

LES CHANGEMENTS DE COMPORTEMENT ET LA PRÉVENTION DU VIH : Nouvelles considérations pour le XXI^e siècle

SOMMAIRE EXÉCUTIF

Les récents résultats d'essais cliniques sur les interventions de prévention de nouveaux cas potentiels de VIH soulignent ce que nous savons déjà depuis des décennies : si nous voulons inverser le cours de l'épidémie mondiale du VIH, il est crucial d'élargir l'échelle des stratégies efficaces de changement des comportements. Il faudra attendre des années encore avant que soient disponibles de nouvelles modalités biomédicales de prévention du VIH, notamment les vaccins et les microbicides. Même lorsque ces outils émergeront enfin, le comportement humain restera critique, car il est peu probable que les nouvelles stratégies de prévention puissent être efficaces à 100 % pour prévenir la transmission. Étant donné les 2,5 millions de nouveaux cas de VIH apparus en 2007, il est urgent d'adopter les stratégies efficaces à notre disposition pour encourager des comportements plus sûrs.

Le comportement humain est complexe ; il est difficile de changer radicalement les comportements et il y a des lacunes importantes dans les connaissances que nous avons sur l'efficacité de la prévention du VIH. Pourtant, les recherches menées jusqu'à ce jour démontrent clairement l'effet qu'ont eu les nombreuses interventions de comportement pour réduire l'infection par le VIH. Nous savons en outre que, toutes les fois qu'il y a eu un recul des épidémies nationales de VIH, les changements comportementaux généralisés ont été au cœur du succès.

Pour être plus efficace au XXI^e siècle, l'effort de prévention du VIH doit s'attaquer à plusieurs problèmes de perception : un pessimisme déplacé sur l'efficacité des stratégies comportementales de prévention du VIH ; une confusion regrettable entre la difficulté de changer le comportement humain et l'incapacité à le faire ; la perception erronée que les efforts de prévention n'ont aucun effet, dû au fait qu'il est difficile par nature de mesurer le succès de la prévention – celle-ci étant un « non-événement ».

Ce rapport du *Global HIV Prevention Working Group* (PWG) a trait plus particulièrement à la prévention comportementale du VIH. Il donne une vue d'ensemble sur ce que nous savons de l'efficacité des stratégies de changement des comportements, sur ce que nous devons encore apprendre et sur ce que nous devons faire pour que ces efforts progressent dans les années à venir. L'examen approfondi de centaines d'études sur le changement de comportement pour la prévention du VIH nous a permis de constater que la base d'éléments probants sur la prévention comportementale du VIH est solide, nombre d'études démontrant l'efficacité des interventions à de nombreux niveaux, parmi des populations diverses et durant le cours de l'épidémie. Notre rapport indique également que la base d'éléments probants n'est pas encore complète et que les connaissances que nous avons sur les méthodes qui font leurs preuves ont encore de nombreuses lacunes et limites. Pour maximiser l'efficacité des efforts de prévention, il est impératif de reconnaître et de s'attaquer à ces limites.

CE QUE NOUS SAVONS

L'examen approfondi des éléments probants permet d'établir à la fois l'efficacité (le résultat constaté dans un milieu d'essais cliniques) et l'effet (le résultat constaté dans le monde réel) des efforts de prévention du VIH. Couvrant à la fois des essais randomisés et contrôlés et des analyses basées sur l'observation, notre examen a identifié des éléments communs de succès :

