



Health
Canada Santé
Canada

Les causes du relâchement de la vigilance envers le VIH/sida : *Répercussions sur l'élaboration des politiques*

D^r Ronald O. Valdiserri

2^{ème} Dialogue international sur les politiques sur le VIH/sida
Varsovie, Pologne ~ 12-14 novembre, 2003

Ce document a été rédigé, par le D^r Ronald O. Valdiserri, en tant que document de conférence pour le deuxième dialogue international sur les politiques sur le VIH/sida.

Le contenu de ce document ne représente pas nécessairement les points de vue et les politiques de Santé Canada, du gouvernement du Canada ou des autres promoteurs de la conférence.

Pour communiquer avec l'auteur :

D^r Ronald O. Valdiserri
Directeur adjoint
National Centre for HIV, STD and TB prevention
Centers for Disease Control & Prevention
1600 rue Clifton
Atlanta, GA 30333 U.S.A
Courriel : rov1@cdc.gov

Pour obtenir des copies additionnelles, veuillez communiquer avec :

Direction des affaires internationales
Direction générale de la politique de la santé et des communications
Santé Canada
Pré Tunney, indice de l'adresse :1903B
Ottawa, ON
K1A 1B4
Canada

TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES MATIÈRES	2
SOMMAIRE	4
CONTEXTE	6
<i>Augmentation des comportements sexuels à risque et des infections transmises sexuellement</i>	<i>7</i>
Lien entre les traitements HAART et les comportements sexuels à risque.....	8
Lien entre les traitements HAART et d'autres comportements	10
MÉCANISMES POUVANT MENER À UN RELÂCHEMENT DE LA VIGILANCE ENVERS LE SIDA	10
Facteurs non spécifiquement liés aux traitements HAART	11
Facteurs liés aux traitements HAART	13
ÉLABORATION DE POLITIQUES POUR FAIRE FACE AU RELÂCHEMENT DE LA VIGILANCE	15
Approches individuelles	16
Approches communautaires et organisationnelles	16
Approches sociétales	16
CONCLUSION	18
RÉFÉRENCES	19

SOMMAIRE

Le présent document résume l'état actuel des connaissances sur le relâchement de la vigilance envers le VIH/sida, son incidence sur les initiatives en matière de prévention et de traitement dans le monde industrialisé et ses conséquences sur le monde en développement, particulièrement face à l'augmentation prévue des traitements antirétroviraux.

L'expression « relâchement de la vigilance envers le VIH/sida » englobe la minimisation, la négligence et la mise en doute de la menace que représente le VIH/sida pour l'individu, la collectivité et la société. Le phénomène a été décrit pour la première fois au milieu des années 90, à la suite d'une décennie de percées scientifiques qui ont mené à l'amélioration de la prévention et du traitement de l'infection dans le monde industrialisé. Tandis que les traitements antirétroviraux hautement actifs (HAART) devenaient de plus en plus accessibles, entraînant la diminution des taux de décès dus au VIH/sida, les chercheurs ont commencé à recenser une hausse des comportements associés à la transmission du VIH en Amérique du Nord, en Australie et dans plusieurs pays européens. Plus récemment, des données du Brésil portent à croire que le même phénomène est en train de se produire dans les régions en développement où les traitements HAART ont été introduits.

Après avoir examiné la littérature portant sur la perception, la communication et la réduction des risques pour la santé, le D^r Valdiserri a conclu qu'aucun facteur n'explique à lui seul le relâchement de la vigilance envers le VIH/sida. L'impression que les conséquences du VIH ne sont plus graves et l'optimisme engendré par l'amélioration des traitements jouent un rôle dans ce phénomène, mais d'autres facteurs y contribuent également, notamment les suivants : la perception du grand public selon laquelle le VIH/sida est devenu une question de santé moins préoccupante; l'épuisement des efforts de prévention du VIH; les priorités concurrentes devant être valorisées auprès du public et nécessitant des ressources budgétaires; l'idée que les traitements HAART entraînent une baisse de la transmission; et les probabilités accrues de transmission, étant donné qu'un plus grand nombre de personnes séropositives vivent plus longtemps et en meilleure santé.

Les recommandations stratégiques formulées par le D^r Valdiserri pour lutter contre le relâchement de la vigilance envers le VIH/sida et réduire la probabilité qu'elle contribue à une hausse de la transmission du VIH, sont regroupées en trois catégories : les approches individuelles, les approches communautaires et organisationnelles et les approches sociétales. À l'échelle individuelle, les approches comprennent, d'une part, l'appui des recherches ayant pour but de déterminer comment les personnes risquant de transmettre ou de contracter le VIH (particulièrement les jeunes) conçoivent le risque à l'époque des traitements HAART et, d'autre part, l'élaboration et la mise à l'essai de messages, dont certains destinés aux personnes vivant avec le VIH/sida, soulignent le besoin de freiner la transmission, et d'autres, destinés aux personnes non infectées, font faire ressortir l'importance de la prévention.

Parmi les recommandations s'appliquant à l'échelle communautaire/organisationnelle, notons la surveillance de l'évolution des comportements (y compris l'utilisation de drogue) et des taux d'infections transmises sexuellement et de VIH afin de recueillir des données sur l'augmentation du risque de VIH et de la transmission de l'infection, les campagnes lançant un appel à la vigilance dans les régions où des traitements antirétroviraux sont ou seront bientôt offerts, et les

programmes éducatifs destinés aux jeunes, aux journalistes et aux leaders d'opinion.

À l'échelle sociétale, on doit élaborer des stratégies de communication nationales pour s'attaquer de façon proactive au relâchement de la vigilance envers le VIH/sida et diffuser de l'information exacte sur la menace et le fardeau économique persistants que représente le VIH/sida. Les autres recommandations comprennent l'investissement à long terme dans la capacité de prévention du VIH du secteur public, c'est-à-dire la formation, le développement des compétences et l'infrastructure nécessaires pour appuyer la surveillance et la création de programmes, et la recherche de stratégies de prévention comportementales et cliniques.

L'expérience avec d'autres maladies – notamment la tuberculose – porte à croire que, à moins qu'on redouble d'efforts et qu'on affecte les ressources nécessaires à la prévention et à la lutte contre le VIH/sida, l'affection pourrait connaître un nouvel essor.

INTRODUCTION

Ce document présente un survol de l'état actuel des connaissances en ce qui concerne le phénomène du « relâchement de la vigilance envers le VIH/sida », son incidence sur les initiatives de prévention et de traitement dans le monde industrialisé et ses répercussions potentielles sur le monde en développement, particulièrement face à l'augmentation prévue des programmes de traitement antirétroviral dans certains pays. Pour les besoins du présent document, on donne à l'expression « relâchement de la vigilance envers le VIH/sida » une signification large, qui englobe la minimisation, la négligence et la mise en doute de la menace du VIH/sida, qui peuvent se manifester à l'échelle individuelle, communautaire et sociale. Tout au long de ce document, on part du principe que si le relâchement de la vigilance envers le VIH/sida persiste, il peut favoriser la transmission du VIH/sida et accroître le fardeau de la maladie.

