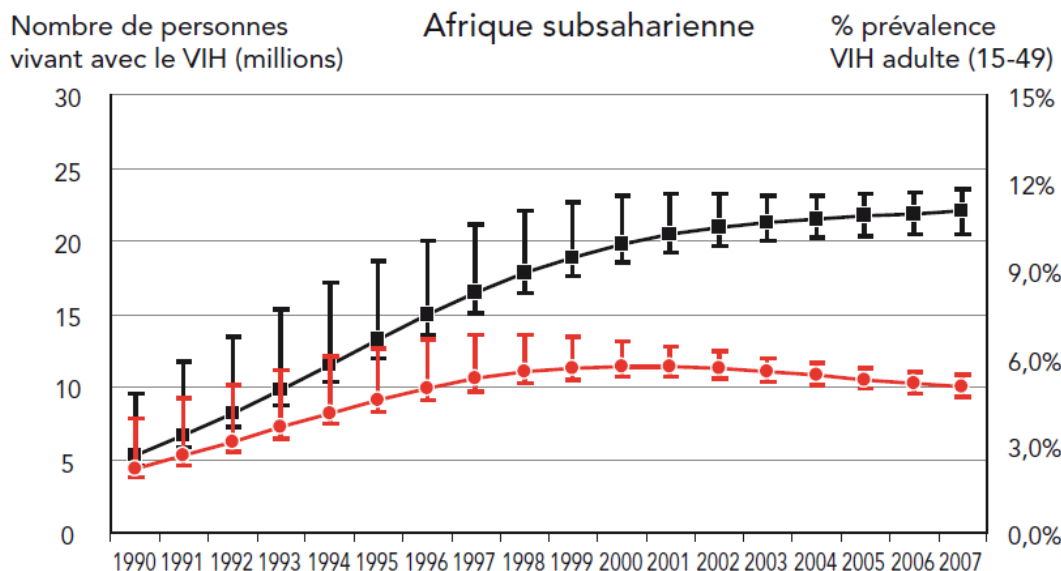
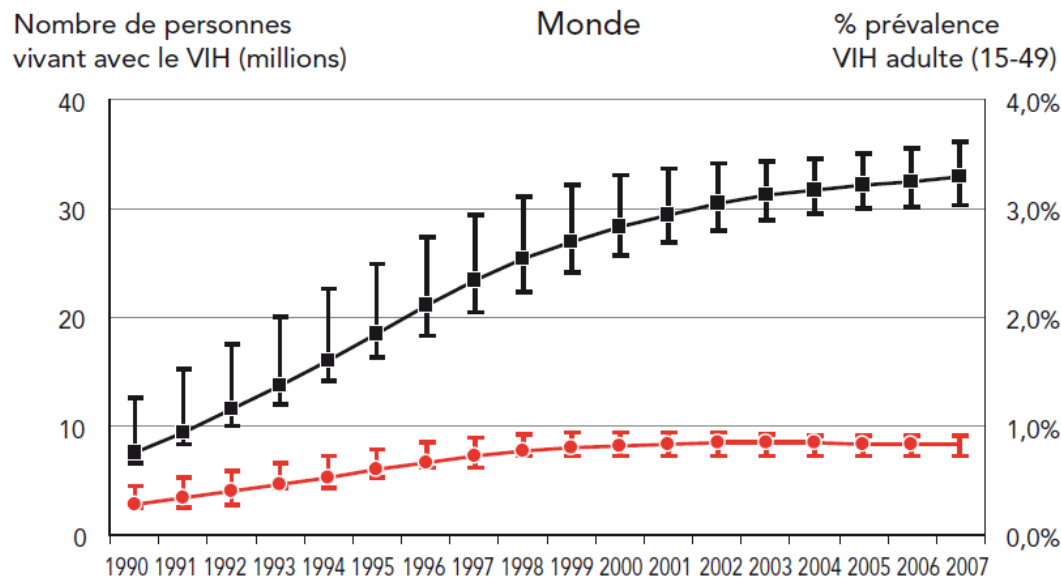


Reste du monde



Source : Onusida, *2004 Rapport sur l'épidémie mondiale de SIDA*.

Évolutions de l'épidémie dans le monde



- Nombre de personnes vivant avec le VIH (millions)
- % prévalence VIH adulte (15-49)
- I Ces lignes indiquent la fourchette entourant l'estimation

Source : rapport ONUSIDA 2008

3. Impact démographique

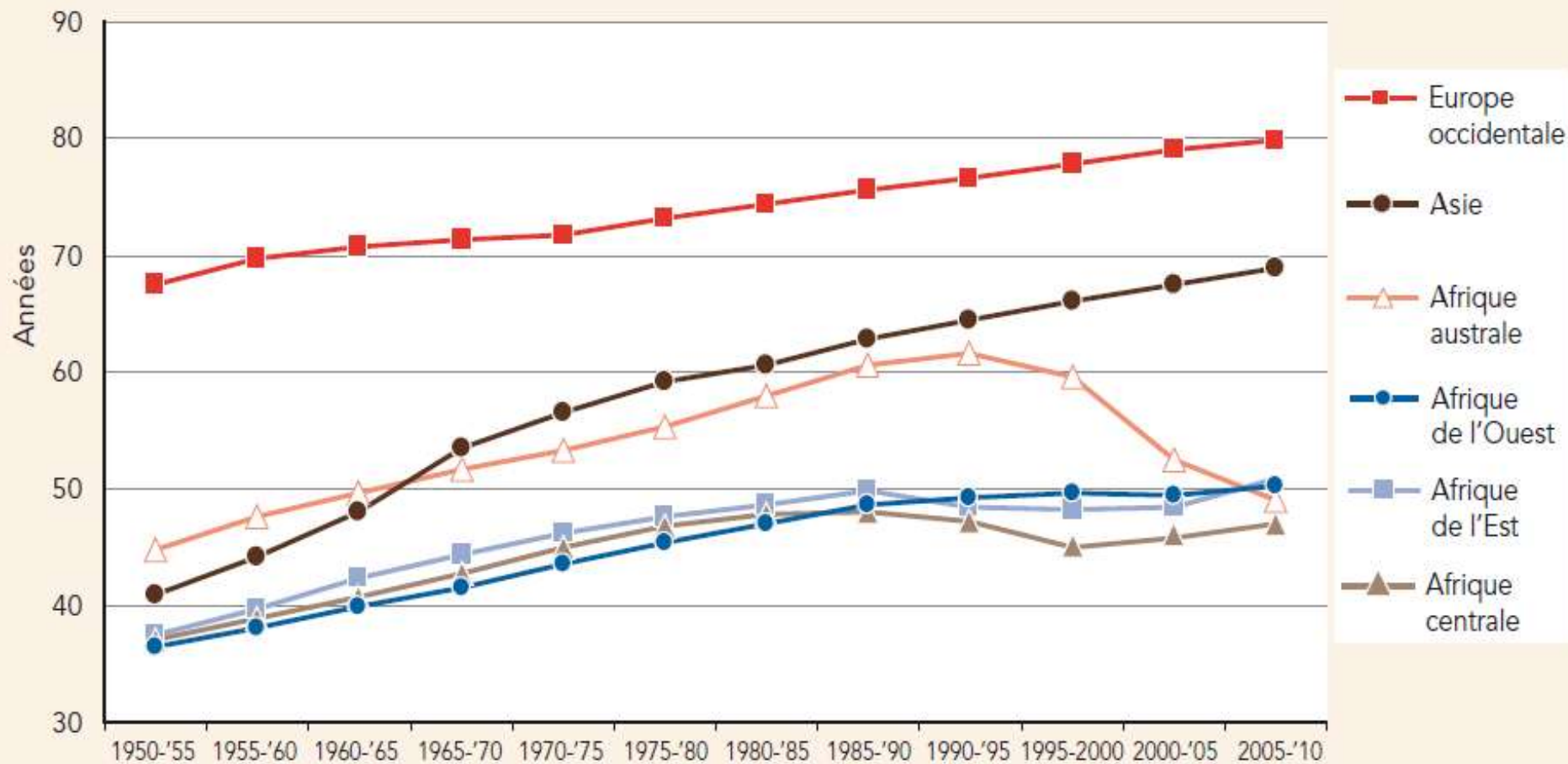
- › Liées au niveau de prévalence :
 - » à cause de l'inertie des populations, on observe des conséquences sur les indicateurs démographiques lorsque la prévalence est forte.

- › Conséquences sur :
 - » La mortalité
 - » La fécondité
 - » La structure des populations

Espérance de vie à la naissance

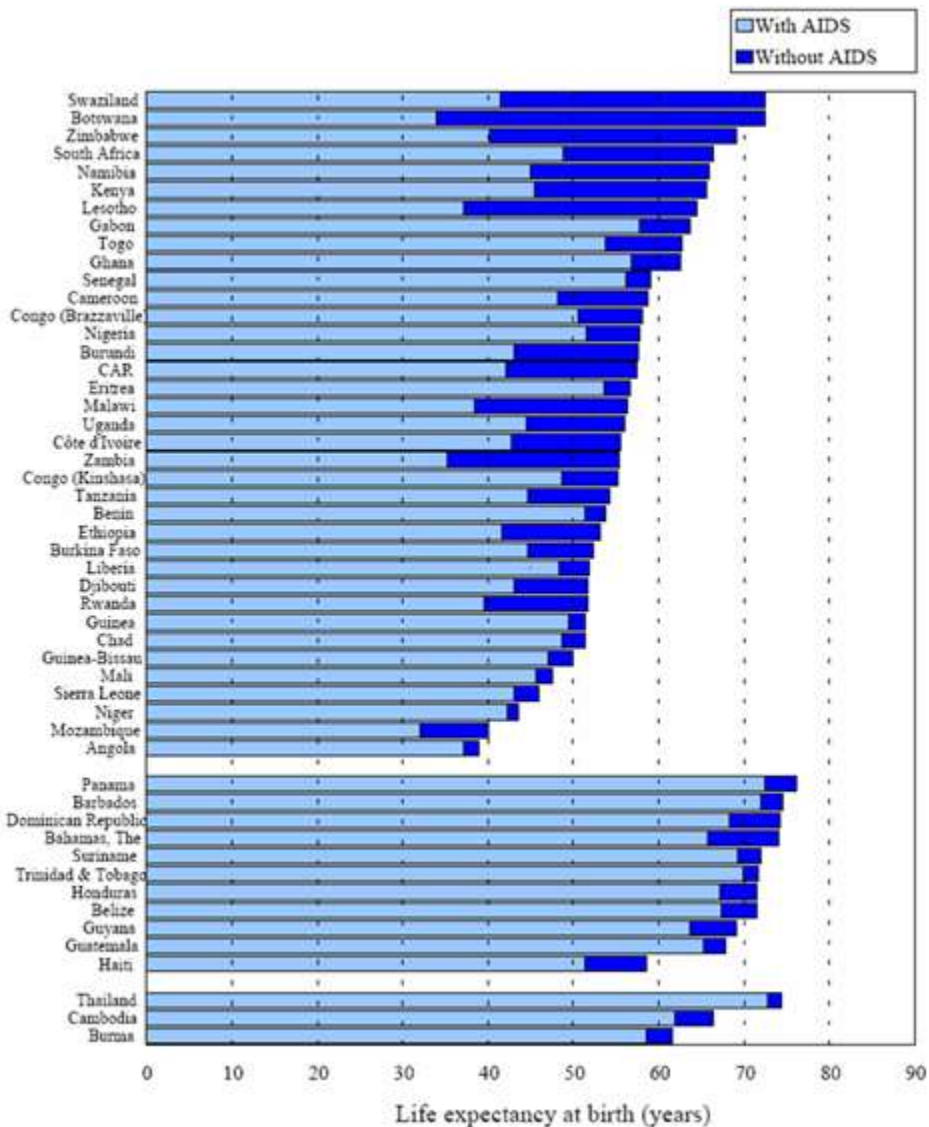
FIGURE 2.11

Espérance de vie à la naissance, régions choisies, 1950-1955 à 2005-2010



Source: Division de la Population du Département des Affaires économiques et sociales du Secrétariat des Nations Unies, World Population Prospects. The 2006 Revision, <http://esa.un.org/unpp>

