

HAART et prévention défis pour

*Peter Aggleton,
Directeur du Thomas
Coram Research Unit
de l'Institute of
Education, Univer-
sity of London.*

On estime aujourd'hui, avec un optimisme croissant, qu'il sera bientôt possible de véritablement «prendre en charge» la maladie à VIH, du moins dans les pays du monde les plus riches. Les multithérapies ont donné de nouveaux espoirs aux personnes qui vivent avec le VIH/sida, même s'il faut bien admettre que tout le monde n'y a pas accès. Régulièrement, des médicaments nouveaux et plus puissants apparaissent et des méthodes de plus en plus efficaces permettent de surveiller la répllication du VIH dans l'organisme. On peut ainsi concevoir des schémas thérapeutiques adaptés avec précision aux besoins individuels.

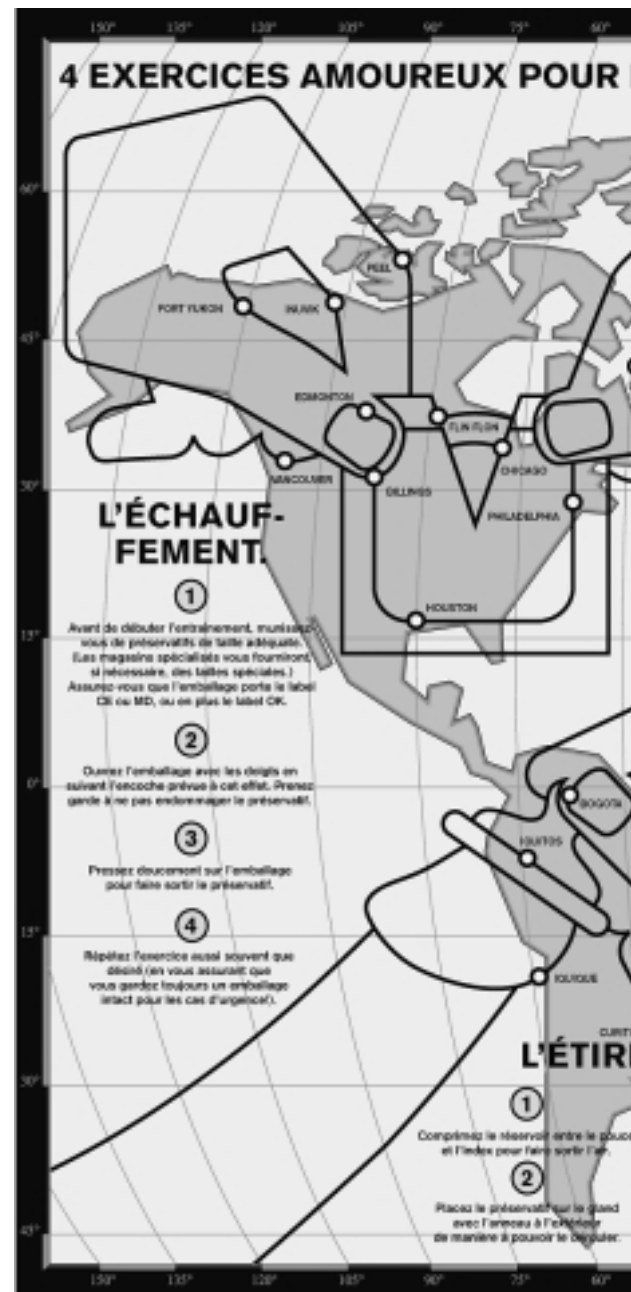
Les traitements antirétroviraux hautement actifs (Highly Active Antiretroviral-Therapy ou HAART), comme on appelle souvent les multithérapies, suscitent de nouveaux espoirs mais représentent aussi des défis sans précédent pour la prévention du VIH. A cet égard, la question se pose de savoir dans quelle mesure la perception du caractère soignable de la maladie à VIH influence la disposition des individus à adopter des comportements à moindre risque en cas de rapports sexuels ou d'injection de drogues. Certains estiment que la mention d'un «remède» contre le sida dans les médias internationaux a sapé les efforts de prévention aussi bien dans les pays développés que dans les pays en développement.^{1,2} La prophylaxie post-exposition (ou prévention post-exposition), qui fait appel à des médicaments antirétroviraux, peut aussi avoir des répercussions sur les attitudes et les opinions du public, notamment quand des individus croient, tout à fait erronément, qu'il existe une «pilule du lendemain» qui protège du sida.