Le cœur de l'analyse consiste en un examen détaillé des études publiées sur le relâchement de la vigilance envers le VIH/sida. Cette analyse s'impose si l'on veut s'assurer que les solutions stratégiques avancées sont crédibles sur le plan scientifique (c.-à-d. qu'elles tiennent compte des multiples situations où l'on a baissé la vigilance envers le VIH/sida dans le passé et traitent spécifiquement du problème). Bien qu'elle repose sur l'hypothèse voulant que le gouvernement exerce la « suprématie » à l'égard des questions de santé publique (Gostin, 2000), et qu'en conséquence il devrait jouer un rôle majeur dans la lutte contre le VIH/sida à tous les niveaux, l'analyse fait valoir l'idée qu'une approche visant à contrer efficacement le relâchement des efforts à l'égard du VIH/sida doit être multisectorielle.

CONTEXTE

La presse américaine a commencé à parler du relâchement de la vigilance envers le VIH/sida au milieu des années 90, faisant habituellement allusion au déclin de la mobilisation sociale et du soutien à l'endroit des efforts déployés pour prévenir et traiter le VIH/sida. Ainsi, par exemple, à la une d'un journal de Floride, on pouvait lire : « La chute des dons pour le sida est imputée au relâchement de la vigilance » (Orlando Sentinel, 1995).

La baisse de vigilance est partiellement due à la désensibilisation du public des pays du Nord industrialisé à la menace du VIH/sida. Même avant l'apparition des traitements antirétroviraux hautement actifs (HAART), qui ont fait chuter le nombre de décès dus au sida dans les pays développés, les taux de survie avaient monté tout au long des années 80 dans les pays riches qui avaient les moyens d'offrir aux personnes infectées des soins primaires complets, y compris la prophylaxie et le traitement des infections opportunistes (Centers for Disease Control and Prevention, 2002). Cela a fait en sorte que durant les années 90, même si le VIH/sida demeurait une infection très grave, il ne constituait plus une peste mystérieuse. Une décennie d'études scientifiques concentrées avait fini par révéler son agent causal et ses modes de transmission et mené à la mise au point des premiers agents antirétroviraux. Plus précisément, le maintien d'une « mentalité de crise » des décennies après le déclenchement de l'épidémie du sida posait un défi croissant pour les organismes de lutte contre le VIH/sida, les médias et le public – parmi lesquels de nombreuses personnes attendaient avec impatience l'annonce d'une percée ou d'un remède.

L'époque des traitements antirétroviraux hautement actifs a débuté à la fin de 1995, lorsqu'une nouvelle catégorie d'agents antirétroviraux, les inhibiteurs de la protéase du VIH, a été introduite en pratique clinique (Valdiserri, 2003). Peu de temps après, les pays industrialisés qui pouvaient se permettre ces nouveaux médicaments ont commencé à noter une baisse marquée des décès liés au VIH. Par exemple, en 1996, les États-Unis ont signalé la première chute importante du nombre de décès chez les personnes atteintes du sida, soit une diminution de 13 % des décès liés à cette maladie par rapport à l'année précédente (Morbidity and Mortality Weekly Report, 1997). Des observations similaires ont été faites en Australie (Dore et coll., 2002) et en Europe (Cascade Collaboration, 2000; Morcroft et coll., 1998).

Bien que les agents antirétroviraux ne se soient pas avérés le remède que certains avaient prématurément annoncé, la mise au point des traitements HAART a sans aucun doute constitué une victoire importante dans la lutte de l'homme contre le virus. Les histoires incroyables de patients auparavant alités ou à l'article de la mort pouvant retourner au travail grâce à un traitement HAART (communément appelé « l'effet Lazare ») ont grandement contribué à faire en sorte que le public ne perçoive plus le VIH/sida comme une maladie mortelle invincible.

Augmentation des comportements sexuels à risque et des infections transmises sexuellement

Vers la fin des années 90, les publications scientifiques ont commencé à produire des articles décrivant une hausse des comportements sexuels favorisant la transmission du VIH parmi les groupes à risque ou déjà infectés. Comme ces nouveaux comportements ont été temporairement associés à l'amélioration des taux de survie grâce aux traitements HAART, on a fini par les considérer comme une manifestation du relâchement de la vigilance envers le VIH/sida.

La hausse des comportements à risque a souvent été associée à des taux croissants d'ITS (infections transmises sexuellement). En analysant des données venant d'enquêtes communautaires transversales, des chercheurs de San Francisco ont trouvé que le pourcentage de HRSH (hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, c.-à-d. qui adoptent des comportements homosexuels, peu importe leur orientation sexuelle déclarée) affirmant qu'ils avaient des relations sexuelles anales non protégées (c.-à-d. sans utiliser de préservatif) ou plusieurs partenaires sexuels était passé de 24 % en 1994 à 45 % en 1999 (Katz et coll., 2002). Une autre étude, également menée à San Francisco, a montré qu'entre 1994 et 1997, les taux de gonorrhée rectale chez les hommes avait augmenté de 21 à 38 cas pour 100 000 hommes adultes (Centers for Disease Control and Prevention, 1999). De multiples éclosions de cas de syphilis au sein des collectivités de HRSH un peu partout aux États-Unis ont renforcé les craintes que les taux de VIH ne grimpent à leur tour dans un avenir rapproché (Wolitski et coll., 2001).

Toutefois, il n'y a pas qu'aux États-Unis que des comportements sexuels à risque et des ITS ont été signalés; depuis l'apparition des traitements HAART, plusieurs pays européens ont aussi constaté une hausse de ces comportements (voir « Special Issue on HIV/AIDS Prevention », Eurosurveillance, vol. 7(2), février 2002), qui s'est accompagnée d'une hausse des taux de gonorrhée (France, Pays-Bas, Suède, Suisse et Royaume-Uni) et d'éclosions de cas de syphilis parmi les HRSH d'Europe (France, Irlande, Pays-Bas et Royaume-Uni) (Nicoll et Hamers, 2002).

Lien entre les traitements HAART et les comportements sexuels à risque

Le lien temporel entre la mise au point des traitements HAART et la réapparition des comportements sexuels à risque a poussé les chercheurs à approfondir la relation entre les deux phénomènes. Des épidémiologistes de San Francisco se sont fondés sur des données venant de registres de santé publique pour analyser les patients ayant reçu un diagnostic d’ITS après leur diagnostic de sida. Deux pour cent (n = 233) des 11 516 cas diagnostiqués de sida entre 1995 et 1999 ont contracté une ITS après l’annonce de leur diagnostic de sida (Scheer et coll., 2001). Des analyses multivariées ont montré que le fait d’avoir suivi un traitement HAART était associé à un risque accru d’ITS (ibid.). On a relevé une plus grande fréquence d’ITS après la formulation d’un diagnostic du sida chez les jeunes, les Noirs et les personnes présentant une numération élevée des lymphocytes CD4 au moment du diagnostic (ibid.).

En 1997, pour les besoins d’une étude communautaire, on a recruté 554 hommes homosexuels s’identifiant comme tels dans une fête de rue pour les gais à Chicago. L’étude a révélé qu’une minorité non négligeable (variant de 6 à 21 %, selon les différents éléments individuels de l’évaluation) disait moins se préoccuper du VIH en raison des progrès réalisés au chapitre des traitements (Vanable et coll., 2000). De plus, la préoccupation réduite à l’égard du VIH constituait un facteur prédictif indépendant des risques en matière de sexualité – particulièrement parmi les hommes séropositifs pour le VIH (ibid.).