Impact sur la mortalité



Espérance de vie à la naissance avec et sans sida en 2002

Source : US Census Bureau

Impact sur la fécondité

› Facteurs de décroissance :

- » Baisse de fécondité due au VIH lui-même
- » Augmentation de la stérilité due aux autres IST
- » Séropositivité des hommes et leur mortalité
- » Réduction de la fréquence des rapports sexuels des malades
- » Augmentation des avortements spontanés
- » Augmentation des désordres menstruels
- » Augmentation des divorces et des séparations
- » Réduction du nombre de partenaires
- » Utilisation du préservatif
- » Diminution du désir d'enfants (peur)

› Facteurs de croissance :

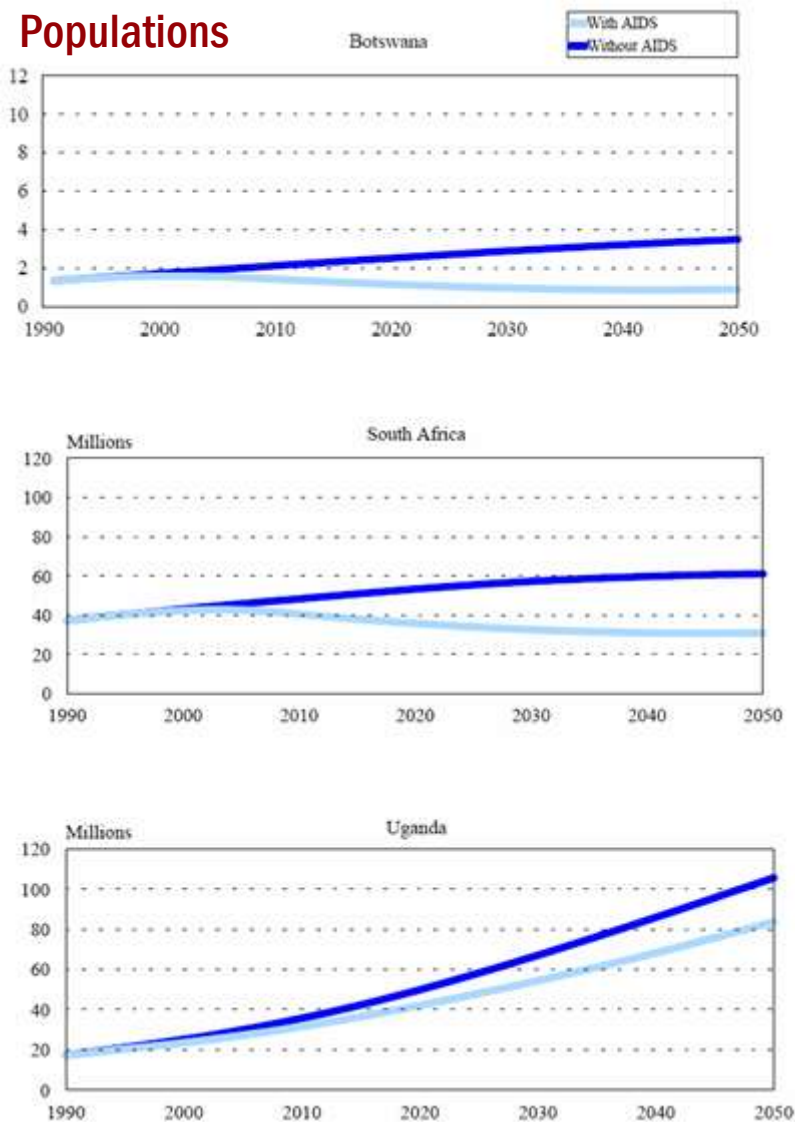
- » Traitements des autres IST
- » Réduction de l'allaitement maternel
- » Réduction de l'abstinence post-partum
- » Augmentation de la mortalité infanto-juvénile
- » Augmentation du désir d'enfants (remplacement)

› Estimation :

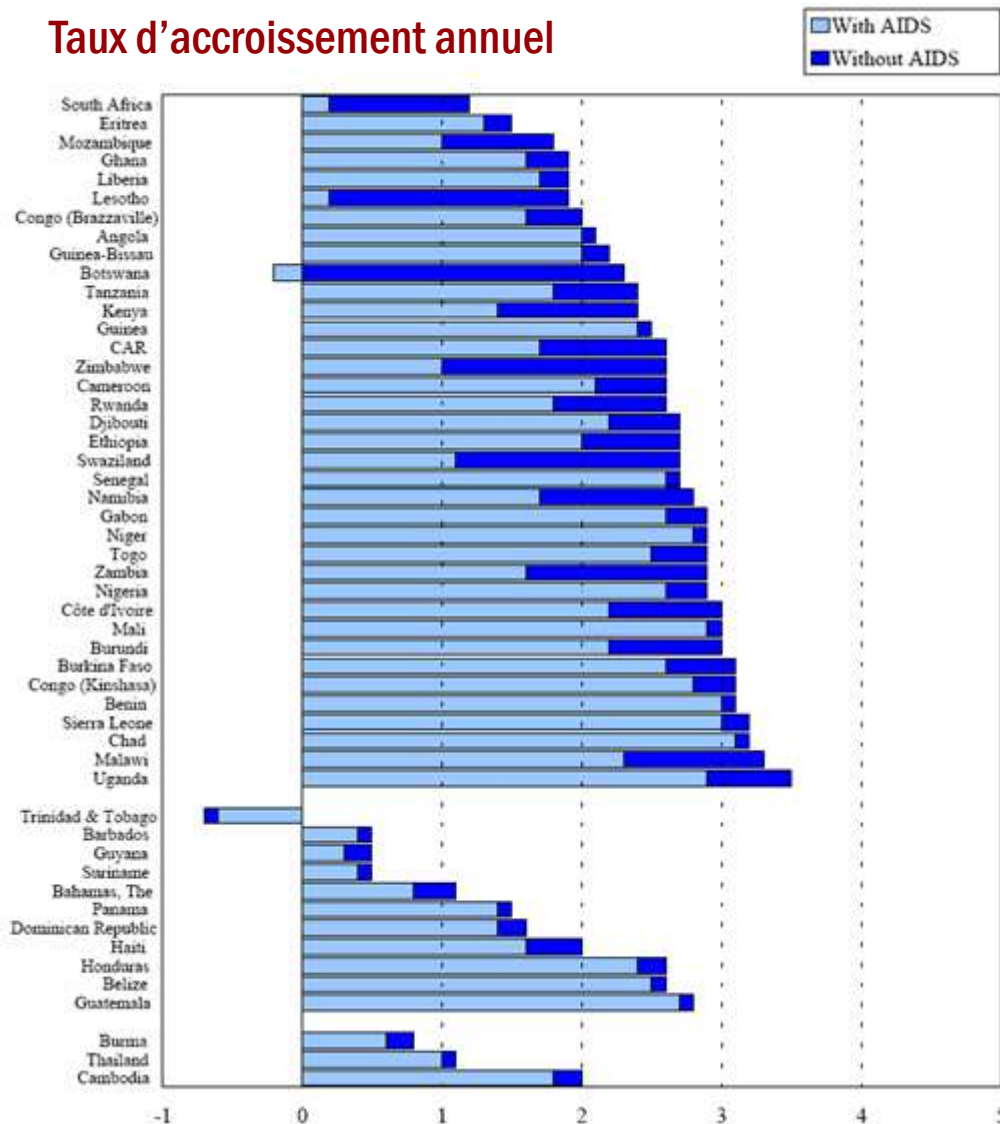
- » **diminution de 4% de la fécondité lorsque 10% de la population est infectée**

Impact sur la croissance

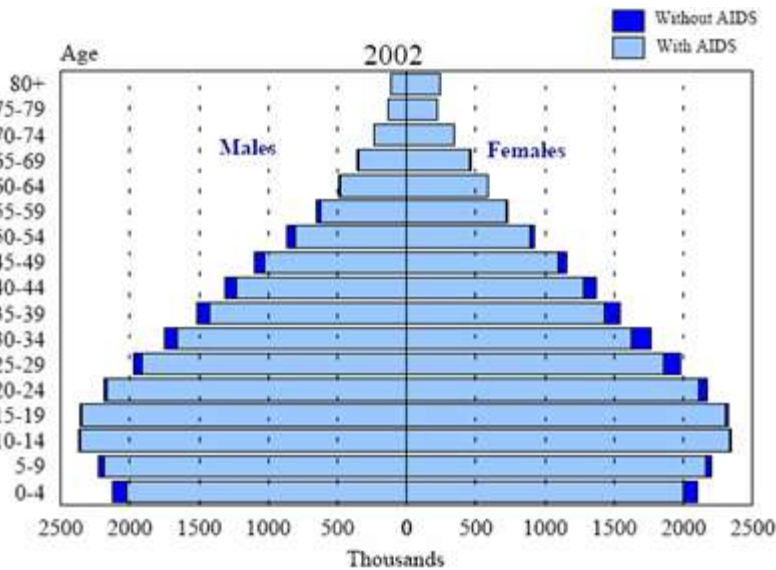
Populations



Taux d'accroissement annuel

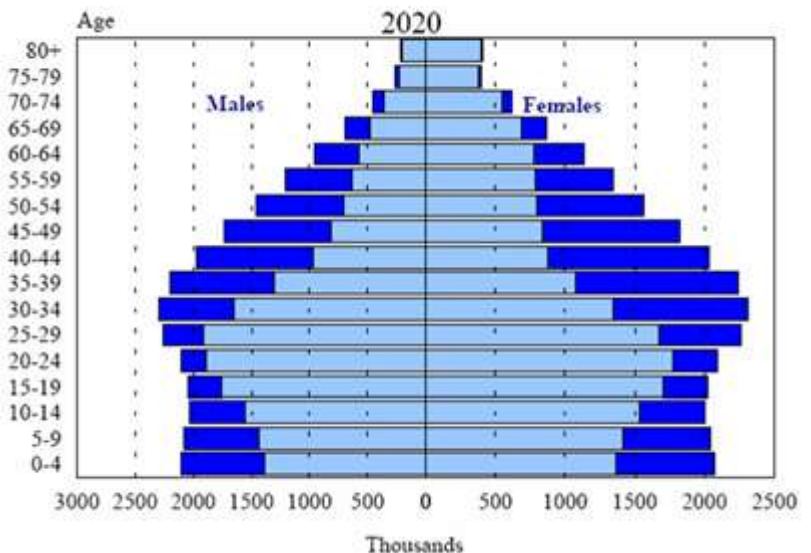
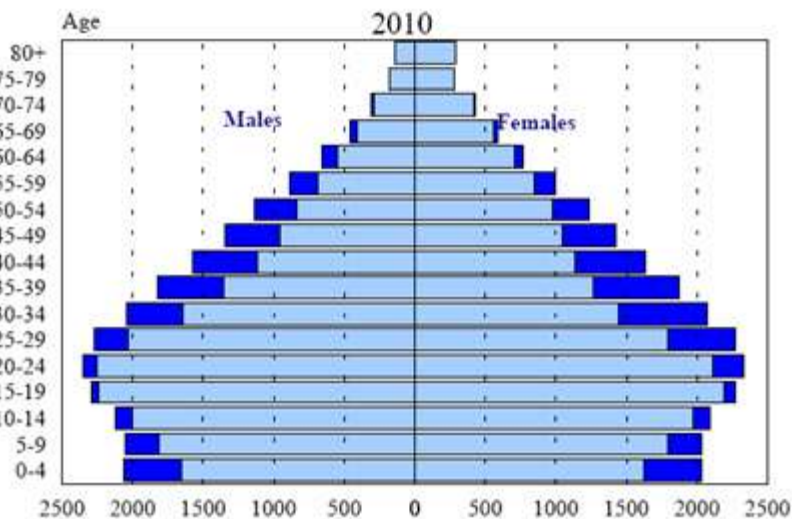


