

# STRATÉGIES DE PRÉVENTION EFFICACE

DANS

LES MILIEUX À FAIBLE SÉROPRÉVALENCE



Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA  
**ONUSIDA**  
UNICEF • PNUD • FNUAP • PNUCI  
UNESCO • OMS • BANQUE MONDIALE  
Equipe Inter-pays de l'Asie du Pacifique

Collection Meilleures Pratiques de l'ONUSIDA  
– Outils fondamentaux



# STRATÉGIES DE PRÉVENTION EFFICACE

**DANS LES ZONES À FAIBLE  
SÉROPRÉVALENCE**

*Contributeurs (présentés par ordre alphabétique) :*

*Tim Brown*

*Barbara Franklin*

*Joan MacNeil*

*Stephen Mills*



Financé par l'Agence des Etats Unis pour  
le développement international (USAID)  
Dans le cadre du Projet IMPACT  
de Family Health International.  
Accord de coopération HRN-A-00-97-00017-00



Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA  
**ONUSIDA**  
UNICEF • PNUD • FNUAP • PNUCI  
UNESCO • OMS • BANQUE MONDIALE  
Equipe Inter-pays de l'Asie du Pacifique

Collection Meilleures Pratiques de l'ONUSIDA  
– Outils fondamentaux

© Family Health International 2001  
Version française, avril 2002

## REMERCIEMENTS

Ont contribué à ce document (par ordre alphabétique): Tim Brown, Barbara Franklin, Joan MacNeil et Stephen Mills.

Nous remercions Elizabeth Pisani, Tobi Saidel et Werasit Sittitrai de leur aide à la révision de ce document. Les personnes suivantes ont aussi contribué à l'atelier de consultation qui a précédé l'élaboration de ce document : Gilles Poumerol, Aviva Ron, G. Ong, Teodi Wi, Jamas Sonnemen, Habibur Rachman, Thomas Rehle, James Chin, Carol Chin, Carol Jenkins, Arthur Jaucian, Malo Quintos, Geeta Sethi, Cheng Feng, Wang Xiachun, Khanthanvieng Sayabounthavong, Cora Manalotoet Loreto Roquero.

Nous remercions tout particulièrement Ponkamon Winitdhama de son assistance au niveau de l'édition.

# TABLE DES MATIÈRES

<i>Chapitre 1</i>	Introduction . . . . .	1
<i>Chapitre 2</i>	Présentation générale des pays à faible séroprévalence . . . . .	3
<i>Chapitre 3</i>	Défis présentés par les pays à faible séroprévalence . . . . .	5
<i>Chapitre 4</i>	Les pays à faible séroprévalence parviendront-ils à le rester? . . . . .	7
<i>Chapitre 5</i>	Le rôle du système de classification du VIH/SIDA pour les pays à faible séroprévalence . . . . .	11
<i>Chapitre 6</i>	Surveillance appropriée des pays à faible séroprévalence . . . . .	13
<i>Chapitre 7</i>	Quels sont les éléments d'une prévention efficace du VIH? Les facteurs individuels, environnementaux et contextuels . . . . .	17
<i>Chapitre 8</i>	Stratégie de prévention recommandée pour les pays à faible séroprévalence . . . . .	23
<i>Chapitre 9</i>	Démarches principales relatives aux sous-populations spécifiques . . . . .	31
<i>Chapitre 10</i>	Conclusion . . . . .	35



# 1

## INTRODUCTION

**Tandis que** plusieurs pays d'Afrique subsaharienne continuent de connaître une large propagation de l'épidémie du VIH avec plus d'un quart des populations adultes infecté, les données épidémiologiques disponibles suggèrent que, dans le monde, la plupart des pays connaissent des épidémies qui sont actuellement, par comparaison plus concentrées et plus limitées.

Les pays à faible séroprévalence partagent un ensemble de préoccupations et de défis concernant les réponses face à une épidémie éventuelle de VIH. Parmi eux, de nombreux pays ont également la possibilité d'éviter un grand nombre d'infections futures à condition que des stratégies de prévention appropriées soient choisies et mises en œuvre de façon précoce, réduisant ainsi considérablement pour le pays les coûts liés au VIH. Cette publication a pour but d'identifier ces défis et de proposer une stratégie de prévention qui puisse maintenir à un faible niveau la séroprévalence dans la population générale, tout en réduisant les épidémies localisées

de VIH existantes ou en prévenant les épidémies localisées potentielles de VIH dans les sous-groupes de population présentant un niveau élevé de comportement à risque.

Les décisions concernant la localisation et le ciblage stratégiques des interventions de prévention sont importantes à la fois pour les agences internationales et les pays planifiant leur réponse à la prévention. Ces deux instances doivent faire des choix difficiles au niveau des sous-groupes et de la localisation géographique afin de s'assurer que les ressources sont affectées de manière efficiente.







# PRÉSENTATION GÉNÉRALE DES PAYS À FAIBLE PRÉVALENCE DE VIH

**La diversité** au niveau de la transmission du VIH dans les différentes populations est frappante: 16 pays (dont la totalité se trouve en Afrique subsaharienne) annoncent une prévalence globale chez les adultes de plus de 10%, 8 pays une prévalence de 5 à 10% (tous situés aussi en Afrique subsaharienne), 28 pays une prévalence de 1 à 5% et les 119 autres pays du monde annoncent moins de 1% de séroprévalence chez les adultes.

En dehors des pays d'Afrique subsaharienne, les seuls pays du monde où, selon les estimations, plus de 1% de la population est actuellement séropositive sont Haïti (5,17%), les Bahamas (4,13%), le Cambodge (4,04%), la Guyane (3,01%), la République dominicaine (2,8% ), la Thaïlande (2,15%), Belize (2,01%), Myanmar (1,99%), le Honduras (1,92%), Panama (1,54%), le Guatemala (1,38%), Surinam (1,26%), la Barbade (1,17%) et Trinidad & Tobago (1,05%)<sup>1</sup>.

Certains des pays les plus peuplés du monde (la Chine, l'Inde, le Bangladesh et l'Indonésie par exemple), enregistrent actuellement une prévalence de moins de 1% dans la population. Toutefois, au moins en Chine et en Inde, cette faible prévalence globale cache des épidémies localisées importantes, dont certaines infectent de larges proportions de la population. En Inde, les Etats de Maharashtra, Tamil Nadu, Gujarat, Andhra Pradesh et Manipur ont plus de 1% de leur population infectée. En Chine, des zones spécifiques de la province de Yunnan sont fortement infectées parce qu'une proportion importante de la population signale utiliser des drogues injectables et est donc exposée à l'infection par VIH par l'utilisation des mêmes aiguilles. La séroprévalence chez les travailleuses du sexe et les consommateurs de drogues injectables dépasse les 20% dans certaines régions de l'Indonésie.

<sup>1</sup> ONUSIDA. Rapport sur l'épidémie mondiale de VIH/SIDA. Genève: ONUSIDA, 2000.

Plusieurs pays enregistrent actuellement des épidémies concentrées tout en ayant une faible prévalence globale au niveau de la population générale, avec des groupes à risque élevé comme les travailleuses du sexe (TS), les consommateurs de drogues injectables (CDI) et les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HSH) présentant des taux de VIH croissants. Par exemple, la Russie et plusieurs autres pays d'Europe de l'Est ont des populations de CDI bourgeonnantes et la séroprévalence augmente rapidement parmi eux.

En Europe de l'Ouest, en Amérique du Nord et en Australie, les premiers succès obtenus avec les populations de HSH en matière d'utilisation accrue du préservatif ont été récemment remis en question par une rechute en termes de comportement sexuel à risque ainsi que par l'apparition de nouveaux groupes de jeunes qui ne se perçoivent pas comme des personnes à risque élevé d'infection par VIH.

Même dans les zones où la séroprévalence est faible au niveau des sous-populations vulnérables, le taux des autres infections sexuellement transmissibles (IST) peut être élevé, signalant ainsi une transmission possible du VIH à l'avenir. Par exemple, dans plusieurs régions d'Indonésie, les travailleuses du sexe ont pendant des années eu des taux élevés de chlamydia et de gonococcie parallèlement à de faibles taux de VIH. Cette forte prévalence d'IST et les réseaux sexuels qui en étaient la cause ont probablement contribué à l'augmentation du VIH récemment enregistrée chez les travailleuses du sexe dans plusieurs provinces, notamment à Riau et en Nouvelle-Guinée.

# 3 DÉFIS PRÉSENTÉS PAR LES PAYS À FAIBLE PRÉVALENCE DE VIH

**Les problèmes** rencontrés par les pays à faible séroprévalence se retrouvent dans les réponses à différents niveaux, de la formulation de la politique au changement de comportement individuel en passant par la planification de la prévention et les stratégies de mise en oeuvre. Cette section présente quelques-uns des défis les plus significatifs auxquels sont confrontés ces pays au niveau de la mise sur pied d'une réponse efficace pour la prévention.

## **FAIBLE PRÉVALENCE = FAIBLE PRIORITÉ**

Au niveau de la politique, une faible séroprévalence se traduit de manière typique par l'attribution d'une faible priorité à la prévention du VIH par les gouvernements, notamment face à la concurrence des problèmes de santé, d'éducation et de croissance économique et face aux préoccupations de défense courantes dans la plupart des pays en développement. Etant donné que le VIH est invisible au début de l'épidémie et qu'une épidémie naissante ne pèse pas particulièrement sur le secteur de la santé, il y a peu de raisons apparentes et immédiates d'initier une réponse ou de détourner des ressources humaines et des budgets déjà limités vers la prévention.

## **FAIBLE PRÉVALENCE = « IL N'EXISTE PAS DE COMPORTEMENT À RISQUE CHEZ NOUS, IL N'EST DONC PAS NÉCESSAIRE D'EN PARLER »**

Dans certains pays, la faible séroprévalence est utilisée pour étayer l'idée souvent largement répandue, à tort, que les comportements favorisant la transmission du VIH, tels que les partenaires sexuels multiples et la consommation de drogues injectables n'existent pas dans le pays. Cela sert souvent à justifier l'absence de réponse. En outre, la plupart des pays ont des barrières culturelles et religieuses qui limitent la possibilité d'un dialogue ouvert et franc sur les questions liées au sexe et à la drogue. En conséquence, le silence qui entoure ces comportements constitue souvent un frein à une réponse efficace à une éventuelle épidémie du VIH.

## PRÉVALENCE FAIBLE = NI CAPACITÉ NI VOLONTÉ DE FAIRE DE LA RÉPONSE UNE PRIORITÉ

Au niveau de la planification de la prévention, une faible séroprévalence se traduit souvent par une absence d'orientation dans la réponse à apporter pour la prévention. Bien qu'il s'agisse d'une question commune à tous les niveaux de l'épidémie, le débat concernant l'équilibre approprié à établir entre les efforts de prévention en direction de la population générale et les efforts en direction des sous-populations plus vulnérables est particulièrement brûlant et difficile à résoudre dans les pays à faible séroprévalence. Le fait d'avoir quelques sujets affectés dans le pays signifie-t-il que tout le monde est exposé au risque ou que personne n'est exposé au risque? Dans un environnement à faible prévalence, il y a souvent un manque notable de données sur l'évolution de l'épidémie, ce qui rend encore plus difficile l'évaluation des où une réponse pour la prévention est plus susceptible d'avoir un impact. L'absence de données relatives à la prévalence rend tout aussi difficile le fait de savoir si la réponse existante en matière de prévention est efficace ou non.

Des pressions politiques tangibles existent souvent dans le sens de la protection de la population générale, tandis que des attitudes sociales négatives découragent souvent les efforts en faveur des sous-populations vulnérables. Ce qui tend à produire une stratégie de prévention par défaut qui évite presque totalement ces sous-populations ayant un comportement à risque plus élevé et favorise les efforts en faveur des masses. Ce type de réponse est moins menaçant et plus gratifiant politiquement, même s'il peut se révéler bien moins efficace pour prévenir la croissance de l'épidémie. Les obstacles sociaux et culturels à une action en faveur des groupes de population marginalisés, tels que les consommateurs de drogues injectables et les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, sont si importants dans certains pays que le coût politique perçu en rapport avec des efforts de prévention dirigés vers ces populations l'emporte dans l'esprit des décideurs sur tout avantage pour la santé publique apparent. Et pourtant, c'est souvent au niveau de ces sous-populations que le VIH installe son emprise initiale avant de se transmettre au reste de la population. Des efforts de prévention précoces pour attaquer l'épidémie localisée dans ces groupes pourraient réduire à presque zéro la probabilité d'une propagation plus importante.

