



**Baisse des taux d'infection
à VIH associée à l'évolution
des comportements sexuels
en Thaïlande :**

*Collecte et comparaison
des données*



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



ONUSIDA
Etudes de cas

Juin 1998

Se agradece la colaboración al presente informe recibida de Tim Brown, Tony Bennett, Michel Caraël, Ryuichi Komatsu y Werasit Sittitrai.

Colección ONUSIDA de Prácticas Óptimas – ONUSIDA/98.15 – Traducción: OMS/TRA

El Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) prepara una serie de materiales sobre temas de interés relacionados con la infección por el VIH y con el SIDA, con las causas y consecuencias de la epidemia y con las prácticas óptimas en materia de prevención y de asistencia y apoyo a los afectados por el SIDA. Para cada uno de los temas tratados en la Colección de Prácticas Óptimas se incluye por lo general un texto breve dirigido a los periodistas y los líderes de la comunidad (Punto de vista); un resumen técnico de las cuestiones, los retos y las soluciones propuestos (Actualización técnica); estudios de casos de todo el mundo (Estudio de casos de Prácticas Óptimas); un conjunto de material gráfico para exposiciones; y una lista de Material fundamental (informes, artículos, libros, audiovisuales, etc.) sobre el tema. Estos documentos se actualizan según sea necesario.

Las series Actualización técnica y Punto de vista se publican en español, francés, inglés y ruso. Pueden obtenerse gratuitamente ejemplares sueltos de las publicaciones de la serie Prácticas Óptimas pidiéndolos a los Centros de Información del ONUSIDA. Para localizar el centro más cercano, consultar ONUSIDA en Internet (<http://www.unaids.org>), ponerse en contacto con el ONUSIDA por correo electrónico (unaids@unaids.org), telefonar (+41 22 791 4651) o escribir al Centro de Información del ONUSIDA (20, Avenue Appia, 1211 Ginebra 27, Suiza).

Se invita a los periodistas que deseen más información sobre un Punto de vista del ONUSIDA a ponerse en contacto con la Oficina de Prensa del ONUSIDA en Ginebra (tel.: +41 22 791 4577 o 791 3387; fax: +41 22 791 4898; correo electrónico: wintera@unaids.org).

© Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) 1998. Reservados todos los derechos. El presente documento, que no es una publicación oficial del ONUSIDA, puede reseñarse, citarse, reproducirse o traducirse libremente, en parte o íntegramente, siempre y cuando se nombre su procedencia. No se permite su venta o su uso en conexión con fines comerciales sin la aprobación previa por escrito del ONUSIDA (contacto: Centro de Información del ONUSIDA). Las opiniones expresadas en la presente publicación son de la exclusiva responsabilidad de sus autores. Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte del ONUSIDA, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites. La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que el ONUSIDA los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las marcas registradas de artículos o productos de esta naturaleza se distinguen por una letra inicial mayúscula.

**Baisse des taux d'infection à VIH
associée à l'évolution des comportements
sexuels en Thaïlande
collecte et comparaison des données**



ONUSIDA
UNICEF - PHUD - PHILAP
UNICED - UNIA - UNICAF/UNICAP

Introduction

Dès les premiers jours de la pandémie de SIDA, les gens ont parlé de la nécessité de modifier les comportements afin de ralentir la propagation du VIH. Toutefois, il a rarement été clairement démontré que ce type de changements à l'échelle nationale influait sur le cours de l'épidémie. Les épidémiologistes comme les spécialistes du comportement estiment souvent qu'il est difficile de suivre la propagation du VIH parmi des populations et zones géographiques différentes. Ils trouvent encore plus difficile de repérer les comportements qui alimentent l'épidémie. Peut-être le plus grand défi de tous est-il d'établir des liens entre le comportement et la propagation du VIH à l'échelle nationale et, ce qui est plus important, de montrer que l'évolution des comportements permet réellement de réduire le taux d'infections nouvelles.

Les responsables politiques, le grand public et les communautés touchées par l'épidémie ont besoin de voir que les investissements réalisés dans la promotion des changements comportementaux est rentable, non seulement parce qu'ils diminuent les comportements à risque, mais également parce qu'ils font baisser le nombre des nouvelles infections. Un lien clairement établi entre les changements comportementaux et la baisse des taux d'infection se traduit par un appui ferme à la poursuite des efforts de prévention.