Impact sur la structure démographique



Afrique du Sud 2002, 2010 et 2020

Source : US Census Bureau



Le sida déstructure les populations

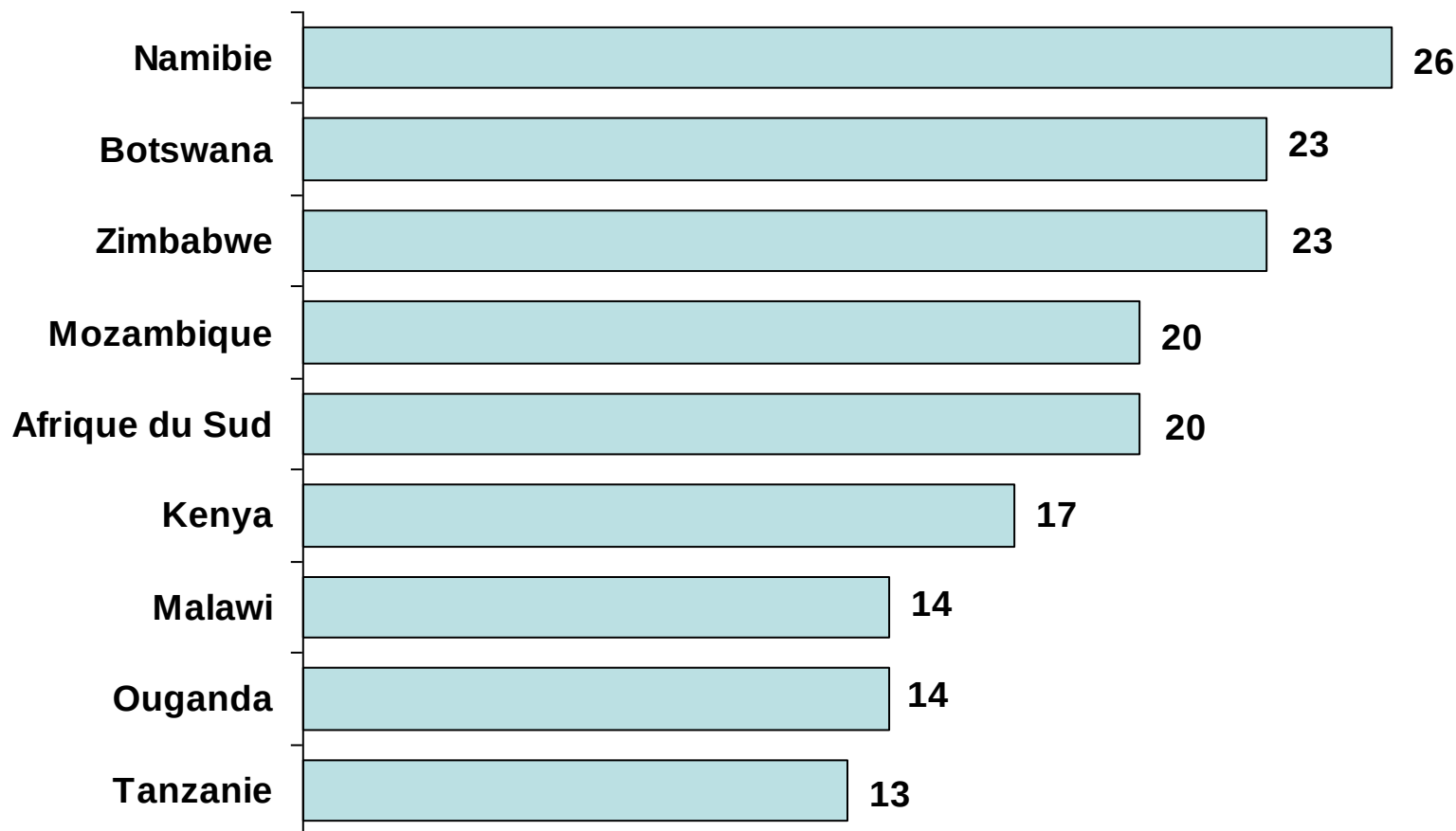
› **Classes d'âges touchées**

- » Adultes 16-40 ans :
force de travail et force de procréation
- » Jeunes enfants

Sida : impact sur l'agriculture africaine

Perte de main d'œuvre agricole due au VIH/sida, 1985-2020 (Projection)

Pourcentage



Source : Fonds pour l'Alimentation et l'Agriculture (FAO), « SIDA — Menace pour l'Afrique rurale : fiche de données » (www.fao.org/focus/e/aids/aids6-e.htm, consulté le 12 juillet 2002).

Conséquences du sida sur une famille africaine

- › Le sida affecte en général le chef de ménage et/ou son épouse
- › Perte de revenus pour la famille (diminution de la force de travail)
- › Dépenses très élevées :
 - » Coût des traitements
 - » Funérailles
- › + Risque de stigmatisation pour toute la famille

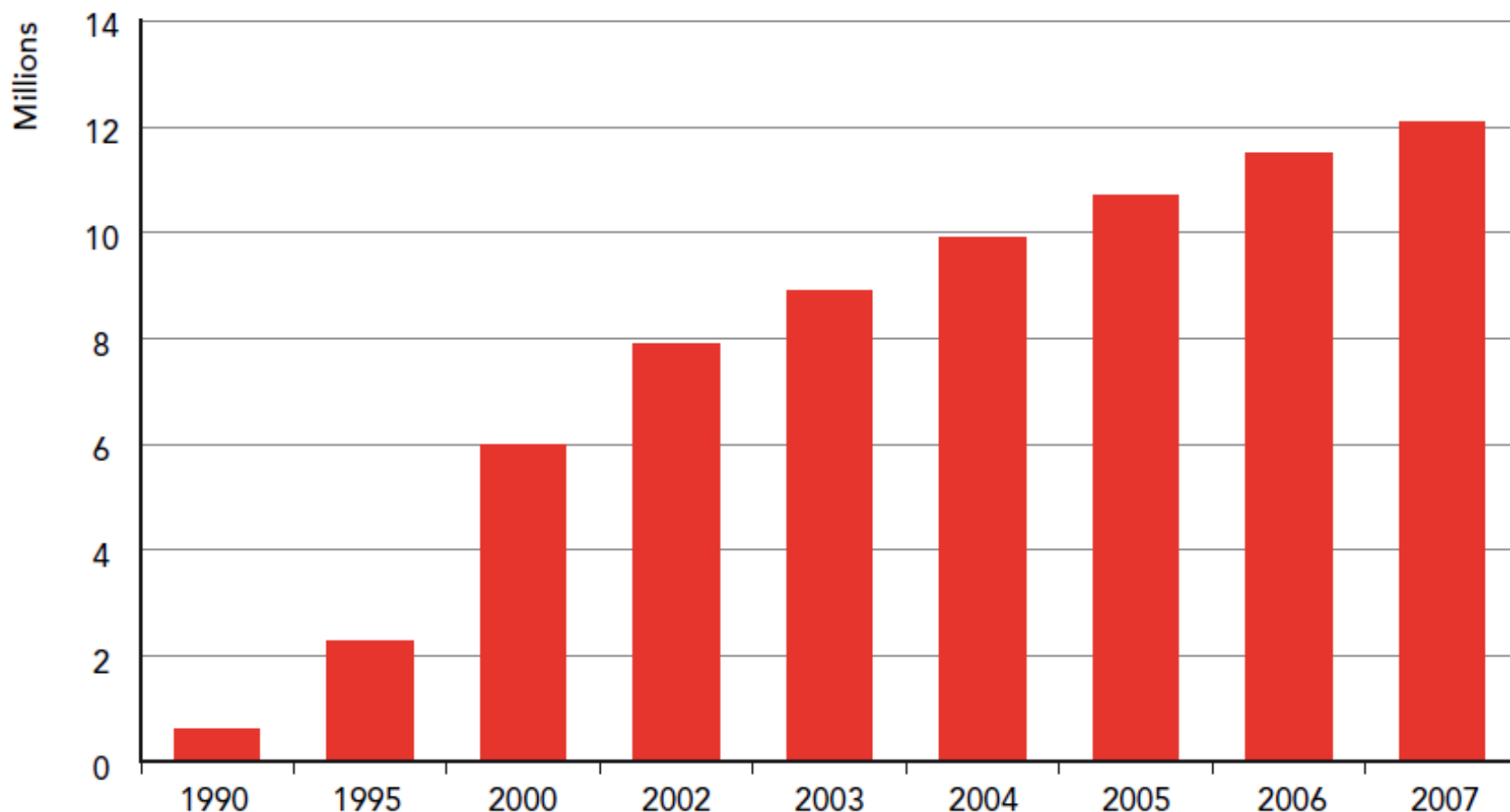
Les enfants orphelins à cause du sida (Afrique)

- › Ménages appauvris par le sida : risque de déscolarisation
- › Risque de spoliation de la terre par la famille paternelle au décès du père
- › Le système de solidarités familiales (*confiage* des enfants) est débordé par le nombre croissant d'orphelins ➔ de plus en plus de foyers dirigés par des enfants.
- › Le nombre d'orphelins ne cesse d'augmenter.

Nombre d'orphelins en Afrique

FIGURE 6.2

Nombre estimé d'enfants de moins de 18 ans rendus orphelins à cause du sida en Afrique subsaharienne (1990–2007)

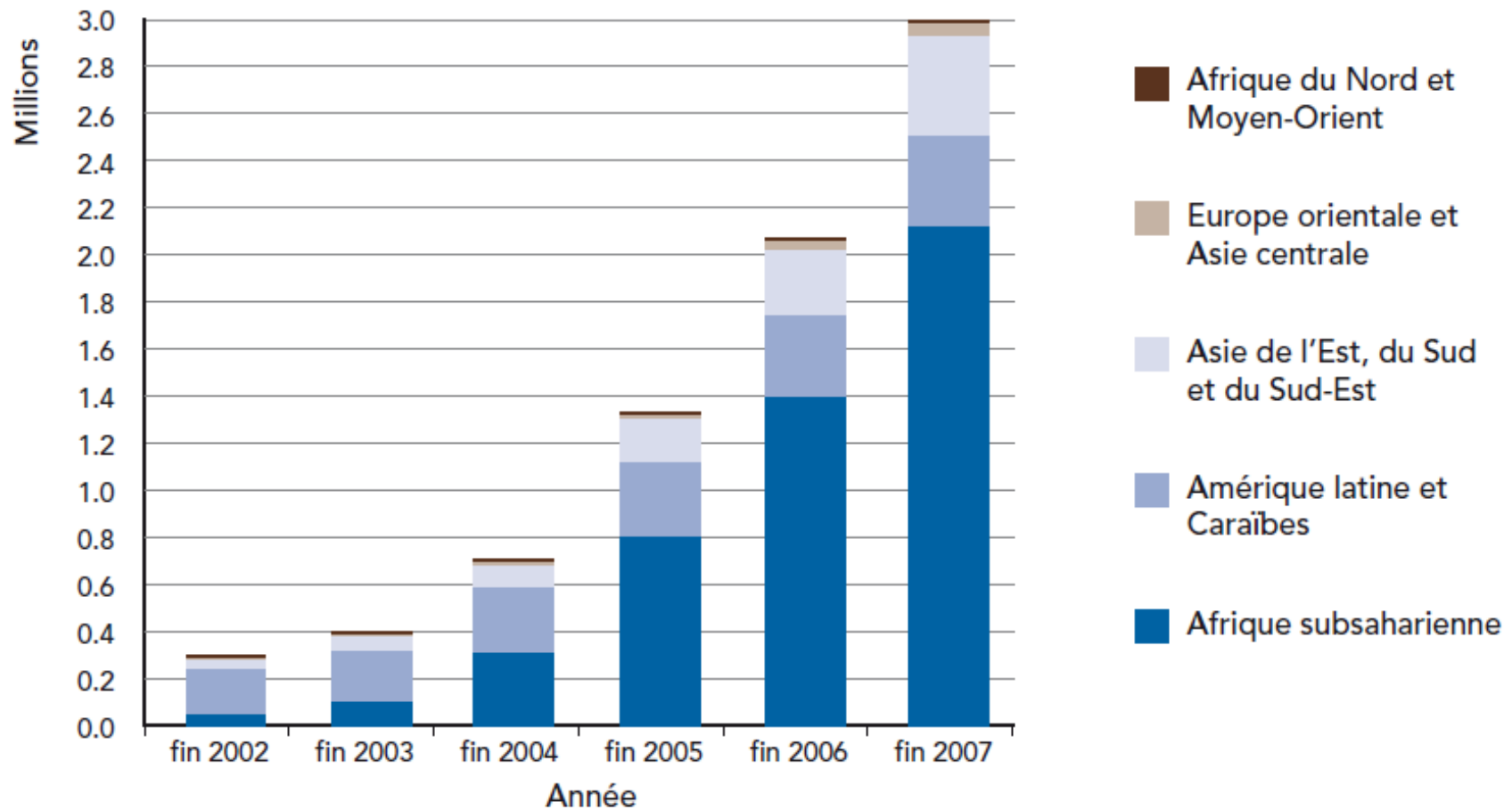


Source: Estimations non publiées ONUSIDA/OMS, 2007.

