

L'impact du contexte thérapeutique sur les comportements sexuels

Depuis la découverte des premiers antirétroviraux efficaces, la crainte d'un relâchement des pratiques préventives, d'une reprise des comportements à risque, réapparaît de manière récurrente. Les progrès médicaux récents – antiprotéases, charge virale, traitements prophylactiques – relancent le débat.

L'ARRIVÉE DES ANTIPROTÉASES, les annonces sur l'éradication du virus, la mesure de la charge virale ou encore la publicité autour du traitement antirétroviral après exposition ont ravivé les craintes d'une recrudescence des comportements à risque. La presse s'est fait l'écho de phénomènes inquiétants qui pousseraient épidémiologistes, chercheurs en sciences sociales, mais aussi acteurs associatifs ou pouvoirs publics à poser la question du relapse parmi les communautés les plus exposées au risque de transmission du VIH.

Les chiffres les plus alarmistes ont circulé. Le quotidien *Le Monde*, à la veille de l'ouverture de la deuxième Conférence européenne sur les méthodes et les résultats des recherches en sciences sociales sur le sida qui s'est tenue à l'initiative de l'Agence nationale de recherche sur le sida à l'Unesco en janvier dernier, rapportait que « 20 % des séropositifs auraient des rapports sexuels non protégés ».

Les résultats de l'enquête presse gay 1997

Des enquêtes australiennes, hollandaises et américaines pointeraient une augmentation des rapports à risque. Qu'en est-il en France ? Dispose-t-on de données quant à l'impact des nouvelles thérapies sur la prévention ? La conférence de Paris a permis de faire le point sur le sujet en confrontant les résultats les plus récents en la matière. Première constatation, on observe une stabilisation à un haut niveau des pratiques préventives.

Ainsi, Philippe Adam, chercheur au Centre européen pour la sur-

veillance épidémiologique du sida, a dépouillé les 1 500 premiers questionnaires reçus en réponse à l'enquête presse gay 1997 dont il est le responsable. Il ne constate pas « d'évolution frappante entre 1995 et 1997 en ce qui concerne la pratique de la pénétration et l'utilisation des préservatifs dans les rapports anaux. A cette date, 40 % des répondants utilisent systématiquement le préservatif avec leur partenaire stable. Ce taux est de 75 % avec les partenaires occasionnels ». Deuxièmement, comme l'a rappelé lors de son discours inaugural Jean-Paul Moatti, de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale, et président du Comité scientifique de la conférence de Paris, les différentes études montrent que depuis le début de l'épidémie, on a assisté à un formidable changement dans les comportements sexuels avec la diffusion massive de l'usage du préservatif. Il est difficile de trouver un exemple équivalent de modification des comportements en si peu de temps. Et les homosexuels ne sont pas les seuls concernés. Brigitte Lhomond, qui a dirigé avec Hugues Lagrange une enquête sur l'entrée dans la sexualité des jeunes de 15 à 18 ans, souligne ce point : « Parmi les jeunes qui avaient leur premier rapport en 1989, 55 % utilisaient le préservatif lors de celui-ci. En 1993, ils étaient 85 % et les quelques données issues d'une enquête du Comité français d'éducation pour la santé en 1997 montrent une légère tendance à la hausse. »

Cependant, au-delà de ces chiffres rassurants, quelques études pointent du doigt des évolutions plus inquiétantes concernant les populations les plus exposées au VIH.

Susan Kippax, chercheur au National center in HIV social research à Sydney, a présenté à Paris des résultats australiens tirés de trois enquêtes. Tous vont dans le même sens. Elle observe une légère augmentation des rapports anaux non protégés chez les homosexuels masculins. Ainsi, d'après des sondages périodiques auprès d'hommes interrogés sur des lieux de rencontre publics, la proportion de ceux pratiquant la pénétration sans préservatif passe de 14,9 % en février 1996 à 26,1 % en août 1997.

Si d'autres études de cohorte ne montrent pas de variations aussi importantes, elles n'en confirment pas moins les résultats précédemment exposés. Une enquête menée auprès d'environ 800 homosexuels habitant Sydney montre qu'en janvier 1996, 14,2 % parmi ceux recrutant leurs partenaires sur des lieux de rencontre reconnaissent une prise de risque ; en juin 1997, ils étaient 18,9 %.