Dans plusieurs pays, il est avéré que l'optimisme croissant au sujet du traitement de la maladie à VIH commence à avoir une influence sur la perception de la gravité du VIH/sida et du besoin de prendre des mesures de protection lors de rapports sexuels.

Etats-Unis

James Dilley et ses collègues ont été parmi les premiers à signaler en 1997 qu'environ un quart d'un échantillon d'homosexuels masculins interrogés à San Francisco avaient indiqué qu'ils étaient «moins inquiets du risque de devenir séropositifs» depuis l'apparition des nouveaux traitements. Treize pour cent approuvaient partiellement ou totalement

l'énoncé suivant: «Je suis plus disposé à prendre le risque de m'infecter lors d'un rapport sexuel». Même si le groupe d'hommes ayant participé à cette étude était atypique – tous avaient déjà eu au moins une fois un résultat négatif à un test des anticorps anti-VIH et tous avaient eu au moins un rapport anal non protégé au cours des 12 mois précédents – ces résultats sont préoccupants.³ Des recherches ultérieures ont montré que le taux de rapports anaux non protégés avait augmenté de presque 50 % au sein d'un échantillon d'homosexuels et bisexuels masculins dans la même ville. En outre, sur une période de trois ans, pratique-



du VIH – des l'avenir

ment les deux tiers des hommes de cette même cohorte ont déclaré avoir eu des rapports anaux non protégés.⁴

Canada

Nombre d'études ont montré l'importance des opinions concernant la charge virale sur la pratique de la sexualité à moindre risque. A l'occasion d'une enquête récente au Canada, une bonne part de répondants séropositifs (en majorité des hommes) estimait que si la charge virale était indécélable, les rapports vaginaux et anaux non protégés étaient moins risqués, et qu'il était moins impor-

tant de pratiquer le sexe à moindre risque. Dans l'ensemble, vingt pour cent des sondés considéraient que les traitements réduisaient l'importance du safer sex et des pratiques d'injection de drogues à moindre risque.⁵

Australie

En Australie, les taux de rapports sexuels non protégés déclarés dans des études transversales auprès d'homosexuels masculins à Sydney ont augmenté régulièrement – de 14,9 % de ces hommes indiquant avoir eu au moins un rapport anal non protégé avec un partenaire occasionnel au cours

LES AMATEURS DE VOYAGES ET DE RENCONTRES EN TOUT GENRE.

LE SAUT À LA PERCHE.

- 1 Placez le préservatif sur le pénis avec l'anneau à l'extérieur de manière à pousser le dérouler.
- 2 Déroulez le préservatif sur toute la longueur du membre. Si vous avez du mal à le faire, c'est que votre préservatif est trop étroit. Reprenez l'exercice d'échauffement au point 1.
- 3 N'essayez jamais d'enfiler sur le membre un préservatif déjà déroulé.
- 4 L'exercice peut également être pratiqué en double avec la/le partenaire de votre choix.

LA SORTIE DE TERRAIN.

- 1 Redonnez le membre pendant qu'il est encore rigide en maintenant le préservatif à la base.
- 2 A la fin de l'exercice, jetez le matériel d'entraînement dans une poubelle (jamais dans les WC).
- 3 Utilisez qu'une fois chaque préservatif.
- 4 N'oubliez pas que c'est en s'asseyant qu'on devient célibataire: après une phase de repos, vous pouvez reprendre l'entraînement avec l'exercice d'échauffement au point 1.

Agissez à temps: avant toute pénétration.