Peu de pays sont capables d'établir le lien entre le comportement et l'infection à VIH de manière aussi claire que la Thaïlande. La présente étude de cas passe en revue les outils employés en Thaïlande pour détecter à la fois le virus et les comportements qui lui sont liés. Elle décrit les tendances de l'infection et des comportements enregistrées en Thaïlande et montre les liens entre les deux. Elle montre combien il est important de poursuivre le repérage des comportements et de l'infection afin de se tenir au courant d'une épidémie en constante évolution.

Les références complètes des documents cités dans la présente étude sont énumérées dans les Outils fondamentaux de la Collection Meilleures pratiques de l'ONUSIDA : Relationships of HIV and STD declines in Thailand to behavioural change: A synthesis of existing studies.

Le VIH en Thaïlande - les premiers temps

Le VIH a été pour la première fois détecté en Thaïlande au milieu des années 80 chez des hommes ayant eu des rapports sexuels avec d'autres hommes. Les responsables de la santé ont commencé à rechercher d'autres populations vulnérables telles que les toxicomanes par voie intraveineuse ou les professionnels du sexe mais n'ont guère trouvé de signe d'infection à VIH. Puis, au début de 1988, les enquêtes entreprises dans un hôpital de Bangkok ont sonné l'alarme. En 1987, moins de 1 % des toxicomanes par voie intraveineuse dépistés était séropositifs au VIH ; six mois plus tard, cette proportion atteignait plus de 30 %.

Au même moment, les enquêtes chez les professionnels du sexe dans l'ensemble du pays commençaient à montrer de faibles niveaux d'infection. Le ministère de la Santé publique a réagi rapidement en mettant en place un système de surveillance sentinelle au niveau national. A la mi-89, ce système dépistait des infections à VIH dans l'ensemble des 14 provinces dotées de sites sentinelles ; parmi les professionnels du sexe dans la ville septentrionale de Chiangmai, l'infection atteignait le taux atterrant de 44 %. A mesure que le système s'étendait à toutes les provinces au cours de l'année suivante, les rapports d'infection à VIH chez les

professionnels du sexe et leurs clients – des hommes traités pour des maladies sexuellement transmissibles (MST) – parvenaient province après province. Les dispensaires prénatals d'environ un tiers des 73 provinces de Thaïlande ont également trouvé des cas d'infection à VIH chez des femmes enceintes.

Signaux d'alarme et réponse rapide

En 1989, comme les preuves d'une épidémie de VIH hétérosexuelle s'accumulaient, la Thaïlande a entrepris une enquête nationale sur les comportements sexuels. Celle-ci a montré qu'une forte proportion d'hommes avaient des rapports sexuels avant et en dehors du mariage, essentiellement avec des professionnelles du sexe.

Les résultats de cette enquête ont été largement diffusés ; les responsables gouvernementaux et le grand public ont été sensibilisés au fait que la Thaïlande risquait de s'acheminer vers une grave épidémie de VIH.

A nouveau, le gouvernement et la société ont réagi rapidement. Le premier ministre a assumé la responsabilité directe du Comité national de lutte contre le SIDA et l'Etat a décidé de financer une réponse collective. En 1996, le gouvernement consacrait US \$80 millions par an à l'éducation, à la prévention, aux soins et à l'atténuation des répercussions.

De nombreuses communautés, y compris celles vivant avec le VIH, ainsi que les sociétés privées, ont contribué à l'effort national. Parmi les réponses les plus dynamiques, il faut noter celle de la communauté des professionnels du sexe qui a pris des mesures sous la pression des pouvoirs publics. Afin de réduire la transmission dans ce que les faits désignaient comme point focal de l'infection en Thaïlande, les propriétaires de maisons de prostitution et les professionnels du sexe ont commencé à appliquer une politique d'utilisation des préservatifs à 100 %. Parallèlement, le gouvernement a fourni gratuitement des préservatifs destinés au commerce du sexe et des messages télévisés et radiophoniques ont souligné le fait que les hommes devaient utiliser des préservatifs lorsqu'ils fréquentaient des prostituées.