L'évolution des comportements sexuels

Des données issues de deux études nationales corroborent ce phénomène : entre 1992 et 1996, la proportion d'hommes ayant des rapports anaux non protégés est passée de 11,3 % à 15 %. Pour Susan Kippax, « ces résultats, ainsi que d'autres travaux australiens montrant une augmentation des gonorrhées anales, semblent suggérer que les modèles de comportements sexuels observés depuis dix ans sont en train de changer. » Elle tempère toutefois son propos : « Pour le moment, rien ne permet d'affirmer qu'il y a un lien simple et direct entre cette augmentation des rapports anaux non protégés et les nouveaux traitements. Cette hausse des rapports anaux non protégés est concomitante avec une hausse de la pratique de la sodomie et une hausse des rapports avec des partenaires occasionnels. Il est alors difficile de faire la part entre relapse et variation statistique. »

Cependant, d'autres travaux, américains cette fois-ci, confirmeraient cette augmentation des

prises de risque. Ainsi, en ce qui concerne les maladies sexuellement transmissibles, des études récentes font état d'une hausse de leur prévalence chez les homosexuels masculins. Le Center for disease control and prevention d'Atlanta constatait dans son bulletin hebdomadaire du 10 novembre 1997 une augmentation des cas de gonorrhées entre 1993 et 1996, et ce pour la première fois depuis le début des années quatre-vingt. Enfin Thomas Coates, directeur du Center for aids prevention studies (CAPS) de l'université de San Francisco apporte des renseignements complémentaires en présentant des travaux californiens indiquant une hausse des comportements à risque parmi les jeunes homosexuels. On assisterait donc à une reprise des pratiques non protégées.

Relativiser les études américaines

Peut-on pour autant rendre responsable le contexte thérapeutique ? En fait, d'autres travaux sont bien moins alarmants. Selon Philippe Adam, « il faut bien faire la part des choses. Si à certains moments et en des lieux précis, certains repèrent un phénomène de relâchement, il est loin d'avoir l'ampleur que d'aucuns ont voulu lui donner. De plus, la majorité des enquêtes se sont déroulées alors que les annonces médiatiques sur les nouveaux traitements n'avaient pas encore eu lieu. Enfin et surtout, tout le monde n'observe pas de relapse. » Et de rappeler les résultats préliminaires de l'enquête presse gay 1997. Ou encore les données du projet anglais Sigma. Cette enquête sur les comportements sexuels des homosexuels masculins menée chaque année à l'occasion de la Gay Pride londonienne montre, aux dires même de ses initiateurs, « une étonnante stabilité des comportements entre 1993 et 1997. » Rien ne permet de conforter les inquiétudes quant à une hausse éventuelle des rapports non protégés : « Avec les partenaires réguliers, la fréquence observée des pénétrations anales non protégées est de 30 %, soit le même chiffre que les années précédentes. Elle est de 9 % avec des partenaires occasionnels. »

« La vie sexuelle n'est pas un compte en banque que l'on peut gérer rationnellement. L'usage systématique du préservatif dans la durée, ça ne marche pas. »

Dans ces conditions, pourquoi entend-on parler de relapse ? Quelle est la signification exacte de ce terme ? Il semblerait que le débat vienne principalement des Etats-Unis. Et il n'est pas nouveau. Pour Philippe Adam, « la question du relapse, de la rechute est récurrente. C'est un discours social. Lorsque l'AZT est arrivé, on craignait déjà un relâchement des pratiques préventives qui, au final, n'a pas eu lieu. »

Ce terme a une forte connotation, quasi idéologique. A l'origine, le relapse - littéralement rechute - désignait le comportement des toxicomanes ou des alcooliques qui, après une période d'abstinence, recommençaient à boire ou à se droguer. Aujourd'hui, par extension, il sert à parler de l'abandon du préservatif, de la reprise des pratiques à risque. Mais uniquement dans la communauté homosexuelle.

Les limites d'un concept de « relapse »

On remarquera d'ailleurs que les études qui portent sur la question ne concernent que le milieu gay. Il y aurait une sorte de péché originel qui empêcherait les homosexuels de maintenir une protection à long terme et les forcerait à « fauter » de nouveau. « Cette approche repose sur une vision dichotomique de la prévention », explique Marie-Ange Schiltz, chercheur au Centre national de la recherche scientifique (CNRS) et coordinatrice, jusqu'en 1996 de l'enquête presse gay. « On se protège et d'un coup, on ne se protège plus. Ainsi, aux Etats-Unis, il suffit d'un incident pour être comptabilisé comme unsafe. Et donc immédiatement, on obtient des résultats impressionnants. »

En fait, parler de relapse n'a pas partout la même signification. D'où certaines variations entre les données nationales. Les Américains qui ont été les premiers au début de la décennie à aborder le sujet, reviennent aujourd'hui à la charge avec des chiffres énormes, observant que jusqu'à 35 % des homosexuels « pratiqueraient » le relapse. Seule-

ment, dans le lot sont comptabilisés ceux qui reconnaissent une défaillance ponctuelle et ceux qui disent avoir définitivement abandonné le préservatif.

