

Prévention du VIH :

leçons des expériences communautaires

dans des contextes d'épidémie concentrée

par Bruno Spire, président de AIDES

Le but de cette présentation n'est pas celui d'une revue exhaustive de la littérature dans le domaine de la prévention du VIH ; il s'agit de tirer les leçons des expériences communautaires des pays où l'épidémie est fortement concentrée dans certains groupes.

Malgré les immenses progrès dans le domaine des traitements, nous disposons d'un nombre limité de stratégies prouvées comme étant efficaces pour la prévention du virus avec certaines d'entre-elles qui restent encore dans le domaine de la recherche. L'objectif est de généraliser les stratégies de prévention qui ont fait leur preuve. Par exemple, la circoncision représente une de ces nouvelles approches, mais elle ne répond pas à l'ensemble des besoins de prévention. La littérature abonde de preuves montrant que la réduction des risques est efficace pour réduire la transmission du VIH parmi les usagers de drogue. Les interventions centrées sur la réduction des risques sexuels promouvant l'utilisation des préservatifs peuvent réduire la transmission du virus. Toutefois, une conception étroite de la stratégie ABC¹ a des limites. Les interventions prônant l'abstinence exclusive sont inefficaces. Celles qui incitent à limiter le nombre de partenaires sont peu efficaces parmi les groupes les plus exposés. L'utilisation à vie du préservatif n'est pas toujours acceptée ni envisageable pour l'ensemble de la population.

1. Combattre le “relâchement de la prévention”

Du tout ou rien à la réduction des risques

Le relâchement de la prévention est souvent évoqué, mais s'agit-il de celui des usagers de la prévention ou celui des acteurs de prévention ? Il serait sans doute utile d'adopter une approche plus en lien avec le besoin des personnes. Le discours de prévention est la plupart du temps fondé sur du tout ou rien, et le concept de réduction des risques sexuels n'a pas suffisamment été exploré.

¹ Abstinence, Being faithful (fidélité), Condom

Le relâchement a particulièrement été associé à la question de la prévention chez les gays dans les pays industrialisés. En France, les études transversales répétées auprès des lecteurs de la presse gay indiquent que la prévalence des rapports anaux non protégés est passé de 20% dans les années 90 à 33% en 2007. La communauté gay a été fortement critiquée pour son manque d'action. Cependant, les résultats de l'enquête sur la sexualité des Français montrent que le préservatif reste largement plus utilisé parmi les gays comparativement à la population générale et ceci quelque soient le nombre ou le type de partenaire (stable ou occasionnels).

Au lieu de regretter l'époque où tant de gays mourrait malgré une mobilisation visible de la communauté, il serait plus constructif de proposer des solutions pragmatiques pour ceux qui n'arrivent pas à se protéger systématiquement. Il est très important de comprendre les conditions des prises de risque et les perceptions des personnes face au risque. Pour certaines personnes pour qui le risque fait parti de leur vie, il existe de nombreuses situations où se protéger n'est tout simplement pas possible. La question devient comment gérer les prises de risque et en minimiser les conséquences. Cette question est difficile dans une société qui juge négativement toute forme de prise de risque.

C'est pourquoi nous devons renouveler nos discours en adoptant une approche de réduction des risques sexuels sans jugement. Pour cela nous devons reconnaître qu'en dehors de quelques cas exceptionnels, les personnes séronégatives n'ont pas envie de s'infecter, et que les personnes séropositives n'ont pas envie de transmettre le VIH. La plus grande préoccupation des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) est la crainte de la transmission. Cette préoccupation est majeure pour les personnes séropositives et aussi pour les personnes qui prennent des risques. Plusieurs stratégies de réduction des risques utilisées par les personnes ont été décrites : certaines femmes utilisent les diaphragmes car ces méthodes sont plus discrètes. Les PVVIH ont parfois recours à des adaptations de leurs pratiques sexuelles ou au séro-choix de leurs partenaires. Bien sûr l'efficacité de ces méthodes est discutable, mais cela démontre que les personnes qui ont des difficultés avec le préservatif essaient de trouver des stratégies alternatives pour ne pas s'infecter ou ne pas transmettre le virus. Si les personnes étaient si « irresponsables », pourquoi chercheraient-elles des stratégies alternatives ? C'est pourquoi nous devons sortir d'un discours de « tout ou rien » et mieux rechercher l'efficacité relative de différentes stratégies de réduction des risques.