En 1997, d’autres chercheurs ont étudié un échantillon de commodité composé de 511 hommes participant à un festival de la fierté gaie à Atlanta, en Géorgie. Parmi ceux-ci, ils ont recruté 298 hommes correspondant aux critères suivants : s’identifier comme homosexuel ou bisexuel, ne pas être séropositif et ne pas être engagé dans une relation intime à long terme (Kalichman et coll., 1998). Vingt pour cent des 298 sujets ont déclaré qu’ils avaient eu des relations sexuelles anales passives non protégées au cours des six derniers mois. Comparativement aux hommes à faible risque, ceux qui avaient eu des comportements sexuels à risque (p. ex. relations sexuelles anales passives non protégées) étaient plus enclins à croire que les nouveaux traitements contre le sida réduisaient le risque de transmission du VIH (ibid.).

Kelly et ses collaborateurs ont obtenu des résultats similaires dans un échantillon d’une collectivité de 379 HRSB participant à une célébration de la fierté gaie et lesbienne dans une grande ville du Midwest américain (1998). Parmi les répondants, 10 % étaient en accord ou fortement en accord avec l’énoncé « Le sida est maintenant presque guéri » et 13 % croyaient que la menace du sida avait diminué (ibid.). Au total, 8 % des hommes ayant participé à l’enquête ont indiqué qu’ils avaient eu des relations sexuelles protégées « moins souvent » depuis l’apparition des nouveaux traitements contre le sida; cette proportion était encore plus élevée (18 %) chez les hommes séropositifs pour le VIH qui suivaient une polythérapie antirétrovirale (ibid.).

Ces perceptions ne se limitent pas aux homosexuels. Une enquête menée en 1999 sur 196 hommes, principalement hétérosexuels, fréquentant un centre de services pour le sida situé dans le centre-ville de New York a montré que 33 % de l’échantillon étaient en accord avec l’énoncé « Être séropositif pour le VIH n’est plus si grave en raison des traitements améliorés » (Demmer, 2002). Quinze pour cent des répondants croyaient que les polythérapies par inhibiteurs de la protéase réduisaient le risque de transmission du VIH et 10 %, que les traitements améliorés réduisaient la nécessité de se protéger lors de relations sexuelles (ibid.).

Des résultats semblables ont été publiés dans d'autres pays industrialisés. Au début de 1998, des enquêtes transversales sur plus de 4 000 hommes homosexuels en Australie ont montré que la majorité des sujets (96 %) comprenait que les traitements HAART ne constituent pas un « remède » contre le VIH et que les personnes ayant une charge virale indétectable (93 %) pouvaient encore « propager le virus » (Van de Ven et coll., 1999). Cependant, les hommes en accord avec les énoncés « Je me préoccupe moins de l'infection à VIH qu'auparavant » et « Il est peu probable qu'une personne séropositive pour le VIH qui suit une polythérapie transmette le VIH » étaient plus nombreux à déclarer qu'ils avaient eu des relations sexuelles anales non protégées avec des partenaires occasionnels ($p < 0,001$) (ibid).

Un échantillon de 147 personnes infectées par le VIH, parmi lequel on comptait une forte majorité d'hommes (88 %), a été recruté dans une clinique canadienne de consultation externe pour le VIH. On a demandé aux sujets de remplir un questionnaire portant sur la perception du risque de transmission du VIH et sur les pratiques sûres concernant l'injection de drogue et les relations sexuelles (Kravcik et coll., 1998). Dix-neuf pour cent des répondants étaient d'avis que les traitements par inhibiteurs de la protéase réduisaient la nécessité d'adopter des pratiques sûres. Selon les chercheurs, la possibilité que les pratiques à risque concernant l'utilisation de drogue et les relations sexuelles réapparaissent doit être étudiée de plus près (p. 128).

Un questionnaire anonyme rempli par 773 hommes homosexuels fréquentant un centre de conditionnement physique du centre-ville de Londres au printemps 1998 a révélé que, même si la plupart des hommes *ne croient pas* aux énoncés optimistes entourant les traitements améliorés (« Je me préoccupe moins du VIH ») ou l'infectivité réduite (« Les nouveaux traitements ont rendu les personnes atteintes moins infectieuses »), chez les hommes non infectés, l'optimisme à l'égard des traitements améliorés est associé à des relations sexuelles anales non protégées avec un partenaire dont l'état sérologique par rapport au VIH est inconnu ou discordant (Elford et coll., 2000). Bien que les HRSV séropositifs pour le VIH de l'échantillon étaient plus optimistes quant à l'amélioration des traitements, cet optimisme n'était pas associé avec une augmentation des comportements sexuels à risque (ibid). Comme l'enquête était de nature transversale, aucune relation causale n'a pu être établie, et les chercheurs n'ont pas été en mesure de déterminer si l'optimisme menait au relâchement de la vigilance et à l'adoption de comportements à risque, ou si les hommes ayant des pratiques sexuelles à risque justifiaient ultérieurement leurs actions par leur optimisme à l'égard des traitements.

Une étude décrite lors de la 14^e conférence internationale sur le sida traite de la relation causale. En effet, Stolte et ses collaborateurs ont examiné de façon prospective le lien entre différentes croyances à l'égard des traitements et l'évolution des comportements sexuels à risque au sein d'une cohorte de 73 hommes homosexuels des Pays-Bas (2002). Huit des participants (11 %) ont affirmé qu'entre 1999 et 2000, ils avaient cessé d'avoir des relations sexuelles protégées avec leurs partenaires occasionnels, optant plutôt pour des relations sexuelles anales passives sans préservatif. La perception que la menace du VIH/sida a baissé semble avoir eu une grande influence au sein du groupe qui a adopté des comportements à risque, comparativement au seul groupe ayant des comportements sans risque (rapport des cotes 2,98, IC 1,42-6,26) (Stolte, 2002).

Miller et ses collaborateurs ont quant à eux étudié 191 patients français séropositifs pour le VIH qui avaient suivi un traitement par inhibiteurs de la protéase durant au moins six mois. Les sujets avaient participé à une entrevue durant l'année précédant le début du traitement (2000). Aucune hausse

notable n'a été observée, que ce soit au chapitre des relations sexuelles anales ou vaginales ou des relations sexuelles non protégées, après le début du traitement. On a toutefois trouvé que les hommes homosexuels et bisexuels étaient trois fois plus portés à avoir des relations sexuelles non protégées avec des partenaires dont l'état sérologique par rapport au VIH était négatif ou inconnu après le début du traitement. On en a conclu qu'il était impossible d'écarter un retour aux pratiques sexuelles à risque parmi les hommes homosexuels et bisexuels infectés par le VIH (Miller, 2000).

Lien entre les traitements HAART et d'autres comportements

La plupart des études publiées sur « l'optimisme à l'égard du traitement » portent sur le lien entre les attitudes optimistes concernant les traitements HAART et les comportements sexuels. Tel que mentionné précédemment, Kravcik et ses collaborateurs ont aussi étudié la relation entre, d'une part, l'optimisme quant au traitement et, d'autre part, l'injection de drogue et le partage d'aiguilles (1998). Cependant, les points de vue des personnes infectées par le VIH sur l'importance des pratiques d'injection sûres ne variaient pas de façon notable, selon l'information dont on dispose sur leur traitement (c.-à-d. aucun traitement, inhibiteurs de la transcriptase inverse ou inhibiteurs de la protéase) (ibid).

Après avoir étudié 220 clients d'un organisme de gestion de cas de VIH établi à Philadelphie durant l'été 1999, Holmes et Pace ont divisé leur échantillon en deux groupes, le premier étant constitué des sujets pessimistes quant à leur espérance de vie (c.-à-d. quelques années ou moins), et le second, de ceux qui étaient optimistes à cet égard (c.-à-d. de nombreuses années encore ou jusqu'à un âge avancé) (2002). Non seulement les sujets optimistes, qui formaient la majeure partie de l'échantillon, ont déclaré dans une plus grande proportion que les pessimistes qu'ils avaient des relations sexuelles non protégées (57 % contre 29 %, $p = 0,004$), mais ils étaient aussi plus nombreux à ne pas adhérer à leur traitement médicamenteux (26 % contre 13 %, $p = 0,04$) (ibid).