- **ESSAIS RANDOMISÉS ET CONTRÔLÉS** : des centaines d'essais randomisés et contrôlés¹ ont permis de constater que les interventions individuelles, en petits groupes et à l'échelon des communautés peuvent aboutir à des comportements plus sûrs. Par exemple, un examen récent de 18 méta-analyses d'interventions visant à réduire le risque sexuel a fait ressortir une augmentation substantielle de l'usage des préservatifs et une diminution du nombre de rapports sexuels sans protection (Noar 2008). En consultant des études évaluées par des pairs jusqu'en 2004, les Centres américains pour le contrôle des maladies ont pu identifier 42 interventions de prévention dont l'efficacité a été prouvée par des études bien conçues (Lyles 2007 ; CDC 2001). Des études menées auprès de jeunes vivant dans des pays à revenus faibles et moyens (OMS 2006), auprès de travailleuses/eurs du sexe (Foss 2007) et autres populations ont démontré que les programmes de prévention peuvent faire changer les comportements sexuels et l'usage des drogues dans des milieux aux ressources limitées pour prévenir la transmission du VIH.
- **RECHERCHES BASÉES SUR L'OBSERVATION** : les succès ont été bien étudiés et documentés en Ouganda, en Thaïlande, en Australie, au Brésil et dans nombre d'autres territoires par des recherches basées sur l'observation. Les réussites précoces en Ouganda et en Thaïlande, pays qui ont mis en œuvre des programmes de prévention efficaces, ont été bien documentées (UNAIDS 2001), tout comme le succès frappant en Australie, qui a réduit considérablement l'incidence du VIH suite aux changements marqués du comportement des hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (*National Centre in HIV Epidemiology and Clinical Research* 2007 ; Bowtell 2005). Grâce à un fort soutien national des stratégies multiples et complémentaires de prévention du VIH, l'épidémie au Brésil s'est limitée durant la première partie de cette décennie à la moitié des projections des tendances d'infection qui avaient été établies à la fin des années 1980 et au début des années 1990 (ministère brésilien de la Santé, 2003). L'analyse de nombreuses études indique que la mise en œuvre à l'échelon national d'efforts combinés de prévention du VIH fondés sur des éléments probants durant les années 1990 a été associée à un déclin de 50 % à 90 % de l'incidence et de la prédominance du VIH parmi les populations clés (Auerbach 2006).
- **ÉLÉMENTS COMMUNS DE SUCCÈS** : les éléments probants qu'ont fait ressortir ces études, parmi d'autres, permettent d'établir que les stratégies efficaces suivent une combinaison d'approches de changement de comportement atteignant une couverture, une intensité et une durée suffisantes, qui sont aussi adaptées afin d'aborder les principaux facteurs de transmission du VIH durant les épidémies nationales. La prévention efficace du VIH porte sur les besoins et circonstances spécifiques de la population ciblée et doit toucher les multiples déterminants du comportement humain, notamment les connaissances et motivations individuelles, les relations interpersonnelles et les normes sociétales. L'engagement des communautés, ainsi qu'un fort soutien politique, ont été les ingrédients clés du succès des

pays qui ont mené des efforts pour changer les comportements et prévenir l'infection par le VIH.

CE QUE NOUS DEVONS APPRENDRE

Il ne manque pas de faits démontrant qu'il est possible de changer le comportement humain pour réduire le risque de transmission du VIH ; il y a toutefois d'importantes lacunes et limites dans ce que l'on connaît. Il y a également un problème intrinsèque de mesure de l'impact des efforts de santé qui incluent la prévention du VIH : mesurer et déterminer la causalité d'un événement qui ne s'est pas produit (par exemple lorsqu'une infection par le VIH a été évitée) est en soi plus compliqué qu'évaluer un événement ou phénomène qui a eu lieu. Nous présentons ci-dessous certaines limites clés à ce que nous savons, ainsi que les domaines dans lesquels d'autres recherches sont nécessaires :