## UNE FAIBLE PRÉVALENCE = « JE NE SUIS PAS EXPOSÉ AU RISQUE »

En dépit d'interventions appropriées, le changement de comportement dans les milieux à faible prévalence est difficile en raison de la faible perception du risque par les sujets. Dans les milieux à faible prévalence, même ceux qui sont conscients de leur de comportement à risque élevé ne se considèrent pas à puisque à leur sens le VIH n'est pas prépondérant. Cette absence de perception du risque est exacerbée par le manque d'intérêt des médias pour l'épidémie aussi bien que par l'absence de sujets symptomatiques séropositifs ou sidéens donnant une « preuve tangible » de l'épidémie. Les personnes atteintes de VIH et de SIDA dont la participation aux interventions de prévention apporte, de façon avérée, un appui aux changements de comportement, n'existe pas la plupart du temps aux premiers stades de l'épidémie, au moment où leur participation serait la plus nécessaire.

Par exemple l'observation du comportement en Indonésie de 1996 à 1999, indique que l'absence de visibilité de l'épidémie ainsi que la crise économique et sociale ont pu constituer un frein au changement de comportement au sein de plusieurs groupes vulnérables. Malgré la présence d'interventions intégrées sous forme de sensibilisation de proximité, de marketing social du préservatif et de campagnes médiatiques, l'utilisation du préservatif chez les travailleuses du sexe et leurs clients est restée faible pendant une période de trois ans et n'a connu un début d'accroissement qu'au cours de la 4<sup>e</sup> année<sup>2</sup>. Ces résultats semblent indiquer que le processus de changement de comportement peut nécessiter plusieurs années d'interventions intensives dans les pays à faible niveau d'épidémie. Le message est clair:

*« Les interventions peuvent nécessiter plusieurs années pour atteindre leur but en matière de changement de comportement et les attentes des gouvernements ou des agences de financement par rapport à des résultats à plus court terme sont irréalistes et potentiellement préjudiciables. »*

.....  
<sup>2</sup> Center for Health Research, University of Indonesia. Results of the 1996-1999 Behavioral Surveillance Surveys in Jakarta, Surabaya and Manado (*Résultats des enquêtes de surveillance comportementale à Djakarta, Surabaya et Manado, 1996-1999*), Jakarta: Center for Health Research, University of Indonesia.

# 4 LES PAYS À FAIBLE SÉROPRÉVALENCE LE RESTERONT-ILS?

Le terme de « faible prévalence » appliqué à un pays est problématique et demande à être éclairci, rectifié ou éliminé. Tous les pays, y compris les pays gravement touchés d'Afrique subsaharienne ont, à un certain point de l'histoire de leur épidémie, été des pays à « faible prévalence ». L'Afrique du Sud par exemple qui, aujourd'hui, connaît l'une des épidémies de VIH les plus graves au plan mondial était considérée comme un pays à faible prévalence il y a à peine dix ans, alors que l'épidémie était déjà en bonne voie dans d'autres pays africains. La prévalence actuelle du VIH permet de planifier la surveillance et les interventions de manière efficace, mais elle n'est pas prédictive de l'avenir de l'épidémie. En fait, prédire l'ampleur d'une épidémie future pose un véritable problème et a toujours été historiquement très imprécis.

Même en l'absence de toute intervention de prévention, il se peut que les pays présentant actuellement une faible séroprévalence développent ou non, une épidémie plus importante avec le temps<sup>3</sup>. Dans certains pays, le niveau global du risque comportemental et des autres facteurs aggravants du VIH peut être suffisamment bas pour que l'épidémie reste confinée à un petit segment de la population au

comportement à risque élevé. Le fait de mettre en garde certains pays qu'ils suivront inévitablement la voie de l'épidémie des pays d'Afrique subsaharienne peut aider à mobiliser les ressources au début, mais cet avertissement ne repose souvent sur aucune base épidémiologique et est potentiellement dommageable à long terme pour la crédibilité de la santé publique et la durabilité des efforts de prévention du VIH lorsque le scénario annoncé ne se réalise pas.

.....  
<sup>3</sup> Mills S. Back to behavior: Prevention priorities in countries with low HIV prevalence (*Retour sur le comportement: priorités de la prévention dans les pays à faible séroprévalence*). AIDS 2000; 14 (suppl 3):S267-S273.

De même l'idée que les pays à faible prévalence le resteront ne tient pas compte d'un certain nombre de réalités. De nombreuses régions du monde, notamment les pays de l'ex-Union soviétique, sont restées isolées de la pandémie mondiale jusqu'à une date très récente et certaines de ces régions présentent des tendances significatives pour la transmission du VIH. Dans de nombreuses régions du monde, les régions économiques en Chine par exemple, les comportements se modifient très vite, au fur et à mesure que la croissance économique influe sur la capacité et les incitations des sujets à acheter ou vendre des services sexuels et de la drogue et que les systèmes de contrôle social restrictifs se relâchent. Par ailleurs, bien que la progression de l'épidémie du VIH se fasse souvent de manière exponentielle, ses premières phases peuvent s'étendre sur une longue période, en fonction de l'importance et de la pénétration des réseaux sexuels et de consommation de drogues injectables.

En Thaïlande, où le virus a été détecté pour la première fois en 1984, la transmission importante du VIH parmi les travailleuses du sexe et leurs clients a attendu cinq ans pour démarrer, alors que les conditions comportementales de l'époque étaient tout à fait favorables à une large transmission du VIH. De même au Népal, la séroprévalence chez les CDI à Katmandou est restée proche de zéro de 1991 à 1994, mais cette même prévalence mesurée en 1997 avait augmenté de 50%. Ainsi le VIH peut prendre son temps avant de « trouver » les personnes à risque, même en présence d'un mode de transmission du VIH très efficace comme le commerce du sexe ou l'utilisation des mêmes aiguilles. Le temps requis par le VIH pour « trouver » son chemin vers les sous-populations les plus vulnérables peut varier considérablement d'un pays à l'autre, ce qui signifie que dans de nombreux endroits, l'épidémie n'a peut-être pas encore eu le temps de se développer.

## FACTEURS DÉTERMINANTS DE LA PROGRESSION DE L'ÉPIDÉMIE

Toute discussion sur la probabilité d'une épidémie revient finalement au concept crucial du risque comportemental au sein des populations. Au cours des deux dernières décennies, la recherche a identifié plusieurs facteurs clés qui façonnent l'influence du risque comportemental sur la dynamique de l'épidémie du VIH. Ces facteurs comprennent: la fréquence du changement de partenaires et le type de partenaires, le rôle des groupes sexuels très actifs ou des groupes pratiquant très fréquemment le partage d'aiguilles dans la transmission du VIH, la présence de partenaires sexuels concomitants ou simultanés, la combinaison des schémas entre les réseaux sexuels et de consommation de drogue et à l'intérieur de chacun d'entre eux qui favorise la propagation de l'épidémie, la taille et le niveau d'activité des groupes de population propagateurs servant de liaison entre les groupes les plus vulnérables et la population générale et le niveau de comportements de protection (utilisation de préservatifs, utilisation de matériel d'injection propre, etc.) au niveau des différentes sous-populations présentant un risque comportemental.

Ces facteurs comportementaux sont à leur tour modifiés par d'autres facteurs biologiques, qui peuvent renforcer leur influence sur la dynamique de l'épidémie de VIH. Les autres IST par exemple, notamment les IST ulcéraives, peuvent considérablement accroître la transmission du VIH. Le fait que ces IST soient souvent concentrées dans les sous-populations au risque comportemental plus élevé, notamment les travailleuses du sexe et leurs clients, augmente l'influence de ces sous-populations sur la progression de l'épidémie. La circoncision est un autre facteur biologique qui peut grandement influencer la probabilité de la transmission du VIH. Cette influence est encore plus grande si le niveau d'IST est élevé dans la population, étant donné que les hommes non circoncis ont dans la plupart des pays un taux d'IST plus élevé, notamment en ce qui concerne les IST ulcéreuses.



## FACTEURS INFLUENÇANT LA CROISSANCE DE L'ÉPIDÉMIE À VIH

- Taille des populations à risque
- Type et fréquence des comportements à risque dans les sous-populations clé
- Présence d'autres IST, notamment ulcéreuses
- Circoncision
- Niveau de comportement de protection
- Réseaux et passerelles de liaison avec les sous-populations clé et au-delà de ces populations

L'influence combinée de tous ces facteurs comportementaux et biologiques conduit à une transmission discriminante et non aléatoire du VIH dans différentes sous-populations et dans l'ensemble de la population et varie en fonction des conditions locales. On ne peut donc pas s'attendre à ce que tous les pays à faible prévalence développent des épidémies similaires car le niveau de leurs risques comportementaux, les réseaux où sont localisés ces risques, et le niveau des facteurs biologiques aggravants est spécifiques et variés. Cette diversité fait que certains réseaux sexuels et de consommation de drogues favorisent une épidémie tandis que d'autres ne le font pas. Ce processus est régulé par le concept de seuil épidémique.

## RESTER EN DEÇA DU SEUIL - LA CLÉ D'UNE PRÉVENTION EFFICACE

Le seuil épidémique est atteint lorsqu'il existe au niveau d'une population, une masse critique de comportements à risque et de facteurs biologiques aggravants suffisante pour entretenir une épidémie. Ceci a été défini dans la littérature scientifique par le concept de taux de reproduction correspondant au nombre de nouvelles infections générées par chaque infection existante. Le seuil d'apparition d'une épidémie est atteint lorsque le taux de reproduction dépasse le chiffre 1. Ceci signifie que, si les sujets atteints infectent en moyenne plus d'une personne au cours de leur vie, l'épidémie sera entretenue et continuera à croître. Par ailleurs, si moins d'une nouvelle infection est générée en moyenne par chaque infection existante, l'épidémie finira par disparaître. Ainsi un certain niveau de comportement à risque peut exister effectivement au sein d'une population sans entraîner une épidémie parce que le taux de reproduction n'excède jamais 1. Toutefois,

lorsqu'il existe des facteurs biologiques aggravants et que les réseaux sexuels et de consommation de drogues par injection sont assez intensifs en raison de la combinaison des schémas, des partenariats parallèles et des groupes noyaux et propagateurs, l'épidémie peut être entretenue et croître.

***Il est donc fondamental d'empêcher l'épidémie d'atteindre le seuil dans les zones à faible prévalence.*** Cependant, la mesure exacte des seuils à partir des paramètres comportementaux et biologiques au sein des populations est difficile, sinon impossible, en raison de la complexité des réseaux sexuels, de la grande variation des facteurs biologiques aggravants et de notre connaissance limitée de la contribution exacte de chacun de ces facteurs à la transmission du VIH. En fait, il existe différents seuils au niveau de chaque pays : des seuils relatifs aux différentes sous-populations clé et des seuils concernant la population générale. Dans la pratique, ces seuils ne peuvent pas être calculés de manière précise sur la base des connaissances dont nous disposons actuellement.

Néanmoins, même en l'absence de capacités permettant de calculer ces seuils, ceux-ci peuvent être influencés par des efforts de prévention. L'utilisation de préservatifs ou d'aiguilles propres peut faire baisser une épidémie au-dessous du seuil en prévenant la plupart des nouvelles infections, si les programmes de prévention ont une bonne couverture, c'est-à-dire si les efforts atteignent une proportion importante des sujets engagés dans les comportements à risque en question. Les changements de schéma des réseaux sexuels eux-mêmes peuvent être bénéfiques. Par exemple si les hommes réduisent le nombre de leurs visites aux travailleuses du sexe ou si les consommateurs de drogues injectables cessent de s'injecter les drogues dans des piqueries et choisissent les échanges en groupes plus restreints, la transmission du VIH peut être réduite de manière substantielle. De même, les actions visant à réduire les facteurs biologiques aggravants, notamment par le biais de services de soins d'IST améliorés, peuvent aussi contribuer à faire descendre une épidémie en-deçà du seuil.

Toutefois, la réelle utilité du concept de seuil dans les zones à faible prévalence réside en son appel à concentrer les efforts de prévention sur les sous-groupes de la population où le seuil est le plus susceptible d'être atteint. Lorsque ce seuil est atteint et que l'épidémie se propage, un nombre croissant de nouvelles infections surviennent parmi les membres

de cette sous-population. De manière spécifique ceci se produit parmi les membres des sous-populations liés à cette population par leurs comportements, par le biais de réseaux sexuels et de consommation de drogues injectables, et parmi les sujets qui ne sont pas eux-mêmes engagés dans ce que l'on pourrait appeler des « comportements à risque élevé », mais qui sont infectés par leur partenaire sexuel unique, c'est-à-dire les épouses des hommes qui rendent visite aux travailleuses du sexe ou les partenaires sexuel(le)s des CDI. Dans la mesure où le VIH se propagera le plus rapidement parmi les personnes ayant le niveau de risque comportemental le plus élevé, concentrer une partie importante des efforts de prévention sur ces groupes pendant les phases de faible prévalence d'une épidémie aura le plus grand impact sur le ralentissement de la transmission du VIH. Cependant, comme nous le verrons plus loin dans ce document, une stratégie efficace de prévention dans les pays à faible prévalence nécessite que ces efforts de prévention concentrés soient renforcés par des efforts complémentaires visant la population générale du pays.

