



Centre canadien de
documentation sur le VIH/sida

QUESTIONS CRITIQUES EN MATIÈRE DE PRÉVENTION DU VIH

L'impact des avancées thérapeutiques sur la prévention du VIH



Ce document a été publié grâce
à une contribution de [Santé Canada](#).

Novembre 2000



[Association canadienne de santé publique](#)

L'impact des avancées thérapeutiques sur la prévention du VIH est le premier d'une série de rapports sur les *Questions critiques en matière de prévention du VIH*. Ces rapports étudieront les enjeux qui influencent les activités de programmation des éducateurs canadiens en prévention VIH et combineront les dernières recherches et données statistiques aux commentaires d'intervenants de première ligne de tout le pays.

Le [Centre canadien de documentation sur le VIH/sida](#) remercie particulièrement tous les intervenants de première ligne qui ont contribué au présent rapport.

Pour plus de détails à propos du rapport ou de tout autre sujet lié à la prévention du VIH, prière de contacter l'équipe de prévention VIH du Centre canadien de documentation sur le VIH/sida à l'adresse ci-dessous.

AVERTISSEMENT

Le [Centre canadien de documentation sur le VIH/sida](#), un service de l'[Association canadienne de santé publique \(ACSP\)](#), fournit des ressources d'information sur la prévention du VIH, les soins et le soutien connexes, ainsi que toute une gamme de renseignements sur le VIH/sida, au nom de [Santé Canada](#) et des partenaires de la [Stratégie canadienne sur le VIH/sida](#). Ces ressources sont fournies aux personnes et aux organismes qui travaillent dans les domaines de l'éducation, de la sensibilisation et de la prévention du VIH, ainsi qu'à ceux qui sont infectés et affectés par le VIH/sida. Nous ne cautionnons pas, ne recommandons pas ni ne préconisons aucune méthode spécifique de prévention, de soins et de soutien. Bien que nous nous efforcions de mettre régulièrement à jour nos ressources, les usagers du Centre ne doivent pas oublier que l'information évolue rapidement. Ainsi, les ressources fournies par le Centre de documentation peuvent ne pas correspondre à l'information la plus à jour qui soit disponible. Ces ressources peuvent comporter des inexactitudes techniques ou des fautes d'orthographe. De façon périodique, nous apportons des changements à l'information, lesquels seront donc intégrés par la suite sous forme d'ajouts à la publication. En conséquence, nous prions les usagers de consulter une vaste gamme d'informations et (ou) de se mettre en rapport avec nous au 1-877-999-7740 pour en savoir plus. Les usagers qui se fient à cette information le font entièrement à leur propre risque. Le Centre de documentation, l'ACSP et Santé Canada ne peuvent assumer aucune responsabilité pour tout préjudice résultant de l'utilisation ou de la mauvaise utilisation de cette information.

Les points de vue qui y sont exprimés sont exclusivement ceux des auteurs et ne reflètent pas nécessairement la politique officielle du ministère de la Santé du Canada.

Ce document a été publié grâce à une contribution de Santé Canada.

ISBN 1-894324-14-5

On peut trouver une version électronique de ce document à l'adresse suivante < www.clearinghouse.cpha.ca >.

Centre canadien de documentation sur le VIH/sida
Association canadienne de santé publique
1565, avenue Carling, bureau 400
Ottawa (Ontario)
CANADA K1Z 8R1

Téléphone : 1-877-999-7740 (sans frais)
613-725-3434 (appels locaux)
Télécopieur : 613-725-1205
Courriel : aidssida@cpha.ca
Internet : www.clearinghouse.cpha.ca

♻️ Imprimé sur papier recyclé.

Introduction

Ces dernières années, les avancées thérapeutiques dans la lutte contre le VIH ont été remarquables. La mise au point de thérapies antirétrovirales fortement actives (HAART), qu'on appelle aussi multithérapies ou cocktails de médicaments, a radicalement freiné l'épidémie de sida au Canada. De 1993 à 1998, le nombre de cas de sida a chuté de 89,5 % (de 1 751 en 1993, il est passé à 279 en 1998).¹ Le nombre annuel de décès liés au sida, qui avait atteint un sommet de 1 421 en 1995, n'était plus que de 151 en 1998.²

Non seulement y a-t-il moins de diagnostics de sida et de décès liés au sida au Canada, mais la qualité de vie de nombreuses personnes vivant avec le VIH (les PVVIH) traitées aux antirétroviraux s'est améliorée. Des gens qui autrefois touchaient des prestations d'invalidité retournent maintenant au travail. Des gens qui avaient abandonné la partie font des projets d'avenir. L'efficacité des thérapies antirétrovirales est une bonne nouvelle pour ceux et celles qui vivent plus longtemps et en meilleure santé, mais ces traitements ne sont pas une panacée, quoi que l'on ait pu dire dans les médias. Leur emploi s'accompagne de nombreux problèmes qui en réduisent l'efficacité (voir « Inconvénients des thérapies antirétrovirales » au menu vertical).

L'un des aspects des nouveaux traitements qui n'a pas été étudié à fond est leur influence sur la prévention du VIH. On a fait beaucoup de conjectures au sujet de l'effet possible de la publicité qui entoure ces traitements sur les perceptions qu'ont les gens du VIH/sida et sur leur adoption ou leur maintien de comportements à moindre risque. On s'est aussi beaucoup demandé comment les traitements, et surtout leur capacité de diminuer la charge virale, pourraient influencer sur la nocivité du virus et sur sa transmission réelle.