Les efforts entrepris par la Thaïlande ont réussi à modifier les comportements, et il est possible d'associer directement ces changements comportementaux à la diminution des nouvelles infections.

Information épidémiologique

Sources d'information

La Thaïlande a mis en place un système de surveillance sentinelle pour le VIH en 1987, au tout début de l'épidémie. Etabli d'abord dans 14 provinces et s'étendant rapidement à l'ensemble du pays, le système a pu déterminer les niveaux d'infection dans divers groupes de population, que ce soit une population vulnérable donnée ou la population générale : professionnels du sexe, hommes atteints de MST, toxicomanes par voie intraveineuse, femmes enceintes et donneurs de sang.

Une autre source importante d'information épidémiologique est le dépistage anonyme banalisé de 60 000 hommes âgés de 21 ans choisis chaque année parmi les nouvelles recrues. La sélection de ces recrues se fait par loterie, aussi le groupe est-il relativement représentatif des hommes jeunes dans l'ensemble du pays.

Les données relatives aux autres MST signalent également des informations utiles au sujet du VIH qui corroborent les autres renseignements obtenus, car ces maladies sont en grande partie transmises lors d'activités sexuelles. Si les gens restreignent ou modifient les comportements qui les exposent au VIH - essentiellement des rapports sexuels non protégés avec des partenaires dont les antécédents sexuels risquent d'inclure des comportements à risque -, nous devrions constater une baisse du nombre des nouveaux cas d'autres MST ainsi que de VIH.

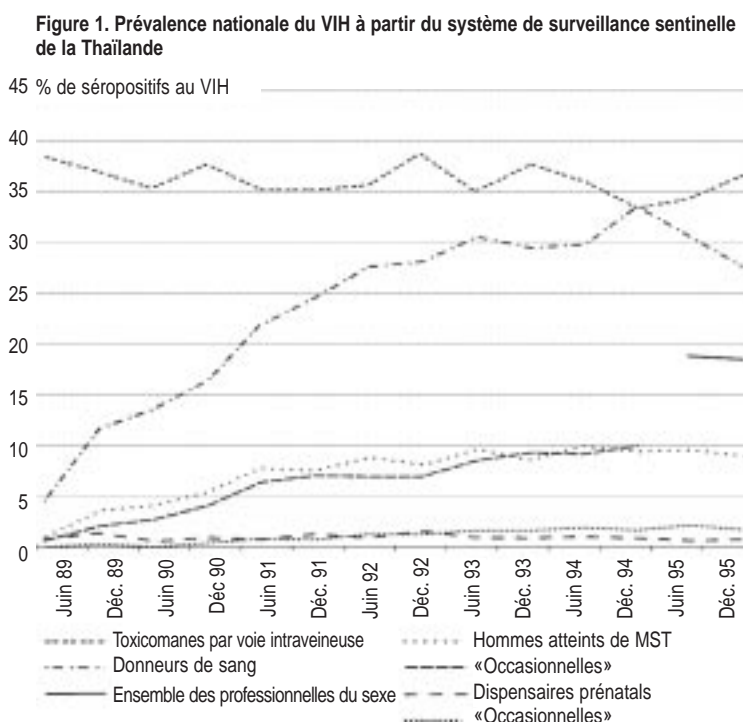
Les données relatives au VIH recueillies grâce à un suivi transversal - c'est-à-dire le dépistage d'une population donnée à des points fixes dans le temps - peuvent être validées à l'aide d'études de cohorte longitudinales qui suivent les individus au fil du temps afin de déterminer combien d'entre eux deviennent infectés dans un laps de temps donné. En Thaïlande, ce type d'études existe pour un certain nombre de groupes divers, y compris ceux qui donnent leur sang occasionnellement.