## LES PAYS À FAIBLE PRÉVALENCE LE RESTERONT-ILS INDÉFINIMENT?

Un certain nombre de facteurs déterminent le fait qu'un pays à faible séroprévalence le demeure ou pas. Ces facteurs comprennent:

- Le niveau et la distribution du risque dans la population;
- la taille des sous-populations vulnérables;
- les réseaux et les propagateurs;
- le cycle de l'introduction du VIH dans les sous-populations vulnérables;
- les co-facteurs épidémiologiques tels que les autres IST, la fréquence et le type de comportements pratiqués et la circoncision;
- l'efficacité et la couverture de la prévention au sein des populations critiques, à risque et vulnérables; et
- les changements de comportement.

Malheureusement, dans la plupart des pays à faible prévalence, ces facteurs ainsi que d'autres facteurs liés au comportement à risque sont pour l'instant très peu connus, insuffisamment compris et en changement constant. Par exemple, le niveau absolu du risque a rarement été mesuré dans la plupart des pays, les comportements des jeunes et des adultes sont sujets à des changements fréquents et les changements économiques modifient

notamment les comportements dans de nombreux endroits. Par ailleurs, l'épidémie comporte normalement différentes épidémies localisées imbriquées les unes dans les autres de manière étroite ou isolée, évoluant à des rythmes différents et un grand nombre de ces sous-épidémies sont insuffisamment définies et insuffisamment mesurées dans les pays à faible prévalence. Enfin, les liens entre le VIH, les IST et les comportements ne sont pas suffisamment compris. Tout ceci rend difficile sinon impossible de prévoir l'évolution future de l'épidémie dans la plupart des pays.

## EST-IL POSSIBLE DE PRÉVOIR UNE SÉROPRÉVALENCE ÉLEVÉE?

Une étude menée dans différents sites sur les facteurs déterminant l'expansion du VIH dans quatre villes africaines a révélé que la ville ayant le taux d'échange de partenaires le plus élevé ne correspondait pas au taux de VIH le plus élevé plus mais que le VSH-2 était plus élevé et les pourcentages de circoncision étaient plus bas dans les sites à prévalence plus élevée<sup>4</sup>. Ces facteurs suggèrent qu'il existe une relation de cause à effet, mais ne sont pas concluants.

**Conclusion :** Alors que certains pays ayant actuellement une faible prévalence sont susceptibles de connaître une expansion du VIH très limitée, d'autres pourraient connaître une épidémie importante au sein de certaines sous-populations et d'autres encore connaîtront une expansion très importante du VIH dans l'ensemble de la population au cours de la prochaine ou des deux prochaines décennies. Cependant, avec les données comportementales et épidémiologiques limitées dont nous disposons actuellement, **il est impossible de savoir à l'avance s'il existe ou non un risque et des conditions épidémiologiques suffisants dans la plupart des pays « à faible prévalence » pour entraîner une épidémie importante du VIH.**

<sup>4</sup> (AIDS 2001 en cours d'impression). The multicentre study of factors determining the differential spread of AIDS in four African towns (*étude menée dans plusieurs centres sur les facteurs déterminant l'expansion différenciée du SIDA dans quatre villes africaines*). Edité par M Carael et K. Holmes.



# 5

## LE RÔLE DU SYSTÈME DE CLASSIFICATION DU VIH/SIDA POUR LES PAYS À FAIBLE SÉROPRÉVALENCE

En 1997, la Banque mondiale a élaboré un système de classification regroupant les pays en fonction des types et de la prévalence générale de l'épidémie de VIH étudiée<sup>5</sup>. Trois schémas généraux correspondant à la séroprévalence ont été décrits:

1. L'épidémie « naissante » où le VIH a infecté moins de 5% des personnes supposées avoir un comportement à risque élevé;
2. l'épidémie « concentrée » où plus de 5% des sujets à risque très élevé étaient séropositifs, mais où le taux d'infection du restant de la population était encore faible; et
3. l'épidémie « généralisée » où le taux d'infection par VIH était élevé chez les personnes ayant un comportement au risque le plus élevé et où 5% ou plus des femmes vues en consultation prénatale étaient infectées, signe que le VIH était largement répandu dans la population générale.

Cependant, l'utilisation du terme épidémie « naissante » sous-entend que les pays faisant partie de ce groupe se trouvent à un stade très précoce d'une épidémie imminente. On a pensé que ce terme était inapproprié, étant donné que toutes les populations ou tous les pays du monde ne présentent pas des comportements à risque suffisants pour entretenir une transmission importante du VIH. En 1999, l'ONUSIDA a publié un système de classification équivalent à celui de la Banque mondiale, mais en y apportant quelques modifications. L'ONUSIDA a remplacé le terme de « naissante » par celui de « faible niveau ». Cette modification reflétait le fait que tous les pays actuellement à faible séroprévalence ne présentent pas le risque d'une épidémie importante du VIH, tout en ne signifiant pas que tous les pays actuellement à faible prévalence le demeureraient<sup>6</sup>.

<sup>5</sup> Banque mondiale. *Confronting AIDS: Public priorities in a global epidemic (Combattre le SIDA: priorités publiques pour une épidémie mondiale)*. New York: Oxford University Press, 1997.

<sup>6</sup> ONUSIDA/OMS. *Guidelines for Second Generation Surveillance (Directives pour une surveillance de seconde génération)*. Genève: ONUSIDA/OMS, 2000.

L'utilisation du système de classification de l'ONUSIDA n'a pas été bénéfique pour de nombreux programmes nationaux de lutte contre le SIDA dans leur plaidoyer pour des actions plus importantes. L'utilisation du terme « à faible séroprévalence » a abouti à l'attribution d'une priorité plus faible en matière de santé publique pour et dans les pays ainsi classés et les classifications ne sont pas suffisamment spécifiques pour apporter des orientations utiles dans la surveillance de la santé publique et les programmes de prévention.

D'autres options pourraient inclure un système comportant deux volets, avec une classification en termes de « prévalence » et une autre en termes de « comportement à risque ». Mais l'on sait trop peu sur les comportements à risque dans la plupart des pays, ce qui ne permet pas de classer ces comportements de manière adéquate. En outre, une étiquette « faible prévalence/faible risque » diminuerait encore plus le besoin de prévention et entraînerait une complaisance encore plus grande.

Une autre option consisterait à mettre en oeuvre un système de classification numérique qui répartirait les pays ayant moins de 5% de séroprévalence dans n'importe quel groupe en plusieurs catégories distinctes et s'axerait davantage sur la prévalence parmi les sous-populations présentant le risque le plus élevé de VIH, notamment les travailleuses du sexe et leurs clients, les CDI et les HSH.

Exemple:

Catégorie 0: le VIH peut avoir été détecté ou non dans le pays/la province/l'État/ou il n'existe pas de données sur la transmission locale.

Catégorie I: le VIH a été détecté dans le pays/la province/l'État et a été détecté chez les personnes appartenant aux groupes ayant les comportements à risque les plus élevés, mais il touche moins de 1% des sous-populations vulnérables.

Catégorie II: la séroprévalence a été détectée de manière constante à un niveau supérieur à 1%, mais inférieur à 5%, dans plus d'un site de surveillance par sentinelle du VIH (SSV) pour n'importe quel groupe ayant un comportement à risque.

Toutefois, dans ce cas de figure, pratiquement aucun pays ne serait classé en catégorie 0. En outre, les chiffres bas seraient toujours considérés comme bas et n'aideraient pas à plaider la cause de la prévention.

Les schémas de classification généralisée tels que ceux-ci sont faussés dès le départ parce qu'ils simplifient à l'extrême des situations et des conditions complexes. Les épidémies de VIH sont toujours locales en fin de compte, de même que les réseaux sexuels et/ou d'échange d'aiguilles qui les alimentent. On peut observer entre des communautés éloignées de quelques kilomètres à peine, des différences frappantes dans les comportements sexuels et les niveaux de séroprévalence en résultant. Par exemple en Tanzanie, en zone rurale, la séroprévalence dans une localité commerçante était deux fois plus importante que celle rencontrée dans un rayon de 2 km à peine autour de cette localité et trois à quatre fois plus importante que celle rencontrée dans des villages situés dans un rayon de 8 km autour de cette localité.

Il faudrait aussi noter que pour les pays aussi vastes que la Chine, l'Inde et l'Indonésie, une classification nationale obscurcit souvent les schémas de VIH et la prévalence au niveau de nombreux/ses communautés/provinces/États individuels. Ce sont ces réalités locales qui déterminent les véritables besoins de prévention.

Des observations faites au cours des quinze dernières années indiquent que la séroprévalence dans les différents pays peut croître lentement ou rapidement avant tout en fonction des schémas existants et de la prévalence des comportements à risque de VIH et de l'efficacité des interventions de santé publique tels que le programme 100% de préservatifs pour les rencontres sexuelles commerciales et occasionnelles et en fonction de la réduction des dommages pour les consommateurs de drogues injectables. Ainsi donc, utiliser les résultats d'une surveillance comportementale et épidémiologique locale pour l'action sociale et la conception d'un programme de prévention peuvent être plus utiles qu'essayer d'affiner les catégories de séroprévalence.

# 6 SURVEILLANCE APPROPRIÉE DES PAYS À FAIBLE SÉROPRÉVALENCE

**Ce n'est** que tout récemment qu'il a été reconnu que la conception du système de surveillance du VIH doit être adaptée à l'état d'avancement de l'épidémie et qu'il est nécessaire dans les zones à faible prévalence de mettre l'accent sur le suivi des sous-groupes de population présentant les risques les plus élevés par rapport à la couverture extensive des groupes de population générale tels que les femmes fréquentant les centres de consultation prénatale.

Cette reconnaissance est venue de l'observation selon laquelle presque toutes les épidémies de VIH dans les pays industrialisés comme dans les pays en développement ont d'abord débuté et se sont développées au moins dans une sinon plusieurs sous-populations particulièrement vulnérables avant de s'étendre plus largement dans la population générale. Dans divers pays, ces sous-populations comprenaient les travailleuses du sexe, les consommateurs de drogues injectables et les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes. La séroprévalence augmente généralement d'abord dans ces groupes, atteignant une masse critique, ce qui permet ensuite à l'épidémie d'être entretenue et de se répandre dans la population générale.

***La surveillance du VIH ne suffit pas à elle seule, en particulier dans les pays à faible prévalence.*** Le Népal offre un exemple de la manière dont le système de surveillance n'a pas pu arrêter une épidémie croissante et de la manière dont l'absence de ressources adéquates pour la prévention au sein d'un sous-groupe important de la population a contribué à l'explosion de l'épidémie. Depuis 1989, la surveillance du VIH au Népal a essentiellement consisté en un suivi semi-annuel de la séroprévalence dans les sites sentinelles des IST et les sites de consultation prénatale situés dans tout le pays. Jusqu'en 1999, la séroprévalence dans les centres de consultation prénatale est restée en dessous de 0,1% et celle des centres de soins des IST en dessous de 3% <sup>7</sup>.

<sup>7</sup> National Center for AIDS and STD Control (*Centre national de lutte contre le SIDA et les IST*), Ministère de la Santé du Népal et Université de Heidelberg, HIV/STI prevalence in pregnant women attending antenatal clinics in different urban areas of Nepal. Final Report (*Prévalence des IST/VIH chez les femmes enceintes vues en consultation prénatale dans différentes zones urbaines du Népal. Rapport final*). Katmandou: Ministère de la Santé, avril 2000.