Pour aborder ces questions, nous avons dépouillé la documentation disponible sur papier et sur Internet afin de trouver ce que les chercheurs et les spécialistes en prévention VIH ont à dire à propos des thérapies antirétrovirales et de la prévention du VIH. Nous avons

Inconvénients des thérapies antirétrovirales³

- Ces médicaments ne sont pas efficaces pour tout le monde. Malgré les thérapies antirétrovirales, certaines PVVIH continuent à développer le sida et à mourir de maladies connexes.
- On ignore l'efficacité à long terme des traitements, car les nouveaux médicaments ne sont disponibles que depuis quelques années. Bien que les nouvelles thérapies aient réduit la quantité de VIH dans le sang (ou « charge virale ») de nombreuses PVVIH, elles n'éliminent pas complètement le virus de l'organisme. Le VIH peut rester présent dans les ganglions lymphatiques, le cerveau ou les globules blancs, et la charge virale peut revenir aux niveaux préalables au traitement (et les dépasser) en cas d'interruption ou d'échec de la thérapie.
- Les thérapies antirétrovirales exigent des patients qu'ils suivent des régimes de soins complexes. Ils doivent prendre de nombreux médicaments plusieurs fois par jour. Certains doivent être pris avec des aliments, d'autres non; toutes les quatre à six heures, ou seulement le matin ou le soir. Et tous doivent être pris jusqu'à la fin de la vie de la personne atteinte.
- Chez de nombreuses PVVIH, des effets secondaires graves commencent à se manifester, ce qui les oblige à interrompre le traitement.
- On ignore les conséquences à long terme de la prise de ces médicaments pendant de nombreuses années.
- Les traitements sont très chers. Ils ne sont donc pas accessibles à tous ceux qui en ont besoin, surtout dans les pays en développement (où l'on recense plus de 90 % des nouvelles infections).
- Les PVVIH qui oublient de prendre certaines doses de leurs médicaments s'exposent à un risque accru de développer des souches pharmacorésistantes du VIH. Il suffirait que ces souches soient transmises à d'autres personnes et se propagent à grande échelle pour que l'infection à VIH devienne encore plus difficile à traiter.
- Pour diverses raisons (dont certains des points susmentionnés), de nombreuses PVVIH ne se soignent pas aux thérapies antirétrovirales. Selon une étude de 1998, la moitié seulement des 12 000 Ontariens dont les tests ont confirmé la séropositivité au VIH sont traités aux antirétroviraux.⁴ Une étude menée à Vancouver a donné des résultats semblables; elle a aussi déterminé que le recours aux thérapies antirétrovirales est relativement faible chez les PVVIH qui utilisent des drogues injectables et chez les femmes séropositives au VIH.⁵

aussi communiqué avec un certain nombre d'intervenants de première ligne d'organismes de lutte contre le sida et de bureaux de santé au Canada pour savoir comment les traitements influencent leur travail. Nous nous sommes particulièrement intéressés à trois questions clés à l'égard des thérapies antirétrovirales et de la prévention du VIH : 1) La diminution de la charge virale attribuable à l'efficacité des thérapies antirétrovirales entraîne-t-elle une réduction du risque de transmission?; 2) Les thérapies antirétrovirales ont-elles influencé la propension à prendre des risques?; et 3) Comment les éducateurs en prévention VIH abordent-ils les défis que posent les thérapies antirétrovirales dans leurs activités de prévention?

La diminution de la charge virale réduit-elle le risque de transmission du VIH?

L'optimisme suscité par les thérapies antirétrovirales tient en grande partie à leur capacité de diminuer la « charge virale », expression qui désigne le nombre de particules libres du VIH présentes dans un échantillon sanguin. Plus la charge virale est faible, meilleur est le pronostic en ce qui concerne la progression du VIH. Bon nombre de PVVIH traitées aux antirétroviraux ont réussi à diminuer leur charge virale au point qu'elle devienne indécélable par les tests disponibles actuellement.

En matière de prévention du VIH, la grande question liée à la charge virale est la suivante : une diminution de la charge virale réduit-elle le risque de transmission du VIH? Un certain nombre de chercheurs croient maintenant que la réponse est probablement « oui », c'est-à-dire que les nouveaux traitements devraient réduire le taux d'infection global dans les populations qui ont accès aux médicaments – mais cela reste à voir.⁶ Pour ce qui est des personnes qui adoptent des comportements à risque élevé, la réponse est beaucoup moins claire. Nous n'avons trouvé aucun chercheur qui ait révisé à la baisse le niveau de risque associé à des activités comme les rapports vaginaux ou anaux non protégés, ou le partage de seringues, parce qu'une diminution de la charge virale réduirait le risque de transmission.

À première vue, la notion voulant qu'une diminution de la charge virale entraîne une nocivité réduite semble évidente. Moins il y a de particules de VIH présentes dans le sang, moins il y en a à transmettre, d'où une moindre possibilité de transmission. La science semble le confirmer : plusieurs études font état d'un lien direct entre la nocivité et les niveaux de charge virale. Notamment, une étude de 1996 auprès de PVVIH infectées lors de transfusions sanguines a déterminé que les participants dont la charge virale était supérieure étaient plus susceptibles de transmettre le VIH à leurs partenaires que ceux dont la charge virale était moindre,⁷ et une étude de 1997 auprès d'hémophiles de Pennsylvanie séropositifs au VIH a constaté que les hommes dont la charge virale était supérieure étaient plus susceptibles de transmettre le VIH lors de rapports sexuels non protégés.⁸ Une étude de 1999 auprès de 415 couples hétérosexuels de statut sérologique différent en Ouganda, publiée dans le *New England Journal of Medicine*, concluait : « La charge virale était le facteur déterminant parmi les couples de notre étude... La relation dose-effet observée était claire : à chaque décuplement de la concentration du VIH dans la circulation sanguine correspondait une augmentation de plus du double dans la transmission » [traduction].⁹