Ce que montrent ces sources

■ Niveau général d'infection

La surveillance sentinelle et d'autres sources d'information transversale donnent une idée de la prévalence du VIH – proportion de personnes étant détectées comme positives à un moment donné. L'infection à VIH étant une maladie chronique incurable, les personnes infectées peuvent demeurer dans la population détectée pendant de longues périodes. Cela veut dire que les chiffres de la prévalence comprendront des personnes qui ont été infectées plusieurs années, voire dix ans auparavant, et par conséquent ce n'est que lentement qu'ils reflèteront les changements de l'incidence ou les nouvelles infections.

La figure 1 montre la prévalence du VIH dans divers groupes suivis au moyen de la surveillance sentinelle. L'infection à VIH chez les professionnelles du sexe dans les maisons de prostitution n'a cessé d'augmenter régulièrement jusqu'en 1995 où près d'un tiers des professionnelles travaillant en maison



Source: Division chargée de l'épidémiologie, ministère de la Santé publique, Thaïlande

étaient détectées comme séropositives au VIH. Les " occasionnelles " travaillant dans les restaurants, les bars, les salons de karaoké, etc., ont vu le niveau d'infection se stabiliser aux environs de 12 %, soit environ au même taux que les hommes souffrant de MST, qui déclarent généralement fréquenter des professionnelles du sexe. Chez les donneurs de sang et les femmes enceintes, les taux demeurent relativement faibles ; toutefois, plus de 2 % des femmes enceintes au niveau national étaient positives à la mi-95.

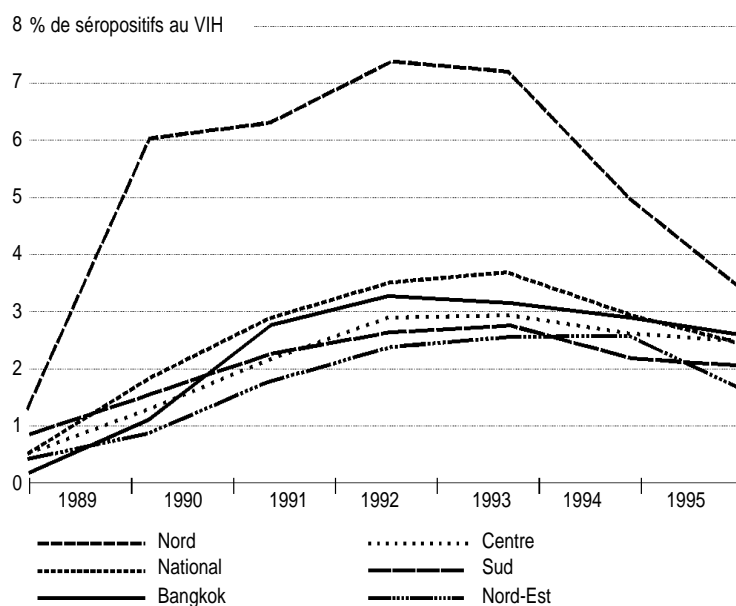
Les taux d'infection demeurent en grande partie inchangés chez les toxicomanes par voie intraveineuse, plus d'un tiers d'entre eux étant déjà infectés lorsque a commencé la surveillance sentinelle. Lorsqu'un taux de prévalence est stable, cela ne veut pas dire qu'il n'y a pas de nouvelles infections, mais plutôt qu'il y a une nouvelle infection pour chaque personne qui décède ou sort du groupe de dépistage. L'épidémie chez les toxicomanes par voie intraveineuse ayant commencé il y a une décennie, il est raisonnable de supposer qu'un grand nombre de ceux qui ont été infectés au tout début de l'épidémie sont en train de mourir. Les chiffres de prévalence stables peuvent, par conséquent, cacher des niveaux considérables d'infections nouvelles : il s'est avéré que les études effectuées au fil des ans ont montré que 5 à 10 % des toxicomanes par voie intraveineuse contractaient le VIH chaque année.

■ Premiers signes d'un déclin du VIH

Bien que les données recueillies à partir du dépistage annuel des conscrits soient également transversales, elles nous en disent plutôt plus que les données tirées de la surveillance ordinaire. Un groupe différent d'hommes âgés de 21 ans est dépisté chaque année ; à partir de là, il est facile de déterminer les tendances de la prévalence pour ce groupe d'âge.