- **DE L'EFFICACITÉ À L'EFFET** : pour ce qui concerne les interventions biomédicales et comportementales, il est souvent difficile d'exprimer l'impact observé durant les essais cliniques (efficacité) en résultats comparables dans le monde réel (effet). La plupart des essais cliniques des programmes de prévention comportementale du VIH ont été menés dans des pays à revenus élevés, en ayant recours à des modèles de programmes intensifs et professionnels qui ne s'appliquent pas nécessairement à des milieux aux ressources plus limitées ou à d'autres cultures. Peu d'essais sur les interventions comportementales ont eu recours à ces critères d'efficacité biologique pour mesurer l'incidence du VIH ou des infections sexuellement transmissibles (IST), ce qui réduit potentiellement la garantie que les changements de comportement observés lors des essais cliniques auront un impact sur la santé publique dans le monde réel.
- **GÉNÉRALISABILITÉ** : même si l'on observe un impact dans le monde réel, des questions clés se posent encore sur la transférabilité de ces succès à d'autres communautés, sous-groupes et types d'épidémies (par exemple : prévalence élevée, concentrée, etc.).
- **SOUTENIR LE CHANGEMENT DE COMPORTEMENT SUR LE LONG TERME** : peu d'essais cliniques sur les interventions comportementales ont préconisé un suivi des participants sur plus de 12 mois. Pourtant, des faits qui ressortent semblent indiquer que les changements de comportements favorables observés chez des personnes pendant la première année qui a suivi une intervention de prévention peuvent décliner au fil du temps (Coates, sous presse). Au niveau de la population, les changements positifs de comportements ne sont souvent pas persistants, car ils exigent un certain degré de diligence – par exemple, l'utilisation constante de préservatifs – qui est souvent difficile à maintenir pendant la vie quotidienne et dans les contextes sociaux. En Ouganda, en Thaïlande et dans nombre de pays à revenus élevés, aux succès précoces de prévention ont succédé des hausses sensibles de comportements à risque au cours des années suivantes ; ce fait souligne la difficulté de faire perdurer les progrès qu'a accompli la prévention. Il peut être difficile, en particulier, de les faire perdurer face aux changements de l'environnement sous-jacent social ou physique, qui tendent à faire percevoir le VIH comme une menace atténuée.
- **HYPOTHÈSES SUR LA SENSIBILISATION INDIVIDUELLE** : les modèles existants d'interventions de comportement sont souvent basés sur différentes théories cognitivo-comportementales augurant que les

personnes prendront des mesures pour éviter les risques si elles sont suffisamment informées et suffisamment motivées – c'est-à-dire qu'elles peuvent faire preuve d'une sensibilisation personnelle dans le contexte du risque associé au VIH. Pourtant, le comportement individuel est souvent largement influencé par des facteurs socioéconomiques, culturels et environnementaux plus larges. Il est nécessaire d'avoir des modèles de programmes mieux validés qui puissent influencer les normes sociales et les institutions, bien que, jusqu'à présent, les études sociales et ethnographiques n'aient pas été suffisamment utilisées pour communiquer des informations destinées aux interventions de comportement.

- **ÉVALUATIONS UNIDIMENSIONNELLES** : peu d'essais sur la prévention ont étudié des combinaisons d'interventions ; ils ont par contre évalué l'effet comportemental et épidémiologique des composantes séparées des stratégies de prévention complètes du VIH (par exemple, les interventions individuelles de comportement, les tests volontaires de VIH, les services d'orientation et d'assistance ou l'encouragement de l'utilisation des préservatifs). Cette approche va à l'encontre de la pratique réelle de la prévention, du mode de vie et des décisions que prennent les personnes ; c'est la raison pour laquelle il est difficile d'évaluer la probabilité de succès sur le terrain lorsque les approches individuelles sont associées à d'autres composantes de la prévention. Les programmes nationaux et les initiatives des donateurs ont souvent choisi de soutenir certains éléments d'une stratégie de prévention complète, alors qu'ils en ont omis d'autres, ce qui diminue leur effet sur les comportements et sur l'incidence du VIH (cf. Fiellin 2007 ; Corno et de Walque 2007).

CE QUE NOUS DEVONS FAIRE – RECOMMANDATIONS

Pour accroître substantiellement l'efficacité à long terme du changement de comportement vis à vis du VIH, les pays, les donateurs, les chercheurs, la société civile et autres parties intéressées devront coopérer afin d'élargir la base d'éléments probants pour la prévention du VIH – afin de résoudre les limites et les lacunes qui existent encore, tout en ayant également recours aux données probantes disponibles pour les utiliser de la manière la plus stratégique possible. Sur la base des meilleures données probantes disponibles, le PWG recommande les mesures suivantes :

