

## Déterminants des pratiques sexuelles à risque chez les consultants d'un Centre de Conseils et de Dépistage Anonyme et Gratuit du VIH

Arwa Ben Salah, Sana El Mhamdi, Ines Bouanene, Mohamed Chakroun, Mohamed Soussi Soltani.

Département de Médecine Préventive et Communautaire  
CHU de Monastir

A. Ben Salah, S. El Mhamdi, I. Bouanene, M. Chakroun, M. S. Soltani.

A. Ben Salah, S. El Mhamdi, I. Bouanene, M. Chakroun, M. S. Soltani.

Déterminants des pratiques sexuelles à risque chez les consultants d'un Centre de Conseils et de Dépistage Anonyme et Gratuit du VIH

Determinants of risky sex practices among consultants of a Voluntary HIV counseling and testing Centre

LA TUNISIE MEDICALE - 2013 ; Vol 91 (n°07) : 444-448

LA TUNISIE MEDICALE - 2013 ; Vol 91 (n°07) : 444-448

### R É S U M É

**Prérequis :** Une trentaine d'année après la découverte du Virus de l'immunodéficience humaine (VIH), les connaissances et surtout les pratiques restent à améliorer.

**But :** Contribuer à la réduction du risque de transmission de ce virus.

**Méthodes :** Une étude des facteurs déterminants des pratiques à risque chez les consultants du Centre de Conseils et de Dépistage Anonyme et Gratuit (CCDAG) au CHU de Monastir a été réalisée.

**Résultats :** Il s'agit d'une étude descriptive transversale sur une série de 241 consultants ayant eu recours au CCDAG du VIH au cours de la période qui s'étend entre le 1er Janvier 2008 et le 31 Décembre 2011. Le recueil des informations était basé sur un questionnaire auto-rempli par la personne concernée.

L'âge moyen des consultants était de  $27,4 \pm 8$  ans avec une prédominance masculine. Les 3/4 étaient célibataires et 65% avaient un niveau d'étude au moins secondaire. Les connaissances du risque de contamination par le VIH suite à des rapports sexuels non protégés et à l'usage de drogue par voie injectable étaient rapportés par 94,3% et 76,7% des participants respectivement. Des pratiques sexuelles à risque étaient adoptées par 89,3 % des sujets. Un niveau scolaire au moins secondaire, les connaissances des facteurs du risque de contamination ainsi que la peur de la transmission du virus étaient identifiés comme déterminants des bonnes pratiques sexuelles ( $0,004 \leq p \leq 0,032$ ).

**Conclusion :** L'amélioration des connaissances des populations à risque constitue un axe privilégié permettant d'aboutir à une réduction du risque infectieux dans notre pays.

### S U M M A R Y

**Background:** Thirty years after the discovery of human immunodeficiency virus (HIV), knowledge and practices must be improved.

**Aim:** Contribute to reducing the risk of virus transmission

**Methods:** A study about the determinants of risky practices was conducted among the consultants of the Voluntary HIV Counseling and Testing Centre (VCTC) in Monastir University Hospital.

**Results:** We performed a cross sectional descriptive study with a total of 241 consultants who used the services of the VCTC during the period from January 1, 2008 to December 31, 2011. Data gathering was based on a self-administered questionnaire.

Consultant's mean age was  $27.4 \pm 8$  years with a male predominance. Three patients out of four were single and 65% have at least secondary-level education. Knowledge about the risk of HIV infection after an unprotected sex and drug use by injection were reported by 94.3% and 76.7% of the participants respectively. Risky sex practices were adopted by 89.3% of the subjects.

At least secondary school level, knowledge of risk factors of contamination and fear of the virus transmission were identified as determinants of safe sexual practices ( $0,004 \leq p \leq 0,032$ ).

**Conclusion :** Improving knowledge of populations at risk for HIV is a privileged axis to lead to a reduction of infectious risk in our country.