MÉCANISMES POUVANT MENER À UN RELÂCHEMENT DE LA VIGILANCE ENVERS LE SIDA

Pour recommander des approches stratégiques visant à lutter contre le relâchement de la vigilance envers le VIH/sida, il est essentiel de mieux comprendre les mécanismes qui en sont à l'origine. Notre définition de l'expression « relâchement de la vigilance envers le VIH/sida » englobe la minimisation, la négligence et la mise en doute des risques potentiels associés au VIH/sida. C'est pourquoi, au lieu de nous interroger sur les facteurs qui peuvent expliquer une baisse de la vigilance envers le sida, nous posons la question suivante : « Quel(s) facteur(s) peu(ven)t entraîner une baisse (réelle ou perçue) du risque de VIH/sida? » Le fait d'aborder la question sous l'angle du « risque » nous permet de puiser dans la vaste littérature traitant de la perception, de la communication et de la réduction des risques.

La littérature sur la perception et la compréhension des risques pour la santé appuie l'hypothèse voulant que des facteurs sociaux, culturels et économiques jouent un rôle déterminant dans la manière dont les gens perçoivent et comprennent les risques pour la santé (Organisation mondiale de la santé, 2002). En conséquence, nous débutons notre analyse en acceptant les principes suivants : a) de multiples variables peuvent influencer sur la perception du risque de VIH/sida; b) la compréhension du risque et les actions qui en découlent ne dépendent pas uniquement des connaissances, mais aussi

des valeurs, des croyances et des circonstances individuelles. C'est pourquoi, dans notre description des mécanismes pouvant mener au relâchement de la vigilance envers le VIH/sida, nous reconnaissons qu'il n'existe pas un facteur unique à l'origine de la minimisation, de la négligence et de la mise en doute de la menace du VIH/sida.

En 2000, Craib et ses collaborateurs ont étudié des hommes homosexuels à Sydney, à Melbourne, à Vancouver, à Londres et à Paris, recueillant des données sur les sujets, plus précisément sur leur état sérologique par rapport au VIH, leurs comportements sexuels et leur réaction à des énoncés concernant « l'optimisme découlant des nouveaux traitements médicamenteux contre le VIH » (2002). Les chercheurs ont trouvé qu'une « minorité » d'hommes homosexuels étaient optimistes quant aux nouveaux traitements. Bien qu'ils aient établi un lien entre l'optimisme vis-à-vis le VIH et les comportements sexuels à risque élevé, ce lien était « faible », et les chercheurs ont conclu qu'il était peu probable que l'optimisme à l'égard du VIH explique à lui seul la croissance récente des comportements sexuels à risque élevé chez les hommes homosexuels dans tous ces pays (Craib et coll., 2002).

Desquilbet et ses collaborateurs ont suivi une cohorte prospective de 223 hommes et femmes français infectés par le VIH entre 1996 et 2002. Ils ont noté une hausse du pourcentage de sujets ayant des relations sexuelles non protégées avec des partenaires occasionnels, qui est passé de 5 % en 1998 à 21 % en 2001-2002 (2002). Comme les chercheurs n'ont trouvé aucune relation entre les comportements sexuels à risque et la charge virale plasmatique contemporaine, ils ont conclu que, pour le patient, le fait de connaître sa réaction à un traitement HAART ne jouait pas un rôle déterminant dans l'adoption de comportements sexuels à risque (Desquilbet et coll., 2002).

La recherche en cours appuie l'hypothèse selon laquelle les attitudes optimistes découlant des traitements améliorés contribuent à la perception que le risque de VIH/sida a diminué. Par conséquent, la classification proposée des facteurs à l'origine d'une telle perception, et de la baisse de vigilance envers le VIH/sida qui en résulte, se divise en deux catégories : les facteurs qui sont spécifiquement liés aux traitements HAART et ceux qui ne le sont pas.

Facteurs non spécifiquement liés aux traitements HAART

Évolution dans le temps de la perception générale du risque de VIH/sida

Aux États-Unis, les sondages d'opinion publique ont montré des baisses successives du nombre de personnes qui considèrent le VIH/sida comme le problème de santé le plus urgent au pays (Kaiser Family Foundation, 2002). Une série de sondages menés en 1997, en 2000 et en 2002 ont révélé que 33 %, 26 % et 17 %, respectivement, d'un échantillon aléatoire représentatif national constitué d'adultes américains jugeaient que le VIH/sida était le problème de santé le plus urgent au pays (ibid.).

Après avoir décomposé les réponses selon l'origine ethnique, on a trouvé que les Noirs et les Hispaniques étaient plus portés que les Blancs à affirmer que le VIH/sida était le problème de santé le plus urgent. Cependant, ces proportions ont aussi décliné au fil du temps. Le sondage de 2002 a révélé que les Américains se préoccupaient davantage de l'épidémie de VIH/sida à l'échelle mondiale : 33 % des répondants ont indiqué que le VIH/sida constituait le problème de santé le plus urgent *dans le monde*, comparativement à 17 % des répondants du même échantillon qui ont jugé qu'il s'agissait du problème de santé le plus urgent *au pays* (Kaiser, 2002). La proportion de répondants

considérant que le sida était le problème de santé le plus urgent dans le monde avait toutefois aussi baissé par rapport à deux ans plus tôt.

Santé Canada a fait des observations similaires. Un sondage téléphonique mené auprès de 2 008 adultes canadiens (âgés de 18 ans et plus) en août 2002 a semblé indiquer que le VIH/sida était perçu comme un problème de moins en moins grave (2003). Si on compare les résultats du sondage à d'autres effectués antérieurement, on note une baisse progressive du pourcentage de Canadiens qui considèrent le VIH/sida « très grave » : 83 % en 1989, 69 % en 1998 et 54 % en 2002 (ibid.).

La recherche sur la perception du risque montre que les risques peuvent être classés en deux catégories : « risques suscitant la peur » et « risques inconnus » (Slovic, 1987). Les risques suscitant la peur, sur lesquels l'homme a peu de contrôle, ont des conséquences fatales et potentiellement catastrophiques (ibid.). Les risques inconnus, comme leur nom l'indique, sont inobservables, ignorés et nouveaux, et leurs méfaits ne se manifestent pas immédiatement.

Tandis que des experts techniques travaillent à classer les risques pour la santé selon les taux de mortalité annuels qui leur sont associés, le public réagit plus fortement aux risques qui suscitent la peur et qui sont inconnus.

À la lumière des données ci-dessus, il est logique de conclure que la baisse perçue de la menace du VIH/sida est fonction du temps et de l'expérience accrue avec la maladie. À mesure que nous en avons appris davantage sur le VIH/sida – son mode de transmission, les mesures à prendre pour prévenir la transmission, ses effets sur l'organisme, l'isolement du virus en cause – la peur et l'incertitude ont peu à peu diminué, amenant le public à croire que le risque est moins grand. Cela ne veut pas dire que la réduction du nombre de décès grâce aux traitements améliorés n'a pas aussi contribué à la baisse de l'inquiétude à l'égard du VIH/sida dans les pays du Nord industrialisé, mais plutôt que la diminution de la peur et de l'incertitude, qui a entraîné une baisse du risque perçu, a débuté avant même la mise au point des traitements HAART, en raison d'une meilleure compréhension de l'affection.