Bien entendu, l'une des preuves les plus convaincantes du lien entre la charge virale et la transmission du VIH est celle de la transmission verticale : on a établi un lien clair entre une diminution de la charge virale et la réduction du risque de transmission périnatale.¹⁰

Certains signes permettent de croire que les thérapies antirétrovirales réduiraient la nocivité du virus, mais cela signifie-t-il qu'une personne vivant avec le VIH et qui s'accommode bien des traitements puisse avoir des rapports non protégés ou partager des seringues sans crainte de transmettre le virus? Pour ces personnes comme pour toutes les autres, la réponse est évidemment « non ». Il faut encore adopter des mesures de protection et s'y tenir en ce qui a trait aux rapports sexuels et à l'usage des seringues. En voici les raisons :

1. Une faible charge virale ne signifie pas l'absence de VIH

Le simple fait que la charge virale ait diminué ne signifie pas que l'on ait éliminé le VIH. Des particules virales sont encore présentes, mais en quantités inférieures au niveau décelable par les tests disponibles actuellement.¹¹

2. Une faible charge virale dans le sang n'est pas la même chose qu'une faible charge virale dans le sperme et les autres liquides biologiques (sécrétions vaginales, lait maternel, etc.)

Le VIH peut être présent en quantités différentes dans différents liquides biologiques. Bien que les dernières recherches permettent de croire que la suppression du VIH dans le sang s'accompagne d'une réduction des particules de VIH dans les autres liquides biologiques comme le sperme et les sécrétions vaginales, on ne sait pas à quelle vitesse ces réductions se produisent, ni si elles se maintiennent à des niveaux semblables à celui que l'on trouve dans le sang.¹²

3. La charge virale dans le sang et dans les autres liquides biologiques peut varier dans le temps et même dans différentes parties du corps

Des études ont montré que la charge virale d'une même personne varie parfois beaucoup. La grippe ou d'autres maladies peuvent l'accroître.¹³ Il en va de même après un vaccin. De surcroît, la charge virale peut varier d'une partie du corps à l'autre. Les niveaux d'infection virale peuvent être supérieurs dans un foyer d'infection (une lésion causée par une MTS, par exemple).¹²

4. Une infection n'est pas nécessairement toujours causée par un virus libre

Le VIH se reproduit en insérant des « provirus » (des instructions demandant au matériel génétique de produire davantage de VIH) dans les cellules infectées d'une personne. En gros, pour se

reproduire, le VIH se sert des propres cellules de la personne infectée, tout particulièrement de ses lymphocytes T. Les thérapies antirétrovirales ne tuent pas le VIH. Elles font diminuer la charge virale en empêchant la production de nouveaux virus. Les tests de la charge virale mesurent l'efficacité des thérapies antirétrovirales en comptant les particules de VIH dans le sang. Toutefois, de nouvelles études confirment que même avec une charge virale indécélable, le VIH et ses instructions de reproduction peuvent encore être présents à l'intérieur de certaines cellules. Si ces cellules sont transmises, elles pourraient en théorie commencer à fabriquer de nouveaux virus et causer une infection.¹⁴

5. À quel niveau la charge virale est-elle si faible qu'il n'y a plus de crainte à avoir?

Bien qu'il semble exister un lien entre la charge virale et la nocivité, on ignore l'importance de ce lien. Nous sommes encore loin de tout savoir sur la transmission. Des facteurs comme la vitesse à laquelle le système immunitaire réagit à la présence du VIH et celle à laquelle le VIH commence à se reproduire semblent jouer un rôle dans l'infection. La quantité de virus nécessaire pour qu'il y ait transmission reste à déterminer.¹⁵

Même si en théorie les thérapies antirétrovirales pourraient réduire les taux d'infection globaux dans la population, et malgré la très grande efficacité de ces traitements pour réduire la transmission verticale, il demeure essentiel d'adopter et de maintenir des comportements à moindre risque. La disponibilité des thérapies antirétrovirales n'a rien changé à cet égard.

En outre, même si l'on confirme que les thérapies antirétrovirales puissent réduire les niveaux de transmission, un tel avantage serait miné par le fait que de nombreuses PVVIH (plus de la moitié, dans les études de l'Ontario et de la Colombie-Britannique) n'ont pas accès à ces traitements ou ne peuvent pas s'y tenir,

et que les thérapies antirétrovirales ne sont d'aucune utilité aux quelques 15 000 Canadiens séropositifs au VIH qui ignorent leur statut.¹⁶

Les thérapies antirétrovirales influencent-elles la propension à prendre des risques?

Selon nos recherches, les premières études des incidences des thérapies antirétrovirales sur la propension à prendre des risques ont donné des résultats très mitigés, peut-être à cause de la nouveauté des traitements et du scepticisme quant à leur efficacité à long terme. À mesure que les thérapies antirétrovirales s'imposent et qu'on en prouve l'efficacité sur une période prolongée, les recherches deviennent plus concluantes. Plusieurs études récentes présentées à la 12^e Conférence mondiale sur le sida (1998), à la Conférence sur les incidences du sida (1999), à la Conférence nationale [américaine] de prévention du VIH (1999) et à la 7^e Conférence sur les rétrovirus et les infections opportunistes permettent de croire que, dans certains cas, il existe un lien entre l'optimisme face aux nouvelles thérapies et l'adoption de comportements à risque élevé.