### M o t s - c l é s

Virus de l'immunodéficience humaine – Facteurs de risque – Prévention secondaire – Tunisie

### Key - w o r d s

Human immunodeficiency virus – Risk factors – Secondary prevention – Tunisia

L'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), maladie transmissible par voies sexuelle, sanguine et materno-fœtale, constitue depuis son apparition une pandémie qui continue sa progression avec d'importantes disparités géographiques [1]. L'Organisation des Nations Unies (ONUSIDA) et l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) estimaient à 34 millions le nombre de personnes vivant avec le VIH jusqu'à fin 2010 soit une hausse globale de 17% par rapport à l'année 2001[1].

En Tunisie, le nombre de personnes infectées et enregistrées jusqu'à fin 2009 était de 1568 avec un taux d'incidence de 0,66/100 000 habitants. Il est également intéressant de savoir que dans notre pays lors de la découverte de l'infection 50 % des personnes concernées sont déjà au stade Sida [2].

L'objectif de ce travail est d'identifier les facteurs déterminants des pratiques à risque de transmission de l'infection au VIH chez les clients du Centre de Conseils et de Dépistage Anonyme et Gratuit (CCDAG) du CHU de Monastir.

## MATÉRIEL ET MÉTHODES

### 1- Type et population d'étude

Il s'agit d'une étude descriptive transversale portant sur tous les consultants ayant eu recours au CCDAG du VIH situé au sein du service de Médecine Préventive et Epidémiologie au CHU de Monastir au cours de la période allant du 01/01/2008 au 31/12/2011. Ce centre permet aux personnes à risque de recevoir les informations sur les modalités de transmission de l'infection ainsi que les conseils de prévention, de connaître leur statut sérologique, et d'être orientées vers une prise en charge en cas de séropositivité. L'anonymat et la gratuité sont garantis pour tous les consultants.

### 2- Organisation de la consultation

Lors de sa présentation au CCDAG, le client est accueilli par le surveillant du service qui le place dans une salle et l'invite à remplir un questionnaire anonyme comportant les caractéristiques sociodémographiques, l'évaluation des connaissances de la gravité et les modes de transmission de l'infection et l'évaluation des pratiques à risque. Le questionnaire est ensuite validé par le médecin qui reçoit le client et réalise un entretien avec lui (counseling pré-test). Au cours de cet entretien le médecin responsable du CCDAG essaie d'établir avec le client une relation de confiance et ensuite aborde avec lui ses comportements sexuels et l'aide à reconnaître les situations qui l'exposent le plus au risque d'infection. Après l'entretien, si la personne est consentante, le test de dépistage est réalisé par l'infirmière du centre. Lors de la communication du résultat du test un autre entretien (counseling post-test) est réalisé avec le client pour identifier, avec lui, les mesures préventives adéquates pour se protéger de l'infection à VIH.

### 3- Analyse statistique

La saisie des données ainsi que leur exploitation statistique ont été effectués par le logiciel SPSS (version 17.0). L'analyse

descriptive comporte le calcul de fréquences pour les variables qualitatives, calcul de moyenne et écart-type pour les variables quantitatives.

L'association entre les pratiques à risque et les différentes variables recueillies à travers cette étude, a été jugée par les tests statistiques appropriés. Au terme de l'analyse univariée un modèle de régression logistique binaire multi variable a été effectué pour identifier les facteurs déterminants des pratiques à risque. Les variables introduites dans le modèle sont significatives au seuil de 25 % et les variables retenues finalement dans les modèles sont celles significatives au seuil de 5 %.

## RÉSULTATS

### 1- Caractéristiques sociodémographiques des consultants

Un ensemble de 241 consultants du CCDAG ont été inclus. Leur âge moyen était de  $27,4 \pm 8$  ans et les 3/4 avaient un âge < 30 ans. Le sex-ratio H/F était de 1,18 correspondant à une légère prédominance masculine. Parmi les participants, 112 (88%) étaient célibataires et 153(63,5%) avaient un niveau d'étude au moins secondaire (tableau I).