De nombreuses enquêtes ad hoc sur la séroprévalence menées parmi les consommateurs de drogues injectables entre 1991 et 1994, ont montré un recul des pratiques d'injection à risque et le maintien d'une faible séroprévalence (1,6% en 1991 et 0% en 1994). Ces résultats ont permis que le Népal soit reconnu comme un cas de succès pour ses interventions de réduction des dommages aux consommateurs de drogues injectables<sup>8</sup>. De 1995 à 1998, aucune nouvelle enquête de séroprévalence n'a été menée parmi les populations de CDI au Népal. Les interventions se sont poursuivies mais les détails anecdotiques révèlent un échec à obtenir une couverture complète. En 1999, une enquête portant sur la séroprévalence au plan national a montré que l'infection avait connu une explosion, atteignant une moyenne nationale de 50% et de 40% à Katmandou. Ces résultats ont conduit à une réévaluation nécessaire, qui n'avait que trop tardé, aussi bien de la surveillance que des interventions<sup>9</sup>.

La surveillance du VIH en elle-même est d'utilité limitée dans les zones où l'infection est encore relativement peu courante, c'est-à-dire dans les milieux à faible séroprévalence. Une prévalence faible constante dans une population peut signifier plusieurs choses :

- que les membres de cette population n'ont pas de comportements susceptibles de les exposer au VIH;
- que les programmes de prévention du VIH ont été efficaces;
- que le virus n'a pas encore pénétré la population ou atteint une masse critique de cette population; ou
- que le système de surveillance n'a pas réussi à surveiller les endroits qu'il fallait.

Ce n'est qu'en complétant la surveillance du VIH par des informations sur le comportement que l'on parvient à déterminer laquelle de ces explications est susceptible d'être l'interprétation correcte de la faible séroprévalence. S'il existe des comportements à risque qui ne sont pas enregistrés, il est difficile d'orienter des programmes et la possibilité de réduire le risque avant l'explosion de l'infection dans une population donnée ne soit perdue.

**Les données comportementales constituent un volet essentiel de la surveillance dans les pays à faible séroprévalence.** Les directives de surveillance de seconde génération publiées par l'ONUSIDA et l'OMS reconnaissent la vulnérabilité accrue au VIH des consommateurs de drogues injectables, des travailleurs du sexe et de leurs clients, des hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes et des populations migrantes et encouragent non seulement un suivi du VIH et des IST, mais aussi un suivi rapproché des risques comportementaux présentés par ces groupes de population afin que les interventions puissent être mises en oeuvre tôt et avec la célérité appropriée<sup>10</sup>. Ces directives de seconde génération soulignent la nécessité d'élaborer un système de surveillance approprié au stade de l'épidémie du pays et à la situation locale. Elles insistent particulièrement sur l'importance d'utiliser les données comportementales pour informer et expliquer les tendances constatées de l'infection par VIH dans une population et encouragent une utilisation plus systématique des données comportementales dans la planification, la mise en oeuvre et l'évaluation d'une réponse appropriée au VIH.

*Les données comportementales devraient être utilisées pour permettre une compréhension réelle des schémas comportementaux et de la distribution du risque au sein de la population et les systèmes mis en place pour le suivi de ces risques doivent être intégrés à la conception, la conduite et l'évaluation des activités de prévention<sup>11</sup>.*

.....

<sup>8</sup> Peak, A., Rana, S.Mahartan SH. Jolley D Crofts. N. (1995). Declining risk for HIV among injecting drug users in Katmandu, Nepal : The impact of a harm reduction program (*Baisse du risque de VIH chez les consommateurs de drogues injectables à Katmandou, au Népal : L'impact d'un programme de réduction des dommages*). AIDS, 9 :106701070.

<sup>9</sup> Oelrichs, RB, Shrestha, IL, Anderson, DA, Deacon, NJ. (2000). The explosive human immunodeficiency virus type 1 epidemic among injecting drug users of Kathmandu, Nepal, is caused by a subtype C virus of restricted genetic diversity (*L'explosion de l'épidémie du virus de l'immunodéficience humaine de type 1 chez les consommateurs de drogues injectables à Katmandou, au Népal, est causée par un sous-type de virus d'une diversité génétique limitée*). J Virol 2000. 74:1149-1157.

<sup>10</sup> ONUSIDA/OMS, 2000.

<sup>11</sup> Amon et al. (2000). Behavioural Surveillance Surveys (Enquêtes de surveillance comportementale) (BSS): Guidelines for repeated behavioral surveys in populations at risk of HIV (*Directives pour des enquêtes comportementales répétées dans les populations à risque de VIH*). Family Health International: Arlington, VA.

***Le comportement constitue le premier système d'alerte précoce dans les pays à faible séroprévalence:***

Les données comportementales peuvent indiquer quelles sont les populations à risque au plan local et peuvent suggérer les voies qui pourraient être suivies par le virus si rien n'était fait pour ralentir son expansion. Ces données peuvent aussi indiquer les niveaux de risque pour la population générale et identifier les liens sexuels ou les courroies de transmission entre les groupes de population présentant un risque d'infection particulièrement élevé et les groupes à risque plus faible.

Utilisées de manière appropriée, ces informations peuvent servir à tirer la sonnette d'alarme auprès de certaines personnes – les politiciens, les leaders communautaires et les chefs religieux et les communautés qui sont elles-mêmes susceptibles d'être exposées au risque – en signalant que la menace du VIH est tout à fait réelle même lorsqu'elle n'est pas encore visible. Ces données constituent un outil puissant d'incitation à l'action. Toutefois elles ne deviennent un outil utile que lorsqu'elles sont collectées, analysées avec soin et diffusées de manière à pouvoir correspondre aux préoccupations, aux besoins et aux sphères d'influence de tous les acteurs concernés – notamment les décideurs, les planificateurs et les exécutants de programmes, les communautés affectées par le VIH et la population dans son ensemble.

En principe, les données de surveillance collectées localement sont plus à même de conduire à l'action au niveau local, ce qui constitue une donnée importante dans les systèmes de santé décentralisés. Toutefois, il conviendrait aussi de se rappeler que les ressources humaines et financières au niveau de la province et du district sont souvent surexploitées. Les politiciens locaux peuvent ne pas être disposés à consacrer les maigres ressources existantes à un nouveau problème. Dans ce genre de situation, il est donc souhaitable de maintenir une certaine autorité centrale pour conduire la surveillance. Une surveillance financée et soutenue au niveau central, menée dans les zones présentant des comportements à risque élevé peut servir de catalyseur fondamental pour les réponses locales.

La diffusion des résultats doit être faite avec précaution. La recherche et l'action de surveillance peuvent avoir des conséquences dommageables imprévisibles pour les groupes autonomes. Par exemple, si l'engagement des institutions gouvernementales, notamment la police et les leaders communautaires, n'est pas intégrée dans le processus de planification de la surveillance, les résultats peuvent être utilisés comme moyen de plus grande restriction ou d'application de lois restrictives par rapport aux groupes marginaux. De telles mesures entravent toujours les efforts de prévention et en réduisent l'efficacité, sapant la confiance entre ces groupes et les autres. De même les efforts de prévention peuvent être influencés de manière négative si les résultats sont communiqués aux décideurs et au public d'une manière qui renforce les stéréotypes et les préjugés existants, au lieu d'accentuer le soutien pour une prévention efficace au sein de ces populations.

Une bonne surveillance doit aussi engager les communautés affectées elles-mêmes comme partie prenante de la planification et de la mise en oeuvre. Ceci sera la garantie qu'il ne s'agit pas simplement d'une activité imposée de l'extérieur, mais d'un moyen d'organisation, de mobilisation et de changement de la communauté. Initialement conçu comme étude il y a environ dix ans, le projet Sonagachi à Calcutta, en Inde, offre un exemple de la manière dont la participation des travailleuses du sexe dans un projet répondant à leurs besoins peut renforcer l'efficacité de la prévention. Prenant en compte l'importance du fait de donner aux travailleuses du sexe la capacité de s'aider elles-mêmes, ce projet a contribué à maintenir à un faible niveau la séroprévalence et des IST parmi les 5000 travailleuses du sexe d'une zone démunie par des interventions, largement conduites par ces dernières elles-mêmes, de promotion de l'utilisation du préservatif et du diagnostic et du traitement appropriés des IST<sup>12</sup>. Le projet est devenu un modèle dans le monde entier, pour les interventions et la recherche axées sur les travailleuses du sexe.

.....  
<sup>12</sup> Jana J, Bandyopadhyay N, Mukherjee S, Dutta M, Basu I, Saha A. STD/HIV intervention with sex workers in West Bengal, India (*Intervention d'IST/VIH avec des travailleuses du sexe dans le Bengale Occidental, en Inde*). AIDS 1998;12 (suppl B):S101-S108.



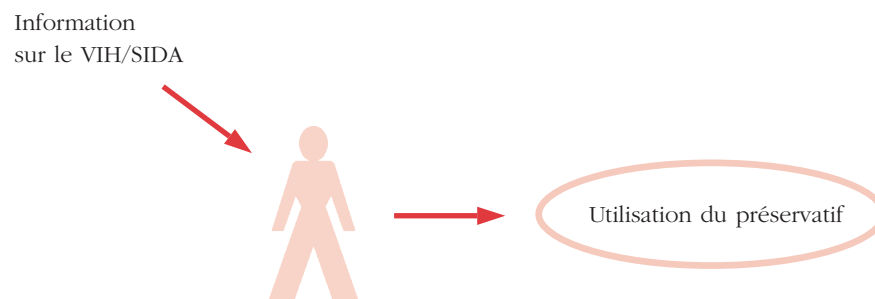
# QUELS SONT LES ÉLÉMENTS D'UNE PRÉVENTION EFFICACE DU VIH? LES FACTEURS INDIVIDUELS, ENVIRONNEMENTAUX ET CONTEXTUELS

**Avant** de passer à la réflexion sur les stratégies de prévention les plus efficaces pour les pays à faible prévalence, il est bon de s'attarder un instant sur ce que nous ont appris les 20 premières années de la pandémie mondiale du SIDA en matière de prévention efficace du VIH

***L'information ne suffit pas.*** Au début de l'épidémie, au cours des années 1980, il a été reconnu que le VIH était une maladie transmissible par le comportement. C'est pourquoi les premières conceptions de la prévention étaient axées sur le changement des comportements individuels. Pendant ces premiers temps, l'on croyait naïvement que la

simple information des sujets sur l'existence d'une maladie mortelle, sur ses modes de transmission et les méthodes de protection suffirait à changer les comportements (voir la figure 1). Malheureusement les premiers efforts de prévention ont échoué, ne produisant que très peu sinon aucun changement de comportement significatif et durable.

**Figure 1 : Premier modèle de fonctionnement de la prévention**

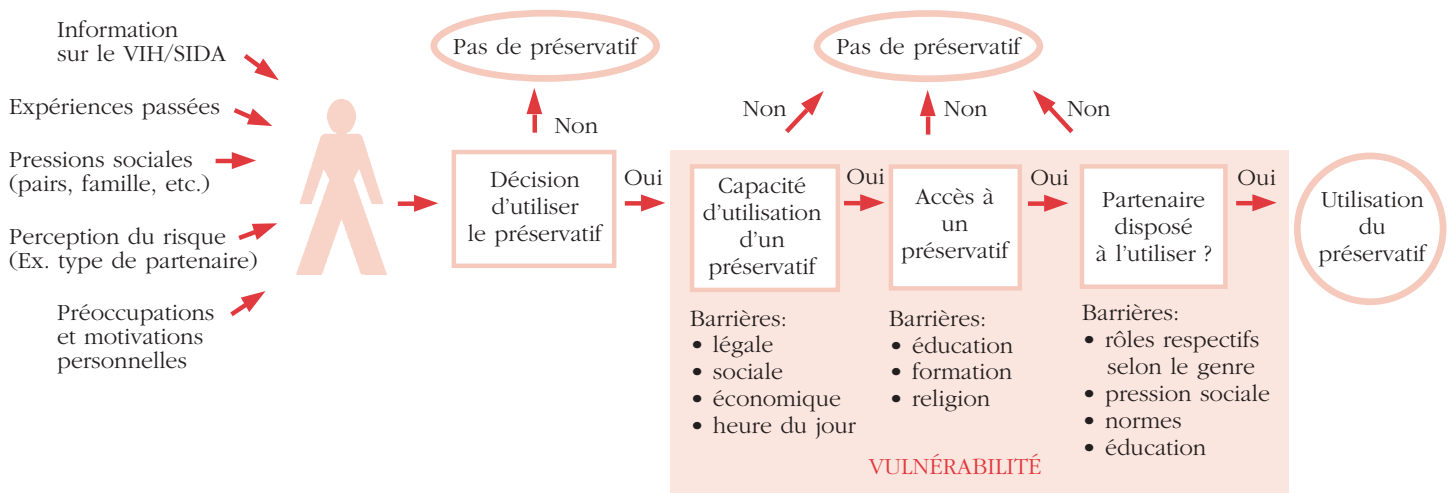


**Seule une bonne compréhension des facteurs environnementaux et contextuels peut amener les gens à changer de comportement.** Au cours de la décennie suivante s'est développée l'idée que de nombreux autres facteurs influençaient l'efficacité des efforts de prévention. Il a été reconnu en particulier que l'être humain ne contrôle pas toujours son propre comportement. Les premiers modèles de changement de comportement par rapport au VIH mettaient trop l'accent sur les démarches individuelles sans tenir compte de l'environnement social, culturel et économique et du contexte dans lesquels ces comportements survenaient. Ces premiers modèles supposaient que les sujets pouvaient toujours prendre des décisions éclairées sur la base des informations fournies par la prévention puis agir en fonction. Les fréquents échecs rencontrés en matière de prévention dans de nombreux pays ont mis en relief certaines des limites de cette démarche.