4. L'accès universel aux traitements

FIGURE 5.2

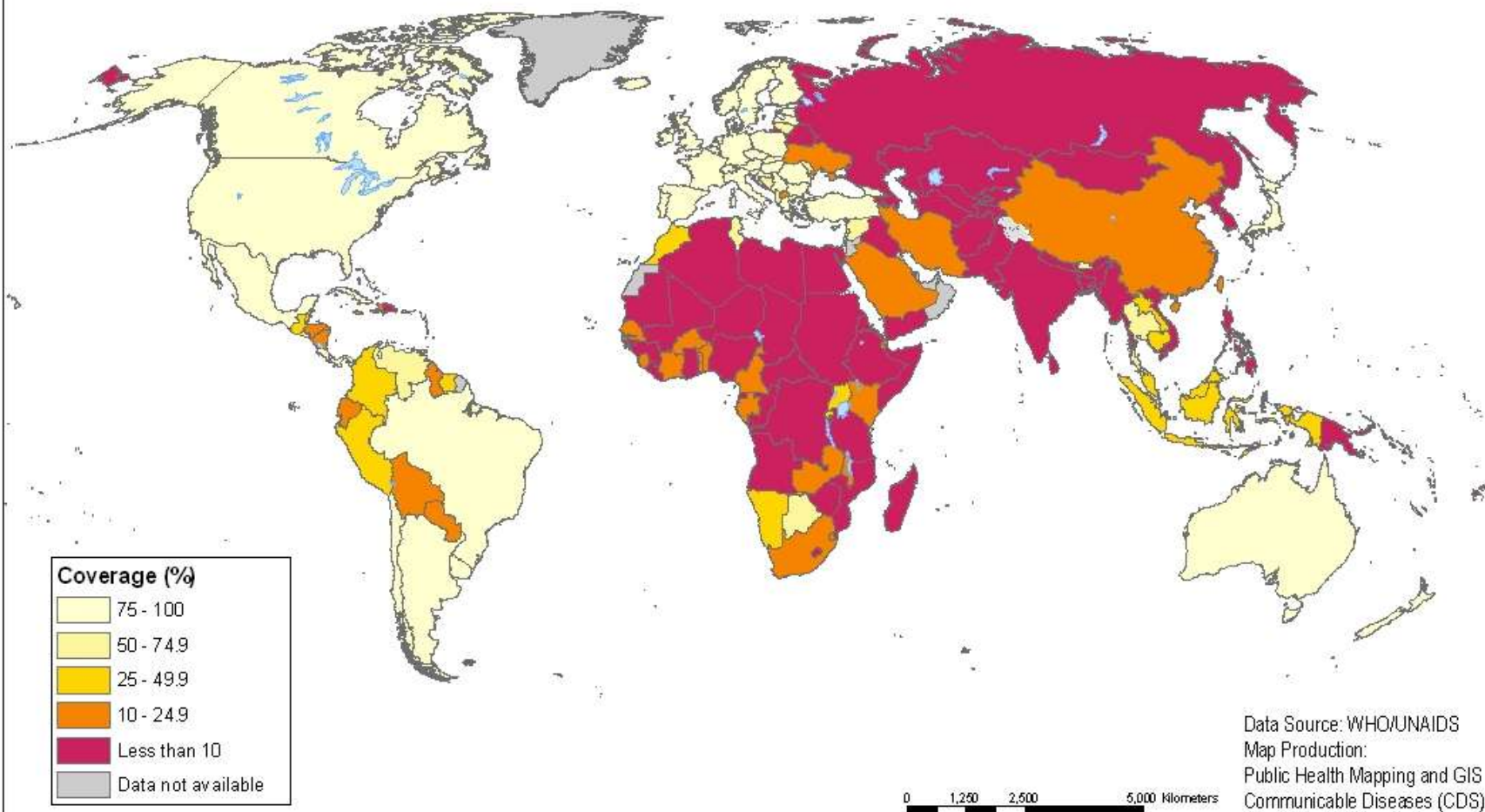
Nombre de personnes sous traitement antirétroviral dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, 2002-2007



Source: Données fournies par l'ONUSIDA et l'OMS, 2008.

Couverture des ARV

Estimated percentage of people on antiretroviral therapy among those in need, situation as of June 2005



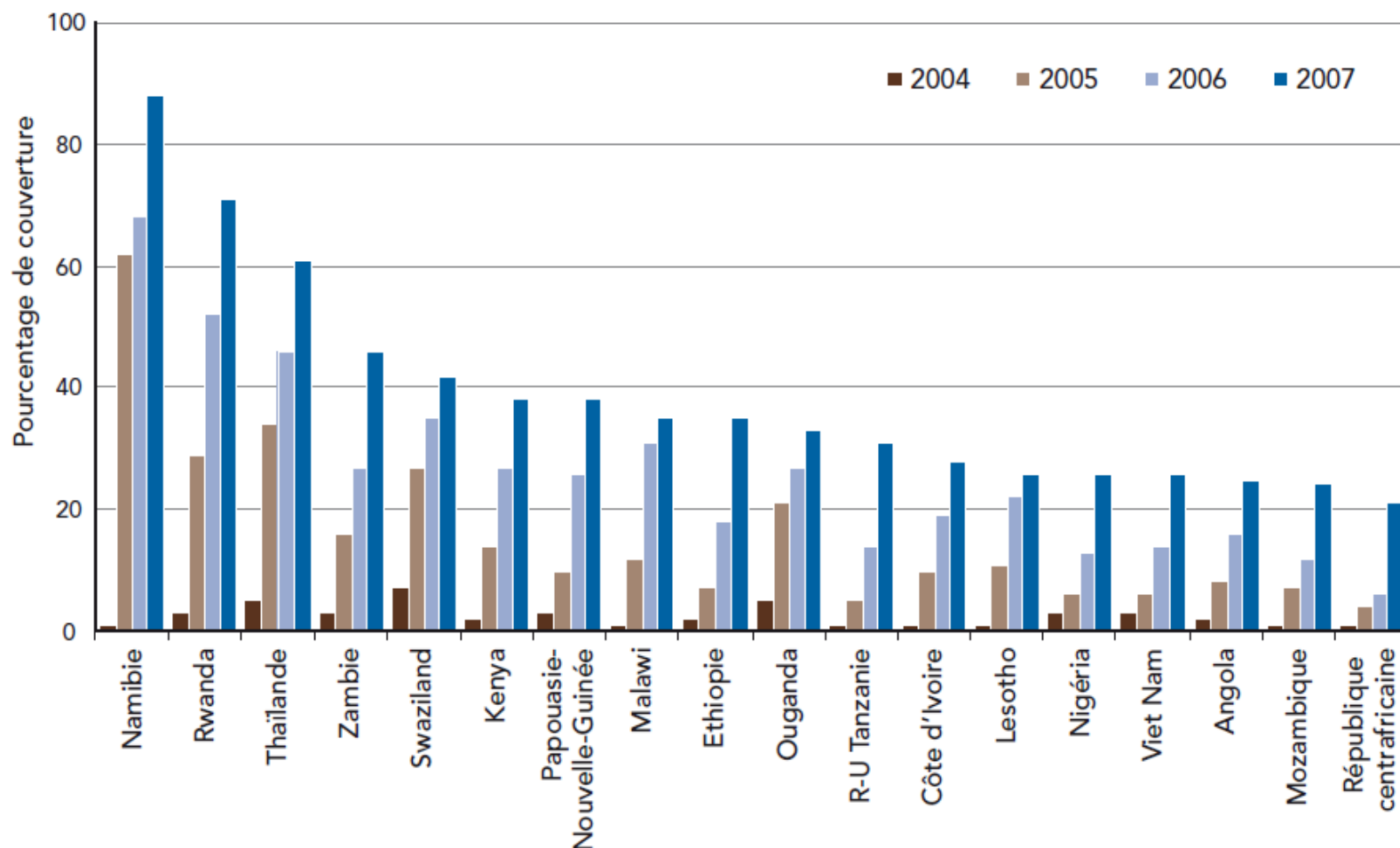
The boundaries and names shown and the designations used on this map do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the World Health Organization concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries. Dotted lines on maps represent approximate border lines for which there may not yet be full agreement.

Data Source: WHO/UNAIDS
Map Production: Public Health Mapping and GIS Communicable Diseases (CDS) World Health Organization
© WHO 2005. All rights reserved

Intensification de la couverture

FIGURE 5.4

Intensification de la couverture antirétrovirale dans le temps, dans un groupe choisi de pays connaissant des épidémies généralisées et concentrées, 2004-2007

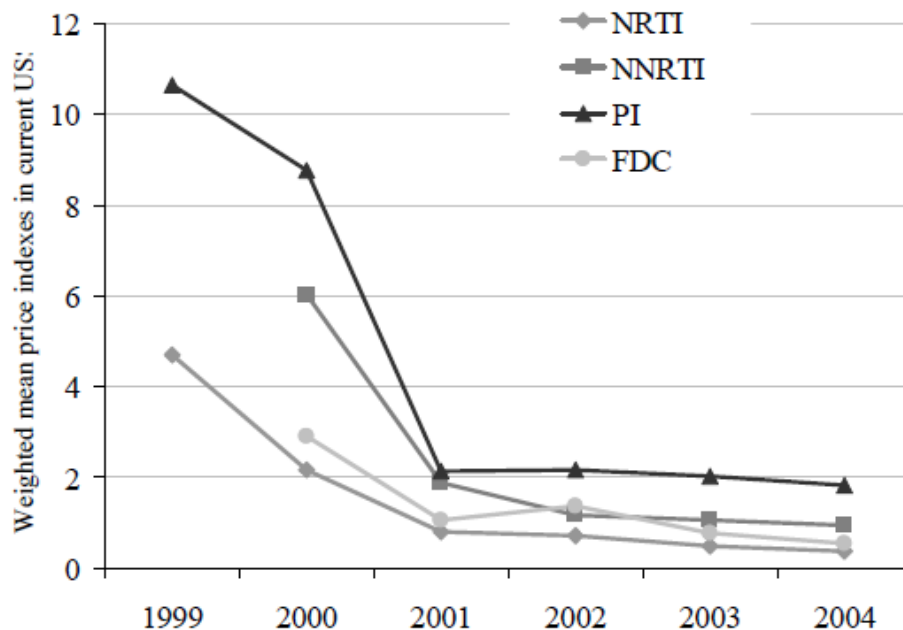


Source: Rapports d'activités des pays, UNGASS 2008.