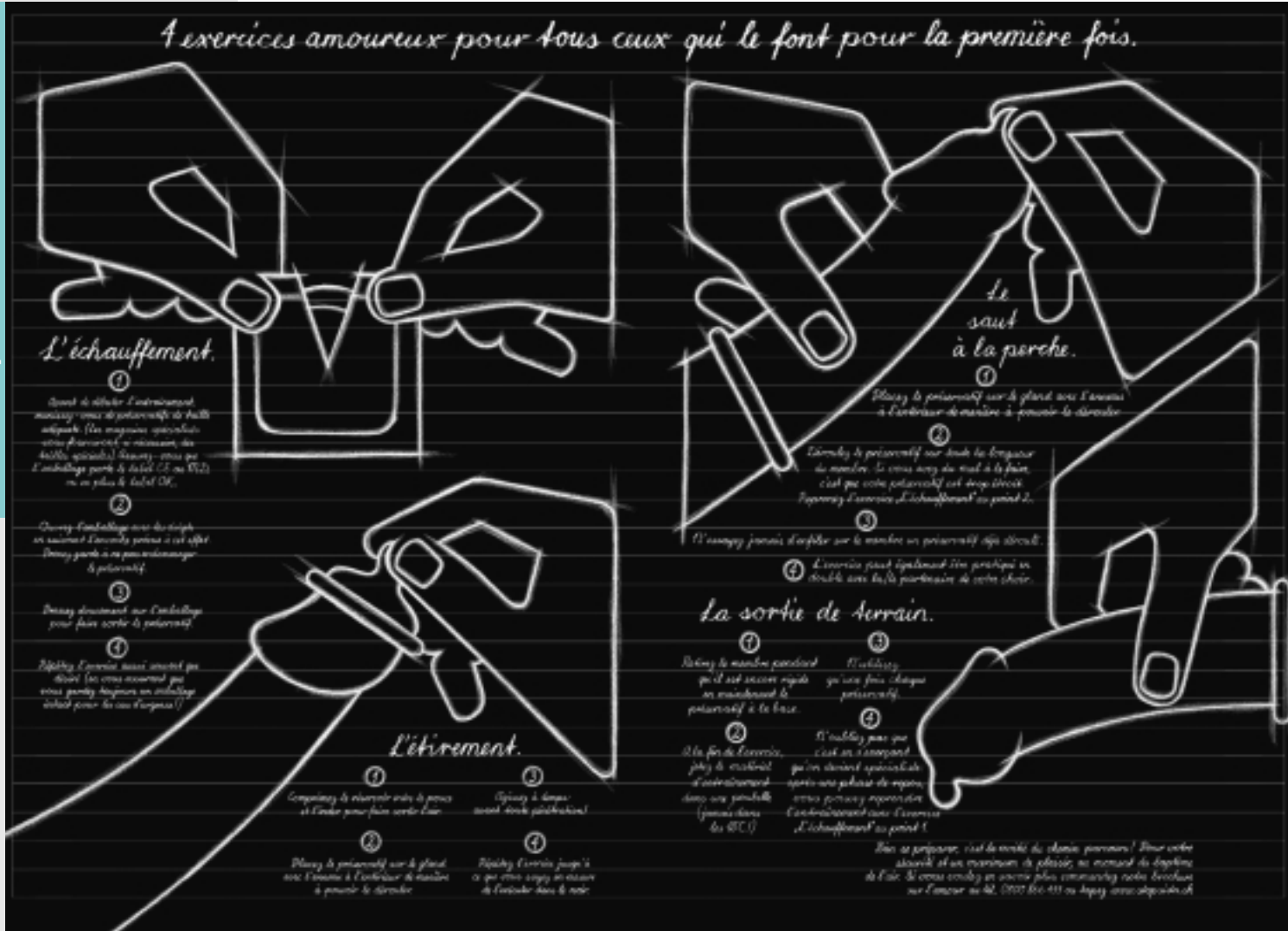
Répétez l'exercice jusqu'à ce que vous soyez en mesure de l'exécuter dans le noir.

Préservatif, cervical de vaccination, chapeaux de wagon... N'oubliez pas l'essentiel pour votre sécurité et un maximum de plaisir, quand toutes les tentatives sont tentées. Si vous voulez en savoir plus, contactez notre brochure sur l'amour au tél: 0800 866 455 ou tapez www.stop sida.ch

STOP SIDA

L'entraînement.