Downs a défini un phénomène connexe dans sa description des « cycles d'attention » à certaines questions (1972). Il a formulé une hypothèse selon laquelle l'intérêt que porte le public aux problèmes baisse petit à petit – même s'ils ne sont pas résolus – car de plus en plus de personnes réalisent combien une solution serait difficile et coûteuse (Downs, 1972). Bien que la description des cycles d'attention de Down précède de près d'une décennie l'apparition de l'épidémie du sida, elle fournit une autre explication possible du relâchement de la vigilance envers le sida.

Épuisement des efforts de prévention du VIH/sida

Parmi les autres facteurs contribuant à l'augmentation des comportements sexuels à risque, notons l'épuisement des efforts de prévention du VIH/sida, qui n'est pas spécifiquement associé aux traitements HAART ni à l'évolution de la perception du risque de VIH/sida. Tel que mentionné dans une publication récente des Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis, « vingt ans après l'apparition de l'épidémie du VIH, de nombreux hommes plus âgés ayant adopté des pratiques sexuelles sûres à la suite de la crise initiale trouvent qu'il est difficile de maintenir ces pratiques durant leur vie entière » (2001).

Dans une étude longitudinale sur le sida, 549 hommes homosexuels ont déclaré qu'ils avaient eu des

relations sexuelles anales non protégées au cours des six derniers mois (Ostrow et coll., 2000). Sans grande surprise, les chercheurs ont trouvé un lien entre l'adoption de comportements sexuels à risque et la diminution des préoccupations à l'égard de la transmission du VIH à cause des traitements HAART; mais ils ont aussi constaté que l'épuisement des efforts de prévention du VIH était associé de façon indépendante à la pratique de relations sexuelles anales non protégées chez les hommes infectés par le VIH (ibid.). De même, dans une analyse quantitative de 18 hommes homosexuels écossais, « de nombreux participants ont parlé d'un sentiment général de lassitude concernant la réduction des risques de VIH » (Flowers et coll., 2001).

Priorités concurrentes dans l'arène publique

Enfin, il importe de reconnaître que d'autres priorités émergentes, qu'elles touchent ou non la santé, disputent au VIH/sida l'attention du public et des décideurs stratégiques. Peu après les événements tragiques du 11 septembre 2001, dans son éditorial, le *Journal of the American Medical Association* s'est interrogé quant à savoir si l'attention accordée au terrorisme reléguerait au second plan la lutte contre le sida (Voelker, 2001). Un des principaux éléments de l'article de Voelker était la compétition pour les ressources budgétaires (ibid.), mais cette rivalité s'étend au-delà du financement. Selon les analystes des médias, les histoires de drames humains tendent à occuper le devant de la scène sur le plan social (Swain, 1997). On n'a qu'à penser à l'attention accordée au SRAS par la presse américaine en 2003, malgré que l'affection n'a causé aucun décès aux États-Unis. Cependant, avec le temps, l'attention prêtée à un problème finit par se dissiper, même si les conditions objectives liées au problème n'ont pas changé (ibid.). Des études ont montré que la couverture médiatique nationale du sida dans les journaux américains a diminué au fil des ans (Agoston, 1996), ce qui porte à croire qu'il pourrait s'agir d'un autre facteur responsable de la perception que le risque de VIH/sida n'est plus aussi élevé qu'auparavant.

Facteurs liés aux traitements HAART

Perception selon laquelle les conséquences du VIH ne sont plus graves

Comme on l'a mentionné ci-dessus, les taux de survie au VIH/sida se sont améliorés aux États-Unis et dans les autres pays du Nord industrialisé depuis l'introduction des traitements HAART (voir la section « Contexte »). La croissance des taux de survie au VIH/sida peut renforcer, parmi les groupes à risque élevé et les personnes vivant déjà avec le VIH/sida, la perception selon laquelle les conséquences de l'infection sont moins graves qu'auparavant. Il peut donc arriver que ces personnes soient moins motivées à constamment prévenir les risques ou à se protéger. Cette association a été observée dans un grand nombre des études décrites ci-dessus.

La récente controverse entourant les publicités de médicaments contre le sida et leur influence potentielle sur les croyances en matière de santé et les comportements des personnes vivant avec le VIH ou risquant de contracter l'infection constitue un autre exemple de cette dynamique. En 2001, un sondage anonyme mené à San Francisco auprès de 997 hommes s'étant présentés à une clinique de traitement des MTS a révélé que 76 % des répondants homosexuels (comparativement à 38 % des répondants hétérosexuels) ont affirmé qu'ils avaient vu tous les jours, ou au moins une fois par semaine, des publicités de médicaments contre le sida montrant des hommes qui paraissent « beaux, forts et en bonne santé » (Klausner et coll., 2002). Les chercheurs ont trouvé que peu importe l'orientation sexuelle, les hommes les plus exposés aux publicités étaient plus enclins à être d'accord avec l'énoncé « Les publicités influent sur la décision d'une personne d'avoir des relations sexuelles non protégées » (ibid.). Parmi les hommes hétérosexuels, les répondants séropositifs pour le VIH

fréquemment exposés à des publicités ont été plus nombreux à déclarer qu'ils avaient eu des relations sexuelles anales non protégées que ceux moins souvent exposés à ces publicités (27 % contre 17 %, $p < 0,04$) (Klausner et coll., 2002).

En raison de la nature limitée et transversale de ces données, il est impossible d'établir une relation causale (c.-à-d. qu'il n'a pas été démontré que les publicités de médicaments contre le sida dans lesquelles on montre des personnes vigoureuses et actives sur le plan physique favorisent les comportements sexuels à risque). Cependant, en avril 2001, la Food and Drug Administration des États-Unis (organisme fédéral chargé de réglementer l'approbation et la commercialisation des médicaments d'ordonnance) a jugé bon d'envoyer une lettre à plusieurs fabricants de médicaments contre le VIH pour les avertir que leurs publicités ne précisaient pas les principales limites de leurs produits et que les images véhiculées par de nombreuses annonces ne semblaient pas représentatives des personnes qui reçoivent un traitement pour l'infection à VIH (Michaud, 2001).

Perception selon laquelle les traitements HAART réduisent la transmission

Un des principaux facteurs influant sur la propagation d'un agent infectieux transmis sexuellement est la probabilité moyenne de transmission par contact sexuel avec un partenaire (Anderson et May, 1991). Par conséquent, le traitement des infections transmises sexuellement (p. ex. syphilis) visant à rendre les patients non infectieux constituent une stratégie essentielle pour contrer leur propagation. De plus, il a été démontré que la charge virale constitue le principal facteur prédictif du risque de transmission hétérosexuelle du VIH-1 (Quinn et coll. 2000). Il est donc raisonnable de supposer qu'à l'échelle de la population, la vaste utilisation des traitements HAART peut contribuer à réduire la transmission du VIH (Velasco-Hernandez JX, Gershengorn HB, et Blower SM, 2002). Il n'est pas surprenant que plusieurs études montrent un lien entre les charges virales indécélables et la baisse perçue du risque de transmission sexuelle.