Baisse du prix des ARV

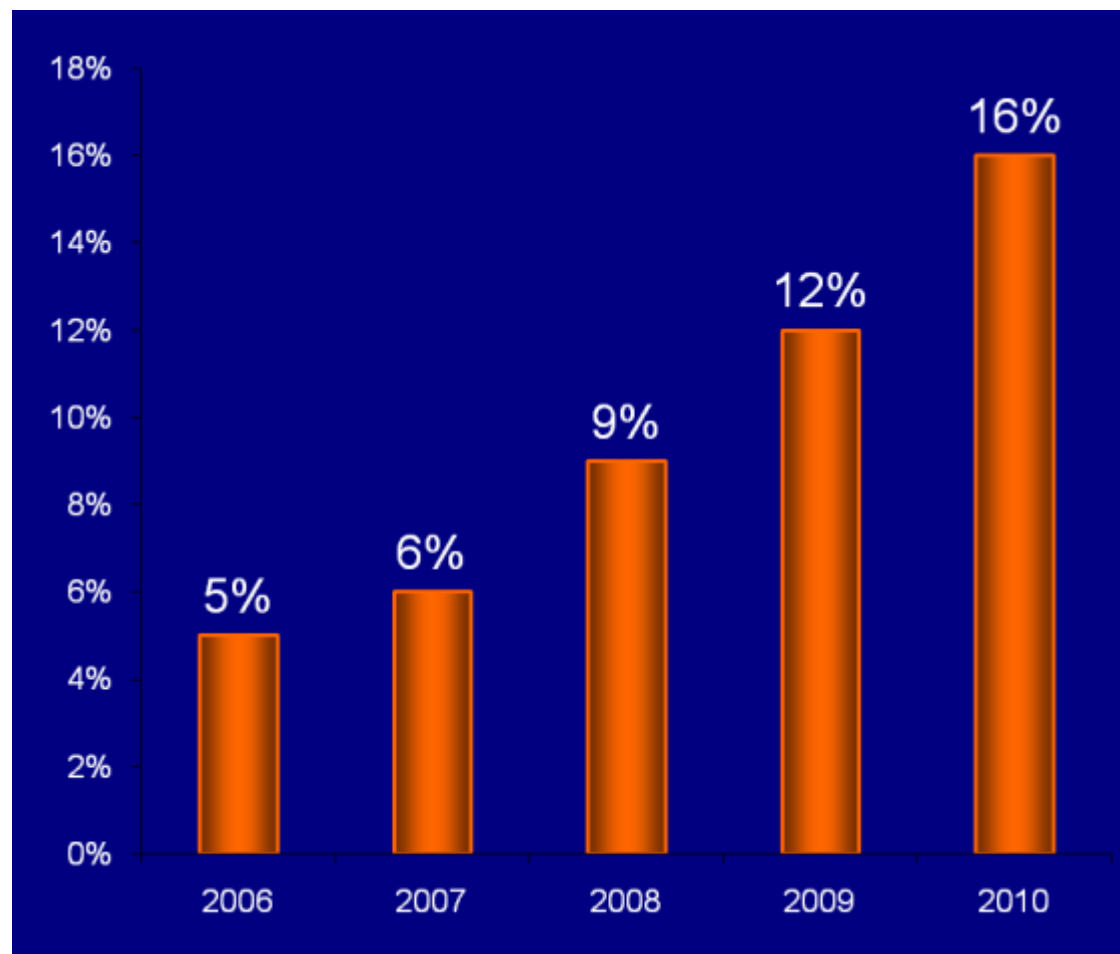
Figure 2 :

**Evolution des prix des ARV en \$ par dose quotidienne définie par classe thérapeutique
(tous les pays, transactions = 985)**



NRTI = Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitor ; NNRTI = Non-Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitor ; PI = Protease Inhibitor ; FDC = Fixed Dose Combination.

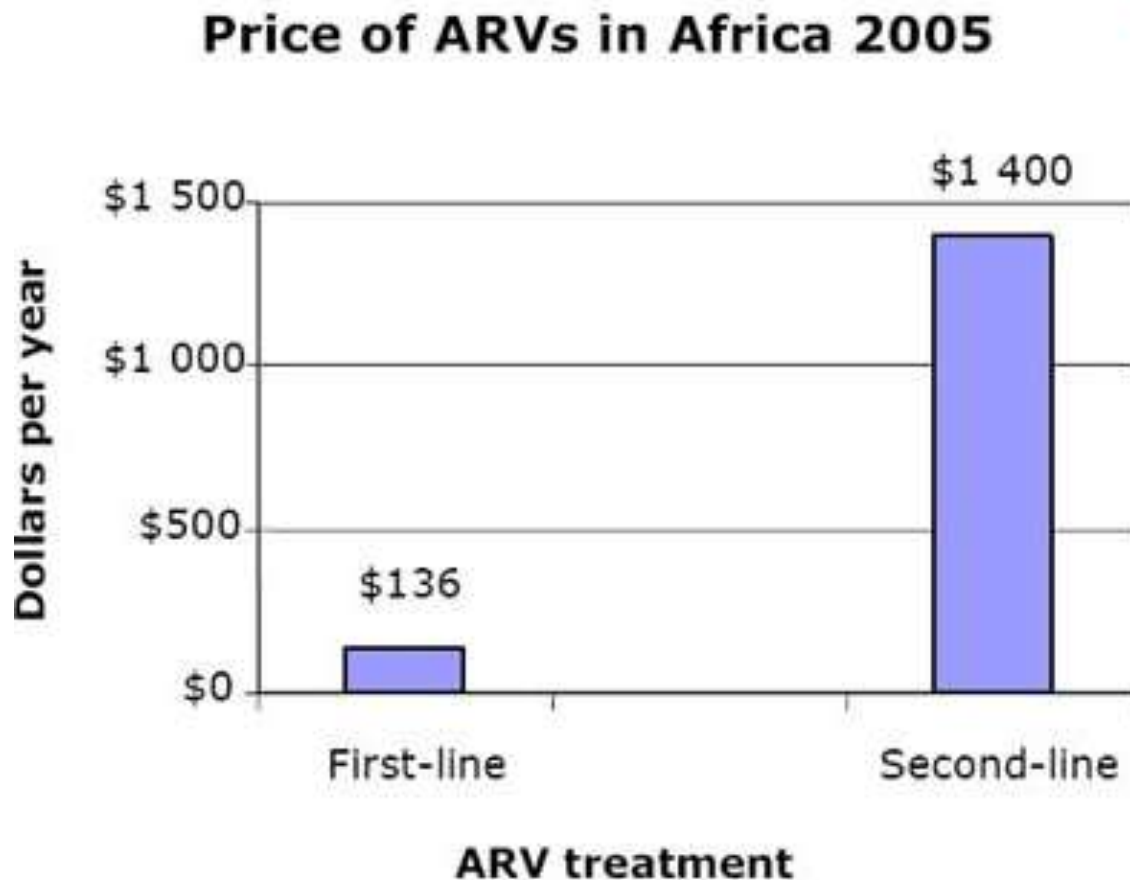
Proportion cumulée de patients débutant une 2^{ème} ligne



3 % en moyenne de taux de changement par an

Source : Renaud-Théry F, AIDS 2007

Coûts des traitements de seconde ligne

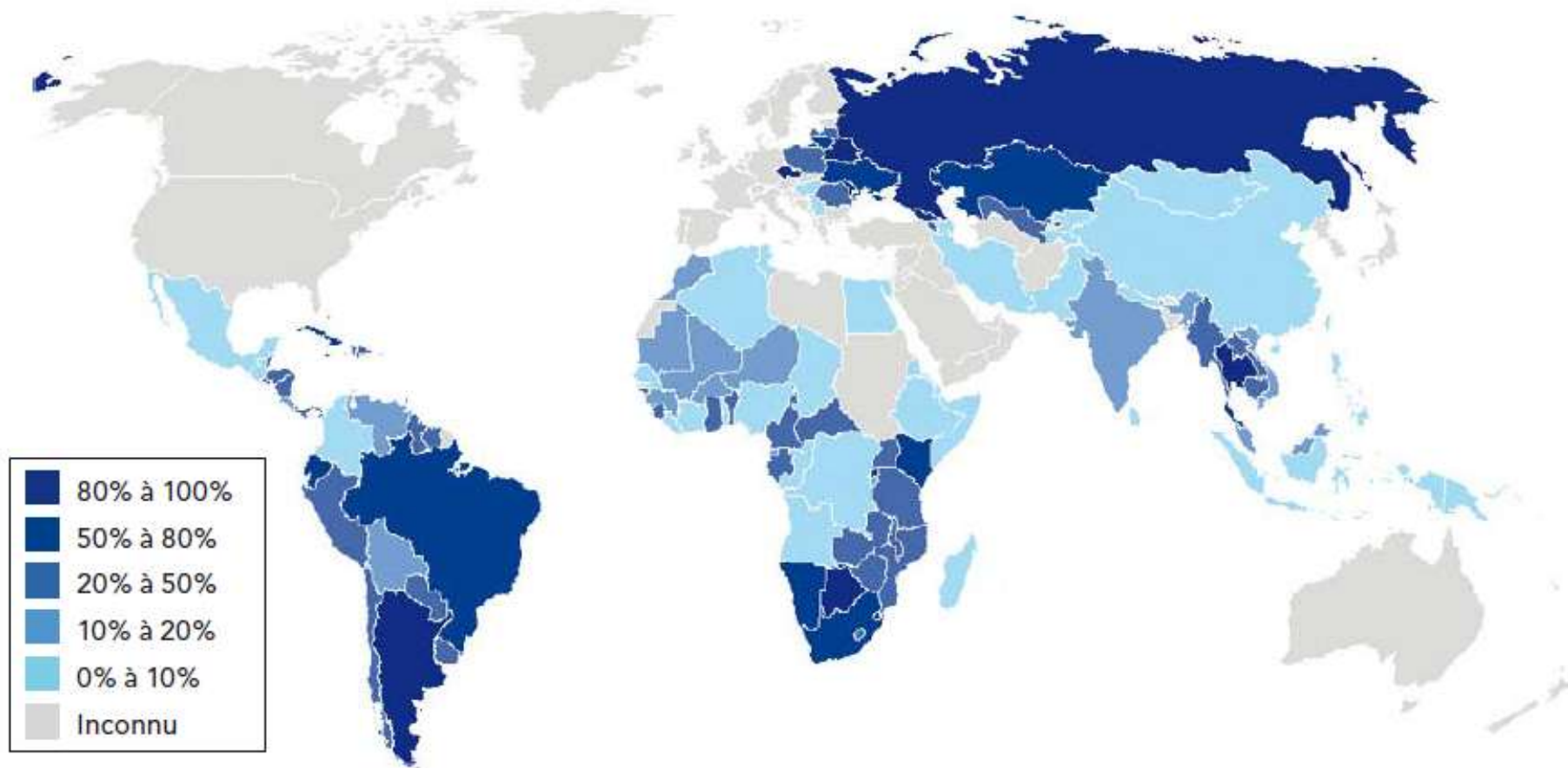


Le financement des traitements de seconde ligne constitue un enjeu majeur de l'accès universel aux traitements dans les années à venir.