Bon nombre des études que nous avons consultées, mais pas toutes, portent sur les hommes gais, peut-être parce qu'ils forment la majorité des PVVIH dans les pays où les thérapies antirétrovirales sont facilement disponibles. C'est peut-être aussi à cause de l'augmentation récente des nouvelles infections chez les hommes gais des États-Unis, ou parce que dans les médias, on parle d'une recrudescence des rapports non protégés entre hommes gais (*barebacking*).

Voici quelques exemples d'études récentes qui abordent les thérapies antirétrovirales et les comportements à risque :

■ Une étude de la *University of Southern California* auprès de 410 hommes gais de West Hollywood (Californie) a conclu que parmi les hommes

séronégatifs pour le VIH (346), ceux qui avaient confiance en la possibilité de venir à bout du sida par les médicaments disaient utiliser le condom 74 % du temps lors des rapports anaux. Ceux dont la confiance était moindre disaient utiliser le condom 85 % du temps. Parmi les hommes séropositifs au VIH (64), ceux qui étaient optimistes au sujet des traitements utilisaient le condom 66 % du temps, contre 85 % du temps pour ceux qui ne croyaient pas autant en l'efficacité des médicaments.¹⁷

■ Une étude du *Centre for AIDS Prevention Studies and AIDS Research Institute* de San Francisco a fait enquête auprès de 430 hommes gais séronégatifs au VIH en 1997-1998. Les hommes qui étaient d'accord avec l'énoncé « Si je contractais l'infection aujourd'hui, on trouverait probablement un remède contre le sida avant que je ne tombe malade » avaient beaucoup plus tendance à déclarer présenter un « risque de transmission élevé » (c.-à-d. à avoir des rapports anaux non protégés avec un partenaire dont ils ignoraient le statut sérologique relativement au VIH ou dont le statut était différent) (34 % contre 21 %). Ils avaient aussi eu un nombre moyen de partenaires sexuels plus élevé au cours de l'année précédente (17 contre 14). Les hommes qui étaient d'accord avec l'énoncé « Les hommes séropositifs au VIH qui prennent des antiprotéases ou les nouvelles thérapies combinées sont moins susceptibles de transmettre le VIH » avaient plus tendance à déclarer présenter un « risque de transmission élevé » que les hommes qui n'étaient pas d'accord (35 % contre 22 %).¹⁸

■ Une enquête transversale de 1998 auprès de 4 091 hommes gais actifs de deux villes australiennes a déterminé que deux énoncés d'optimisme, « Je crains moins les infections par le VIH qu'auparavant » (accepté par 34 % des participants) et « Une personne dont la charge virale est indécélable ne peut pas transmettre le virus » (accepté par 7 % des participants), étaient associés de façon significative à des niveaux accrus de

« rapports anaux non protégés avec des partenaires de rencontre » (RANPPR). Parmi les hommes séropositifs au VIH, seul le deuxième énoncé (« Une personne dont la charge virale est indétectable ne peut pas transmettre le virus ») était associé de façon significative à des niveaux accrus de RANPPR. Autre résultat intéressant : le fait de suivre les nouveaux traitements n'était pas lié à une augmentation des RANPPR chez les hommes séropositifs au VIH.¹⁹

- Une étude de 1998 auprès de 1 018 hommes gais fréquentant des gymnases à Londres (Angleterre) a déterminé que les sujets séronégatifs au VIH qui avaient moins de craintes au sujet du VIH depuis l'amélioration des traitements avaient plus tendance à déclarer présenter un « risque élevé » (c.-à-d. à avoir des rapports anaux non protégés avec un partenaire dont ils ignoraient le statut sérologique relativement au VIH ou dont le statut était différent) que les sujets séronégatifs qui ne partageaient pas cet optimisme (21 % contre 9 %). On n'a observé aucun lien semblable chez les sujets séropositifs au VIH. Les chercheurs en ont conclu que chez les hommes séronégatifs au VIH, l'optimisme est associé de façon significative aux rapports anaux non protégés, qui présentent un risque élevé.²⁰
- Selon une étude menée à l'Université Laval auprès de 136 jeunes adultes, où l'on évaluait les changements éventuels des facteurs prédisposant aux comportements sexuels préventifs et leurs liens avec les nouveaux traitements, les intentions d'utiliser le condom avec un nouveau partenaire sexuel sont susceptibles d'être modifiées par l'issue prévue de la maladie (le fait qu'elle soit chronique ou mortelle). Les chercheurs ont recommandé que les interventions qui s'adressent aux jeunes adultes tiennent compte de l'influence possible des nouveaux traitements sur les comportements préventifs.²¹
- Une enquête américaine sur les tests de détection des anticorps anti-VIH (*HIV Testing Survey*, ou HITS)

a évalué les comportements récents qui présentent des risques d'infection par le VIH et a cherché à déterminer si les gens craignaient moins de contracter le VIH en raison de la disponibilité de traitements plus efficaces. On a mené des entrevues dirigées anonymes auprès de 1 976 hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HRSH) recrutés dans des bars gays, avec 600 usagers de drogues injectables (UDI) recrutés dans la rue et avec 683 hétérosexuels recrutés dans les cliniques de MTS de sept États américains. Globalement, 31 % des répondants ont dit moins craindre de contracter le VIH, et 17 % ont déclaré être moins vigilants dans leurs rapports sexuels ou leur usage de drogues en raison de l'amélioration des traitements. La proportion d'UDI se disant moins craintifs (41 %) était supérieure à celle des hétérosexuels (30 %), ainsi qu'à celle des HRSH (25 %). Les UDI étaient aussi proportionnellement plus nombreux (25 %) à se dire moins vigilants que les hétérosexuels (15 %) et les HRSH (13 %).²²