**Un modèle plus réaliste de changement de comportement - prenant en compte le risque et la vulnérabilité.** Les enseignements des deux premières décennies de la pandémie ont débouché sur un modèle plus réaliste de prévention du VIH, présenté en figure 2. Dans le monde réel, les décisions des gens en matière de comportement à risque sont non seulement fonction des informations fournies mais aussi de divers 'autres paramètres'.

Dans ce modèle, même lorsque certaines décisions ont été prises concernant des mesures de protection, telles que l'utilisation du préservatif, plusieurs autres facteurs peuvent faire obstacle. Il s'agit souvent de facteurs externes qui font partie de l'environnement local dans lequel ces comportements à risque surviennent ou du contexte dans lequel ils sont pratiqués. Ensemble, ces facteurs influencent la vulnérabilité par rapport à l'infection par VIH, c'est-à-dire la capacité personnelle à contrôler et à peser sur les décisions prises en termes de mesures de protection.

**Figure 2 : Modèle de prévention plus réaliste fondé sur plusieurs décennies d'expérience**





La première question environnementale et contextuelle à prendre en compte est de savoir si la personne a accès aux moyens de prévention, le préservatif dans le cas présent. Il peut exister certains obstacles à l'utilisation du préservatif. Par exemple les travailleuses du sexe ne seront pas en mesure d'avoir un préservatif sur elles si la police considère les préservatifs comme présomption du commerce du sexe. De nombreuses personnes ne pourront pas acheter de préservatifs, ce qui constitue un obstacle économique. D'autres seront trop gênées pour entrer dans une pharmacie et demander des préservatifs, ce qui correspond à une barrière sociale. Et parfois les préservatifs ne seront pas disponibles au moment où le rapport sexuel a lieu, parce que cela se passe tard la nuit, parce que la personne n'est pas disposée à avoir un préservatif sur elle en raison des pressions exercées par les pairs, parce que les lois interdisent la distribution de préservatifs aux jeunes. Des obstacles similaires s'appliquent à l'accès à des seringues propres – bien que les principaux obstacles dans ce domaine soient encore de nature juridique et politique, plaçant les matériels propres hors de portée des consommateurs de drogues injectables et les obligeant à partager le matériel pour éviter des sanctions.

Une fois le préservatif obtenu, la question suivante est de savoir si les personnes savent comment utiliser un préservatif avec leurs partenaires. Ici également un certain nombre d'obstacles peuvent s'élever. Bien souvent, les jeunes ne reçoivent pas de formation sur ces compétences d'utilisation des préservatifs parce que les écoles locales et les dirigeants des organisations des jeunes refusent de discuter des préservatifs ou interdisent la distribution de matériel de formation en la matière ou la démonstration du port du préservatif. Des travailleuses du sexe nouvellement recrutées n'ont souvent aucune expérience en ce qui concerne le port des préservatifs. De jeunes hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes n'auront parfois jamais été informés de l'utilisation des préservatifs pour les rapports sexuels anaux. Dans certains endroits, les chefs religieux s'opposent à l'éducation en matière de préservatifs ainsi qu'à leur distribution à quelque groupe que ce soit. Or l'utilisation du préservatif n'est pas une simple question d'aptitudes mécaniques, elle requiert aussi des compétences en termes de négociations et de prise de décision avec les partenaires, aspects souvent négligés par les programmes de santé

sexuelle conçus par des non-spécialistes de la prévention du VIH. Par ailleurs, l'abus de drogues ou d'alcool peut empêcher ceux qui ont acquis des compétences de les appliquer dans un environnement ou une situation donnée(e).

Enfin dans cet exemple, il s'agit aussi de savoir si le partenaire est disposé à utiliser un préservatif. Là encore, c'est une question souvent oubliée par les programmes de prévention inefficaces. Les programmes destinés aux travailleuses du sexe qui ne prennent pas en compte la résistance des clients à l'utilisation du préservatif, mettent les travailleuses du sexe dans l'incapacité de se protéger elles-mêmes. Les déséquilibres sociaux fondés sur le genre peuvent aussi constituer un obstacle majeur. Il existe peu de sociétés où une femme peut demander à son mari d'utiliser un préservatif, même si elle sait qu'il a eu des rapports sexuels à haut risque en dehors du mariage ou en cas de toxicomanie par voie injectable. Les normes sociales ou les croyances culturelles s'opposent souvent à l'utilisation du préservatif, en particulier lorsqu'elle est considérée comme un signe de faiblesse par les amis machos ou ressentie comme une interférence par rapport au fonctionnement sexuel normal.

Comme le montre cet exemple, un certain nombre de facteurs environnementaux et contextuels qui ne dépendent pas directement du contrôle de la personne, affectent la capacité des sujets à prendre des mesures de protection. Ceci a permis de comprendre que les efforts de prévention ciblés ne suffisent pas à produire des changements de comportements durables. Les programmes de prévention efficaces doivent prendre en compte la multitude de facteurs qui entravent avec la capacité de la personne à se protéger lui-même. En d'autres termes, ces programmes doivent prendre en charge non seulement le risque, mais aussi la vulnérabilité.

**Une prévention efficace opère à plusieurs niveaux.** Dans leur analyse des interventions environnementales et structurelles, Sweat et Denison<sup>13</sup> soulignent le fait que la prise en compte des facteurs influençant le risque et la vulnérabilité requiert souvent des composantes multiples opérant à plusieurs niveaux:

- **la superstructure:** cette composante concerne l'environnement social et politique global dans lequel le comportement se produit. Cela peut exiger par exemple de prendre en compte les inégalités sociales ou fondées sur le genre qui contribuent à l'accroissement du risque pour les femmes ou pour les populations marginalisées telles que les travailleuses du sexe et les HSH.
- **la structure:** les composantes de la prévention à ce niveau portent sur les lois et les politiques nationales et institutionnelles qui entravent l'efficacité de la prévention, notamment les lois concernant le matériel utilisé pour les drogues ou les politiques concernant la promotion des préservatifs par la publicité. Ces composantes peuvent aussi viser les questions opérationnelles telles que l'échec de la promotion de l'utilisation du préservatif dans les maisons de passe ou de l'application des précautions universelles dans les milieux médicaux.
- **l'environnement:** ces composantes portent sur les facteurs de l'environnement local qui diminuent l'efficacité des interventions ou encouragent les comportements à risque. Elles peuvent par exemple chercher à encourager les familles à émigrer ensemble vers les lieux de travail plutôt qu'encourager la migration des hommes uniquement. Elles peuvent aussi chercher à résoudre le manque d'accès aux préservatifs ou aux aiguilles propres dans un environnement local particulier ou encore essayer de changer les normes sociales concernant l'utilisation du préservatif.
- **les personnes:** ces composantes cherchent à influencer sur les décisions au niveau personnel et les compétences en matière de prévention. Elles constituent ce que la plupart des gens entendent par « prévention », mais elles ne suffisent pas à elles seules à produire un changement comportemental durable.

**Importantes répercussions pour les programmes de prévention.** Le modèle le plus réaliste en matière de prévention présenté ici comporte plusieurs conséquences majeures pour l'efficacité des programmes de prévention du VIH:

- les programmes de prévention efficace **doivent comprendre et prendre en compte les comportements des personnes**, le contexte dans lequel ces comportements surviennent et les facteurs qui les influencent afin de changer, le cas échéant, ces comportements.
- les programmes de prévention efficaces prennent en compte **non seulement le risque mais aussi la vulnérabilité**.
- une prévention efficace **doit amener l'engagement la communauté** dont elle cherche à changer les comportements et en émaner. Ce n'est que si ceux qui ont des comportements à risque sont engagés dans la conception et la mise en oeuvre des efforts de prévention que ces efforts sont susceptibles de refléter véritablement une compréhension de l'environnement local et du contexte du risque et de la vulnérabilité.
- L'efficacité des efforts de prévention **exige une participation des partenaires multiples et des diverses composantes de prévention** pour prendre en compte tous les facteurs environnementaux et contextuels influençant le risque et la vulnérabilité. Autrement dit, ces actions doivent être multisectorielles de par leur nature et englober les diverses composantes fonctionnant à différents niveaux.

<sup>13</sup> Sweat M, Denison J. Reducing HIV in developing countries with structural and environmental interventions (*Réduction du VIH dans les pays en développement par des interventions structurelles et environnementales*). AIDS 1995;9 (suppl A):S251-S257.

**Enseignements tirés des vingt premières années de prévention du VIH.** Un certain nombre de conclusions importantes peuvent être tirées des enseignements des vingt premières années de prévention du VIH:

- **une véritable prévention est COMPLEXE, il n'y a pas de « remède miracle ».** Ceci signifie qu'il n'existe pas une démarche ou un programme de prévention unique applicable à tous les cas de populations importantes. Les démarches de prévention simplistes, telles que la seule fourniture d'informations, bien que faciles à mettre en oeuvre, se révéleront probablement inefficaces.
- **une prévention efficace prend du temps.** Les changements de comportements ne se font pas du jour au lendemain. La mise en place des composantes prenant en compte les multiples facteurs influençant le risque et la vulnérabilité exige une planification minutieuse, du temps, des efforts et des ressources. Partir d'un petit projet pilote pour étendre les efforts de prévention à l'échelle nationale demande aussi du temps – pour renforcer les capacités, pour prendre en compte les changements requis pour permettre aux efforts d'avoir un impact.
- **les efforts de prévention doivent commencer avant que la séroprévalence n'atteigne des niveaux mesurables si l'on espère prévenir une épidémie dans les pays à faible séroprévalence.** Si le VIH a atteint des niveaux mesurables dans une population donnée, les efforts de prévention ne pourront que chercher à rattraper l'épidémie et la possibilité de maintenir la séroprévalence à un niveau faible sera perdue. Les efforts réalisés plus tôt se révéleront beaucoup plus efficaces à long terme et pourront réduire de manière significative le fardeau que représente le VIH pour un pays.
- **la prévention doit s'inscrire dans une perspective à long terme.** Nous vivons avec l'épidémie du VIH pour un certain temps encore – aucun vaccin ni traitement curatif n'est annoncé pour la prochaine décennie. Aussi, rester dans ce mode de « crise » qui encourage des efforts de prévention « vite fait, bien fait » mais moins efficaces et ignorer le besoin d'entreprendre des actions plus globales englobant tous les secteurs et tous les niveaux afin de prendre en charge les autres facteurs aggravants, aboutira à des efforts de prévention beaucoup moins efficaces à l'avenir.





# STRATÉGIE DE PRÉVENTION RECOMMANDÉE POUR LES PAYS À FAIBLE SÉROPRÉVALENCE

**À l'heure actuelle**, les changements de comportement obtenus grâce aux efforts de prévention sont la seule manière efficace de contenir la transmission future du VIH à grande échelle. Néanmoins, les efforts de changement de comportement ne sont pas tous d'une efficacité égale, en particulier dans les zones à faible prévalence.

Bien que le risque existe d'une manière ou d'une autre dans toutes les populations d'une société, certains groupes vulnérables sont plus à même de présenter un risque particulièrement important d'infection précoce du VIH à cause de la fréquence des problèmes de comportement, une plus grande exposition au VIH et une capacité limitée à agir sur leurs décisions relatives à la protection. Ces sous-groupes incluent les travailleuses du sexe et leurs clients, les consommateurs de drogues injectables et les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes.

**LA COMMUNICATION POUR LE CHANGEMENT DE COMPORTEMENT – PIERRE ANGULAIRE POUR LES MILIEUX A FAIBLE PREVALENCE.** Il est souvent dit que les situations de faible prévalence représentent une opportunité pour une communication efficace, où les interventions de communication pour le changement de comportement (CCC) bien élaborées, ciblant les sous-groupes à risque élevé, peuvent ralentir ou réduire la transmission du VIH. Les interventions ciblées de CCC pour ces sous-groupes constituent une nécessité manifeste pour les milieux à faible prévalence et représentent souvent la priorité des programmes de lutte contre le VIH/SIDA. Ces

campagnes devraient suivre les principes des meilleures démarches actuelles de CCC, à commencer par une recherche et une analyse approfondies du public afin de parvenir à une compréhension du risque « de l'intérieur », de l'ensemble des obstacles à un comportement sans risque et des éléments de motivation éventuels pour le changement.