- **POUR LES AUTORITÉS NATIONALES ET LES GOUVERNEMENTS** : au sein des pays, les leaders politiques et les leaders de la santé publique devront développer et mettre en œuvre des stratégies nationales contre le SIDA, ainsi que des plans d'opérations adaptés aux dynamiques particulières des épidémies nationales, intégrer les services de prévention et de traitement et élargir les interventions de prévention à une échelle suffisante pour qu'elles puissent avoir un impact mesurable. Les pays qui étendent la pratique de la circoncision médicale des hommes – et autres nouvelles interventions prouvées efficaces – devraient associer ces efforts à des interventions complémentaires de comportement afin d'éviter l'accroissement du nombre des comportements à risque susceptible de se produire lorsque de nouvelles stratégies ou de nouveaux outils sont introduits.
- **POUR LES DONATEURS INTERNATIONAUX** : les donateurs doivent s'engager à financer rapidement des programmes de prévention du VIH qui sont adaptés aux épidémies nationales. Ils doivent en outre débloquer au moins 11,9 milliards de dollars US par an d'ici 2010 pour aider à élargir l'échelle des programmes de prévention du VIH basés sur des éléments probants dans le cadre d'une réaction globale au VIH. Ils doivent fournir des

financements solides à l'échelon des communautés qui souhaitent réagir en créant une capacité et un leadership de la société civile locale (UNAIDS 2007).

- **POUR LES AGENCES TECHNIQUES** : les agences multilatérales et autres agences techniques doivent développer un mécanisme permettant d'évaluer la solidité des stratégies nationales de prévention du VIH en identifiant les cas où les plans nationaux sont en conflit avec les faits probants dont nous disposons sur la dynamique de l'incidence du VIH ou lorsque quelques stratégies de prévention ne sont pas basées sur des faits prouvant l'efficacité de certaines mesures auprès de populations données. Les agences techniques doivent renforcer leur aide aux pays en intégrant leurs observations sur la recherche sociale dans un planning stratégique national. L'amélioration des systèmes nationaux d'information sur le VIH et leur utilisation dans un planning national doit rester une priorité pour le soutien technique.
- **POUR LES PRESTATAIRES DE SERVICES VIH** : les sponsors des programmes de prévention du VIH doivent créer des partenariats de travail solides avec les communautés touchées pour assurer que les programmes sont conçus de façon optimale en fonction des circonstances et des besoins locaux et qu'ils sont dirigés en respectant l'éthique. Les prestataires de services de prévention du VIH doivent intégrer leurs efforts à d'autres systèmes de service, notamment les services relatifs à la tuberculose, à l'hygiène sexuelle et à la santé génésique. Les programmes de traitement des toxicomanies doivent bénéficier de ressources adéquates pour fournir à leurs clients des services courants de prévention du VIH.
- **POUR LA SOCIÉTÉ CIVILE** : les activistes du VIH et autres groupes de la société civile doivent être des défenseurs ardents de l'élargissement simultané de l'échelle de la prévention et du traitement du VIH. Les groupes de la société civile doivent participer au développement d'objectifs nationaux de prévention du VIH, suivre les progrès nationaux jusqu'à leur réalisation et faire imposer des stratégies permettant d'offrir aux populations les plus à risque d'infection par le VIH des interventions fondées sur des éléments probants.
- **POUR LES CHERCHEURS TRAVAILLANT À LA PRÉVENTION DU VIH** : une priorité plus importante doit être accordée à la recherche sociale afin de communiquer des informations utiles pour la conception et la mise en place d'interventions centrées sur la prévention, pour l'adaptation des programmes de modèles à des populations ou milieux particuliers, ainsi que pour le ciblage et la diffusion des services de prévention. Les chercheurs et leurs agences de financement doivent se pencher davantage sur la recherche de base menée sur les facteurs sociaux de la transmission du VIH, ainsi que sur le développement et l'évaluation d'interventions à l'échelon des communautés, sur les interventions structurelles et sur les méthodes de prévention pour les populations les plus à risque de l'exposition au VIH. Il est nécessaire de mener des recherches supplémentaires pour évaluer sur le terrain l'efficacité des programmes de prévention du VIH, ainsi que pour développer et évaluer des modèles de prévention empêchant la compensation du risque en réaction au traitement ou à l'introduction et à l'adoption de nouvelles technologies de prévention. Lorsque cela est possible et si besoin est, les essais de prévention doivent avoir recours à davantage de critères d'efficacité biologique ; ils doivent également prolonger la durée de suivi des participants aux études.