Le contrôle de la virémie

Le contrôle de la charge virale est l'exemple même d'une stratégie de réduction des risques sexuels. L'étude RAKAI a démontré la relation entre le niveau de charge virale plasmatique et le taux de contamination chez des partenaires hétérosexuels de PVVIH non traités. La transmission est linéairement associée au niveau de charge virale. Dans une cohorte Espagnole conduite auprès de couples séro-différents, la transmission a été réduite de 80% après l'introduction des multithérapies.

Aucune contamination n'a été observée quand la charge virale était contrôlée chez la personne infectée.

La généralisation de ces résultats reste une question en débat. En 2007, la déclaration de la commission suisse a suscité beaucoup d'interrogations. Elle concluait à la non-nécessité de l'utilisation de préservatifs pour les couples hétérosexuels, stables, sans infection sexuellement transmissible au sein desquels la personne infectée traitée depuis plus 6 mois a une charge virale indétectable. Cependant, la charge virale dans le sang ne corrèle pas toujours avec celle des sécrétions génitales et ces résultats sont limités à certains couples hétérosexuels. Cependant, ils suscitent beaucoup d'espoir, en particulier pour les couples hétérosexuels séro-différents où beaucoup d'infections surviennent dans les pays à forte prévalence. Le traitement doit donc être considéré au moins comme une stratégie de réduction des risques et il est nécessaire que de futures études puissent établir le rôle relatif du traitement au sein de combinaisons de mesures préventives. La controverse suisse a le mérite de poser la question de quand initier le traitement. Une modélisation récente suggère que l'élévation du seuil de 200 CD4 universellement admis pour initier le traitement pourrait faire baisser l'incidence de l'épidémie, même en tenant compte d'une possible augmentation des comportements à risque.

De plus, dans deux études soutenues par l'ANRS, une en Côte d'Ivoire, l'autre au Cameroun, les traitements ont un impact favorable sur l'utilisation du préservatif. Dans ces deux études, le risque de ne pas se protéger systématiquement est réduit par 2 chez les PVVIH sous traitement, vraisemblablement grâce aux soins et au soutien apporté par le suivi médical.

Vers une prévention positive globale

Un counseling approprié des PVVIH non éligibles pour le traitement est donc une priorité. Dans la plupart des pays, ces PVVIH non traités intéressent peu les soignants ; ils ne bénéficient pas du soutien psychosocial habituellement centré sur l'observance. Ces programmes d'aide à l'observance ont montré leur efficacité, et des approches similaires visant la prévention des personnes non encore traitées pourraient être introduites, afin de permettre aux personnes de réduire le risque de transmission. Pour les PVVIH traités, tout ce qui favorise l'indétectabilité de la charge virale est susceptible de diminuer le risque de transmission. Plusieurs études de cohorte montrent le rôle central des symptômes perçus qui influencent à la fois la non-observance, la non-utilisation systématique du préservatif et la qualité de vie. Dans plusieurs études de l'ANRS avec des contextes très différents (usagers de drogue en France, PVVIH au Cameroun) on retrouve la relation statistique entre symptômes perçus et la non-utilisation du préservatif. Une approche globale de la prévention, incluant un soutien centré sur la personne et allant au-delà du seul risque de transmission est donc nécessaire, c'est à cela que correspond la prévention « positive ».

2. Diversifier les stratégies de dépistage

Connaître son statut sérologique a de nombreux avantages. Au niveau individuel, raccourcir la période où l'individu infecté ne connaît pas son statut permet un bénéfice clinique. Au niveau collectif, les PVVIH qui connaissent leur infection se protègent plus : une méta-analyse montre que la prévalence des rapports non protégés diminue de 53% chez les personnes infectées qui connaissent leur statut par rapport à celles qui ne le connaissent pas. Malheureusement, dans la plupart des pays, le dépistage reste trop tardif.