Dans une zone à faible prévalence, où la contamination par le VIH n'est pas encore un risque pour la population générale, les interventions doivent être élaborées et mises en oeuvre en collaboration avec la communauté cible. Ces interventions de communication doivent être fondées sur la recherche participative et les tests anticipés et doivent englober homologues des communicateurs qui présentent les garanties requises de sécurité et un soutien officiel.

**Prévention ciblée – optimisation de l'impact de la réponse préventive.** Un des facteurs majeurs influençant le risque et l'exposition au VIH est la fréquence de nouveaux partenaires pour le sexe ou pour les échanges d'aiguilles. Des preuves épidémiologiques nombreuses et un important travail de modélisation indiquent clairement que le moyen le plus efficace de réduction de l'expansion de l'épidémie consiste à réduire la transmission du VIH chez ceux qui présentent les taux les plus élevés de changement de partenaires (pour le sexe ou les échanges d'aiguilles). La prévention de l'infection parmi ceux qui présentent les plus forts taux de changement de partenaires, pour le sexe ou l'échange d'aiguilles, a un effet multiplicateur sur la prévention de nombreuses autres infections secondaires consécutives.

Les interventions ciblées ont souvent permis une réduction du risque et une diminution des infections. L'utilisation du préservatif signalée avec le dernier client à Abidjan est passée de 63% en 1991 à 91% en 1997<sup>14</sup>. Le programme 100% de préservatifs en Thaïlande est associé à un accroissement de l'utilisation du préservatif par les travailleuses du

sexe, passant de 14% à 94%<sup>15</sup>. A la suite de ces interventions, une diminution des infections a été observée non seulement au sein de la population ciblée mais également au sein des populations propagatrices (les mineurs en Afrique du Sud) et même de la population générale (les nouvelles recrues militaires en Thaïlande).

Les principales étapes à suivre pour la création d'une stratégie efficace dans les milieux à faible prévalence se présentent donc comme suit:

**1. Déterminer la distribution du risque dans l'environnement local.** Afin d'appliquer le concept de prévention ciblée, il convient de définir les sous-groupes identifiables où le comportement à risque est le plus concentré et qui sont plus les vulnérables au niveau du pays, de l'État ou de la province. Les travailleuses du sexe et leurs clients, les CDI et les HSH risquent d'être nombreux dans la plupart des pays, même si dans certains cas le mode de contamination principal du VIH se situe au niveau des populations mobiles voyageant entre les milieux de forte et faible prévalence. Dans tous les cas une évaluation réaliste doit être entreprise au niveau local.

## LE CONCEPT DE PRÉVENTION CIBLÉE

- Interrompre très tôt la transmission parmi les sous-groupes présentant le risque le plus élevé.
- Concentrer tout d'abord les ressources de prévention plus fortement sur les personnes présentant le risque ou le niveau de vulnérabilité le plus élevé, mais étendre régulièrement les efforts de prévention aux populations présentant un risque de plus en plus faible de contracter le VIH.
- Entreprendre des actions plus limitées dans la population générale afin de créer un environnement favorable aux efforts de prévention parmi les sous-populations vulnérables et de toucher les sujets à risque pouvant échapper aux efforts de prévention plus ciblées.

<sup>14</sup> Ghys P, Mah-Bi G, Traoré M, et al. Trends in condom use between 1991 and 1997 and obstacles to 100% condom use in female sex workers in Abidjan, Côte d'Ivoire (*Tendances de l'utilisation du préservatif de 1991 à 1997 et obstacles à l'utilisation à 100% de préservatifs chez les travailleuses du sexe à Abidjan, Côte d'Ivoire*). 12ème Conférence mondiale sur le SIDA, Genève, 28 juin-3 juillet, 1998. Abstract 33101.

<sup>15</sup> Hanenberg RS, Rojanapithayakorn W, Kunasol P. Impact of Thailand's HIV control programme as indicated by the decline of sexually transmitted diseases (*Impact du programme thaïlandais de lutte contre le VIH tel que l'indique le recul des maladies sexuellement transmissibles*). Lancet 1994;344:243-245.

Il est nécessaire de procéder à un recueil et à une analyse des données afin de déterminer les besoins de prévention locaux et de cibler les efforts de manière efficace vers les membres des sous-groupes présentant un risque important. La collecte de données sur la taille et les comportements de ces sous-groupes peut également aider à prendre en compte le syndrome du type « nous n'avons pas ce genre de groupes », qui fait souvent obstacle à la mobilisation des ressources locales pour la prévention.

**2. Préparer une planification stratégique pour chacun des sous-groupes.** La réalité de la prévention du VIH est complexe. Elle exige la compréhension des besoins de la communauté ciblée, la conception, le test, l'ajustement et l'évaluation des démarches de prévention susceptibles d'être efficaces auprès de ces sous-groupes et l'identification des personnes capables de mettre en œuvre les programmes requis. C'est pourquoi il faut un plan stratégique concret pour chaque sous-groupe vulnérable, ainsi qu'un plan pour les efforts destinés à la population générale afin de renforcer le soutien et d'amplifier l'impact de ces efforts de prévention ciblés.

**3. Efforts de mobilisation des ressources et de l'engagement.** Une fois qu'un plan stratégique a été élaboré pour un sous-groupe clé, il faut mettre l'accent sur les activités de plaidoyer pour la mobilisation des ressources requises et pour la participation des partenaires nécessaires – les communautés affectées, les ONG travaillant dans ce domaine, les partenaires gouvernementaux et le secteur privé.

**La communication pour le changement de comportement – mobilisation des leaders d'opinion.** La recherche démontre qu'un nouveau comportement est plus susceptible d'être adopté par tous s'il est d'abord adopté par la catégorie de personnes appelées les leaders d'opinion. La difficulté réside dans le fait que les changements de comportements nécessaires pour la prévention du VIH/SIDA concernent souvent des comportements intimes que les sujets sont réticents à avouer publiquement. Néanmoins dans une zone à faible prévalence, le besoin le plus courant concerne souvent la réduction de la stigmatisation et de la discrimination contre les personnes vivant avec le VIH/SIDA (PVVIH), afin d'améliorer l'environnement de la prévention. C'est ici que les activités de plaidoyer se révèlent souvent efficaces.

On peut amener les leaders d'opinion de nombreuses sociétés à devenir des modèles en matière d'acceptation, de soins et de soutien apportés aux PVVIH. Par exemple à Bollywood, en Inde, comme à Hollywood, les stars ont joué un rôle de premier plan dans les campagnes encourageant une attitude plus compatissante envers les PVVIH. Une évaluation récente des besoins de communication dans un état indien a révélé que de nombreuses personnes se rappelaient un spot télévisé datant de plusieurs années dans lequel une star de Bollywood prenait dans ses bras un enfant infecté par le VIH. Ce spot a eu du succès à cause de la présence d'une vedette de cinéma, qui jouait le rôle de leader d'opinion pour ses fans. La participation de la star dans la campagne de CCC était le résultat direct d'un effort de plaidoyer conscient.

Dans d'autres cas, les activités de plaidoyer dans les milieux à faible prévalence exigent que l'on influence décideurs et chefs de file afin d'établir un environnement politique propice à la mise en œuvre des efforts de prévention du VIH/SIDA. Ces efforts ne se limitent pas à des efforts formels auprès de législateurs afin d'établir des lois favorables à la prévention et aux soins. Le plaidoyer demeure nécessaire pour tout contact avec une structure de pouvoir afin d'avoir accès à une certaine situation et de toucher un certain groupe cible. Le plaidoyer peut aussi inclure des efforts informels auprès des leaders ou des animateurs d'une communauté à risque élevé, notamment des efforts pour amener les propriétaires de maisons de passe à adopter une politique 100% préservatifs. Le plaidoyer comprend aussi des efforts pour contourner les lois, par exemple convaincre la police de fermer les yeux sur des comportements pouvant être définis comme illégaux concernant les CDI par exemple et de permettre ainsi la mise en œuvre d'interventions de VIH/SIDA au sein de ces populations.



#### ***Identification de partenaires naturels et opportunités d'engagement d'autres partenaires.***

Dans la mesure où la prévention du VIH requiert de nombreux partenaires pour couvrir la multiplicité des facteurs qui en influencent l'efficacité, des efforts doivent être faits pour identifier ceux qui peuvent jouer un rôle et pour les faire participer sur la base de la compréhension locale des besoins de prévention.

Par exemple, de nombreux partenaires potentiels peuvent être identifiés en rapport avec le commerce du sexe. Il pourrait s'agir de travailleuses du sexe elles-mêmes, d'ONG travaillant avec les travailleuses du sexe (pour le renforcement des capacités des travailleuses du sexe et l'approvisionnement en préservatifs), d'agences concernées par l'éducation et l'emploi des femmes (pour fournir aux femmes des alternatives au travail du sexe), de différents secteurs du gouvernement (santé, police, emploi, législation, etc.), du secteur privé (pour les programmes destinés aux clients sur le lieu de travail) et de propriétaires d'établissements du sexe (pour faciliter l'accès aux moyens de prévention, soutenir le refus des clients par les travailleuses du sexe et distribuer les préservatifs).

Dans chaque endroit, l'évaluation minutieuse des personnes devant être englobées pour chaque sous-groupe clé devra être suivie d'efforts actifs pour véritablement les engager et mobiliser les ressources dont elles ont besoin.

Il est également important de se rappeler que les besoins ne se limitent pas aux ressources financières – les personnes, les communautés, les institutions et les entreprises constituent aussi des ressources. En recouvrant les différents groupes et les différentes organisations dans la prévention du VIH, les ressources dont tous ces groupes disposent peuvent elles-aussi être consacrées à la résolution du problème. La plupart du temps, il vaut mieux le faire sous forme de complément à leurs programmes existants (le cadre général de leurs activités de lutte contre le VIH/SIDA) et il peut être plus facile d'encourager leur engagement dans ce sens. Par exemple de nombreux décideurs et organisations sont concernés par les questions de la jeunesse et la planification de la prévention du VIH dans le cadre d'une démarche générale de la santé de la reproduction portant aussi sur les questions importantes que sont la grossesse des adolescentes, la contraception et les maladies sexuellement transmissibles sera parfois mieux acceptée dans les milieux à faible prévalence.

#### ***4. Une fois les partenaires et les ressources identifiés, commencer les activités pilotes parallèles dans chacun des sous-groupes clé, y compris les sous-groupes à moindre risque.***

Comme nous l'avons dit précédemment, le renforcement d'une prévention efficace à grande échelle exige du temps. Il est donc essentiel de commencer tôt les activités pilotes. Les premiers efforts de prévention constituent un élément essentiel du processus d'élaboration d'un programme global de prévention. C'est à travers les activités pilotes, qui peuvent exiger plusieurs années pour évoluer et s'adapter avant de devenir véritablement efficaces dans le milieu local, que l'on apprend à mettre en oeuvre une prévention efficace. L'on ne devrait pas attendre la présence du VIH dans un sous-groupe donné avant de lancer des programmes pilotes. Ceci est valable non seulement pour les sous-groupes les plus vulnérables, mais aussi pour les populations à moindre risque, notamment les jeunes.

#### ***5. Avec les populations les plus vulnérables, renforcer les capacités et étendre le programme pour obtenir une bonne COUVERTURE une fois l'efficacité d'une démarche de prévention démontrée.***

Une fois que les actions pilotes ont déterminé ce qui constitue une démarche de prévention efficace, il est essentiel de démarrer le processus d'extension. Renforcer les capacités pour la mise en oeuvre de l'approche puis l'étendre au niveau national demande également du temps, souvent des années. Le virus n'attendra pas, nous ne pouvons donc pas attendre non plus. Les ressources mobilisées pour une extension devraient être orientées de préférence vers les populations présentant les niveaux de risque les plus élevés car c'est dans ces groupes que le VIH commencera à se propager. Au fur et à mesure que d'autres ressources seront mobilisées et que d'autres partenaires seront engagés, l'extension devrait aussi se faire vers les populations à faible risque. Le but de toute activité d'extension est d'obtenir une BONNE COUVERTURE – c'est-à-dire s'assurer que la plupart des membres de la population en question ont la motivation, les capacités et l'accès aux moyens de prévention nécessaires.