Les résultats de ces études et de plusieurs autres montrent clairement que les thérapies antirétrovirales influencent la perception qu'ont les gens du VIH/sida et la persistance de leurs comportements à moindre risque. Cependant, ces résultats doivent être interprétés avec précaution. Bon nombre des études portaient en effet sur des groupes bien définis d'hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes. Il est donc difficile d'en extrapoler les résultats aux hommes gais en général et à d'autres populations vulnérables. Bien que certaines études aient produit des résultats sur l'influence des traitements sur des participants séronégatifs ou séropositifs au VIH, à la lumière de nos recherches, nous ne pouvons pas affirmer que les PVVIH soient plus ou moins susceptibles d'adopter des comportements à risque élevé que les participants séronégatifs au VIH selon leurs perceptions des thérapies antirétrovirales.

Il ne faut pas oublier non plus que, bien que les résultats présentés plus haut soient statistiquement significatifs, la

majorité des participants de toutes les études que nous avons consultées étaient encore préoccupés par le VIH et avaient des rapports sexuels protégés la plupart du temps. Enfin, ces études portaient spécifiquement sur les nouveaux traitements, mais plusieurs autres facteurs peuvent influencer les perceptions et le comportement. Rick Sowadsky, spécialiste en prévention pour l'organisme The Body (www.thebody.com), déclarait à propos de la hausse récente des nouvelles infections par le VIH chez les hommes gais aux États-Unis : « La résurgence des pratiques sexuelles à risque a de multiples causes. Certains hommes commencent à se lasser du *safer sex*. D'autres n'en peuvent plus de mettre un condom chaque fois qu'ils ont des rapports. D'autres encore sont trop saouls ou trop drogués pour penser à mettre un condom ou pour s'en servir correctement. Enfin, certains hommes ont perdu le réflexe d'utiliser systématiquement un condom » [traduction].²³ Selon Edward King (auteur britannique sur le VIH/sida et directeur de programme du site Internet de Medscape sur le VIH/sida), les rapports non protégés se produisent parce que les hommes gais préféreraient se passer du condom, et que les avancées thérapeutiques offrent une excuse de plus pour justifier leur comportement après coup.¹⁰

Cela dit, les résultats des recherches commencent clairement à indiquer que chez certaines personnes, les perceptions du VIH/sida et l'adoption et le maintien de comportements à moindre risque sont influencés par la disponibilité des thérapies antirétrovirales.

Nos conversations avec des intervenants de première ligne canadiens portent aussi à croire que les thérapies antirétrovirales influencent l'attitude et le comportement des gens face au VIH/sida. Cette opinion est loin de faire l'unanimité cependant : certains des intervenants auxquels nous avons parlé nous ont dit que dans leur groupe cible, les perceptions quant aux nouveaux traitements n'entraient pas en ligne de compte, surtout chez les personnes de la rue et les usagers de drogues injectables.

« Les nouveaux traitements ont eu une influence faible ou nulle sur les jeunes de la rue, qui ont encore une perspective fataliste. Celle-ci leur vient sans doute de la vie dans la rue plus que d'autre chose. » [traduction]

Infirmière en santé publique (Ontario)

« Je dirais que cette influence est faible ou nulle... La plupart des UDI qui ignorent leur statut ou qui sont séronégatifs ne savent pas grand chose des avancées dans le traitement du VIH. » [traduction]

Travailleur des services de proximité auprès d'usagers de drogues injectables (Ontario)

D'autres intervenants (la majorité de ceux à qui nous avons parlé, en fait) ont déclaré avoir constaté certains changements d'attitude et de comportement face au VIH et à la réduction des risques, et beaucoup d'entre eux étaient d'avis que les perceptions des nouveaux traitements avaient quelque chose à voir avec cette situation. Dans l'ensemble, les groupes cibles qui semblaient réagir le plus à la question des traitements étaient les hommes gais et les jeunes ne vivant pas dans la rue.

« L'idée fautive selon laquelle le VIH/sida serait facile à traiter est assez répandue. Elle porte certaines personnes à prendre à la légère l'usage du condom et l'échange de seringues, en se disant qu'elles pourront toujours "avaler les médicaments". Il devient de plus en plus difficile de faire une brèche dans ces attitudes pour promouvoir l'usage du condom et l'échange de seringues. À plusieurs égards, on en est presque revenu à l'attitude qui voulait qu'avec la pilule, on était complètement protégé; les condoms deviennent chose du passé. Bon nombre de gens considèrent le VIH/sida comme une maladie chronique traitable qui n'est pas très grave; pour eux, des rapports sexuels satisfaisants (sans condom) ou le partage d'une seringue valent bien le risque de contracter une

maladie qui se soigne » [traduction].

Coordonnateur d'un programme
d'éducation (Saskatchewan)

« D'après moi, il y a eu une influence. C'est comme si les gens avaient un peu baissé leurs gardes; ils n'utilisent plus les condoms avec autant d'assiduité. On pense, même si l'on déchanté souvent très vite, que le VIH est plus facile à gérer, qu'il n'est plus aussi grave. Pour certains hommes, cela justifie qu'ils prennent plus de risques. »

Coordonnateur d'un programme
pour hommes gais (Ontario)

Bien que l'on reconnaisse l'existence probable d'un lien entre les perceptions quant aux traitements et le relâchement de la protection contre le VIH/sida, certains intervenants ont tout de suite fait remarquer que les perceptions n'étaient pas les seuls facteurs en jeu.

