

VIH : PRÉVENTION COMPORTEMENTALE OU BIOMÉDICALE ?



Les fiches pratiques prévention du CRIPS Rhône-Alpes proposent aux acteurs de terrain des éléments de contexte et de réflexion, des repères épidémiologiques et bibliographiques, sur les grandes questions touchant à la prévention du VIH/sida, des IST et des hépatites.

Prévention comportementale contre prévention biomédicale, le débat fait rage actuellement en France sur les « nouveaux paradigmes de la prévention »¹. Pourtant, de Paris, Lausanne ou Montréal, des voix s'élèvent pour tenter de démontrer qu'il n'est pas possible de dissocier les approches comportementales des approches biomédicales, car ces dernières constituent, elles aussi, des tentatives de modification des comportements qui doivent bénéficier d'un accompagnement psycho-social pour augmenter leur efficacité pratique.

« En l'absence de vaccin... »

Pendant les premières années de l'épidémie et en l'absence de vaccin et de traitements, la prévention fondée sur la modification des comportements était la seule façon de lutter contre le VIH. Il fallait en passer par la promotion de l'utilisation du préservatif et la prise en compte des dimensions sociales et culturelles des comportements à risque. Il a ainsi fallu s'interroger sur les différentes sexualités et tenter de réussir le tour de force de respecter, à la fois, les cultures sexuelles minoritaires et les objectifs de la santé publique.

Avec près de 30 ans de recul, on peut dire que les approches comportementales ont plutôt fait leurs preuves : la mobilisation communautaire des gays et des usagers de drogues en faveur de comportements de prévention a permis de maintenir l'épidémie sous contrôle. Et globalement dans la population française, l'utilisation du préservatif lors du premier rapport sexuel est extrêmement élevée et n'a cessé d'augmenter depuis 20 ans (90 % pour les jeunes générations). Preuve que la norme de prévention s'est largement diffusée.

Malgré tout, la difficulté de maintenir une protection sexuelle permanente a été sous-estimée. Et c'est bien dans la durée que les modèles comportementaux présentent leurs principales limites. Cette usure se constate aussi bien pour les individus eux-mêmes que pour les communautés dans lesquelles ils interagissent. Une grande partie des difficultés que l'on rencontre actuellement est liée à un usage désormais insuffisant et non systématique du préservatif, surtout parmi les populations les plus exposées au virus, notamment les HSH (hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes).

Des modèles alternatifs ?

Ces limites suscitent de fortes oppositions aux modèles comportementaux qui se structurent autour de trois types de discours² :

- Les sciences sociales, qui mettent en avant la nécessité **d'interventions plus structurelles pour lutter contre les inégalités** sociales, de genre, d'orientation sexuelle, de classe, de race, de génération, qui construisent la diffusion de l'épidémie ;
- Une partie des acteurs communautaires, notamment chez les gays, qui défendent **des stratégies de « réduction des risques »** ;
- Et enfin, les sciences « dures » qui promeuvent **une prévention biomédicale comme alternative aux limites du préservatif** : circoncision, usage du traitement comme prévention (Treatment as Prevention - TasP - en anglais), traitements pré ou post-exposition...

La dernière conférence internationale de Vienne sur le VIH semble avoir assis la consécration du modèle biomédical. Pour le moment seulement, car si cette approche comporte des avantages certains (diminution de la fréquence des décisions, augmentation du contrôle pour le/la partenaire vulnérable), quelques éléments sont de nature à modérer l'ardeur de ses promoteurs les plus acharnés.

Des limites aussi au modèle biomédical

- **Le traitement n'est pas miraculeux** : la probabilité de transmettre peut rester élevée sous trithérapie, selon le contexte, les partenaires ou le type de pratiques (la méta-analyse de Attia présentée dans le rapport Lert-Pialoux - 92% d'efficacité pour les ART - n'a porté que sur des couples stables hétérosexuels discordants dont le partenaire séropositif était traité avec des anti-rétroviraux et pas sur les HSH dont la vie sexuelle est plus diversifiée).
- **La prévention biomédicale nécessite également des changements de comportements** même si l'on élargit le champ des recommandations. Il ne s'agit plus d'utiliser systématiquement le préservatif mais d'être circoncis, d'être observant à son traitement, de prendre en compte le statut sérologique et/ou la charge virale de son partenaire... Rien n'indique que cela sera plus facile à mettre en œuvre ni à négocier avec son/ses partenaires. Surtout dans la durée ! Il n'est pas plus "naturel" de commencer un traitement médicamenteux lourd et avec des effets secondaires désagréables que d'utiliser des préservatifs.
- Quand on parle de prévention biomédicale, l'individu est trop souvent perçu comme un acteur isolé et rationnel de sa propre santé. **Or la prévention du sida met en jeu les réseaux sociaux** dans lesquels sont insérées les personnes. Ces réseaux (de sociabilité, sexuels, communautaires, etc.) déterminent largement le type de partenaires rencontrés, conditionnent en partie la manière dont les risques sont perçus et/ou pris. A titre d'exemple, les recherches ont montré que la prévalence du VIH au sein des réseaux sexuels est une donnée essentielle pour comprendre les dynamiques de l'épidémie et la probabilité individuelle d'être contaminé.