**Tableau 1 :** Caractéristiques sociodémographiques des consultants du CCDAG (N = 241).

Caractéristiques	Nombre	(%)
<b>Age</b>		
< 30 ans	177	73,4
≥ 30 ans	64	26,6
<b>Sexe</b>		
Féminin	117	48,5
Masculin	124	51,5
<b>Niveau scolaire</b>		
Non scolarisé / primaire	88	36,5
Secondaire et plus	153	63,5
<b>Statut matrimonial</b>		
Célibataires	112	88
En couple	29	12
<b>Situation de travail</b>		
En activité / En formation	107	44,4
Au chômage	134	55,6

### 2- Evaluation des connaissances et des pratiques

Parmi les clients du CCDAG, 94,2% avaient entendu parler du VIH/SIDA par les Mas média et 93,9% savaient que le SIDA est une pathologie grave et non guérissable. Concernant les connaissances des modes de contamination par le VIH, les rapports sexuels non protégés et l'usage de drogue par voie injectable (UDI) étaient rapportés par 94,3% et 76,7% des participants respectivement.

Les connaissances erronées étaient également fréquentes, en effet, 58,5% des consultants de notre série pensaient que la transmission est possible à travers une pique d'insecte et 44,1% croyaient que le fait de boire dans un même verre avec

un sujet séropositif pourrait transmettre la maladie (tableau II). Quant aux connaissances des situations à haut risque de transmission de l'infection, 42,3 % des sujets avaient une connaissance conjointe des trois situations à risque citées dans le questionnaire à savoir les partenaires sexuels multiples, l'UDI avec partage de seringues et les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (MSM). La peur d'être contaminé par le VIH était rapportée par 83,4 % des participants.

**Tableau 2 :** Les connaissances des consultants à propos des modes de transmission de l'infection par VIH.

		Nombre	%
<b>Rapports sexuels non protégés</b>	Oui	227	94,3
	Non	14	5,7
<b>Usage de drogues par voie injectable</b>	Oui	185	76,7
	Non	56	23,3
<b>Transmission mère-enfant</b>	Oui	162	67,4
	Non	79	32,6
<b>Boire dans le verre d'une personne malade</b>	Oui	52	21,6
	Non	190	78,4
<b>Piqûre de moustique</b>	Oui	83	34,4
	Non	158	65,6

Des pratiques sexuelles à risque étaient présentes chez 89,3 % des consultants. Parmi eux 2,8 % étaient des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et 5,8 % avaient des rapports bisexuels. Le quart des sujets (24,1 %) avaient déclaré qu'ils utilisaient le préservatif de façon régulière lors des rapports sexuels.

### 3- Les déterminants des pratiques sexuelles à risque

Les principaux facteurs influençant les pratiques étaient le niveau d'étude, la situation matrimoniale, la connaissance des facteurs de risque ainsi que la peur de la maladie. En effet, les consultants ayant un niveau d'étude primaire avaient des pratiques significativement plus à risque de transmission de

l'infection que ceux dont le niveau est au moins secondaire ( $p = 0,007$ ). De même les consultants ayant des connaissances adéquates concernant les facteurs de risque de cette pathologie avaient des pratiques significativement moins risquées que ceux ayant des connaissances insuffisantes ( $p = 0,008$ ) (Tableau III). Selon le modèle de régression logistique multivariée, les déterminants des pratiques à risque de transmission de l'infection au VIH étaient le niveau scolaire, la connaissance du risque ainsi que la peur de la contamination par le virus (Tableau IV).

**Tableau 4 :** Facteurs déterminants des pratiques à risque chez les consultants du CCDAG. Résultats de la régression logistique multivariée.

	ÔR	IC95%	p
<b>Niveau scolaire</b>			0,032
<b>Secondaire et plus</b>	1	–	
<b>Primaire</b>	3,03	1,10 – 8,35	
<b>Connaissances du risque</b>			0,022
<b>Oui</b>	1	–	
<b>Non</b>	4,01	1,22 – 13,19	
			0,004
<b>Non</b>	1	–	
<b>Oui</b>	4,29	1,59 – 11,57	

## DISCUSSION

Depuis leur création dans le monde, les Consultations de Dépistage Anonyme et Gratuites jouaient un rôle déterminant dans la lutte contre le VIH. En effet, elles constituaient un moyen aisé pour réaliser un test de dépistage, notamment aux personnes précarisées ou vulnérables aux risques, leur permettant ainsi de connaître leur statut sérologique de recevoir des conseils de prévention.