CONCLUSION

Il reste beaucoup de travail à accomplir pour élargir la base d'éléments probants sur la prévention du VIH ; cet article du PWG soutient néanmoins qu'il est urgent d'élargir l'échelle des programmes visant à changer les comportements afin de prévenir l'infection par le VIH. Le bien-fondé de la prévention du VIH par les changements de comportement ne peut être exagéré, mais il ne doit pas non plus être négligé. En matière de prévention du VIH, le cœur du problème n'est pas le manque d'éléments probants, mais le fait de ne pas pouvoir élargir l'échelle des programmes portant sur les facteurs majeurs de l'infection par le VIH dans des territoires nationaux spécifiques. Au XXI^e siècle, le pessimisme qui règne quant aux problèmes bien réels qui nous attendent ou le fait de savoir que nous n'avons pas encore toutes les réponses ne devrait pas nous empêcher de prévenir la prochaine infection par le VIH.

RÉFÉRENCES

Auerbach, J.D., et autres, 2006. *Overview of effective and promising interventions to prevent HIV infection*. In *Preventing HIV/AIDS in Young People: A Systematic Review of Evidence from Developing Countries*, UNAIDS Inter-Agency Task Team on Young People, eds. D.A. Ross, B. Dick and J. Ferguson.

Bowtell, W. 2005. *Australia's response to HIV/AIDS: 1982–2005*. Lowy Institute for Health Policy.

CDC. 2001. *Compendium of HIV prevention interventions with evidence of effectiveness*, revision.

Coates, T.J., et autres, en cours d'impression. Behavioural science contributions to HIV prevention: Insights from the past and directions for the future. *Lancet*.

Corno, L. et D. de Walque. 2007. *The determinants of HIV infection and related sexual behaviors: Evidence from Lesotho*. Banque mondiale.

Fiellin, D.A., et autres, 2007. *Combating the twin epidemics of HIV/AIDS and addiction: Opportunities for progress and gaps in scale*. CSIS Task Force on HIV/AIDS, Washington. Centre d'études stratégiques et internationales.

Foss, A.M., et autres, 2007. *A systematic review of published evidence on intervention impact on condom use in sub-Saharan Africa and Asia*. *Sexually Transmitted Infections* 83:510–516.

Lyles, C.M., et autres, 2007. *Best-evidence interventions: Findings from a systematic review of HIV behavioral interventions for U.S. populations at high risk, 2000–2004*. *American Journal of Public Health* 97:133–143.

Ministère de la Santé, Brésil. 2003. Politique du Brésil sur les MST/le SIDA.

National Centre in HIV Epidemiology and Clinical Research, Australie. 2007. *Australian HIV Surveillance Report* 23(2).

Noar, S.M. 2008. *Behavioral interventions to reduce HIV-related sexual risk behavior: Review and synthesis of meta-analytic evidence*. *AIDS and Behavior* 3:335–353.

UNAIDS. 2007. *Financial resources required to achieve universal access to HIV prevention, treatment, care, and support*.

UNAIDS. 2001. *HIV prevention needs and successes: A tale of three countries—An update on HIV prevention success in Senegal, Thailand and Uganda*.

OMS, et autres, 2006. *Preventing HIV/AIDS in young people: A systematic review of the evidence from developing countries*. Série de Rapports techniques de l'OMS, no. 938

¹ L'institut national de la santé (*National Institutes of Health*) donne la définition suivante pour « essai randomisé et contrôlé » : « un test prospectif où les investigateurs assignent au hasard un échantillon éligible de patients à un ou plusieurs groupe(s) de traitement et à un groupe de contrôle, et effectuent le suivi des résultats des patients. » (*National Library of Medicine* 2007).