L'âge moyen des premiers rapports sexuels pour les jeunes hommes thaïlandais est 18 ans, aussi est-il raisonnable de prétendre qu'un grand nombre de ces conscrits ne sont sexuellement actifs que depuis quelques années. Pour ce groupe de jeunes, les chiffres relatifs à la prévalence du VIH traduisent par conséquent un comportement sexuel précédant de quelques années la date du dépistage, et les changements sur-

Figure 2. Taux d'infection à VIH moyen aux niveaux national et régional chez les conscrits.

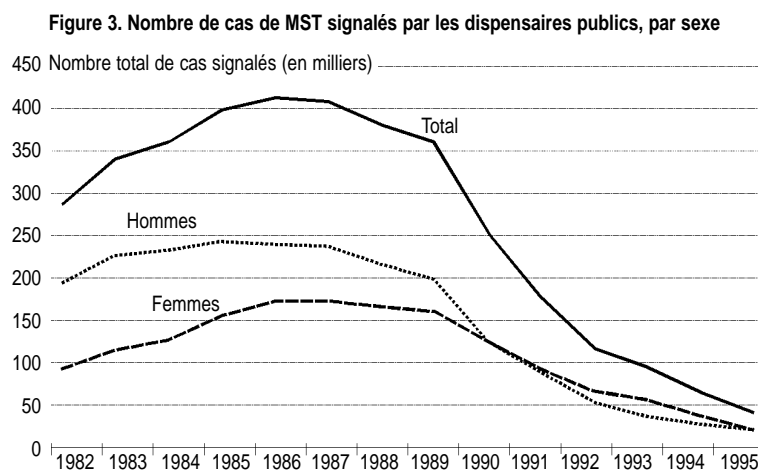


Source: Jugsudee et al., 1996, Armée royale thaïlandaise

venant au fil du temps reflètent probablement des changements dans les comportements à risque ces dernières années.

La figure 2 montre qu'au niveau national, il y a eu moins de conscrits de 21 ans infectés en 1995 que durant les années de pointe de 1992-1993, cela étant notamment le cas de la région septentrionale lourdement infectée.

Les autres maladies sexuellement transmissibles étant guérissables, les cas signalés de nouvelles MST constituent un indicateur des comportements sexuels à risque adoptés au cours des toutes dernières années plus fiable que les données de prévalence du VIH, pouvant refléter un comportement à risque ayant eu lieu dix ans ou plus auparavant. En Thaïlande, les données de la prévalence des MST n'existent que pour les gens qui recherchent un traitement dans les dispensaires publics ; la base considérable des clients du secteur privé n'est pas incluse. Les données figurant dans la figure 3 sont par conséquent incomplètes, mais elles montrent bien que les rapports sexuels non protégés avec des partenaires à haut risque sont en baisse.



Source: Division des Maladies vénériennes, ministère de la Santé publique

■ Baisse des nouvelles infections

Les preuves les plus convaincantes des récents changements survenus dans les niveaux d'infection proviennent des études de cohorte longitudinales qui mesurent le taux des nouvelles infections, ou incidence. Ces études suivent les gens au fil du temps et calculent combien de personnes sont infectées pour chaque année (ou mois) pendant lesquelles elles sont suivies. Les taux d'incidence sont normalement exprimés en nombre de nouvelles infections pour 100 " années-homme " ou 100 " mois-homme " de suivi. Chez les conscrits du nord, les nouvelles infections à VIH sont tombées de 3,2 pour 100 années-homme en 1991 à juste 0,3 pour 100 années-homme en 1995. D'autres MST entraînent également dans ce groupe, avec une marge analogue à celle signalée par les dispensaires publics comme dans la figure 3. Ces résultats laissent entendre que la chute des taux de MST constatée dans les dispensaires publics est réelle et n'est pas due au fait que les gens cherchent à se faire soigner ailleurs.