« Je pourrais très bien échafauder l'hypothèse que la hausse apparente des rapports non protégés (*bareback*) soit liée à la disponibilité des nouveaux traitements, mais j'hésite à le faire, car cela pourrait écarter tous les autres enjeux multiformes, tous les déterminants sociaux de la santé qui jouent aussi un rôle. Je dirais cependant que pour la majorité des gens à qui nous parlons, le VIH est moins préoccupant aujourd'hui qu'avant. Les jeunes hommes gais, surtout, n'ont souvent pas été témoins des conséquences du VIH/sida; parfois, ils ne connaissent personne qui admette son statut séropositif. Lorsqu'en plus ils savent que de nouveaux traitements existent, qu'ils entendent parler d'un vaccin anti-VIH et qu'ils vivent d'autres problèmes sociaux qui affectent leur santé (la toxicomanie, l'alcoolisme, les mauvais traitements durant l'enfance, la pauvreté, etc.), ils peuvent en venir à moins se préoccuper du VIH, ce qui les rend plus vulnérables. » [traduction]

Coordonnateur du programme de proximité
Man to Man (Colombie-Britannique)

Comment les éducateurs en prévention VIH abordent-ils les défis que posent les thérapies antirétrovirales dans leurs activités de prévention?

Les recherches récentes et les perceptions de beaucoup d'intervenants de première ligne semblent bien suggérer que les thérapies antirétrovirales pourraient influencer les perceptions de certaines personnes à l'égard du VIH/sida et leur adoption ou leur maintien de comportements préventifs. À la lumière de tout ceci et du fait que le principal résultat des traitements (la diminution de la charge virale) ne contribue pas nécessairement à réduire la transmission, que peut-on en déduire pour la prévention du VIH?

De nombreux spécialistes en prévention font remarquer que la disponibilité de traitements nouveaux et améliorés augmente en fait les besoins de prévention du VIH. Avec la diminution des cas de sida et l'augmentation du nombre de personnes qui vivent plus longtemps et en meilleure santé avec le VIH, la prévalence du virus dans la population s'accroît. Il s'ensuit que chaque activité non protégée présente un risque de contamination accru. Avec l'évolution des perceptions à l'égard du VIH/sida et le relâchement des mesures de réduction du risque, la prévention est plus nécessaire que jamais.²⁴

Lorsqu'ils parlent de l'évolution des perceptions et des comportements due aux thérapies antirétrovirales, les spécialistes en prévention font remarquer que la publicité que reçoivent ces traitements doit être compensée par une information exacte. Il faut savoir à quoi s'en tenir pour ce qui est de l'efficacité des traitements, de leur accessibilité et de leurs effets secondaires et peindre un portrait réaliste de la vie des personnes astreintes à un régime de soins compliqué. En abordant la question, il faut cependant se garder de forcer la note. Il ne faut pas oublier que les nouveaux traitements sont la meilleure nouvelle que nous ayons reçue jusqu'ici depuis le début de l'épidémie de sida, et qu'ils ont grandement amélioré bien des vies. Comme le souligne le chercheur britannique Ford Hickson :

« Il est plus que probable que les initiatives de promotion de la santé auprès des hommes gais réagissent aux avancées thérapeutiques en les présentant sous un angle excessivement pessimiste, pour tenter d'influencer le comportement sexuel de ces hommes. C'est une réaction instinctive, mais il faut l'éviter... Pour promouvoir la lutte contre le VIH, il faut plutôt présenter le pour et le contre, rendre l'information accessible, proposer des choix plus nombreux et perfectionner les compétences : le contenu de l'information a pu changer, mais la méthode reste la même » [traduction].²⁵

L'un des aspects sur lesquels il faudrait insister davantage, de l'avis de certains spécialistes en prévention, est celui des programmes de prévention qui s'adressent aux personnes vivant avec le VIH. Le sujet a toujours prêté à controverse, car selon certains, cela reviendrait à faire le procès de la victime ou à nier la maxime de prévention voulant qu'il incombe à chacun d'empêcher le VIH de se propager en adoptant un comportement préventif. Cependant, comme les nouveaux traitements accroissent le nombre de PVVIH qui vivent plus longtemps et en meilleure santé et peuvent améliorer leurs possibilités d'avoir des rapports sexuels, ou en augmenter la fréquence, le besoin de mesures de prévention axées sur les PVVIH est plus fort que jamais.²⁶

On suggère notamment des programmes qui intégreraient aux traitements, des stratégies de prévention afin d'aider les PVVIH à conserver leur santé et à s'en tenir à des comportements sûrs pour empêcher la propagation du VIH. On présenterait par exemple aux PVVIH des renseignements exacts et faciles à comprendre aux sujets de leur traitement (y compris des données correctes sur la charge virale)²⁷ pour aider les patients sous antirétroviraux à persévérer dans leur traitement (afin d'en préserver l'efficacité et de limiter le développement de souches de VIH pharmacorésistantes) et pour les aider à adopter des pratiques à moindre risque et à s'y tenir (afin de les protéger d'autres maladies, comme l'hépatite B et C et les MTS, et de réduire la transmission du VIH).²⁸

Les spécialistes en prévention veulent aussi que les éducateurs comprennent que les traitements peuvent influencer les perceptions et les comportements des populations auprès desquelles ils travaillent. Cela ne signifie pas que les éducateurs peuvent négliger tous les autres facteurs dont ils tiennent habituellement compte lorsqu'ils font la promotion de stratégies de réduction des risques. On veut plutôt que les éducateurs sachent que c'est un facteur possible, qu'ils déterminent si les perceptions de leurs populations cibles ont évolué, puis qu'ils adaptent leurs programmes en conséquence.⁷ Comme nous le verrons plus loin, les réactions des éducateurs varient beaucoup selon l'importance qu'ils accordent à l'influence des traitements.