Prévention de la Transmission Mère-Enfant

FIGURE 4.14

Pourcentage de femmes enceintes séropositives au VIH recevant un traitement antirétroviral, 2007

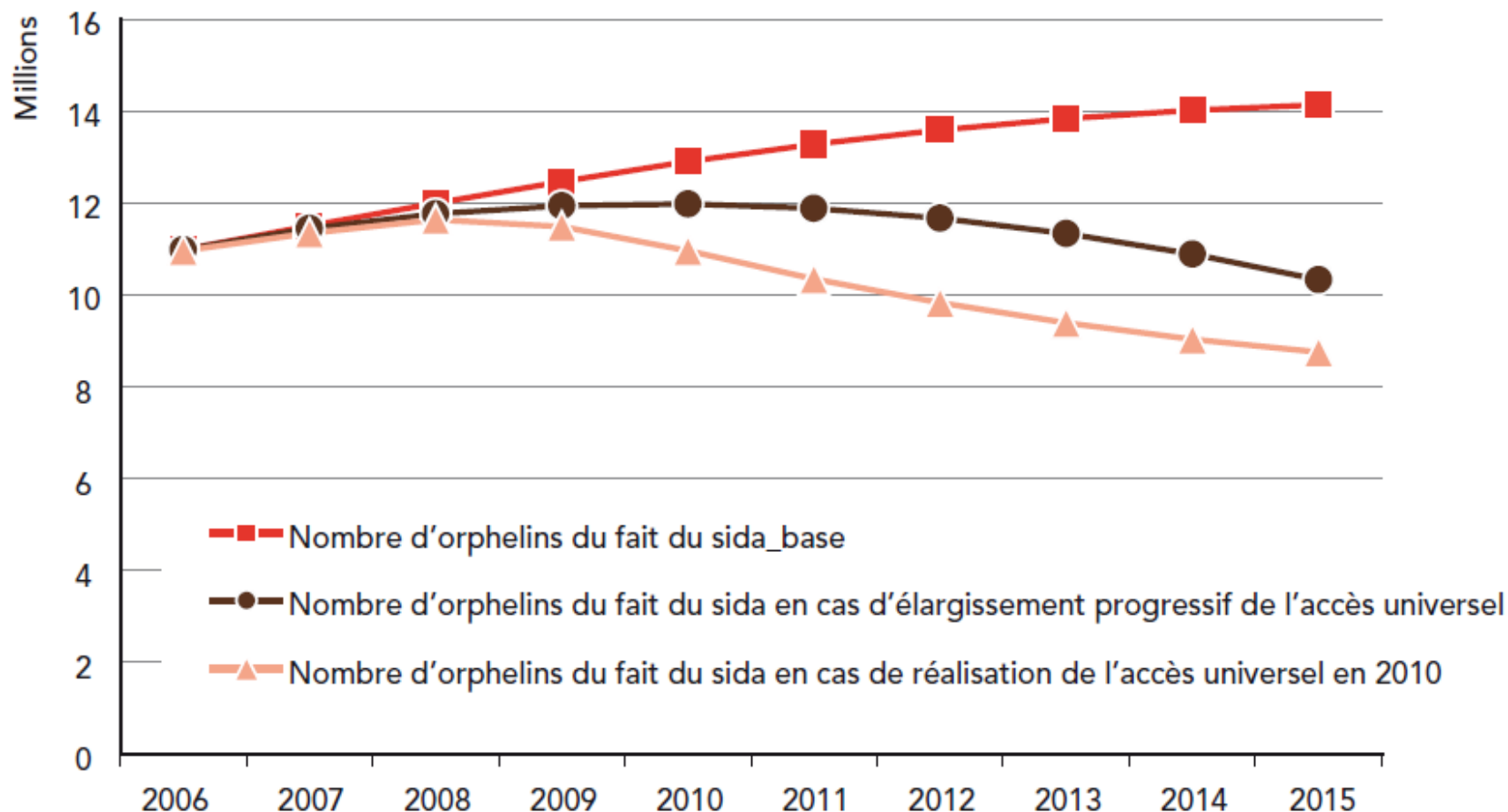


Source: ONUSIDA, UNICEF & OMS, 2008 ; données fournies par les pays.

Impact des traitements sur le nombre d'orphelins

FIGURE 6.4

Enfants rendus orphelins par le sida en Afrique subsaharienne, 2006 et projections d'ici à 2015



Source: UNICEF, ONUSIDA, OMS, 2008.



La démographie en santé sexuelle

Quelques exemples concrets

- › Peu enquêtée avant les années 1980.
- › SIDA ➔ nécessité d'investiguer le champs des sexualités
- › Développement des enquêtes CAP :
 - » Connaissances, Attitudes, Pratiques
 - » Enquêtes qui vont être menées par des démographes.
- › L'étude quantitative des sexualités s'est inscrite initialement dans le cadre d'une problématique de santé publique forte.

La sexualité comme objet autonome

- › Le concept de santé sexuelle, comme bien être global, va amener à envisager la sexualité comme un objet de recherche en soi.

- › D'autres dimensions vont être investiguées :
 - » Droits humains (droits des femmes, des minorités sexuelles...)
 - » Sexualités choisies et contraintes
 - » Normes sexuelles
 - » Identités et pratiques
 - » Etc.

Deux exemples d'apport de la démographie

- › Appréhender la « population générale » :
 - » Implications sur la mesure de la prévalence du VIH en Afrique
 - » L'apport du démographe

- › Les contextes de la prise de risques :
 - » Exemple d'analyse non centrée exclusivement sur l'individu.
 - » Enquête auprès d'homosexuels masculins au Sénégal.



Mesure de la prévalence du VIH en Afrique

Une question en évolution

- › Années 1980 :
 - » Apparition de l'épidémie
 - » Contexte de déni de certains gouvernements
 - » Déclaration des cas de SIDA inadéquates
 - » « *Y a-t-il du VIH en Afrique ?* »
 - » Mise en place d'une surveillance sentinelle

- › Années 1990 :
 - » Généralisation de l'épidémie sur le continent
 - » Besoin d'évaluer la situation et les impacts
 - » « *Quelle est la prévalence nationale ?* »
 - » Modélisation à partir de la surveillance sentinelle de femmes enceintes en cliniques prénatales.

Une question en évolution

- › Années 2000 :
 - » Développement d'enquêtes nationales en population générale avec dépistage du VIH.
 - » Résultats divergeant avec les estimations à partir de la surveillance des cliniques prénatales.
 - » « *À quels chiffres se fier ?* »

Plusieurs sources, plusieurs chiffres

		1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Burkina Faso	ONUSIDA			← 6,4		← 6,5		← 4,2		← 2,0
	EDS						← 1,8			
	CPN urbain	7,4 (5)	7,3 (4)	6,3 (4)		5,3 (4)	4,0 (2)	4,2 (2)		
	CPN rural	4,3 (3)	6,0 (3)	4,2 (4)		4,2 (4)	1,8 (8)	2,1 (10)		
		1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Cameroun	ONUSIDA			← 7,7		← 11,8		← 6,9		← 5,4
	EDS							← 5,5		
	CPN urbain			12,0 (2)	6,6 (1)	7,0 (6)				
	CPN rural	9,2 (3)	3,3 (1)	10,0 (25)		5,6 (57)	9,1 (1)			
		1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Côte d'Ivoire	ONUSIDA			← 10,8		← 9,7		← 7,0		← 7,1
	AIS								← 4,7	
	CPN urbain	12,9 (2)	13,3 (1)	11,3 (2)	6,0 (7)	6,3 (4)		9,8 (4)		
	CPN rural	9,8 (9)		8,8 (9)	7,8 (19)	7,0 (24)		8,3 (8)		
		1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006

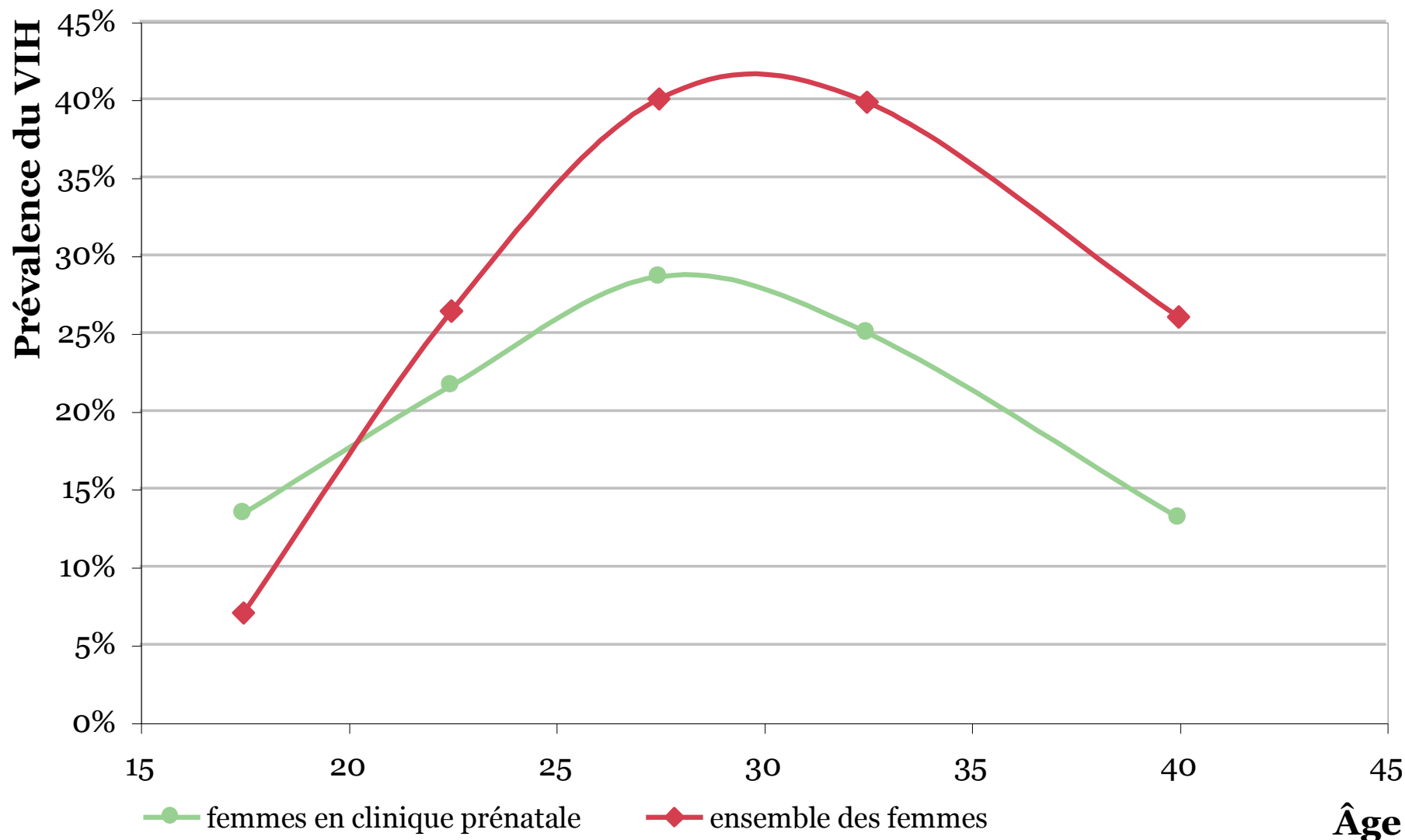
EDS : analyse de 5 sources de biais

- › Fenêtre sérologique des tests de dépistage
- › Population hors ménage
- › Ancienneté de la base de sondage
- › Ménages non enquêtés
- › Personnes non testées