Parmi les professionnelles du sexe, les taux de séroconversion pour le VIH sont bien plus élevés, même si certaines études ont montré que les nouvelles infections chez ces personnes sont également en baisse. Dans une zone rurale du nord, le taux des nouvelles infections est passé de 12 pour 100 mois-homme, en 1989 et 1990, à 17 en 1991, avant de retomber à 9 pour 100 mois-homme en 1992 et 1993. Il faut noter que les taux d'incidence pour les professionnelles du sexe sont souvent donnés en mois-homme parce que

les nouvelles infections, surtout durant les premières années de l'épidémie thaïlandaise, apparaissaient rapidement. Ces infections continues montrent l'importance d'une utilisation systématique des préservatifs. Si 90 % de l'ensemble des contacts sexuels sont protégés, les professionnelles du sexe qui n'utilisent pas de préservatif avec tous leurs clients et leurs autres partenaires sexuels risquent toujours d'être infectées rapidement par le VIH.

Il est encourageant de noter que les nouvelles infections dues aux MST chez les professionnelles du sexe accusent une baisse encore plus nette que le VIH et correspondent à nouveau aux données des dispensaires publics.

La figure 1 a montré des différences significatives pour les taux généraux de l'infection à VIH entre les professionnelles du sexe indirectes et celles des maisons de prostitution. Celles-ci sont confirmées par d'importantes différences concernant les nouvelles infections enregistrées pour ces deux groupes - 29 infections nouvelles pour 100 années-homme de suivi des professionnelles des maisons dans une étude réalisée en 1993 au nord du pays, contre 0,9 infection nouvelle parmi les occasionnelles.

On a moins facilement accès aux informations concernant d'autres groupes. On a constaté que l'incidence du VIH chez les professionnels du sexe masculins dans les bars homosexuels du nord était systématiquement élevée, environ 12 pour 100 années-homme entre 1989 et 1994. Il ne faut toutefois pas généraliser cette donnée à tous les hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes ; en effet, ceux qui travaillent dans les bars homosexuels courent un risque élevé d'être infectés par le VIH et sont également à prédominance hétérosexuelle en Thaïlande, car ils rendent souvent visite aux professionnelles du sexe. Le dépistage répété des donneurs de sang a montré une baisse ; on est passé de 1,7 infection pour 100 années-homme entre 1989 et 1990 à 0,5 en 1994. Toutefois, cela risque de refléter une réticence croissante à donner du sang chez les gens exposés au risque de l'infection à VIH de par leur comportement.

Le comportement

Sources d'information

Les enquêtes nationales portant sur la connaissance en matière de VIH, de SIDA et de comportement à risque sexuel et autres, ont été entreprises en 1990 et 1993. Lors de la première, plus de 2 800 hommes et femmes entre 15 et 49 ans ont été interrogés au hasard dans tout le pays. La seconde, qui a utilisé un cadre d'échantillonnage analogue et posé les questions similaires, a permis de recueillir des informations auprès de 4 100 personnes interrogées environ. Ces enquêtes étaient spécialement conçues pour être comparées ; leurs résultats peuvent donc être mis en parallèle pour donner une idée du changement d'attitude et de comportement au fil du temps.

Un système de surveillance comportementale a été mis en place à Bangkok en 1993. Ce système, qui marche plutôt comme un système de surveillance sentinelle pour l'infection à VIH, interroge différentes personnes choisies dans une population bien définie à intervalles réguliers pour avoir une idée des tendances comportementales dans le temps. A Bangkok, le système suit les cols bleus, les cols blancs et les étudiants en formation professionnelle des deux sexes, les hommes souffrant de MST, les femmes enceintes et les professionnels du sexe. Depuis 1995, un autre système national de surveillance comportementale a été mis en place dans 19 provinces où il suit le comportement des conscrits, des ouvriers, des étudiants et des femmes enceintes. Les deux systèmes examinent le comportement des 15 à 29 ans. Ce groupe d'âge change davantage de parte-

naires que les gens de 30 et 40 ans, aussi on peut s'attendre à un comportement à risque plus important dans la population faisant l'objet de la surveillance que ne l'ont signalé les données de l'enquête nationale.

Les études de cohorte ont servi à étudier le comportement en suivant des personnes appartenant à divers groupes de population et en enregistrant les comportements qu'elles déclaraient. Ces études concernent les conscrits, les professionnels du sexe, les toxicomanes par voie intraveineuse et d'autres personnes.