Huebner et Gerend ont trouvé que parmi les hommes homosexuels et bisexuels américains, qu'ils soient infectés ou non par le VIH, ceux qui croyaient que les traitements HAART pouvaient prévenir la transmission du VIH étaient moins portés à utiliser un préservatif durant les relations sexuelles anales passives avec des partenaires occasionnels, et ils étaient plus nombreux à avoir eu des relations sexuelles anales passives non protégées avec un partenaire occasionnel (2001). Dans leur enquête sur 472 hommes participant à un festival de la fierté gaie dans le Midwest américain, Suarez et ses collaborateurs ont observé que, en ce qui concerne les comportements sexuels les plus dangereux, les sujets croyaient que les personnes séropositives qui suivent un traitement HAART et dont la charge virale est indécélable ne posent pas un plus grand risque d'infection que les personnes dont l'état sérologique par rapport au VIH est inconnu (Suarez et coll., 2001). D'autres études ont donné des résultats similaires, c'est-à-dire qu'on considère que les relations sexuelles avec une personne séropositive qui suit un traitement HAART et dont la charge virale est indécélable sont moins dangereuses que celles avec une personne séropositive qui ne reçoit pas de traitement (voir Kravcik et coll., 1998 et Vanable et coll., 2000).

Bien qu'il existe des fondements biologiques solides pour expliquer la perception voulant qu'une charge virale réduite peut entraîner une baisse de la transmission du VIH à l'échelle de la population, il importe de souligner que cela n'est pas nécessairement vrai à l'échelle individuelle. Même si on ne peut déceler aucune charge d'ARN viral dans le plasma des personnes qui suivent un traitement HAART, il reste que le virus peut être présent dans leur sperme (Zhang et coll., 1998). En outre, un

VIH-1 résistant aux inhibiteurs de la protéase pourrait se développer dans le sperme des patients qui suivent un traitement HAART (Mayer et coll., 1999).

Amélioration de la vitalité et de l'apparence

Dans le cadre d'une étude menée au Brésil, on a recruté 40 hétérosexuels, dont 20 s'injectaient de la drogue, et 10 HRSH de trois établissements de santé publique de Rio de Janeiro; la moitié des sujets étaient infectés par le VIH (Kerrigan et coll., 2002). En se basant sur les entretiens en profondeur avec les participants, les chercheurs ont conclu que certains reconnaissaient l'existence de l'optimisme à l'égard des traitements HAART et des comportements à risques qui en découlent (ibid.). Toutefois, dans ce contexte, on n'a pas pu associer « l'optimisme à l'égard du traitement » à la sensibilisation à des charges virales plus faibles (c.-à-d. les charges virales plus faibles font qu'on considère les autres et soi-même moins infectieux). L'optimisme était plus probablement lié au fait que les personnes se sentent mieux et ne paraissent plus malades (Kerrigan et coll., 2002).

Augmentation des occasions de transmission

L'augmentation des taux de survie au VIH/sida grâce aux traitements HAART a entraîné une hausse de la prévalence du VIH/sida, c'est-à-dire qu'un plus grand nombre de personnes infectées par le VIH/sida vivent plus longtemps. De plus, la majorité des personnes atteintes se disent sexuellement actives. Des entrevues avec des personnes vivant avec le VIH/sida (âgées de 18 ans et plus) effectuées dans 12 États américains entre 1997 et 2000 ont montré que plus des deux tiers d'entre elles (69 %) avaient des relations sexuelles avec un ou plusieurs partenaires (Centers for Disease Control and Prevention, en cours de publication). Par conséquent, en plus de l'influence potentielle des perceptions changeantes concernant les comportements à risque, il faut composer avec le fait que la longévité accrue et l'état de santé amélioré des personnes infectées peuvent se traduire par une augmentation des occasions de transmission du VIH.

ÉLABORATION DE POLITIQUES POUR FAIRE FACE AU RELÂCHEMENT DE LA VIGILANCE

Les spécialistes des sciences sociales et les analystes stratégiques continuent d'étudier le phénomène émergent du relâchement de la vigilance envers le VIH/sida. Bien que notre base de connaissances présente des lacunes évidentes, il serait prudent pour les gouvernements de prévoir un certain degré de relâchement de la vigilance et de définir des approches stratégiques pouvant réduire la possibilité que ce relâchement contribue à une augmentation de la transmission du VIH et du fardeau de la maladie. Une liste de recommandations stratégiques visant à lutter contre le relâchement de la vigilance envers le VIH/sida est présentée ci-dessous. Les approches recommandées sont divisées en trois catégories (approches individuelles, communautaires/organisationnelles et sociétales) pour tenir compte des échelons auxquels un relâchement peut se produire.

Comme on le voit plus haut, le gouvernement doit jouer un rôle majeur dans la lutte contre le relâchement de la vigilance envers le VIH/sida dans le cadre de son engagement à protéger la santé de la population. Il peut concrétiser chacune des recommandations par sa capacité de lever et d'affecter les fonds publics, de promulguer des règlements et des politiques et d'adopter des lois. Cependant, il serait imprudent de supposer que le gouvernement peut, à lui seul, contrer le relâchement de la vigilance envers le VIH/sida. D'autres secteurs, notamment les collectivités à risque, les médias, les groupes religieux et le secteur privé, doivent être mis à contribution. Cette mise en garde s'explique par notre reconnaissance du fait que « les individus, les collectivités et les différentes institutions sociales peuvent nouer des collaborations fructueuses en matière

d'amélioration de la santé que le gouvernement ne peut établir » (Institute of Medicine, 2003).

Approches individuelles

- ▶ Appuyer les recherches qualitatives visant à déterminer comment les personnes qui risquent de transmettre ou de contracter le VIH (particulièrement les jeunes) conçoivent le risque à l'époque des traitements HAART.
- ▶ Élaborer et mettre à l'essai des interventions favorisant le diagnostic précoce de l'infection à VIH.
- ▶ Élaborer et mettre à l'essai des messages ciblant les personnes vivant avec le VIH/sida afin de souligner l'importance de poursuivre les efforts visant à freiner la transmission du virus.
- ▶ Élaborer et mettre à l'essai des messages destinés aux personnes non infectées en vue de faire ressortir l'importance de connaître l'état sérologique de son ou ses partenaires par rapport au VIH et de se protéger contre la maladie.

Approches communautaires et organisationnelles

- ▶ Renforcer les initiatives de surveillance de l'évolution des comportements (y compris l'utilisation de drogue) et des taux d'ITS et de VIH chez les adultes et les adolescents afin de recueillir des données sur l'augmentation du risque de VIH et de la transmission de l'infection.
- ▶ Financer la préparation et la mise en œuvre de campagnes contre le relâchement de la vigilance dans les collectivités où l'accès aux traitements antirétroviraux est ou sera bientôt amélioré.
- ▶ Renforcer les programmes éducatifs dans les écoles qui visent à sensibiliser les jeunes à la menace continue du VIH/sida – même à l'époque des traitements HAART.
- ▶ Travailler avec les établissements de santé et les organismes de soins de santé à l'élaboration de lignes directrices et de politiques favorisant la communication systématique de messages de prévention du VIH dans le cadre des soins primaires prodigués aux personnes vivant avec le VIH.
- ▶ Mettre sur pied des programmes éducatifs destinés aux journalistes afin qu'ils comprennent mieux la menace continue que représente le VIH/sida – même à l'époque des traitements HAART.
- ▶ Encourager de nouveau les coalitions communautaires des pays industrialisés à lutter contre la croissance des comportements sexuels à risque élevé et les éclosions de cas d'ITS chez les personnes à risque ou infectées par le VIH.