Marie-Ange Schiltz constate : « Ces chiffres ne veulent pas du tout dire la même chose que chez nous. Le contexte est aussi différent. A New-York ou San Francisco, la prévalence du sida n'est pas la même qu'à Paris. Et donc une défaillance est bien plus risquée. En France, 20 % des personnes interrogées déclarent une prise de risque au cours de l'année écoulée. Ce qui ne signifie pas que toutes ont abandonné définitivement le préservatif ni même qu'elles ont toutes été confrontées à la même potentialité de contamination. Une défaillance n'a pas la même signification quant au risque de transmission du VIH que dix défaillances. Et puis certains pratiquent la pénétration sans préservatif uniquement avec leur partenaire régulier dont ils connaissent le statut sérologique. »

En fait, toutes les études dans les populations particulièrement exposées, homosexuels, toxicomanes, montrent ainsi un taux relativement stable de personnes reconnaissant avoir pris des risques à un moment ou un autre. Mais comme l'explique Brigitte Lhomond, « tous les individus au cours de leur vie peuvent être confrontés à une rupture dans la prévention. La vie sexuelle n'est pas un compte en banque que l'on peut gérer rationnellement sur le long terme. L'usage systématique du préservatif dans la durée, ça ne marche pas. »

Contexte thérapeutique et prévention

Il convient donc de ne pas faire l'amalgame entre la persistance des comportements à risque observable depuis le début de l'épidémie et les conséquences potentielles du contexte thérapeutique sur la prévention. S'il est un peu tôt pour apporter des réponses définitives à cette dernière hypothèse, c'est que les données sont plutôt parcellaires. Il ne faut pas oublier que les antiprotéases et le trai-

tement antirétroviral après exposition n'ont fait leur apparition que depuis peu de temps.

Cependant, au CAPS de San Francisco qui coordonne de nombreuses enquêtes en cours, on estime que « le sentiment général de ceux qui travaillent sur le sujet est qu'un tel lien direct n'existe pas. On oublie que la persistance des comportements à risque est la résultante d'une combinaison de facteurs sociaux, culturels et inter-relationnels dans laquelle les avancées thérapeutiques ne sont qu'une composante parmi d'autres. »

Cette analyse est partagée par la majorité des chercheurs qui se penchent sur le sujet. Ainsi, Françoise Dubois-Arber de l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive à Lausanne considère « qu'il faut se garder des généralisations abusives et hâtives. Les nouveaux traitements ne devraient pas changer fondamentalement la prévention, car il vaut toujours mieux éviter le problème. On peut prendre comme parallèle, sans non plus oublier les spécificités de la situation, la libéralisation de l'avortement qui n'a pas influencé la contraception par la pilule. » Mais quel crédit peut-on accorder à ces affirmations en l'absence de données définitives ? Anne Laporte du Réseau national de santé publique a présenté, lors d'une réunion d'Onusida à Genève en février dernier, une synthèse des travaux en cours sur « l'impact des thérapies et des traitements antirétroviraux après exposition sur la prévention primaire ». Apparemment, les rares enquêtes concordent.

Susan Kippax elle-même, dont les travaux quantitatifs révélaient l'augmentation des prises de risque, a mené une étude qualitative à partir d'entretiens individuels qui ne montrent pas de corrélations directes entre les progrès thérapeutiques et les changements de comportements sexuels. Ce qui ne signifie toutefois pas l'absence d'impact. Elle semble avoir détecté un climat relativement incertain où prédominerait un optimisme d'attente. Il n'est alors pas possible de préjuger de l'avenir. En effet, pour Philippe Adam, « si les annonces concernant les nouveaux traitements

n'ont pas eu d'effets fracassants, les personnes interrogées restent prudentes. La structuration des opinions reflète une grande incertitude et une certaine fragilité. »

Nouveaux traitements et prise de risque

Ainsi, dans l'enquête presse gay, le total des personnes répondant « tout à fait d'accord » ou « pas du tout d'accord » à la question suivante : « Avec les nouveaux traitements, vous protégez-vous moins qu'avant » n'est que de 14,4 %. En revanche, le taux de « plutôt d'accord » ou « plutôt pas d'accord » est de 83 %. Et lorsque l'on analyse ces données plus finement encore, certaines constatations sont inquiétantes.

Il existe ainsi de grandes disparités en fonction du niveau d'études ou du statut sérologique. Ainsi, 15,4 % des répondants ayant un niveau d'études inférieur au baccalauréat sont « tout à fait d'accord » ou « plutôt d'accord » avec l'affirmation selon laquelle ils se protégeraient moins qu'avant contre 7,4 % de ceux ayant un niveau supérieur.

En fait, on retrouve les inégalités sociales, géographiques ou culturelles face aux comportements à risque, inégalités que des enquêtes précédentes avaient déjà identifiées – notamment les travaux du groupe « Analyse des comportements sexuels en France ».

D'une certaine façon, les nouvelles thérapies ne font que renforcer des pratiques antérieures. Si elles doivent avoir un impact, c'est sur ceux qui prennent déjà des risques ou qui sont dans une situation de précarité à l'égard de la prévention.

Ce qui ne signifie pas pour autant qu'il faut s'en désintéresser. Au contraire, la communication et l'information sur les questions thérapeutiques doivent prendre en compte ces groupes exposés. Et finalement les antiprotéases, les traitements antirétroviraux après exposition ou encore la mesure de la charge virale ne seront plus qu'un facteur supplémentaire dans des stratégies de prévention individuelles.

Julien Faure

Si les nouvelles thérapies doivent avoir un impact, c'est sur ceux qui prennent déjà des risques.