4 exercices amoureux



des six derniers mois en février 1996 à quelque 20 % pour toute l'année 1998 et jusqu'en février 1999. Des données provenant de «Male Call 96», une enquête téléphonique menée dans tout le pays auprès d'hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, présente un tableau tout aussi inquiétant. Dans cet échantillon nettement plus vaste, les taux globaux de rapports anaux non protégés sont passés de 12 % en 1992 à 15 % en 1996. Les niveaux de rapports non protégés sont plus élevés chez les hommes proches de la communauté homosexuelle que chez les autres, parmi ceux ayant un niveau d'instruction faible que parmi ceux ayant un niveau d'éducation postsecondaire et parmi les hommes séropositifs que parmi les séronégatifs ou les non testés.⁷

De multiples raisons ont été avancées pour expliquer cette augmentation du nombre de réponses faisant état de rapports anaux non protégés. Citons

par exemple: un optimisme croissant quant aux résultats des traitements, un accroissement du nombre de rapports entre personnes séropositives, une «lassitude du safer sex» et simplement l'éventualité que les homosexuels s'expriment plus ouvertement au sujet de leur comportement.⁸ Quelle que soit la véritable explication, il convient de noter que même si l'incidence des rapports anaux non protégés entre hommes a augmenté en Australie, les taux d'infection sont restés stables jusqu'à présent.⁹ Ces constatations suscitent des questions essentielles quant à la capacité des HAART, largement disponibles dans ce pays, à offrir une certaine protection contre l'infection, du moins au niveau de la population.

Royaume-Uni

Au Royaume-Uni, il est assez difficile de déterminer avec précision si les perceptions, attitudes et

comportements évoluent car il n'existe pas de système fiable qui permettrait d'observer ce type de changement, ni au sein de la population en général, ni parmi les hommes ayant des rapports avec d'autres hommes. Au milieu de 1997, Ford Hickson a présenté les résultats d'une enquête menée à l'occasion de la «Gay Pride» de la même année auprès de 1800 homosexuels masculins.¹⁰ Une analyse des réponses à des questions concernant l'incidence des rapports anaux non protégés n'a montré aucun changement par rapport à des enquêtes similaires menées par Sigma Research les années précédentes¹¹: environ un tiers des hommes interrogés déclarent avoir eu des rapports anaux non protégés au cours des douze mois précédents et un dixième indiquent avoir eu ce type de rapports avec plus d'un autre homme. Alors que les sondés semblent bien informés de l'efficacité des traitements, «La grande majorité d'entre eux s'accordent à penser que le VIH est toujours un grave problème de santé et indiquent que les progrès dans le domaine des traitements ne les rendent pas plus susceptibles de prendre le risque d'une pénétration non protégée.» (p. 28)

Toutefois, tout indique que le comportement sexuel de certains hommes ayant des rapports avec d'autres hommes est peut-être en train de changer sensiblement au Royaume-Uni. Dans un exposé consacré à l'influence des traitements sur la prévention du VIH, Paul Ward a présenté un certain nombre d'idées reçues couramment admises par les homosexuels masculins. Citons entre autres: le VIH est soignable, donc la sexualité à moindre risque est inutile; même si les traitements actuels ne sont pas parfaits, ils le seront bientôt; la plupart des personnes séropositives sont sous traitement et ne sont donc plus susceptibles de transmettre le virus; une personne dont la charge virale est indétectable ne peut plus transmettre le VIH.¹² Rien ne permet de déterminer avec certitude à quel point ces opinions et perceptions sont répandues. On ignore aussi quelle peut être leur influence sur le comportement. Toutefois, le fait qu'elles soient exprimées est un motif de préoccupation.

Expliquer les changements de comportement

Dans presque tous les pays, on manque d'études approfondies qui permettraient d'interpréter les

réactions aux progrès thérapeutiques. En conséquence, nous devons nous fonder sur des rumeurs, des anecdotes et l'extrapolation de résultats d'études menées ailleurs dans le monde pour imaginer ce qui est peut-être en train de se produire près de chez nous.

De toute évidence, la recherche future doit se concentrer davantage sur le rapport des homosexuels masculins au VIH, l'importance de la séropositivité dans la manière dont les hommes réagissent aux risques liés au VIH et la façon dont les hommes négocient le risque dans différents contextes – rapports occasionnels, rapports au sein du couple et pendant les périodes de transition entre les deux.¹⁵ Les hommes séropositifs et les hommes séronégatifs font peut-être des suppositions différentes quant au statut sérologique de partenaires qui demandent, ou ne refusent pas, des rapports non protégés. Il est aussi possible que ces suppositions varient selon le contexte dans lequel le rapport sexuel a lieu. Pour Jonathan Bollen, Gary Dowsett et leurs collègues, il faut tenir compte de tous ces facteurs lors de l'interprétation des changements récents dont il est fait état dans la pratique de rapports sexuels non protégés.¹⁴