Approches sociétales

- ▶ Sensibiliser constamment les décideurs stratégiques et les législateurs à l'importance de maintenir le soutien à long terme des efforts de prévention du VIH.
- ▶ Élaborer des stratégies de communication nationales pour s'attaquer de façon proactive au relâchement de la vigilance envers le VIH/sida, notamment en offrant un soutien à long terme aux initiatives visant à maintenir la compréhension du public à l'égard de la menace continue que représente le VIH/sida.
- ▶ Préparer des interventions structurelles pour encourager le dépistage volontaire systématique

du VIH dans les établissements de santé.

- ▶ Établir des mécanismes de remboursement des soins de santé qui appuient l'intégration de services de prévention du VIH dans la prestation des traitements et des soins pour le VIH.
- ▶ Adopter des mesures incitatives qui encouragent les employeurs du secteur privé à fournir de l'information sur la menace continue du VIH/sida – même à l'époque des traitements HAART.
- ▶ Maintenir l'investissement à long terme dans la capacité de prévention du VIH du secteur public (p. ex. formation, développement des compétences, infrastructure nécessaire pour appuyer la surveillance et la création de programmes, etc.).
- ▶ Établir des partenariats avec les médias de divertissement locaux et nationaux afin de faciliter la communication d'information exacte sur la menace et le fardeau économique persistants que représente le VIH/sida.
- ▶ Augmenter l'investissement dans la recherche sur la prévention du VIH –pour les stratégies de prévention tant comportementales que cliniques, notamment la mise au point de vaccins et de microbicides.

CONCLUSION

Comme on vient de le voir, il est raisonnable de prévoir un certain degré de relâchement de la vigilance en raison de notre « accoutumance » au VIH/sida. Parmi les raisons qui sont à l'origine de ce phénomène et qui sont exposées ci-dessus, certaines sont directement liées à l'amélioration des traitements, et d'autres, non. Le phénomène a été observé dans diverses populations définies selon des critères géographiques et comportementaux. À ce jour, la plupart des études à ce sujet ont été réalisées dans les pays du Nord industrialisé, mais des données portent à croire qu'une dynamique semblable pourrait apparaître dans les pays en développement où des traitements antirétroviraux sont offerts (Kerrigan et coll., 2002). Par conséquent, il faudrait s'attendre à faire face à un certain relâchement de la vigilance envers le VIH/sida à la suite de l'augmentation prévue des programmes de traitement antirétroviraux dans les pays plus pauvres.

Comme la hausse des comportements à risque (c.-à-d. comportements pouvant favoriser la transmission du virus) chez les personnes vivant avec le VIH est invariablement associée au relâchement de la vigilance envers le VIH/sida, on peut s'attendre à ce que les efforts de lutte contre ce relâchement et de prévention de la maladie ciblent en priorité les personnes vivant déjà avec le VIH/sida. Bien que cette approche soit logique, il faut veiller à ce que les efforts de prévention n'entraînent pas la stigmatisation accidentelle de cette population.

Enfin, il est essentiel que les gouvernements maintiennent leur appui solide envers les programmes de prévention du VIH, en dépit du déclin des taux de morbidité et de mortalité liés au sida. L'expérience d'autres secteurs de la santé publique donne à penser que le relâchement de la vigilance n'est pas propre au VIH/sida, comme en témoigne l'histoire des initiatives visant à prévenir la tuberculose. Selon une analyse récente, avec les années, la combinaison paradoxale du relâchement de la vigilance et du défaitisme a fini par mener à la suspension quasi-complète du programme de lutte contre la tuberculose de l'Organisation mondiale de la santé (Institute of Medicine, 2000). Aux États-Unis, la diminution des ressources consacrées à la prévention et à la lutte contre la tuberculose dans les années 70 a mené au déclin des programmes locaux de lutte contre la tuberculose et ouvert la voie à la réapparition de la maladie (U.S. Advisory Council for the Elimination of Tuberculosis, 1999). Le relâchement de la vigilance envers la tuberculose était partiellement dû à la baisse continue des taux de tuberculose (Institute of Medicine, 2000) – une situation semblable à la minimisation actuelle de la menace du VIH/sida causée par la chute de la morbidité et de la mortalité liées au sida dans les pays pouvant se permettre d'offrir des traitements HAART.

(7/14/03)

RÉFÉRENCES

Agoston J (1996) Coverage of AIDS between 1985 and 1994 in the New York Times, Washington Post, and Los Angeles Times. Presented to the Association for Education for Journalism and Mass Media Communication Conference, Anaheim, CA.

Anderson RM, May RM (1991) Infectious diseases of Humans: Dynamics and Control. Oxford, Oxford University Press.

Cascade Collaboration (2000) Survival after introduction of HAART in people with known duration of HIV-1 infection. *Lancet* 355, 1158-1159.

Centers for Disease Control and Prevention (en cours de publication): The Supplement to HIV/AIDS Surveillance (SHAS) Project: Demographic and Behavioral Data from a Supplemental HIV/AIDS Behavioral Surveillance Program.

Centers for Disease Control and Prevention (1997) Update: Trends in AIDS Incidence, Deaths, and Prevalence, U.S., 1996. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 46, 165-173.

Centers for Disease Control and Prevention (1999) Increases in Unsafe Sex and Rectal Gonorrhea among Men who Have Sex with Men—San Francisco, California, 1994-1997. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 48, 45-48.

Centers for Disease Control and Prevention (2001) No Turning Back: Addressing the HIV Crisis among Men who have Sex with Men. Atlanta, GA, Centers for Disease Control and Prevention.

Centers for Disease Control and Prevention (2002) Deaths among Persons with AIDS through December 2000. *HIV/AIDS Surveillance Supplemental Report*, 8 (1), 1-23.

Craib K, Martindale S, Elford J, Bolding G, Adam P, Van de Ven, P (2002) HIV Treatment Optimism among Gay Men: an International Comparison. XIV International AIDS Conference, 7-12, July 2002, Barcelona [Abstract MoPeD3697].

Demmer G (2002) Impact of Improved Treatments on Perceptions about HIV and Safer Sex among Inner-City HIV-Infected Men and Women. *Journ Community Health*, 27,63-73.

Desquilbet L, Deveau C, Goujard C, Hubert J, Derouineau J, Meyer L (2002) Increase in at-risk Sexual Behaviour among HIV-1-infected Patients followed in the French PRIMO Cohort. *AIDS*, 16, 2329-2333.

Dore GJ, Li Y, McDonald A, Ree H, Kaldo JM (2002) Impact of Highly Active Antiretroviral Therapy on Individual AIDS-Defining Illness Incidence and Survival in Australia. *Journ Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 29, 388-395.

Downs A (1972) Up and Down with Ecology: The “Issue-Attention Cycle.” *The Public Interest*, 28 (Summer), 38-50.

Elford J, Bolding, G, Maguire M, Sherr L (2000) Combination Therapies for HIV and Sexual Risk Behavior among Gay Men. *Journ Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 23, 266-271.

Flowers P, Knussen C, Duncan B (2001) Re-appraising HIV Testing among Scottish Gay Men: The Impact of New HIV Treatments. *Journ Health Psychol*, 6, 665-678.

Gostin, LO (2000) *Public Health Law: Power, Duty, Restraint*. Berkeley, California, University of California Press.

Holmes WC, Pace JL (2002) HIV-seropositive Individuals' Optimistic Beliefs about Prognosis and Relation to Medication and Safe Sex Adherence. *Journ Gen Intern Med*, 17, 677-683.