En Tunisie l'activité de conseils et de dépistage a été implémentée officiellement et partout dans le pays en 2008. L'objectif du conseil est d'aider une personne à lui redonner son

**Tableau 3 :** Étude des facteurs associés aux pratiques à risque de transmission de l'infection au VIH chez les consultants du CCDAG.

		Pratiques à risques		p
		oui	non	
<b>Age</b>	<b>&lt; 30 ans</b>	164	13	0,42
	<b>≥ 30 ans</b>	57	7	
<b>genre</b>	<b>Masculin</b>	110	14	0,066
	<b>Féminin</b>	111	6	
<b>niveau d'étude</b>	<b>primaire</b>	75	13	0,007
	<b>secondaire ou plus</b>	146	7	
<b>situation matrimoniale</b>	<b>célibataire</b>	197	15	0,049
	<b>En couple</b>	24	5	
<b>situation professionnelle</b>	<b>En activité</b>	98	9	0,56
	<b>Au chômage</b>	123	11	
<b>connaissances des facteurs de risque</b>	<b>Bonne</b>	110	16	0,008
	<b>Mauvaise</b>	111	4	
<b>peur du risque de contamination</b>	<b>oui</b>	62	11	0,014
	<b>non</b>	159	9	

pouvoir de décision et à initier ses propres réponses face au VIH pour elle-même et pour son entourage. Le conseil entoure la personne dans ce qu'elle peut avoir de singulier et en tenant compte aussi bien de sa personnalité psychologique que de la réalité de son vécu social.

Entre le 1er Janvier 2008 et le 31 Décembre 2011, 241 consultants ont été suivis au niveau du CCDAG du Service de Médecine Préventive et d'Epidémiologie du CHU de Monastir. La population étudiée était majoritairement jeune, de sexe masculin, lequel résultat était trouvé dans la littérature [3]. En effet les jeunes semblent plus motivés pour recourir à ce type de consultations et plus réceptif également aux messages de prévention qui y sont intégrés. Quant à la prédominance masculine de notre série, elle pourrait s'expliquer par les normes culturelles de notre pays et qui entraînent une limitation de l'accès des femmes à ces centres.

Les connaissances des consultants étaient bonnes, notamment ce qui concerne les modes de transmission ainsi que les moyens de prévention. Une étude menée dans notre consultation au cours de la période 2006-2008 a montré également des résultats pareils [4]. Toutefois, on note la persistance de fausses idées, rapportées par la littérature, notamment à propos de la possibilité de prévenir cette infection par une couverture antibiotique, ainsi des connaissances erronées quant aux modes de transmission en particulier l'incrimination de la piqure de moustique [5]. D'autre part, le fait de toucher un sujet séropositif est considéré par certains comme à risque de contamination. Toutes ces lacunes ont entraîné des attitudes discriminatoires vis-à-vis des personnes infectées même de la part des professionnels de santé [6].

Malgré les efforts de sensibilisation, le risque de contamination par le VIH n'a pas suffisamment suscité l'adoption de comportements sexuels sains [7,8]. En effet beaucoup d'études ont mis en évidence des pratiques sexuelles à risque en particulier un faible taux d'utilisation du préservatif en rapport avec des croyances collectives, des congrégations religieuses ou

même la consommation de certains produits tel que l'alcool [9,10, 11].

Quant aux facteurs associés à ces mauvaises pratiques, plusieurs ont été trouvés dans la littérature ; d'une part le sexe a été incriminé. En effet les hommes semblent adopter plus de pratiques à risque de contamination que les femmes [3, 10, 12]. D'autre part la situation matrimoniale ainsi que celle du travail influençaient les comportements sexuels des sujets [10]. Les résultats des études divergeaient quant au rôle des connaissances dans le changement des attitudes et des comportements vis-à-vis de cette maladie. En effet une intervention faite sur les jeunes en Manzini (Swaziland) a montré que l'amélioration des connaissances avait un impact positif sur la modification des pratiques [13]. D'autres études, en particulier une réalisée sur des prisonniers en Niger, a montré que malgré que les deux tiers des sujets avaient de bonnes connaissances à propos de l'infection, les pratiques à risque restent fréquentes chez cette population [7]. Ainsi les connaissances des voies de transmissions et des moyens de prévention ne se traduisaient pas toujours dans les comportements.