Afin de permettre à plus de personnes de se faire dépister et d'accéder au traitement, il est nécessaire de diversifier nos stratégies de dépistage. Le dépistage systématiquement proposé lors d'un recours aux soins avec possibilité de refus a permis de dépister avec succès plus de cas d'infection dans les contextes de pays à forte prévalence. La stigmatisation, la peur de revoir un résultat positif et des ruptures de confidentialité et les difficultés d'accès aux sites de dépistage sont les principaux obstacles qui limitent l'approche du dépistage volontaire. Cependant, d'autres modèles comme les unités mobiles de dépistage peuvent augmenter l'accès et la réalisation du test. Au Maroc, les unités de dépistage mobiles de l'association marocaine de lutte contre le sida ont montré leur efficacité, malgré la prévalence basse du VIH dans ce pays.

Il est donc important de déterminer la valeur ajoutée en termes de santé publique du dépistage communautaire. Les interventions basées sur des tests rapides réalisés par des non-soignants des communautés pourraient permettre de mieux cibler les populations les plus marginalisées. De plus, la combinaison des tests rapides et d'un counseling par les pairs pourraient représenter une option intéressante pour favoriser le dépistage répété chez les personnes les plus exposées au risque souvent découragées de venir régulièrement subir le test en milieu médical. Il faut garder à l'esprit que c'est dans la phase aigüe de l'infection que le risque de transmission est le plus élevé, à cause du pic de charge virale en primo-infection. Une étude québécoise suggère que la moitié des nouveaux cas d'infection pourrait être due à des personnes sources elles-mêmes en primo-infection. Ceci suggère que la séro-ignorance pendant les premiers mois de l'infection contribue fortement à la dynamique de l'épidémie et qu'il est nécessaire de favoriser la répétition des tests de dépistage chez les personnes qui ne se protègent pas systématiquement.

3. Mieux combattre la stigmatisation et les discriminations

La stigmatisation nourrit l'épidémie

Il existe de plus en plus de preuves qui démontrent le lien entre stigmatisation et comportements à risque chez les séropositifs comme chez les séronégatifs. Dans le monde, la peur d'être stigmatisé est un frein au dépistage et à la révélation du statut au partenaire. Dans l'enquête VESPA, il existe une relation significative entre les antécédents de discrimination par l'entourage et des conduites à risque comme la non-observance ou la non utilisation systématique du préservatif.

Un des problèmes associés est a double stigmatisation. Plusieurs groupes sont déjà stigmatisés, indépendamment du VIH. C'est le cas des usagers de drogue, des professionnel(le)s du sexe, des hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes (HSH). La stigmatisation de ces populations explique en grande partie la prévalence élevée du VIH car elle empêche l'accès aux soins et à la prévention. Des données épidémiologiques récentes ont comparé la prévalence du VIH chez les HSH par rapport à la population générale dans différents pays en développement à moyenne prévalence. Chez les HSH, la prévalence est toujours plus élevée.

Une « trithérapie active » contre la stigmatisation et les discriminations

Pour lutter contre la stigmatisation, il faut agir sur 3 leviers simultanément :

a) permettre une meilleure acceptation des PVVIH dans la société

Une meilleure acceptation de l'infection à VIH aidera les PVVIH à sortir du silence et à révéler leur statut sans crainte. Dans notre expérience, à AIDES et chez nos partenaires africains, nous avons constaté que le renforcement des positions sociales des PVVIH améliore la capacité collective de parler du VIH. Il permet des changements dans la façon la société considère les PVVIH. Bien sûr, permettre de parler n'est possible que si la société est prête à entendre. C'est pourquoi des campagnes de sensibilisation du public sur la séropositivité, sont utiles. Un des exemples que vous avez pu voir pendant la semaine est la campagne « si j'étais séropositif » mené conjointement par AIDES et l'IAS pendant cette conférence. Cette campagne a remporté un grand succès car elle permet au public de s'interroger de se projeter comme étant séropositif. Associé à des témoignages de PVVIH, cela peut contribuer à bouleverser les représentations du grand public. L'implication des politiques dans cette campagne présente également un intérêt.