**6. Lorsque les efforts de prévention parallèles dans les populations plus vulnérables atteignent une bonne couverture, étendre régulièrement les efforts de prévention vers les personnes présentant une moindre**

**vulnérabilité.** Les efforts de prévention ne sont jamais efficaces à 100% pour différentes raisons relevant d'une évaluation imparfaite du risque ou de l'accès difficile aux populations clé, ce qui limite la couverture qu'il est possible de réaliser. Ceci est particulièrement vrai lorsque les barrières juridiques maintiennent le travail du sexe, la consommation de drogues injectables ou la migration illégale à l'état d'activités souterraines et donc moins accessibles à la prévention. C'est pourquoi il est fondamental de se préparer à une transmission éventuelle du VIH au-delà des populations les plus vulnérables et de commencer des efforts pour toucher les groupes à moindre risque ou les moins vulnérables. Il s'agit là généralement de populations beaucoup plus vastes, comme par exemple les femmes sexuellement actives, qui peuvent à la longue représenter la plupart des nouvelles infections si le VIH se propage au-delà des populations les plus vulnérables. Ainsi, une fois la couverture des populations les plus vulnérables réalisée, il est essentiel d'étendre les efforts de prévention à l'extérieur de ces groupes pour atteindre les personnes moins vulnérables certes, mais tout de même à risque.

**7. Consacrer des ressources à la prise en charge du risque, de la stigmatisation et de la discrimination dans la population générale et à la promotion d'activités VIH/SIDA dans un cadre général.** Même si la plupart des ressources spécifiques du VIH dans les milieux à faible prévalence sont plus efficacement utilisées si elles sont consacrées à la satisfaction des besoins des populations au risque plus élevé, il est important de se rappeler que la prévention du VIH se fait dans un environnement politique et social général.

**CCC ciblée: nécessaire mais non suffisante.**

Il faut aussi consacrer des ressources pour susciter une prise de conscience du VIH au sein de la population, pour réduire la stigmatisation et la discrimination qui diminuent le soutien de la population et constituent un frein aux efforts de prévention et pour procurer un financement initial pour intégrer les activités de lutte contre le VIH/SIDA à des institutions et des programmes existants.

**Pourquoi cibler la population générale dans les milieux à faible prévalence?** Les interventions de CCC programmées pour les populations les plus vulnérables peuvent échouer si elles ne sont pas accompagnées d'interventions auprès de la population générale permettant de les soutenir. Il existe une grande variété d'interventions auprès de la population générale, mais elles ont besoin d'être élaborées en fonction d'une méthodologie systématique de CCC. La CCC ciblant la population générale devrait commencer comme toute CCC par une recherche et une analyse du public. Dans de nombreux endroits, les médias populaires peuvent constituer un relais de l'opinion de la population générale. Une observation des médias permet d'identifier la façon dont le VIH et le SIDA sont présentés.

Certains spécialistes du VIH/SIDA estiment que cibler la population générale dans une zone à faible prévalence équivaut à une perte de temps et un gaspillage des maigres ressources disponibles. En conséquence, les campagnes vers la population générale ont récemment perdu leur crédit. C'est parce que, trop souvent, la communication vers la population générale est identifiée aux campagnes de sensibilisation du SIDA fondées sur l'information.

Bien que la connaissance du VIH/SIDA soit un droit pour tous, un axiome de la communication énonce que la connaissance en elle-même n'entraîne pas de changements de comportement. Le problème se pose lorsque, par manque d'analyse ou de volonté politique ou par manque de courage, l'on maintient un programme de VIH/SIDA au stade de la campagne d'information de première génération, bien que cela soit dépassé. Ce type de campagnes d'information se concentre sur les effets les plus sûrs, les mieux connus et donc les moins utiles, alors que ce qu'il faut bien souvent, c'est une campagne d'information de seconde génération plus directe, prenant en compte les questions de SIDA les plus critiques et les plus explicites. Au Bangladesh par exemple (comme dans de nombreux pays), les campagnes de CCC destinées à la population générale continuent de mettre l'accent sur les risques des rapports hétérosexuels (vaginaux de manière implicite), bien que la recherche ait révélé que de nombreux hommes et certaines femmes pratiquent aussi les rapports sexuels anaux sans savoir que cette pratique comporte des risques.

Les besoins de communication de la population générale ne sont absolument pas limités à la connaissance et à l'information. Les besoins de connaissance sont rapidement et, souvent, facilement satisfaits, tandis que les changements d'attitude posent un problème plus important. La stigmatisation et la discrimination contre les PVVIH sont des attitudes importantes qui doivent être prises en compte dans le cadre des campagnes ciblant la population générale mais ce ne sont pas les seules. De nombreuses autres attitudes doivent également être prises en charge, notamment les perceptions négatives du préservatif, la peur excessive et paralysante du VIH et les stéréotypes de genre qui mettent les femmes dans l'impossibilité de contrôler leur propre sexualité ou les hommes dans l'obligation d'être sexuellement brutaux. Un grand nombre de ces comportements impliquent des attitudes profondément ancrées nécessitant des changements lents mais profonds des concepts dominants et des valeurs fondamentales.

**8. Instituer le suivi et l'évaluation des changements de comportement dans les populations clé.** Dans les pays à faible prévalence, la séroprévalence n'est pas un bon indicateur de la réussite des programmes. Au moment où le VIH commence à se propager, des opportunités précieuses de prévention ont déjà été perdues. Au contraire, ces pays peuvent suivre de manière plus efficace les effets des efforts de prévention en suivant et en évaluant l'ampleur du changement de comportement dans les populations vulnérables où ont été entrepris des efforts de prévention. Il faudrait porter une attention particulière aux indicateurs clé, notamment le pourcentage de personnes utilisant des préservatifs avec les partenaires sexuels commerciaux ou occasionnels ou le pourcentage de CDI échangeant les aiguilles. Si les démarches de prévention sont efficaces, ces comportements devraient changer dans un sens indiquant la réussite du programme. S'ils ne changent pas ou changent dans une autre direction, ceci semble indiquer clairement que les démarches actuelles ne fonctionnent pas (soit parce qu'elles sont inefficaces soit parce qu'elles ne touchent pas suffisamment de monde) et devraient être repensées. Si les systèmes de suivi et d'évaluation habituels ne sont pas conçus pour attribuer des changements spécifiques à des interventions spécifiques, il est intéressant d'inclure dans les milieux à faible prévalence ne bénéficiant que de quelques interventions, des mesures de l'exposition aux interventions dans la surveillance

des comportements. Cela permet de donner une idée de la couverture des interventions existantes et d'avoir une indication permettant de savoir si l'échec du programme est dû à une mauvaise conception du programme ou simplement à une couverture insuffisante.

Dans les pays à faible prévalence, les données relatives au comportement demeurent la meilleure source d'information sur l'efficacité des programmes de prévention.

**9. Travailler étroitement avec les populations « à risque » et vulnérables.** La prévention ne sera pas efficace tant qu'elle ne prendra pas en compte l'environnement et le contexte dans lesquels le comportement à risque survient et les besoins de la population ciblée. Ainsi donc les populations ont besoin d'être englobées dans la planification, la mise en oeuvre et l'évaluation des efforts de prévention pour garantir la satisfaction des besoins, la pertinence des programmes et la mobilisation des ressources propres des communautés pour la résolution du problème. Essayer d'imposer des programmes de l'extérieur sans l'engagement de la communauté se soldera probablement par une prévention moins efficace. Les populations stigmatisées sont particulièrement sensibles à ces questions dans la mesure où elles ont souvent eu des expériences négatives avec des autorités et des étrangers.

**10. Elaborer un programme à long terme sur le risque et la vulnérabilité.** La réalité, malheureusement, est que la transmission du VIH se poursuivra dans tous les pays à un certain niveau, même dans les pays à faible prévalence. En conséquence, il est important de se préparer à l'avenir et d'envisager la prévention du VIH dans une perspective à long terme. Cela signifie prendre en compte le risque et la vulnérabilité à grande échelle et prendre en charge les nombreuses questions complexes soulevées dans la section précédente. Une prévention ciblée n'est pas suffisante pour une perspective à long terme. Bien que cela puisse se révéler très efficace dans certains pays à faible prévalence, dans d'autres où le risque est beaucoup plus répandu, ce type de prévention peut aussi être beaucoup moins efficace. Les pays à faible prévalence devraient donc chercher aussi à identifier et à prendre en compte les facteurs aggravant la vulnérabilité au niveau de la personne.

**11. Commencer tôt et travailler régulièrement.** La véritable prévention est complexe et prend du temps. Le renforcement des capacités prend du temps, le pilotage de programmes pour satisfaire les besoins locaux prend du temps, l'extension des programmes prend du temps et la réalisation de changements de comportement sur une grande échelle demande du temps. De nombreux programmes du VIH/SIDA ont vécu dans une mentalité de crise pendant de nombreuses années, mais pour les pays à faible prévalence, il est plus utile d'envisager une perspective à long terme.

## LE SÉNÉGAL: REUSSITE POUR AVOIR COMMENCÉ TÔT ET AVOIR TRAVAILLÉ RÉGULIÈREMENT

Au Sénégal, la prévalence du VIH est restée faible et stable depuis 1989. Les enquêtes sur le comportement indiquent une forte utilisation du préservatif, avec 60% des hommes et 40% des femmes de 15 à 24 ans rapportant avoir utilisé un préservatif avec leur partenaire occasionnel le plus récent. Ces résultats ont été attribués aux normes existant dans la société combinées à une forte réponse politique qui a démarré au tout début de l'épidémie et qui comprenait un traitement largement disponible des IST, une éducation sexuelle dans les écoles primaires et secondaires, la promotion et le marketing social du préservatif<sup>16</sup>.

.....  
<sup>16</sup> Meda N, Ndoye I, M'Boup S, et al. Low and stable HIV infection rates in Senegal: Natural course of the epidemic or evidence for success of prevention? (*Taux faibles et stables de l'infection du VIH au Sénégal: évolution naturelle de l'épidémie ou preuve d'une prévention réussie ?*). AIDS 1999;13:1397-1405.



# 9 DÉMARCHES CLÉS POUR POPULATIONS SPÉCIFIQUES

**Les interventions** de prévention et de réduction de la transmission du VIH dans les groupes présentant les comportements au risque le plus élevé sont clairement identifiées.

## **PRÉVENTION DU VIH CHEZ LES TRAVAILLEUSES DU SEXE ET LEURS CLIENTS:**

De nombreux projets ont démontré que les activités de prévention du VIH chez les travailleuses du sexe, leurs clients et leurs partenaires sont les plus efficaces lorsque les différentes interventions contiennent au moins trois éléments clé:

- Des informations et des messages pour le changement de comportement;
- la promotion du préservatif et le renforcement des compétences en matière de port du préservatif;
- des services d'IST.

Le but des messages de prévention d'IST/VIH est de réduire le risque sanitaire et particulièrement le risque d'infection par IST/VIH, en rapport avec le travail du sexe. Les connaissances de base sur la transmission du VIH et sur le rôle de protection du préservatif peuvent ne pas être très élevées dans une zone à faible prévalence. Les messages pour le changement de comportement devraient donc mettre l'accent sur la sensibilisation et les activités de plaidoyer.

Le préservatif masculin est actuellement la seule méthode efficace de protection contre les IST/VIH qui soit largement disponible. L'accès aux préservatifs et les compétences pour leur utilisation efficace sont donc essentiels pour un comportement de prévention effectif des travailleuses du sexe et de leurs clients. Néanmoins, l'utilisation du préservatif masculin dépend avant tout de la coopération du partenaire sexuel masculin, aussi le renforcement des compétences des travailleuses du sexe devrait également porter sur les compétences en négociation et prise de décision afin de leur permettre de convaincre leurs clients d'utiliser des préservatifs ou refuser leur clientèle.

Le traitement rapide des IST est une stratégie fondamentale pour la prévention du VIH dans n'importe quelle zone (à faible ou forte séroprévalence) car certaines IST facilitent la transmission du VIH<sup>17</sup>. On signale souvent des taux élevés d'IST chez les travailleuses du sexe dans les pays à faible séroprévalence tels que les Philippines<sup>18</sup>. Étant donné le rôle prédominant que les populations plus vulnérables jouent dans l'épidémiologie des IST, les algorithmes de diagnostic doivent être très sensibles, afin de permettre de traiter autant d'infections que possible. Les symptômes d'IST chez les clients des travailleuses du sexe et leurs partenaires peuvent être efficacement pris en charge en utilisant des algorithmes fondés sur une démarche syndromique.