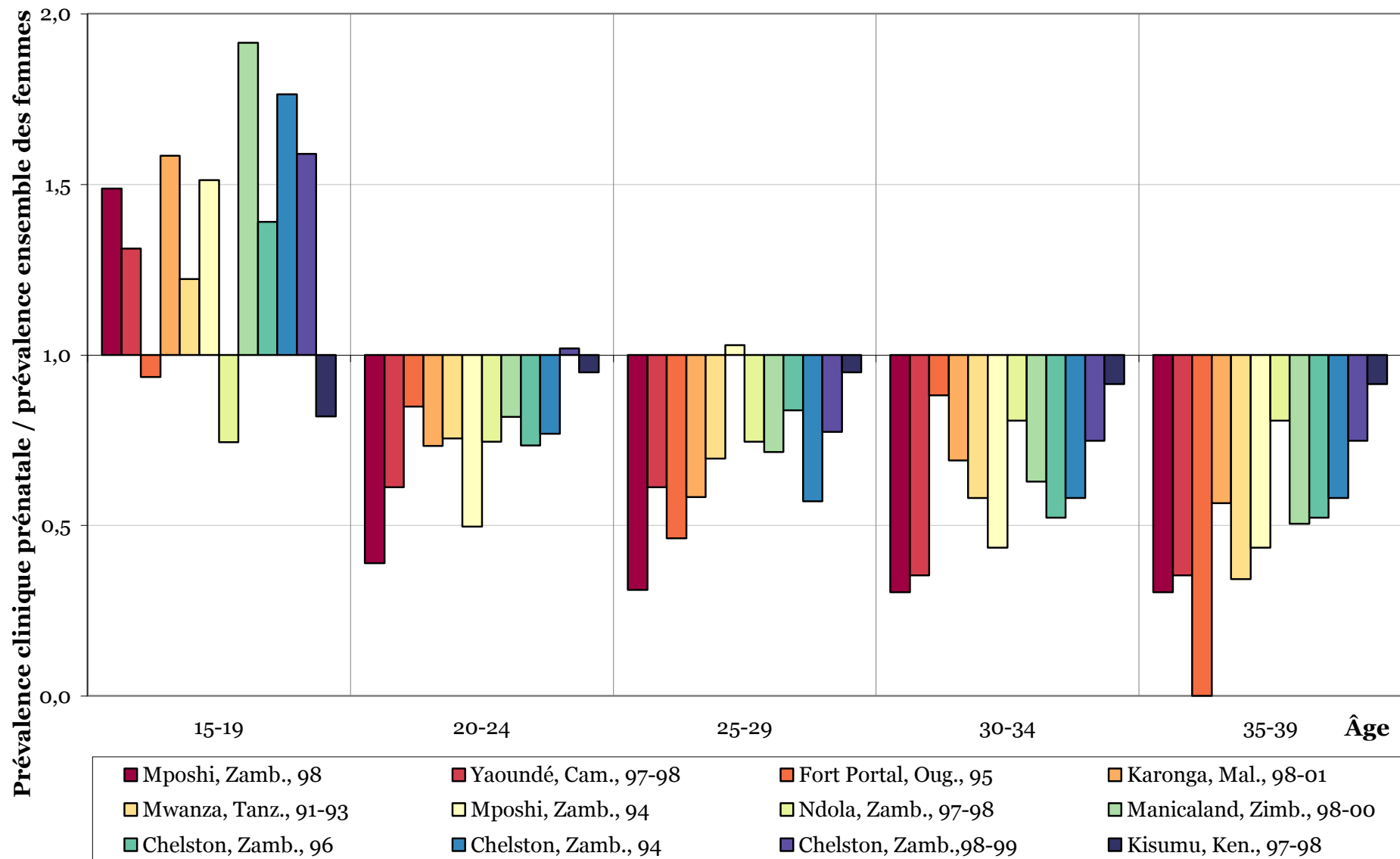
Prise en compte de 5 sources de biais

Pays	Burkina Faso	Cameroun	Kenya
Prévalence nationale observée	1,77	5,44	6,88
IC à 95 %	1,49-2,11	5,00-5,91	6,27-7,54
IC à 75 %	1,59-1,96	5,18-5,71	6,51-7,27
Ajustement hypothèse haute (x2)	1,86	5,84	7,16
Ajustement hypothèse haute (x1,5)	1,85	5,70	6,95
Ajustement hypothèse basse (x0,5)	1,82	5,43	6,55

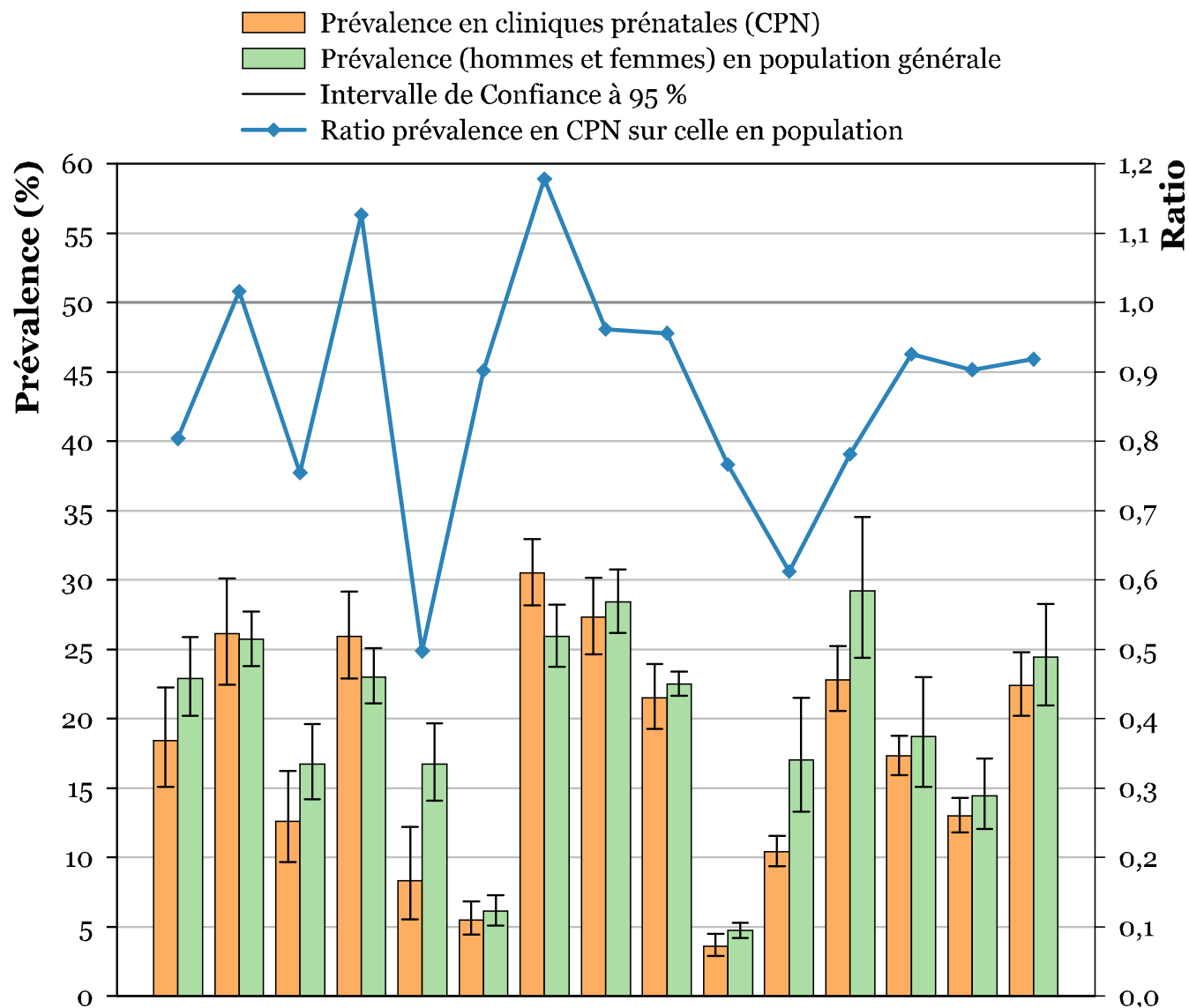
Cliniques sentinelles et ensemble des femmes



Cliniques sentinelles et ensemble des femmes



Cliniques sentinelles et population générale



Surveillance sentinelle et population générale

Pays	Population générale (urbain)	Surveillance sentinelle (urbain)	Population générale (rural)	Surveillance sentinelle (rural)
Burkina Faso	3,1	5,3	1,0	4,2
Burundi	13,0	16,0	2,5	4,5
Rép. Dominicaine	0,9	1,2	1,2	2,2
Ghana	2,3	5,1	2,0	5,1
Kenya	10,0	14,4	5,6	11,6
Mali	2,2	5,8	1,5	3,2
Niger	2,1	2,0	0,6	2,5
Afrique du Sud	16,7	27,6	8,3	26,2
Zambie	23,1	26,8	10,8	14,4
Zimbabwe	5,0	30,6	18,0	28,5

Source : (Bignami-Van Assche 2005).

- › EDS
 - » Représentatives au niveau national et régional
 - » Impact des biais inférieur à l'imprécision statistique
 - » Effectifs trop faibles pour des estimations locales

- › Surveillance sentinelle
 - » Indicateur local des ordres de grandeur
 - » Représentativité nationale non assurée

Niveaux et tendances

- › EDS : indicateur des niveaux
 - » Échelle nationale, régionale et milieu de résidence
 - » Vérification préalable des taux de participation
 - » Ne fournit pas les tendances

- › Surveillance sentinelle : indicateur des tendances
 - » Valable à l'échelle locale si stabilité des zones de recrutement
 - Un changement des infrastructures de transport ou la mise en place d'un programme de PTME peuvent modifier la zone de recrutement d'une clinique
 - » Hypothèse temporaire concernant les tendances nationales



Prises de risque lors du dernier rapport sexuel avec un homme et avec une femme

Projet ELIHoS

Enquête auprès d'hommes ayant des rapports sexuels avec
un homme au Sénégal

- › En 2004, première enquête épidémiologique auprès de 463 HSH (hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes) au Sénégal
 - » 94 % avaient déjà eu un rapport sexuel avec une femme au cours de leur vie.
 - » 21 % étaient infectés par le VIH (contre moins de 1 % en population générale).
- › Principale analyse menée à l'époque
 - » Facteurs de risques associés au fait d'être HIV+ :
âge, habiter Dakar, travailler dans un bar, avoir eu plus de 10 partenaires au cours de sa vie

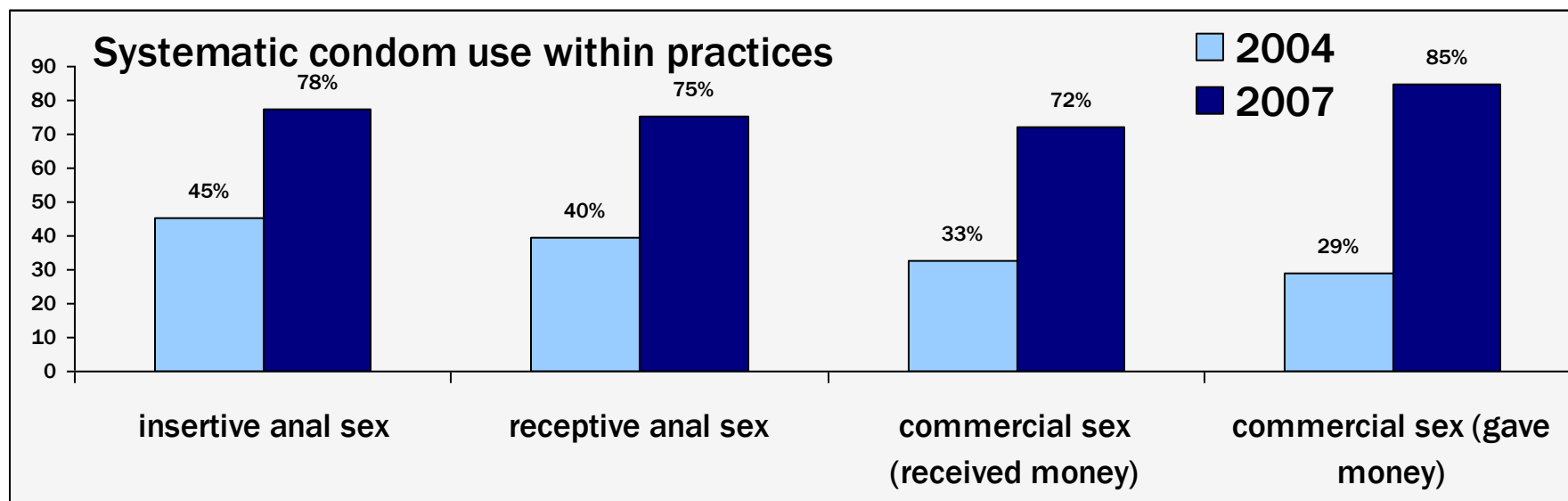
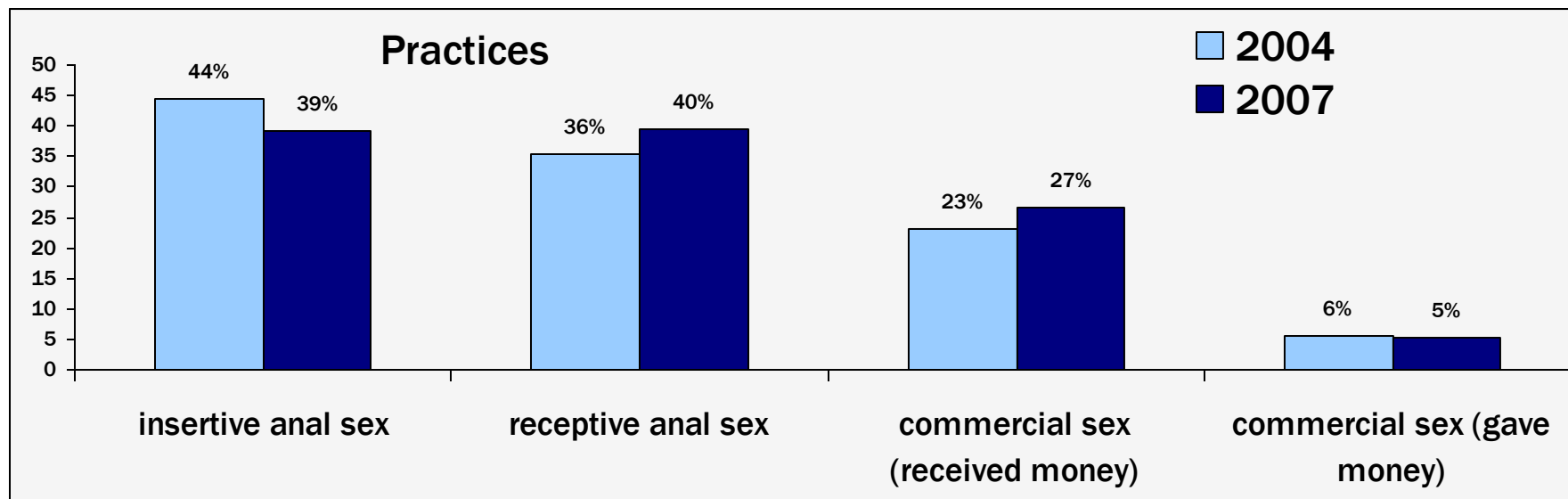
Interventions menées depuis 2004

- › Face à cette situation, plusieurs interventions ont été menées au Sénégal, en direction des HSH :
 - » Mise en place de lieux de prise en charge des IST et du VIH, accessibles aux HSH, à Dakar et en régions (PNLS).
 - » Sensibilisation des HSH à la prévention IST/VIH (ENDA / ANCS).
 - » Plaidoyer auprès de la société civile pour une meilleure prise en compte de cette population du point de vue de la santé publique (PNLS).

