

PREVENTION

Limites de l'évaluation des actions de prévention

Nathalie Bajos

INSERM U292 (Le Kremlin-Bicêtre)

Randomised, controlled, community-level HIV-prevention intervention for sexual-risk behaviour among homosexual men in US cities

Kelly J.A.,
Murphy D.A.,
Sikkema K.J.,
McAuliffe
T.L., Solomon
L.J., Winett
R.A.,
Kalichman
S.C. and the
Community
HIV
prevention
research
collaborative
The Lancet,
1997, 350,

A propos d'une action préventive auprès d'homosexuels fréquentant des bars citadins aux Etats-Unis, les auteurs ont étudié les valeurs et les limites de ce type d'évaluation.

L'article de Kelly et coll. présente les résultats de l'évaluation, conduite selon les règles de l'art, d'une action de prévention auprès des homosexuels masculins fréquentant des bars dans des petites villes américaines. Cette évaluation illustre l'intérêt mais les limites de ce type d'évaluation qui ne permet pas d'analyser les raisons du succès ou de l'échec d'une intervention et qui limite donc fortement sa reproductibilité.

S'appuyant sur de nombreuses études qui ont montré tout l'intérêt des interventions de type communautaire, les auteurs ont conçu un dispositif expérimental d'évaluation d'une action préventive auprès des homosexuels fréquentant les bars aux Etats-Unis.

Des hommes leaders, repérés par les barmans comme étant ceux qui étaient les plus appréciés et qui discutaient le plus avec les autres clients, ont été choisis et formés (information, jeux de rôles) pour devenir des acteurs de prévention devant chercher au maximum à communiquer verbalement avec les clients du bar.

Huit villes de petite taille ou de taille moyenne ont finalement été retenues et, après tirage au sort, les bars de quatre d'entre elles ont fait l'objet d'une action préventive et ceux des quatre autres villes ont servi de groupe contrôle et ne recevaient que des brochures d'information mises à la disposition du public.

Les clients des bars sélectionnés pour l'étude, c'est-à-dire les hommes fréquentant régulièrement les lieux et ne vivant pas en couple monogame étaient interrogés pendant une dizaine de minutes sur leur activité sexuelle et leur connaissance en matière d'infection à VIH (pratiques à risque et modes de protection). La même enquête a été reconduite un an plus tard et ne porte pas nécessairement sur les mêmes individus (en fait, 30 % des personnes interrogées ont répondu aux deux phases de l'enquête dans le groupe exposé à l'intervention, sans que l'on puisse d'ailleurs apprécier l'importance de ce biais).

Comme le soulignaient récemment Oakley et coll. (1), la plupart des évaluations d'actions préventives souffrent d'un manque de rigueur méthodologique qui rend inexploitable leurs résultats. L'étude de Kelly et coll. s'est, elle, dotée d'une méthodologie extrêmement rigoureuse, notamment au niveau de l'analyse statistique, et intéressante car c'est une des rares études qui étudie des indicateurs de déclaration de changement de comportement et des indicateurs plus directs à partir de la consommation effective de préservatifs.

Quelques limites méthodologiques méritent toutefois d'être soulignées. S'agissant de la constitution des échantillons, il est dommage que les visiteurs occasionnels n'aient pas été inclus dans l'étude, sous prétexte qu'ils risquaient de ne pas avoir été exposés à l'intervention préventive. Il s'agit là d'un groupe dont on peut penser qu'il est particulièrement à risque car justement peu inséré dans les réseaux de sociabilité où les normes préventives sont susceptibles de se diffuser.

Les indicateurs retenus pour mesurer l'exposition au risque ou au contraire l'adoption de comportements de prévention surprennent par leur relative simplicité. En effet, les auteurs ont retenu le nombre de pénétrations anales, avec ou sans préservatif, indépendamment du type de partenaire, empêchant ainsi toute possibilité d'analyse fine des stratégies de prévention que l'on sait pourtant complexes et fortement liées au contexte relationnel.

L'efficacité de ce type d'action préventive s'appuyant sur des pairs-leaders et s'inscrivant dans la durée semble indéniable puisque le nombre moyen de pénétrations anales sans préservatif passe de 1,68 à 0,59 chez les clients des bars où l'intervention a eu lieu tandis que ce chiffre passe de 0,93 à 1,29 dans le groupe contrôle. Pourquoi d'ailleurs l'exposition au risque augmente-t-elle dans le groupe dit témoin ? Est-ce seulement un problème de puissance statistique (écart finalement relativement faible sur un effectif important)? On aurait aimé que les auteurs discutent ce résultat " contre-intuitif ".

Mais surtout, on aimerait savoir pourquoi ce type d'intervention fonctionne, disposer au moins de quelques éléments d'information permettant de s'interroger sur les

processus à l'œuvre pour expliquer le succès observé. Or, à aucun moment les résultats observés ne sont rapportés aux caractéristiques de l'intervention (nombre et caractéristiques des leaders-pairs formés, nombre et type de discussion, etc.), pas plus qu'ils ne sont rapportés aux caractéristiques des individus eux-mêmes (âge, appartenance sociale, niveau d'étude, nombre de partenaires, type de relation, nombre de discussions avec les leaders, fréquence de fréquentation du bar, etc.), et moins encore à ceux du contexte macro-social dans lequel a eu lieu l'intervention (caractéristiques de la ville, autres actions préventives etc.). Quelle est d'ailleurs la légitimité de considérer les quatre villes où l'intervention a eu lieu et les quatre autres comme deux groupes homogènes, y a-t-il eu des différences entre les villes et si oui comment les interpréter ?

Ainsi, les auteurs montrent, et cela reste un résultat très important, que ce type d'intervention est efficace, mais ne donnent aucun élément pour comprendre pourquoi. Comme le soulignait Brenda Spencer dans ces colonnes ⁽²⁾, *" on ne peut pas simplement déplacer une intervention d'un contexte à l'autre, une intervention est composée d'éléments multiples dont la variabilité fait que chaque occasion d'application est unique "*. Il est donc essentiel de savoir si le programme ne fonctionne que dans sa globalité ou s'il est possible d'identifier des caractéristiques qu'il conviendrait de retenir pour des actions ultérieures et de savoir dans quel type de contexte il est susceptible d'être efficace. Cela est impossible dans l'exemple présenté dans cet article et la reproductibilité de ce type d'intervention est donc limitée.

Enfin, il est dommage que les résultats n'aient pas été discutés au regard des résultats d'autres études d'évaluation ayant adopté des protocoles analogues ^(1,3), ce qui aurait aussi pu permettre de s'interroger sur les caractéristiques spécifiques de l'intervention ayant contribué au succès (relatif ?) de l'intervention.

S'il est possible et indispensable de conduire des évaluations rigoureuses d'actions de prévention qui montrent que " la prévention, ça marche ", il est grand temps d'envisager des protocoles à visée plus explicative, en faisant appel aux approches qualitatives les mieux à même d'analyser les processus à l'œuvre dans l'adoption de comportements de

prévention à la suite d'un travail de prévention.

1 - Oakley A et al.

" Behavioural interventions for HIV/AIDS prevention "

AIDS, 1995, 9, 479-486

2 - Spencer B

" Abstinence ou distribution de préservatifs: comment évaluer les stratégies de prévention pour les adolescents "

Transcriptase, août 1995

3 - Choi K-H et al.

" The efficacy of brief group counselling in HIV risk reduction among homosexual Asian and Pacific Islander men "

AIDS, 1996, 10, 81-87