b) améliorer les lois et les politiques de santé

Au lieu de se battre contre les usagers de drogue), contre les HSH, contre les professionnel(le)s du sexe ou contre les migrants, les lois devraient protéger tous les groupes les plus vulnérables au VIH. En France, les militants et de la prévention sont désormais fichés par la police. Toute personne qui fréquente régulièrement les associations peut être signalée dans une base de données où sont recueillies

des informations comme l'orientation sexuelle ou le statut sérologique. De telles pratiques anti-démocratiques n'avaient jamais été mise en place en France depuis la dernière guerre. Dans le monde, plusieurs facteurs sociétaux contribuent à la diffusion de l'épidémie. Heureusement, plusieurs pays d'Amérique latine ont initié une politique visant à réduire la stigmatisation comme l'homophobie. Ce type d'action politique devrait être appliquée en Afrique où le travail de prévention communautaire peut être très risqué. Nous l'avons vécu récemment, en Ouganda et au Sénégal avec l'emprisonnement des militants de prévention gay. De même la répression des usagers de drogue dans plusieurs pays va à l'encontre de l'intérêt de santé publique.

Les changements seront possibles si les institutions internationales, en particulier les financeurs, mettent la pression maximale sur les gouvernements pour garantir une approche de santé publique qui respecte les droits humains fondamentaux.

c) faire avec les personnes, plutôt que pour les personnes

C'est la mobilisation communautaire des PVVIH qui a permis d'obtenir des améliorations de l'accès au traitement; c'est cette même mobilisation qui doit permettre d'améliorer la prévention, en impliquant les PVVIH mais également ceux qui sont plus exposés au risque d'infection. Il faudra s'assurer que ceux qui vivent avec le VIH ou avec le risque sont réellement impliqués, et influencent réellement les décisions. C'est la mobilisation des personnes sero-concernées qui est nécessaire, car les seules réponses professionnelles ne sont pas suffisantes. Au cours des 25 dernières années, l'accès à la prévention s'est amélioré grâce à la mobilisation communautaire et à l'auto-support, en permettant aux personnes les plus vulnérables et les plus marginalisées de s'approprier la prévention. La mobilisation ne s'est pas fondée sur des infectiologues, virologues ou sociologues mais sur des riennologues qui sont en fait des vivrologues, car leur expertise est basée sur leur propre vécu de l'infection ou du risque. Les mobilisations ont été fortes parmi les gays, les usagers de drogue et les femmes migrantes. Partout dans le monde, les professionnel(e)s du sexe ont mené un travail remarquable avec des succès démontrés comme en Inde ou en Amérique Centrale et en France où les travailleuses du sexe se sont mobilisées avec les transgenres.

L'événement important de cette conférence est la mobilisation des gays dans les pays africains. Jusqu'à récemment les HSH ont été ignorés par les décideurs africains et internationaux. AIDES a récemment soutenu la mobilisation des gays Africains (réseau Africagay) Nous avons appris que les gays n'étaient pas si peu nombreux ni si invisibles et qu'ils veulent contribuer à jouer un rôle important pour la santé dans leur communautés, malgré les contextes homophobes auxquels ils sont confrontés.

Conclusion

La prévention peut être efficace quand elle correspond aux besoins des personnes. Dans les contextes d'épidémie généralisée, il reste encore à identifier comment mobiliser ceux qui sont les plus à risque, mais faire avec les personnes est un défi mondial. Il est indispensable d'impliquer les personnes séro-concernées dans les politiques de prévention. Dans cet objectif, 4 ONG basées sur l'engagement communautaire et la reconnaissance du savoir profane ont décidé de créer une nouvelle structure internationale dénommée PLUS. PLUS portera la voix des personnes sero-concernées auprès des décideurs internationaux.