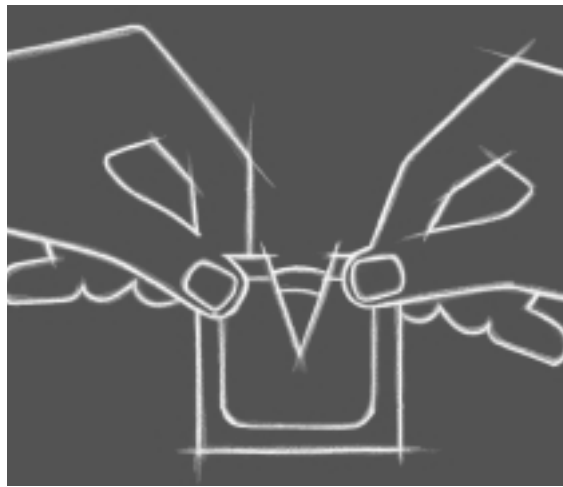
Des programmes et interventions sont nécessaires pour soutenir les personnes séropositives dans leurs efforts visant à ne pas infecter autrui.¹⁵ Selon plusieurs articles récents, une réduction durable de l'incidence de l'infection pourrait passer par une promotion plus vigoureuse du conseil et du dépistage du VIH, pour qu'un nombre croissant d'individus connaissent leur statut sérologique. Les messages de prévention, les programmes de conseil et les autres interventions devraient éventuellement être différenciés selon que leurs destinataires sont séropositifs ou séronégatifs.¹⁶

Préjugés et discrimination

L'arrivée de traitements efficaces contribuera-t-elle à accroître ou à diminuer le niveau de malentendus, de préjugés et de discrimination à l'encontre des personnes vivant avec le VIH? Il est avéré, par exemple, que la libido des personnes sous HAART augmente à mesure que leur état général s'améliore. Comment la population va-t-elle interpréter cette situation? En l'absence de programmes encourageant une perception réaliste et positive des personnes vivant avec le VIH/sida, il se

Le
saut
à la perche.

Le
saut
à la perche.



peut que le public soit loin de réagir favorablement s'il apprend que les personnes séropositives sont en train de devenir plus actives sexuellement.

Prévention post-exposition

Dans le domaine du VIH/sida, la promotion de la santé a toujours mis l'accent d'une part sur la prévention par le safer sex et les modes de consommation de drogue à moindre risque, de l'autre sur le soutien et la prise en charge des personnes vivant avec le VIH/sida. Dans ce contexte, on n'a commencé que récemment à s'intéresser à la prévention post-exposition (PEP). Même s'il est établi que la prophylaxie à la zidovudine est efficace pour réduire le risque d'infection à VIH chez les agents de santé blessés accidentellement par piqûre, l'existence d'un effet protecteur similaire reste à prouver dans le cas d'un rapport sexuel.¹⁷ Pourtant, certains médecins aux Etats-Unis, au Royaume-Uni, en France et dans d'autres pays européens proposent une PEP associant zidovudine, lamivudine et un inhibiteur de protéase après un rapport non protégé avec une personne infectée.¹⁸

Le degré d'efficacité de la PEP est mal connu, mais il est peu probable qu'il atteigne 100 %. Dès lors, comment faire la part des risques liés à la réussite du traitement et celle du risque d'infection? Quelles sont les conséquences physiques et psychologiques de la PEP sur l'individu? Ces questions, parmi bien d'autres, sont encore sans réponse. Par ailleurs, il reste à relever le défi de l'accès équitable à la PEP, quel que soit l'âge, la sexualité et le contexte dans lequel le rapport non protégé a eu lieu. Il faut prendre des mesures pour que les réponses à ces questions ne soient pas élaborées en

privé mais avec la participation véritable des usagers et des groupes touchés.¹⁹

La prévention post-exposition suscite nombre d'interrogations auxquelles on ne peut actuellement répondre de façon catégorique. Il est ainsi possible, par exemple, que la PEP conforte l'opinion selon laquelle il existe un traitement «du lendemain» pour le VIH; que la fréquence des rapports non protégés augmente si ce traitement devient largement disponible; ou encore que des individus qui se livrent à des activités présentant un risque élevé de transmission du VIH prennent au préalable des médicaments antirétroviraux s'ils croient que ces substances ont un effet protecteur.²⁰