La grande proportion d'infections asymptomatiques complique le diagnostic et le traitement rapide des IST chez les travailleuses du sexe. Néanmoins, les algorithmes pour la prise en charge des IST chez les travailleuses du sexe ont été validés dans de nombreuses zones et mis en œuvre avec succès. Ils comprennent des directives pour des bilans mensuels, un traitement présomptif à la première visite et une évaluation du risque adaptée.

## PRÉVENTION DE LA SÉROPOSITIVITÉ CHEZ LES JEUNES:

### Les jeunes en tant que population sensible

- Changer de comportement et d'attitude est plus facile si le processus est entamé avant que les schémas ne soient installés
- Ils constituent en eux-mêmes une puissante ressource de prévention
- Ils sont souvent accessibles en grand nombre

Les jeunes représentent une population importante dans toutes les zones, quelle que soit la prévalence. Au plan mondial, 50% des nouvelles infections par VIH se produisent chez les jeunes de moins de 24 ans. Même dans les pays à faible prévalence, les programmes ciblant les jeunes sont d'importance vitale si un pays veut construire une société à même de résister au VIH à l'avenir. Chez la plupart des jeunes, les habitudes et les schémas sexuels ne sont pas véritablement formés et sont beaucoup plus faciles à changer si les efforts de prévention les atteignent avant qu'ils ne développent des schémas de comportement à risque. Ils sont également accessibles en grand nombre dans les institutions existantes à un coût additionnel relativement faible, notamment dans les écoles et les organisations de jeunes. Par ailleurs, ils représentent en eux-mêmes une force puissante, à même de devenir, lorsqu'ils sont engagés dans la prévention, une ressource active dans de nombreux pays. Les pays à faible prévalence seront bien servis en consacrant les ressources requises à la mobilisation des institutions et des organisations de jeunes existantes et les jeunes eux-mêmes pour fournir les messages et les compétences en matière de prévention.

## PRÉVENTION DU VIH ET CONSOMMATEURS DE DROGUES INJECTABLES:

Les preuves existent que l'épidémie du VIH parmi les consommateurs de drogues injectables (CDI) peut-être prévenue, ralentie et même inversée dans les pays à faible ou forte prévalence, par la mise en œuvre de stratégies spécifiques comprenant:

- Une sensibilisation à base communautaire par les pairs;
- un accès accru à un matériel d'injection stérile et aux préservatifs;
- un accès accru au traitement de la dépendance à la drogue, en particulier par la méthadone.

Là où une action efficace a été réalisée, aucun élément ne s'est avéré efficace de manière isolée. Des programmes intégrés s'appuyant sur des principes d'élaboration communautaire, fonctionnant dans des environnements favorables comprenant l'accès au bien-être social et aux soins de santé primaire, sous-tendent toutes les démarches fructueuses.

<sup>17</sup> Wasserheit JN. Epidemic synergy: Interrelationships between HIV and other STDs (*Synergie épidémiologique entre le VIH et les autres MST*). Sex Transm Dis 1992;19:61-77.

<sup>18</sup> Department of Health (*Ministère de la Santé*). The 1999 Technical Report of the National HIV/AIDS Sentinel Surveillance System (*Le compte rendu technique du Système national de surveillance sentinelle – 1999*). Philippines: Department of Health, 2000.

**Plus la prévention du VIH ciblant les CDI est mise en œuvre tôt, plus elle est efficace et rentable** - si possible avant que le VIH ne soit introduit dans la population ou ne commence à se répandre de manière importante (avant que la séroprévalence chez les CDI ne dépasse les 5%). Une fois que la séroprévalence atteint 10% chez les CDI, elle peut culminer à 40-50% en moins d'un an<sup>19</sup>.

Il est important de rappeler que les CDI sont souvent exposés au risque de contracter ou de propager le VIH par la voie sexuelle. Aussi les programmes de prévention ciblant les CDI devraient-ils également inclure des volets prenant en charge le risque sexuel.

Interventions pour les CDI: « Limitation des dégâts » notamment causés par l'échange d'aiguilles et promotion des préservatifs

Les travailleuses du sexe et leurs clients: Communication pour le changement de comportement, promotion de l'utilisation du préservatif (100%), diagnostic et traitement des IST.

HSH: Communication pour le changement de comportement, promotion du préservatif et traitement des IST

**Mettre l'accent sur les comportements à risque, NON les « groupes à risque »**

**PRÉVENTION ET SOINS POUR LES PERSONNES INFECTÉES DANS LES MILIEUX À FAIBLE SÉROPRÉVALENCE:** Les soins et le soutien aux personnes vivant avec le VIH, leurs familles et leurs communautés, sont des volets fréquemment négligés par les programmes de VIH/SIDA dans les milieux à faible prévalence. De nombreux programmes choisissent de se concentrer uniquement sur la prévention, guidés par la l'idée que prévenir l'infection du VIH évite le besoin en soins et soutien.

Les personnes atteintes du VIH/SIDA ont besoin d'avoir accès aux soins, que ce soit en zone de faible ou de forte prévalence. Dans de nombreux milieux à faible prévalence, la stigmatisation liée au SIDA continue à influencer la perception des PVVIH par les autres et à façonner le comportement des PVVIH, affectant ainsi le succès ou l'échec des interventions de prévention. La discrimination contribue aussi à « l'invisibilité » des personnes infectées. Les politiques de lutte contre la discrimination sont donc cruciales pour le succès de tout programme de prévention, indépendamment du niveau de séroprévalence dans un pays donné.

La prévention, les soins et le soutien sont des démarches qui s'épaulent mutuellement – synergiques – de différentes manières. Les soins intégrés qui répondent aux différents besoins des personnes infectées ou affectées par le VIH établissent la confiance et créent un public réceptif parmi les patients, les familles et les autres membres de la communauté, permettant ainsi de consolider les efforts de prévention. Cela ouvre aussi la voie à l'acceptation par la communauté des personnes vivant avec le VIH et fait reculer la stigmatisation. La prestation de soins permet de rendre les interventions de prévention plus acceptables et plus disponibles et encourage les bénéficiaires de soins à pratiquer des comportements à moindre risque.

Au minimum, les personnes présentant un risque plus élevé ou les personnes infectées ont besoin d'avoir accès au dépistage et au conseil volontaire et, pour les personnes infectées, à un soutien psychologique et une prise en charge clinique de l'infection. Dans de nombreux pays à faible prévalence, les populations au risque plus élevé sont celles qui sont le plus stigmatisées et qui ont le moins accès à un type quelconque de services de santé. Il faudrait dès maintenant prendre en compte le besoin d'accès de ces populations plus vulnérables au dépistage et au conseil volontaire et aux services de soins de santé, y compris les services d'IST.

<sup>19</sup> Strathdee SA, van Ameridjen EJC, Mesquita F, Wodak A, Rana S, & Vllahow D. Can HIV epidemics among injection drug users be prevented? (*Peut-on prévenir l'épidémie de VIH chez les consommateurs de drogues injectables ?*) AIDS 1998;12 (Suppl A):S71-S79.



**Thérapie antirétrovirale:** L'introduction des thérapies antirétrovirales a considérablement réduit la morbidité et la mortalité dans la plupart des pays à forte prévalence à revenu élevé. Toutefois, en raison de leur coût élevé et de leur complexité, l'accès aux médicaments antirétroviraux est limité dans de nombreuses milieux à faible revenu.

Malgré des avantages évidents, les nouveaux médicaments et une plus large distribution de ces médicaments peuvent avoir des effets secondaires inattendus. La perspective d'une importante réduction de la transmission du virus. Des efforts durement acquis en matière de prévention peuvent être éclipsés par l'urgence à rendre les antirétroviraux plus disponibles.

A l'Ouest, l'avènement des thérapies antirétrovirales a fait de l'ombre aux programmes de prévention même dans certaines régions, les a malheureusement éliminés. Des études récentes de populations infectées par le VIH dans certaines villes comme Los Angeles, Vancouver et Sydney ont démontré des tendances alarmantes de retour des comportements à risque, tels que les rapports sexuels non protégés, la multiplicité des partenaires et la non-notification du statut séropositif aux partenaires sexuels potentiels. La prévention – grâce à une éducation et une sensibilisation adéquates – peut encore empêcher d'autres personnes d'être complaisantes et aider à sauver des vies.

**Prévention de la transmission pédiatrique grâce aux antirétroviraux:** la mise en oeuvre de différents protocoles à base d'antirétroviraux (ARV) comme mesure de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME) est désormais mondialement recommandée comme norme minimale de soins. Des directives pratiques de mise en oeuvre pour le renforcement de la santé maternelle et infantile, la planification familiale et les services de dépistage et de test volontaire du VIH, qui introduisent des protocoles à base d'antirétroviraux et améliorent les options d'alimentation des nourrissons sont disponibles et régulièrement mises à jour par les différents partenaires des Nations Unies et les ONG internationales.

## INTERVENTIONS D'IST DANS LA POPULATION GÉNÉRALE:

il est démontré que les interventions d'IST à l'intention de la population générale, en particulier les femmes dans les milieux à faible prévalence, sont problématiques tout d'abord en raison de la nature asymptomatique de la plupart des IST chez les femmes et de la faible spécificité de la plupart des algorithmes de traitement. Par exemple, une étude menée au Bangladesh sur deux algorithmes de prise en charge syndromique ont révélé des taux élevés de traitement excessif chez les femmes. L'étude a remis en question l'efficacité clinique et le rapport coût-efficacité de l'association de la lutte contre les IST et des programmes de planification familiale dans les zones à faible prévalence, notamment aux dépens de programmes d'IST ciblant les hommes et les groupes à risque élevé<sup>20</sup>.

## SÉCURITÉ TRANSFUSIONNELLE POUR LA POPULATION GÉNÉRALE:

des réserves de sang sécurisé et fiable sont encore hors de portée de millions de personnes à travers le monde. La transmission du VIH par le sang correspond à 10% des infections par VIH dans les pays à faible revenu. La grande majorité de ces infections peut être prévenue en:

- réduisant les transfusions non nécessaires par une utilisation clinique efficace du sang;
- éduquant, motivant, recrutant et retenant des donneurs de sang à faible risque; et
- procédant à un dépistage systématique des agents infectieux pour tous les dons de sang.

Ces interventions efficaces pour prévenir la transmission du VIH par le sang s'appliquent à tous les pays, indépendamment des niveaux de prévalence. Par ailleurs de nombreux pays, souvent à faible revenu, ont fait des progrès en matière de sécurisation d'une réserve adéquate de sang. Par exemple l'élimination des donneurs de sang rémunérés dans des pays tels que la Thaïlande et dans certaines parties de l'Inde a réduit la séroprévalence chez les donneurs de sang.

<sup>20</sup> Hawkes S, Morison L, Foster S, et al. Reproductive-tract infections in women in low-income, low-prevalence situations: assessment of syndromic management in Matlab, Bangladesh (*Infections de l'appareil reproducteur chez les femmes de milieux défavorisés et à faible prévalence: évaluation de la prise en charge syndromique à Matlab, au Bangladesh*). Lancet 1999;354:1776-1781.



# 10

## CONCLUSION

La prévention dans les zones de faible prévalence présente des défis particuliers et difficiles, néanmoins les possibilités d'endiguement de l'épidémie sont immenses. Il est démontré que la prévention du VIH peut être réalisée, mais il est essentiel de choisir des interventions appropriées sur la base d'informations concernant la séroprévalence et les comportements de ceux présentant le risque le plus élevé. Les expériences de l'Amérique du Nord, de l'Europe et de pays comme le Sénégal, confirment que la façon

la moins coûteuse et la plus économique pour maintenir la séroprévalence à un faible niveau consiste à offrir une prévention efficace à un stade précoce de l'épidémie à une large proportion des groupes présentant des comportements au risque le plus élevé. Parallèlement à cela, il reste à obtenir un appui politique et public suffisant pour atteindre un impact maximum à partir de ces interventions précoces.



AIDS Institute  
2101 Wilson Blvd Suite 700  
Arlington, VA 22201 US  
tél. : (703) 516-9779 Fax : (703) 516-9781  
URL : [www.fhi.org](http://www.fhi.org)



Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA

**ONUSIDA**  
UNICEF • PNUD • FNUAP • PNUCI  
UNESCO • OMS • BANQUE MONDIALE

ONUSIDA, 20 avenue Appia, 1211 Genève 27, Suisse  
Tél : (+41 22) 791 46 51 - Fax : (+41 22) 791 41 87  
E mail : [unaid@unaid.org](mailto:unaid@unaid.org) - Internet : <http://www.unaid.org>