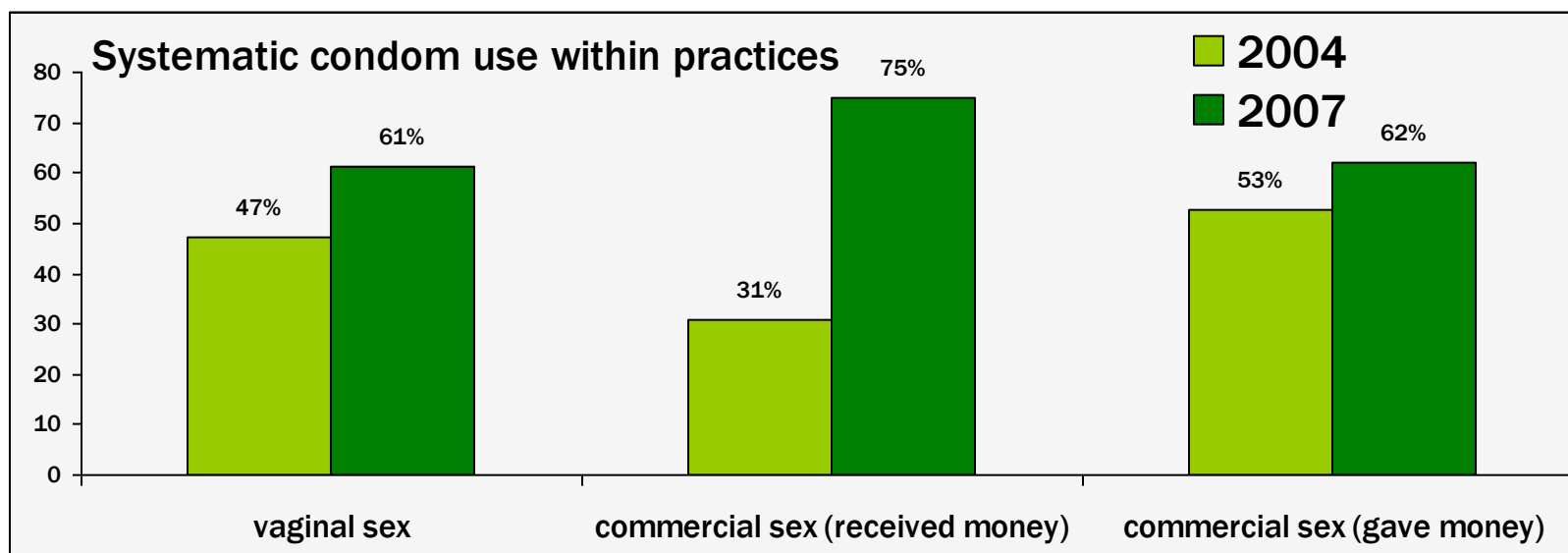
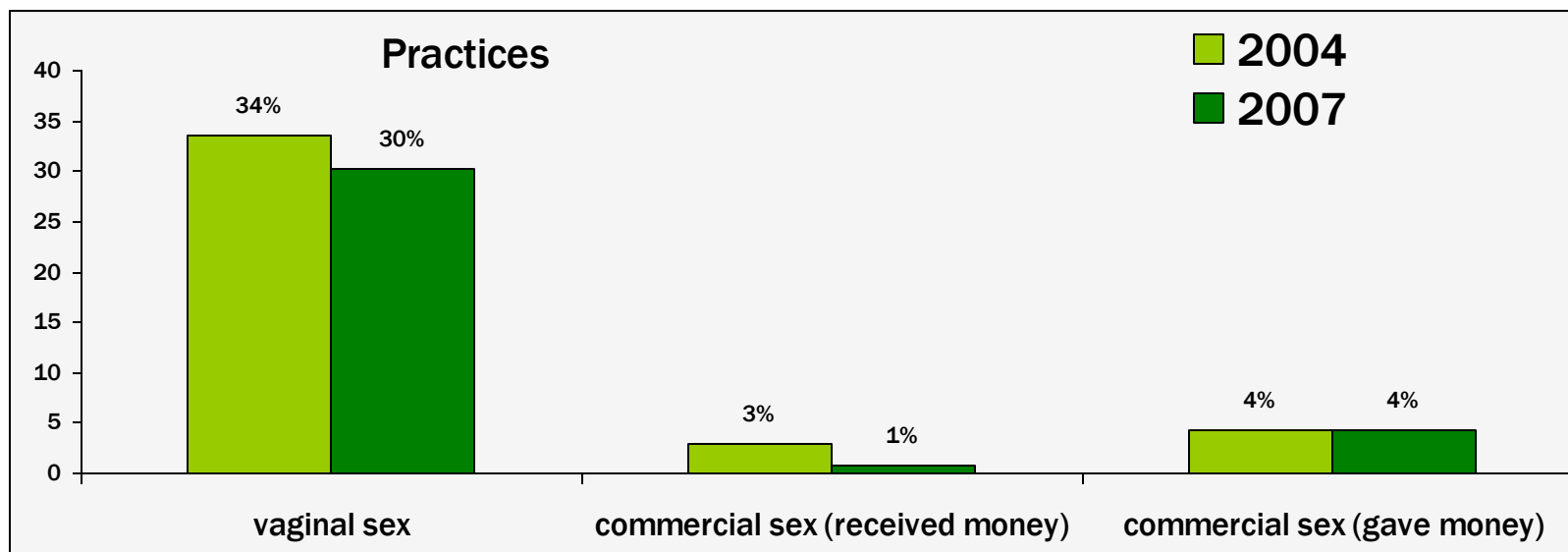
Une nouvelle enquête en 2007 : ELIHoS

- › 501 HSH recrutés selon la technique « boules de neige » (par les pairs) :
 - » 306 à Dakar
 - » 95 à Saint-Louis
 - » 100 à Thiès/Mbour
- › Questionnaire quantitatif :
 - » Caractéristiques sociodémographiques
 - » Comportements sexuels
- › Volet bioclinique
 - » Examen clinique
 - » Dépistage VIH / IST

Pratiques avec un homme (dernier mois)



Pratiques avec une femme (dernier mois)



Analyser les risques lors du dernier rapport

- › Prise de risque =
rapport anal ou vaginal non protégé
- › L'analyse épidémiologique classique
est centrée sur *ego*.
- › Déplacement de l'analyse sur l'acte sexuel
pour prendre en compte :
 - » les caractéristiques d'*ego*
 - » les caractéristiques du ou de la partenaire
 - » les caractéristiques de la relation
 - » le contexte de l'acte sexuel

Dernier rapport sexuel avec un homme

- › Principal facteur : lieu du rapport sexuel
 - » 65% de non utilisation du préservatif si RS en extérieur (plages, jardins publics, toilettes publiques...)
 - N=31 → pas d'autre facteur significatif
 - » 22% de prises de risques si RS en intérieur (domicile d'*ego* ou de son partenaire, hôtel)

- › Le sexe en extérieur demeure un facteur de risques significatifs quelque soient le type de relation, l'âge d'*ego* ou de son partenaire, le niveau d'information sur le VIH et les IST...

Risques avec un homme (RS en intérieur)

- › 1^{er} facteur : information/sensibilisation ($p < 0,001$)
 - » Ne connaît pas de lieu de dépistage : 38% de risques
 - » Connaît un lieu de dépistage (A) : 34%
 - » (A) + a participé à une prévention HSH (B) : 16%
 - » (A) + (B) + est membre d'une association HSH (C) : 9%

- › Autres facteurs significatifs :
 - » Âge d'*ego* ($p = 0.081$) :
 - plus de risques parmi les 18-19 ans (32%) et les 35 et + (35%)
 - » Âge du partenaire ($p = 0.058$) :
 - 62% de rapports non protégés si partenaire de 19 ans ou moins
 - » Activité ($p = 0.007$) :
 - sans : 39% / étudiants : 25% / autre profession : 22%
 - profession fréquente parmi les HSH : 9%

Risques avec un homme (RS en intérieur)

- › Pas d'effet significatif en régression logistique :
 - » niveau d'instruction
 - » type de pratiques homo-bisexuelles
 - » type de relation
 - » écart d'âges

Dernier rapport sexuel avec une femme

- › Principal facteur : statut matrimonial
 - » 97% des rapports sont non protégés si la partenaire est l'épouse.
 - N=30
 - Désir d'enfants ➔ impossibilité d'utiliser le préservatif
 - » 36% des rapports sont non protégés si la partenaire n'est pas l'épouse
- › Des résultats similaires ont été décrits dans les entretiens anthropologiques.

Risques avec une femme (épouses exclues)

- › Principal facteur : âge de la partenaire ($p=0.004$)
 - » 15 ou moins : 75% des rapports sont non protégés
 - » 16-19 ans : 36%
 - » 20-24 ans : 29%
 - » 25 ans et plus : 19%

- › 2nd facteur : information/sensibilisation ($p=0.038$)
 - » Ne connaît pas de lieu de dépistage : 48% de risques
 - » Connaît un lieu de dépistage (A) : 41%
 - » (A) + a participé à une prévention HSH (B) : 25%
 - » (A) + (B) + est membre d'une association HSH (C) : 31%

Risques avec une femme (épouses exclues)

- › Pas d'effet significatif (régression logistique) :
 - » Âge d'*ego*
 - Mais même profil que RS avec un homme
(plus de risques pour les plus jeunes et les plus âgés)
 - » Niveau d'instruction
 - Mais les risques diminuent (de 49 à 29%)
quand le niveau d'instruction augmente
 - » Activité
 - Mais même profil que RS avec un homme
 - » Type de pratiques homo-bisexuelles
 - » Type de relation
 - Mais les risques diminuent (de 43 à 28%)
quand la durée de la relation augmente

Éléments de conclusion

- › Les deux variables avec l'effet le plus marqué sur la prise de risques ne sont pas des caractéristiques d'ego :
 - » Lieu de l'acte (DRS ♂) : contexte de l'acte sexuel
 - » Type de relation : épouse ou non (DRS ♀)
 - » ➔ importance de prendre en compte ces dimensions
- › Efficacité des actions de prévention puisque les MSM sensibilisés se protègent plus à la fois avec les hommes et avec les femmes.
- › Une meilleure socialisation dans le milieu homosexuel semble être un facteur facilitant une meilleure sensibilisation au VIH/Sida.
- › Bisexualité élevée et facteurs de risques différents avec les hommes et les femmes ➔ intégrer cette problématique dans les actions de prévention.