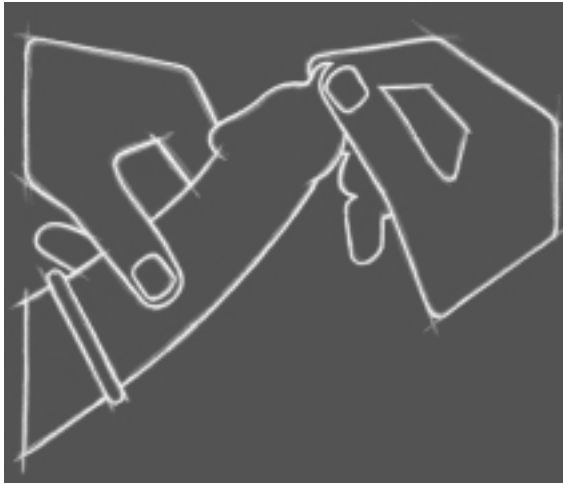
Conclusions

Il serait inopportun de conclure cette analyse des priorités de la prévention sans aborder le coût des nouveaux traitements. Les HAART sont coûteux et exigent une surveillance étroite, ce qui aura probablement de lourdes conséquences sur les budgets de la santé. Jay Wolfson émet un avis des plus pessimistes quant à leurs effets potentiels sur la prestation de services: «L'accès aux traitements médicamenteux nouveaux et complexes contre le Sida ruinerait les services locaux de soins spécialisés, créerait des obligations financières et juridiques incontournables et contribuerait à aggraver l'épidémie de sida, causant l'élimination de systèmes essentiels de prévention et de soins pour les populations les plus exposées...»²¹

Toutefois, selon des estimations plus récentes, si l'on tient compte des gains de productivité individuels, les HAART présentent un bon rapport coût-efficacité dans la lutte contre l'épidémie, du moins dans des pays comme la Suisse²² et les Etats-Unis.²³

Au-delà des questions de coût et de rapport coût-efficacité, les HAART nous encouragent à repenser le rapport entre la prévention et les soins. Si, comme cela semble être le cas, de nouvelles formes de traitement permettent non seulement de prolonger la vie mais aussi de réduire l'infectiosité et de proposer une prévention post-exposition, le rapport entre les soins et la prévention devient plus flou. Le dépistage et l'intervention précoces peuvent présenter des avantages non seulement pour l'individu mais aussi pour ses partenaires sexuels. La coopération entre personnes vivant avec le VIH/sida et celles qui ne sont pas infectées est plus

L'otirement.



nécessaire que jamais. Ainsi seulement pouvons-nous espérer tirer profit des nouveaux traitements pour infléchir le cours de l'épidémie.

Peter Aggleton dirige la publication de la série d'ouvrages «Social Aspects of AIDS» (édités chez Taylor and Francis). Il est rédacteur en chef du nouveau périodique «Culture, Health and Sexuality». Depuis plus de quinze ans, il travaille à l'échelon international dans le domaine de la promotion de la santé liée au VIH.

¹ Halkitis, P. & Wilton, L. (1999) Beyond Complacency: The effects of treatment on HIV transmission. *Focus - A guide to AIDS research and counselling*, 14, 5, 1-4.

² LaPorte, A. & Aggleton, P. (1999) HIV/AIDS Prevention in the Context of New Therapies. Report of a Meeting 23-24 February 1998. Genève, Collection des meilleures pratiques de l'ONUSIDA.

³ Dilley, J., Woods, W. & McFarland, W. (1997) Are Advances in Treatment Changing Views about High Risk Sex? *New England Journal of Medicine*, 337, 7, 501.

⁴ Ekstrand, S., Stall, R., Paul, J., Osmond, D. & Coates, T. High Rates of Unprotected Anal Sex with Partners of Unknown or Discordant HIV Antibody Serostatus among Gay Men in San Francisco. (sous presse, AIDS).