Prévention comportementale et prévention biomédicale : de quoi parle-t-on ?

Le terme « prévention comportementale » recouvre les interventions qui visent à susciter et/ou soutenir les modifications des pratiques des personnes confrontées au VIH, dans l'objectif de limiter le risque d'acquisition ou de transmission. La promotion de l'usage des préservatifs masculins depuis près de 30 ans - et plus récemment des préservatifs féminins - à travers des campagnes de communication et des actions de terrain est un très bon exemple de prévention comportementale.

La « prévention biomédicale » est fondée sur l'usage des tests de dépistage, des traitements qui ont un effet sur la charge virale et le potentiel de contamination des personnes séropositives. Ils incluent en outre toute une batterie de traitements pré et post-exposition, et des techniques chirurgicales comme la circoncision masculine, réservée pour l'instant à certaines zones de l'Afrique Australe. Sans oublier les recherches sur les microbiscides.

- Le test de dépistage est aussi une pratique comportementale et les refus de bénéficier d'un tel test sont fondés sur **des motivations psychologiques et sociales plus ou moins inconscientes**. Apprendre qu'on est atteint d'une maladie grave et chronique alors que les symptômes ne sont pas visibles puis prendre des traitements contraignants, modifier son mode de vie, son alimentation, sa vie sexuelle et son sommeil jusqu'à la fin de ses jours, n'est pas particulièrement facile à gérer.
- Enfin, quid de **la stigmatisation sociale des personnes non dépistées**, non traitées ? Dépistage et traitement resteront-ils le fait de choix éclairés des individus ? Ou l'injonction thérapeutique et sociale prendra-t-elle le dessus ? Du fait de risques de discrimination ou d'exclusion, et ce malgré l'efficacité des traitements, certaines personnes estiment avoir encore plus de choses à perdre qu'à gagner en découvrant leur séropositivité. Les thérapeutiques avancent plus vite que la société.

Vers des approches combinées

Ces nouveaux outils de prévention constituent un déplacement de la surveillance préventive, des comportements vers les virus qui atteignent les individus. Ils déssexualisent en quelque sorte la prévention. Mais ils ne peuvent pas, pour autant, faire l'économie des accompagnements psycho-sociaux, éducatifs et de la communication. Bien au contraire, il faut d'ores et déjà envisager que le développement et le succès de ces outils ne pourront être assurés qu'avec l'appui des méthodes de la prévention traditionnelle, sans compter les actions à mener au plan structurel, dans des approches combinées.

¹ Prévention et réduction des risques dans les groupes à haut risque vis-à-vis du VIH et des IST, F. Lert, G. Pialoux, novembre 2009.

² « Prévention comportementale du VIH : est-ce que ça fonctionne, est-ce qu'on en a besoin et est-ce qu'on en veut ? », conférence donnée par le professeur John de Wit au Kremlin-Bicêtre le 24 septembre 2010, voir l'article « [La prévention comportementale en débat](#) » sur vih.org.

POUR EN SAVOIR PLUS

- [La consécration du paradigme biomédical de la prévention ?](#) N. Bajos, F. Dubois-Arber, VK. Nguyen, L. Meyer, Transcriptases n° 144, automne 2010.
- [La prévention bio-médicale est une prévention comportementale](#), A. Giami, Directeur de l'INSERM, vih.org du 13/10/2010.
- [La prévention comportementale en débat](#), E. Marsicano, G. Girad, vih.org du 12/10/2010.
- [Prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH](#), Rapport 2010 sous la direction du Pr P. Yéni, Ministère de la Santé et des Sports.
- [Bernard Hirschel : après les critiques, la consécration ?](#) R. Persiaux, Transcriptases n° 144, automne 2010.