Dans notre série un modèle de régression multivariable a identifié le niveau d'étude, les connaissances des modes de transmission de l'infection et la peur du risque de contamination comme facteurs déterminants des pratiques à risque. Ainsi l'amélioration des connaissances des populations à risque constitue un axe privilégié permettant d'aboutir à une réduction du risque infectieux dans notre pays.

---

## CONCLUSION

---

Depuis la découverte du VIH, plus de 60 millions de personnes ont été infectées. Il s'agit d'une situation préoccupante face à laquelle il faut agir en diminuant les nouvelles infections. Cet objectif ne peut être atteint qu'en améliorant les comportements des jeunes.

## Références

1. Organisation Mondiale de la Santé. Principaux faits sur l'épidémie mondiale de VIH et progrès enregistrés en 2010. [http://www.who.int/hiv/pub/progress\\_report2011/global\\_facts/fr/index.html](http://www.who.int/hiv/pub/progress_report2011/global_facts/fr/index.html) (consulte le 18/07/2012).
2. Ministère de la Santé Publique. Direction des soins de santé de base. Rapport annuel 2008.
3. L'Institut National de Veille Sanitaire. Dépistage anonyme et gratuit du VIH Profil des consultants de CDAG en 2004. Enquête épidémiologique transversale. [www.invs.sante.fr/publications/2006/cdag\\_nov\\_2006/index.html](http://www.invs.sante.fr/publications/2006/cdag_nov_2006/index.html) (consulte le 31/10/2012)
4. EL Mhamdi S, Letaief M, Jebara H, Chakroun M. La consultation de dépistage anonyme et gratuite du VIH : Attitude et perception du risque par les consultants. *Rev Tun Infectiologie* 2009;2 :27-30.
5. He N, Zhang J, Yao J et al. Knowledge, attitudes and practices of voluntary HIV counseling and testing among rural migrants in Shanghai, China. *AIDS Educ Prev* 2009; 21: 570-81.
6. Sadeghi M, Hakimi H. Iranian Dental Students' Knowledge of and Attitudes Towards HIV/AIDS Patients. *J Dent Educ* 2009;73:740-45
7. Sabitu K, Iliyasu Z, Joshua IA. An assessment of knowledge of HIV/AIDS and associated risky behavior among inmates of Kaduna convict prison: the implications for Prevention Programmes in Nigerian Prisons. *Niger J Med* 2009; 18:52-8.
8. Mseeni M, Kayombo EJ. Knowledge, attitude and practice toward HIV/AIDS among the Moran population living in Dar-es-Salaam. *East Afr J Public Health* 2009;6:119-23.
9. Toure B, Koffi K, Kouassi-Gohou V, et al. Connaissances, attitudes et pratiques des collégiens et lycéens d'Abidjan face au

- VIH/SIDA. *Med Trop* 2005;65: 346-48.
10. Sallah ED, Grunitzky-Bekele M, Bassabi K et al. Comportements sexuels, connaissances et attitudes des étudiants de l'Université du Bénin (Togo) face au sida et aux maladies sexuellement transmissibles. *Sante* 1999; 9: 101-09.
  11. Svenson LW, Carmel S, Varnhagen CK . A review of the knowledge, attitudes and behaviours of university students concerning HIV/AIDS. *Health Promot Int* 1997; 12: 61-68.
  12. Mao NL, Pan HF, Lu MM et al. AIDS awareness and condom use among patients in a high-HIV-prevalence area in rural northern Anhui, China. *J Investig Med* 2010; 58:801-3.
  13. Burnett SM, Weaver MR, Mody-Pan PN, Reynolds Thomas LA, Mar CM. Evaluation of an Intervention to Increase Human Immunodeficiency Virus Testing Among Youth in Manzini, Swaziland: A Randomized Control Trial. *J Adolesc Health* 2011;48:507-513.
  14. Adjahoto EO, Hodonou KA, De Souza AD et al. Information des jeunes en matière de sexualité. *Cahiers Sante* 2000; 10:195-99.
  15. ONUSIDA - Rapport sur l'épidémie mondiale de VIH/sida. Genève 2002.