⁵ Kravcik, S., Victor, G., Houston, S. et al (1998) Effect of Antiretroviral Therapy and Viral Load on the Perceived Risk of HIV Transmission and the Need for Safer Sex Practices. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 19, 2, 124-129.

⁶ Knox, S., Van de Ven, P., Prestage, G., Crawford, J. & Kippax, S. (1999) Sydney Gay Community Surveillance Report (No. 8). Sydney, National Centre in HIV Social Research, University of New South Wales.

⁷ Crawford, J., Kippax, S., Rodden, P., Donohoe, S. & Van de Ven, P. (1998) Male Call 96. National Telephone Survey of Men who have Sex with Men. Sydney, National Centre in HIV Social Research.

⁸ AFAO (1997) Briefing on Reported Increase in Incidence of Unprotected Anal Sex with Casual Partners in Gay Men Sampled in Sydney. Sydney, Australian Federation of AIDS Organisations.

⁹ National Centre in HIV Epidemiology and Clinical Research (1998) Australian HIV Surveillance Report, 14, 2.

¹⁰ Hickson, F. (1998) Are more British gay men taking HIV risks than they were doing so four years ago because of treatment advances? In J. Jones (ed.) *The Impact of New Treatments on HIV Prevention. Conference Report*. London, Health First/Terrence Higgins Trust/Camden and Islington Community Health Services NHS Trust/National AIDS Manual.

¹¹ Hickson, F., Reid, D., Davies, P., Weatherburn, P., Beardsell, S., and Keogh, K., (1996) No Aggregate Change in Homosexual Risk Behaviour among Gay Men attending the Gay Pride. *AIDS*, 10, 7, 771-774.

¹² Ward, P. (1998) Myths and Misunderstanding. In J. Jones (ed.) *The Impact of New Treatments on HIV Prevention: Conference Report*. London, Health First/Terrence Higgins Trust/Camden and Islington Community Health Services NHS Trust/National AIDS Manual.

¹³ Bollen, J., Edwards, B., Dowsett, G., McInnes, D. and Couch, M. (1998) Understanding the Contexts of Risk-Taking among Sydney Gay Men. Report to the AIDS and Infectious Diseases Branch, New South Wales Department of Health. Sydney, Macquarie University, Department of Sociology, School of Behavioural Sciences.

¹⁴ Bollen, J., Edwards, B., Dowsett, G., McInnes, D. and Couch, M. (1998) Understanding the Contexts of Risk-Taking among Sydney Gay Men. Report to the AIDS and Infectious Diseases Branch, New South Wales Department of Health. Sydney, Macquarie University, Department of Sociology, School of Behavioural Sciences.

¹⁵ Temoshok, L. & Frerichs, R. (1998) Secondary HIV Prevention. Focus - A Guide to AIDS Research and Counselling, 13, 7, 1-4.

¹⁶ Senterfitt, W. (1998) Positive Images: Primary Prevention for People with HIV. Focus - A Guide to AIDS Research and Counselling, 13, 7, 5-6.

¹⁷ Daily, J. (1997) Postexposure Prophylaxis for HIV. *AIDS Clinical Care*, 9, 8, 1-3.

¹⁸ Katz, M., Gerberding, J. & Boswell, S. (1998) Post Exposure Prophylaxis: A Roundtable Discussion. *AIDS Clinical Care*, 10, 2, 1-3.

¹⁹ Nicholson, M. & Fysh, G. (1997) Ethical and Practical problems of a 'morning after' pill for HIV. *National AIDS Bulletin*, 11, 5, 26-27.

²⁰ Australian Federation of AIDS Organisations (1998) The Implications of the Availability of HIV Exposure Prophylaxis. AFAO Advice Sheet for Members.

²¹ Wolfson, J. (1997) The Dangerous Financial Politics of AIDS 'Cocktail' Therapies. *Journal of Health Care Finance*, 24, 1, 59-63.

²² Sendi, P., Bucher, H., Harr, T. et al (1999) Cost Effectiveness of Highly Active Antiretroviral Therapy in HIV-infected Patients. *AIDS*, 13, 9, 1115-1122.

²³ Gebo, K., Chaisson, R., Folkemer, J. et al (1999) Costs of HIV Medical Care in the Era of Highly Active Antiretroviral Therapy. *AIDS*, 13, 8, 963-969.