Lorsque nous avons demandé aux intervenants de première ligne comment ils réagissaient à la question des avancées thérapeutiques, nous avons obtenu toutes sortes de réponses (beaucoup reprenaient les éléments susmentionnés). Certains ont déclaré qu'ils ne percevaient aucune influence et qu'ils se concentraient sur d'autres enjeux. D'autres ont dit essayer de se tenir au courant des avancées thérapeutiques et des enjeux connexes pour pouvoir répondre aux questions de leurs clients à ce sujet. D'autres encore ont affirmé distribuer de l'information sur les traitements du VIH et orienter leurs clients vers des services connexes pour qu'ils en connaissent bien les avantages et les inconvénients.

Les intervenants de première ligne qui considèrent l'évolution des perceptions comme un problème important ont parfois adopté des programmes originaux. En voici quelques-uns :

- Intégrer la problématique des traitements dans les programmes de prévention (discussions au sein de groupes d'entraide, formation d'éducateurs auprès des pairs) et dans les ressources (dépliants, brochures);
- Élaborer des campagnes de sensibilisation (comme la campagne de la Fierté) qui célèbrent les succès collectifs tout en insistant sur la nécessité de s'en tenir à des rapports protégés;

-
- Faire participer les PVVIH aux activités de sensibilisation pour que les participants apprennent de première main à quoi ressemble la vie des personnes sous antirétroviraux;
 - Essayer d'accroître la pertinence de la prévention VIH pour les clients en faisant un lien avec la prévention des autres MTS, de l'hépatite B et C et de la grossesse.

L'un des groupes que nous avons contactés mettait au point un programme de simulation des médicaments anti-VIH pour ses équipes de sensibilisation (en donnant aux participants des jujubes de couleur et une posologie) pour qu'elles aient une meilleure idée de la nature des régimes de traitement.

Conclusion

Les thérapies antirétrovirales fortement actives ont certainement eu une influence considérable sur l'épidémie de sida au Canada et ont beaucoup amélioré la qualité de vie des nombreuses personnes vivant avec le VIH qui y ont accès. Cela dit, il ne fait pas de doute non plus que ces traitements sont associés à de nombreux problèmes. Ils ne sont sûrement pas une panacée, quoi qu'on en dise dans les médias.

L'un des aspects qui n'a pas été étudié à fond est l'influence des thérapies antirétrovirales sur la prévention du VIH. Pour préciser, comment la sensibilisation aux thérapies antirétrovirales a-t-elle influencé la perception qu'ont les gens du VIH/sida et leur adoption ou leur maintien de comportements préventifs? Autre question clé : dans quelle mesure une diminution de la charge virale influe-t-elle sur la nocivité du virus?

En ce qui concerne la charge virale, notre examen porte à croire que sa diminution devrait théoriquement réduire la nocivité, ou du moins le taux global d'infection dans les populations qui ont accès aux médicaments. Cela reste cependant à prouver. Par ailleurs, quelle que soit la diminution de la charge virale, il est très clair que nous devons tous adopter et maintenir des comportements préventifs en matière de rapports sexuels et d'usage de seringues.

En ce qui concerne les répercussions des thérapies antirétrovirales sur les perceptions qu'ont les gens du VIH, plusieurs études récentes permettent de croire que ces traitements sont en train de changer ces perceptions, et que par conséquent, certaines personnes pourraient adopter des comportements à risque. Plusieurs des intervenants de première ligne à qui nous avons parlé, mais certainement pas tous, ont observé le même phénomène.

Pour répondre aux défis des thérapies antirétrovirales pour la prévention, les intervenants de première ligne doivent poser un regard réaliste sur l'influence possible de ces traitements dans leurs collectivités et prendre les mesures qui s'imposent. Il est certainement impossible d'extrapoler les résultats des études que nous avons présentées, à toutes les populations à risque. Il est clair aussi que tous les intervenants de première ligne ne jugent pas qu'il s'agit là d'un enjeu pour leurs populations cibles. À tout le moins, ces intervenants devront peser les répercussions éventuelles des thérapies antirétrovirales par rapport à tous les autres facteurs socio-économiques qui nuisent à l'adoption ou au maintien de comportements préventifs.