Huebner DM, Gerend MA (2001) The Relation Between Beliefs about Drug Treatments for HIV and Sexual Risk Behavior in Gay and Bisexual Men. *Ann Behav Med*, 23, 304-312.

Institute of Medicine (2000) *Ending Neglect: The Elimination of Tuberculosis in the United States*. Washington, D.C., National Academy Press.

Institute of Medicine (2003) *The Future of The Public's Health in the 21st Century*. Washington, D.C., National Academy Press.

Kaiser Family Foundation (2002) *National Survey on the Public's Attitudes towards HIV/AIDS in the US and the World*. Menlo Park, California, Kaiser Family Foundation.

Kalichman SC, Nachimson D, Cherry C, Williams E (1998) Treatment Advances and Behavioral Prevention Setbacks: Preliminary Assessment of Reduced Perceived Threat of HIV/AIDS. *Health Psychology*, 17, 546-550.

Katz MH, Schwarcz SK, Kellog TA, et al. (2002) Impact of Highly Active Antiretroviral Treatment on HIV Seroincidence among Men who Have Sex with Men: San Francisco. *Amer Journ Public Health*, 92, 388-394.

Kelly JA, Hoffmann RG, Rompa D, Gray M (1998) Protease Inhibitor Combination Therapies and Perceptions of Gay Men Regarding AIDS Severity and the Need to Maintain Safer Sex. *AIDS*, 12, F91-F95.

Kerrigan D, Bastos F, Malta M, da Cunha, Pilotto, Strathdee S (2002) HIV Treatment Optimism Viewed Cross-Culturally: Findings from an Ethnographic Study of HAART-related Attitudes and Behavior in Brazil. XIV International AIDS Conference, 7-12, July 2002, Barcelona [Abstract MoPeD3696].

Klausner JD, Kim A, Kent C (2002) Are HIV Drug Advertisements Contributing to Increases in Risk Behavior among Men in San Francisco, 2001? *AIDS*, 16, 2349-2350.

Kravcik S, Victor G, Houston S, Sutherland D, Garber GE, Hawley-Foss N, Angel JB, Cameron DW (1998) Effect of Antiretroviral Therapy and Viral Load on the Perceived Risk of HIV Transmission and the Need for Safer Sexual Practices. *Journ Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 19, 124-129.

- Mayer KH, Boswell S, Goldstein R, Lo W, Xu C, et al. (1999) Persistence of Human Immunodeficiency Virus in Semen after Adding Indinavir to Combination Antiretroviral Therapy. *Clin Infect Dis*, 28, 1252-1259.
- Michaud C, (2001) Controversy Simmers over “too healthy” AIDS ads. Reuters NewsMedia, Friday December 21, 2001.
- Miller M, Meyer L, Boufassa F, Persoz A, Sarr A, Robain M, Spira A (2000) Sexual Behavior changes and Protease Inhibitor Therapy. *AIDS*, 14, F33-F39.
- Morcroft A, Vella S, Benfield TL, et al. (1998) Changing patterns of mortality across Europe in patients infected with HIV-1. *Lancet*, 352, 1725-1730.
- Nicoll A and Hamers FF (2002) Are Trends in HIV, Gonorrhoea, and Syphilis Worsening in Western Europe?. *Brit Med Journ*, 324, 1324-1327.
- Orlando Sentinel (1995) Drop in Donations Blamed on Complacency. July 17, 1995, A-6.
- Ostrow DG, Fox K, Chmiel JS, Silvestre A, Visscher BR, Vanable P, Jacobson LP, Strathdee SA (2000) Attitudes Towards Highly Active Antiretroviral Therapy Predict Sexual Risk-taking among HIV-infected and Uninfected Gay Men in the Multicenter AIDS Cohort Study (MACS). XIII International AIDS Conference, 9-14, July 2000, Durban [Abstract ThOrC719].
- Quinn TC, Wawer MJ, Sewankambo N, Serwadda D, Li C, et al. (2000) Viral Load and Heterosexual Transmission of Human Immunodeficiency Virus Type 1. *New Engl Journ Med*, 342, 921-929.
- Santé Canada (2003), Sondage sur les attitudes de la population envers le VIH/sida au Canada. Communiqué VIH/sida, 2, 1-2.
- Scheer S, Chu PL, Klausner JD, Katz MH, Schwarcz S (2001) Effect of Highly Active Antiretroviral Therapy on Diagnoses of Sexually Transmitted Diseases in People with AIDS. *Lancet*, 357, 432-435.
- Slovic P (1987) Perception of Risk. *Science*, 236, 280-285.
- Stolte IG, de Wit JB, Dukers NH, Coutinho RA (2002) Homosexual Men Switch to Risky Sex when Perceiving Decreased Threat of HIV/AIDS due to HAART. XIV International AIDS Conference, 7-12, July 2002, Barcelona [Abstract ThOrD1453].
- Suarez TP, Kelly JA, Pinkerton SD, Stevenson YL, Hayat M, Smith MD, Ertl T (2001) Influence of Partner's HIV Serostatus, Use of Highly Active Antiretroviral Therapy, and Viral Load on Perceptions of Sexual Risk Behavior in a Community Sample of Men Who Have Sex With Men. *Journ Acquired Immune Def Syndrom*, 28, 471-477.
- Swain KA (1997) AIDS Coverage in US News Magazines in Light of World Health Statistic Statistics: What is the True Picture of Sub-Saharan Africa's Pandemic? Presented to the Health Communication Division, International Communication Association, Montréal, Québec. Voir : <http://journalism.tamu.edu/web1/Undergrad/Course/JOUR408>

U.S. Advisory Council for the Elimination of Tuberculosis (1999) Tuberculosis Elimination Revisited: Obstacles, Opportunities, and a Renewed Commitment. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 48(RR-9), 1-13.

Valdiserri, RO (2003) "HIV/AIDS in Historical Profile". In RO Valdiserri (ed.) *Dawning Answers: How the HIV/AIDS Epidemic has Helped to Strengthen Public Health*. Oxford, Oxford University Press.

Vanable PA, Ostrow DG, McKirnan DJ, Taywaditep KJ, Hope BA (2000) Impact of Combination Therapies on HIV Risk Perceptions and Sexual Risk among HIV-Positive and HIV-Negative Gay and Bisexual Men. *Health Psychology*, 19, 134-145.

Van de Ven P, Kippax S, Knox S, Prestage G, Crawford J (1999) HIV Treatment Optimism and Sexual Behaviour among Gay men in Sydney and Melbourne. *AIDS*, 13, 2289-2294.

Velasco-Hernandez JX, Gershengorn HB, Blower SM (2002) Could widespread use of Combination Antiretroviral Therapy eradicate HIV Epidemics? *Lancet Infect Dis*, 2, 487-493.

Voelker R (2001) Will the Focus on Terrorism Overshadow the Fight Against AIDS?. *Journ Amer Med Assoc*, 286, 2081-2083.

Woliktski RJ, Valdiserri RO, Denning PH, Levine WC (2001) Are We Headed for a Resurgence of the HIV Epidemic among Men who Have Sex with Men?. *Amer Journ Public Health*, 91,883-888.

World Health Organization (2002) "Perceiving Risks". In *World Health Report: Reducing Risks, Promoting Healthy Life*. Geneva, World Health Organization.

Zhang J, Dornadula G, Beumont M, Livornese L, Van Uitert B, et al. (1998) Human Immunodeficiency Virus Type 1 in the Semen of Men Receiving Highly Active Antiretroviral Therapy. *New Engl Journ Med*, 339, 1803-1809.