Bibliographie

1. Santé Canada. "Le sida et le VIH au Canada." *Actualités en épidémiologie sur le VIH/SIDA*, Bureau de VIH/sida, des MTS et de la tuberculose, Laboratoire de lutte contre la maladie, Santé Canada. Mai 1999.
2. Santé Canada. Le VIH/SIDA au Canada. *Rapport de surveillance en date du 31 décembre 1998*. Division de la surveillance du VIH/sida, Bureau de VIH/sida, des MTS et de la tuberculose, Laboratoire de lutte contre la maladie, Santé Canada. Avril 1999.
3. CDC. *Update: Recent HIV/AIDS Treatment Advances and the Implications for Prevention*. Centers for Disease Control & Prevention, National Center for HIV, STD, and TB Prevention, Divisions of HIV/AIDS Prevention. 24 juillet 1998.
4. Millson, Peggy and McMurchy, Dale. "Who Uses Antiretroviral Therapy?" *HIV Health Evaluation Update*. HIV Ontario Observational Database. 1998.
5. Hanvelt, Robin A. et al. "Variations in Antiretroviral Drug Use Patterns Between Groups of Persons Living with HIV Controlled for Disease Staging in Vancouver, Canada." *Canadian Journal of Infectious Diseases*. 1999.
6. Evangelista, Ernie. "New Drugs May Lessen HIV Rate of Infection". *March 1999 Treatment Chronicles* [en ligne]. AIDS Survival Project, 1999 [consulté le 17-9-1999]. Sur Internet : <<http://www.thebody.com/asp/march99/chronicles.htm>>.
7. King, Edward. *Do treatments reduce infectiousness?* [en ligne], mars 1998 [consulté le 10-9-1999]. Sur Internet : <<http://www.eking.dircom.co.uk>>.
8. Ragni, M.V., Faruki, H., and Kingsley, L.A. "Heterosexual HIV-1 transmission and viral load in hemophilic patients." *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome* [en ligne], 1998 Jan 1;17(1):42-5 [consulté le 22-9-1999]. Sur Internet : <<http://www.aegis.com/pubs/aidsline/1998/apr/m9841801.htm>>.
9. Quinn, T. et al. "Viral load and heterosexual transmission of human immunodeficiency virus type 1." *New England Journal of Medicine*. 324(13): 921-29. 2000.
10. King, Edward. *HIV Prevention and the New Virology* [en ligne], 1997 [consulté le 10-9-1999]. Sur Internet : <<http://www.managingdesire.org/newvirology.htm>>.
11. Volberding, Paul A. "Better Safe Than Sorry: Does reducing viral load reduce the risk of transmitting HIV?" *AIDS Care*, février 1998 [consulté le 17-9-1999]. Sur Internet : <<http://www.thebody.com/hivnews/aidsline/feb98/editor.htm>>.
12. McClure, Craig and Grubb, Ian. *La transmission du VIH: Guide d'évaluation du risque (3e édition)*. Société canadienne du sida. 1999.
13. Réseau communautaire d'info-traitements sida (CATIE). Feuillet d'information: L'infection à VIH: le test de la charge virale: Renseignements de base à l'intention des personnes vivant avec le VIH ou le sida, 1998 [consulté le 29-9-1999]. Sur Internet : <<http://www.catie.ca>>.
14. "Research confirms HIV virus still may be transmitted after HAART." *AIDS Alert*. vol. 14, no 3 (mars 1999), p. 25.
15. Wright, Joe. *Prevention Science Advisory: Sex and Viral Load*. Stop AIDS Project, 1997 [consulté le 9-9-1999]. Sur Internet : <<http://www.stopaids.org/viralload.htm>>.
16. "Test de dépistage de l'infection à VIH chez les Canadiens: environ 15 000 cas récents d'infection à VIH peuvent ne pas être diagnostiqués." *Actualités en épidémiologie sur le VIH/SIDA*, Bureau de VIH/sida, des MTS et de la tuberculose, Laboratoire de lutte contre la maladie, Santé Canada. 1999.
17. "AIDS complacency leads back to risk behavior." *AIDS Alert*, vol. 14, no 11 (nov. 1999), p. 127.
18. Ekstrand M., Stall D., and Osmand. "HIV Treatment Optimism is Associated with Sexual Risk Taking Among Gay Men in San Francisco." *AIDS Impact 1999*. 1999. [Abrégé p. 128].
19. Kippax, Susan. "Risk Practice and New Treatments: Optimism Among Gay Men: A Mixed Message." *AIDS Impact 1999*. 1999 [Abrégé p. 129].
20. Sherr L., Elford J., Bolding G., Maguire M. "Combination Therapies for HIV and Sexual Risk Behaviour Among Gay Men in London." *AIDS Impact 1999*. 1999. [Abrégé p. 129].
21. Gagnon Marie-Pierre, Godin G. The Impact of Antiretroviral Treatments on Young Adults' Intention to Use Condoms. *8th Annual Canadian Conference on HIV/AIDS*. 1999. [Abrégé D458P].
22. Lehman, J.S., Hecht, F.M., et al. Are At-Risk Populations Less Concerned about HIV Infection in the HAART Era? 7th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, 2000 [consulté le 21-2-2000]. Sur Internet : <<http://www.retroconference.org/2000/abstracts/198.htm>>.
23. Sowadsky, Rick. Don't Throw Away Your Condoms Yet, septembre 1997. Sur Internet : <<http://www.thebody.com/sowadsky/condoms2.htm>>.
24. Center for Disease Control and Prevention. "Combating Complacency in Prevention." *CDC Update*, 1998 [consulté le 9-8-1999]. Sur Internet : <http://www.cdc.gov/nchstp/hiv_aids/pubs/facts/combat.htm>.
25. Hickson, Ford. Treatment advances and risk taking. *CHAPS Newssheet*, 1997 [consulté le 13-9-1999]. Sur Internet : <<http://www.tht.org.uk/gaymen/news3.htm>>.
26. DeCarlo, Pamela and Grinstead, Olga. Reporting from the AIDS Impact Conference: The "Post-AIDS Era" and the Effect of Treatment Advances. *Focus*, vol. 14, no 11 (octobre 1999).
27. Kravcik, S., Victor, G., Houston, S, et al. The effect of protease inhibitor therapy and "undetectable viral load on perceived risk of HIV transmission and need for safer practises." 5th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, 1998 [consulté le 21-9-1999]. Sur Internet : <<http://www.aegis.com/pubs/aidsline/1998/jun/9860750.htm>>.
28. CDC. *Need for Sustained HIV Prevention Among Men who Have Sex with Men*. Centers for Disease Control & Prevention, National Center for HIV, STD, and TB Prevention, Divisions of HIV/AIDS Prevention, 1999 [consulté le 20-9-1999]. Sur Internet : <http://www.cdc.gov/nchstp/hiv_aids/pubs/facts/msm.htm>.