Ce que montrent ces sources

Entre les première et deuxième études nationales comportementales, de nombreux secteurs de la société thaïlandaise ont participé à la riposte nationale face au VIH. Les informations sur l'épidémie ont été largement diffusées, les campagnes d'éducation ont été courantes et l'emploi des préservatifs a fait l'objet d'une promotion active, particulièrement dans les maisons de prostitution. On peut constater l'effet de ces campagnes dans les changements concernant les comportements à risque signalés entre 1990 et 1993.

■ Sexe en dehors du mariage

Si 28 % de l'ensemble des hommes de 15 à 49 ans et 1,7 % de l'ensemble des femmes admettaient avoir des rapports sexuels en dehors du mariage en 1990, ces chiffres tombaient à 15 % chez les hommes et à seulement 0,4 % chez les femmes avant 1993. La proportion des hommes déclarant s'être rendus chez un professionnel du sexe au cours de l'année écoulée est passée de 22 % en 1990 à 10 % en 1993. Chez les Thaïlandais plus jeunes, les signes de changement comportemental sont encore plus nets. C'est ainsi que les rapports sexuels commerciaux durant l'année précédente sont tombés de 57 % dans la cohorte de conscrits du nord des jeunes de 21 ans enrôlés en 1991 à 24 % dans la cohorte enrôlée quatre années plus tard. On a constaté une baisse d'ampleur similaire entre 1993 et la mi-1996 pour ce qui est des données de Bangkok relatives à la surveillance comportementale.

Malgré ces acquis, une part importante de la population de certaines professions ou régions géographiques continue d'avoir des comportements à haut risque. Par exemple, le réseau national de surveillance comportementale a estimé que près d'un tiers des jeunes ouvriers dans les provinces déclaraient avoir payé pour avoir des rapports sexuels au cours de l'année écoulée. Par ailleurs, 15 % des jeunes ouvrières signalaient avoir eu des rapports sexuels occasionnels au cours de l'année écoulée, ce qui représente un taux plus élevé que parmi leurs homologues interrogées à Bangkok.

■ Utilisation des préservatifs

L'utilisation des préservatifs, selon les déclarations qui ont été faites, a augmenté considérablement lors des rencontres sexuelles à caractère commercial mais de manière moins importante dans les rencontres à caractère non commercial. Plus de 70 % des clients des professionnels du sexe ont affirmé toujours recourir à un préservatif lors de l'enquête nationale de 1993 ; ils étaient près de deux fois plus nombreux qu'en 1990 où 36 % avaient déclaré la même chose. Environ 93 % des conscrits du nord interrogés en 1995 au sujet de l'utilisation des préservatifs lors de leur dernière rencontre sexuelle à caractère commercial ont sig-

nalé s'être protégé, alors que quatre ans auparavant ils n'étaient que 61 %. En ce qui concerne l'enquête de Bangkok sur la surveillance comportementale, les professionnelles du sexe des maisons de prostitution ont déclaré utiliser depuis quatre ans des préservatifs avec des clients non réguliers dans environ 90 % des cas.

Les plans de promotion des préservatifs ont eu plus de difficulté à atteindre les occasionnelles. Plusieurs études montrent que celles-ci utilisent moins les préservatifs que les professionnelles des maisons de prostitution. Dans une étude, l'utilisation régulière des préservatifs parmi les travailleurs du sexe basés dans des restaurants était inférieure à 50 %. On a constaté des signes d'augmentation de l'utilisation des préservatifs dans les lieux fréquentés par les occasionnelles : ainsi, le système de surveillance de Bangkok a constaté une augmentation régulière de l'utilisation des préservatifs au cours des rapports sexuels avec celles-ci.

Toutefois, on constate également que les hommes se détournent des maisons de prostitution au profit de sites " occasionnels " dans l'idée que ceux-ci sont plus " sûrs ". A la fin des années 80, la moitié des professionnels du sexe de Bangkok étaient basés dans des maisons de prostitution. A la moitié des années 90, cette proportion était passée à un tiers.

Les taux élevés de la Thaïlande concernant l'utilisation de préservatifs ont été mis en doute, même si l'utilisation signalée des préservatifs correspond assez bien avec la distribution et la vente de préservatifs dans le pays. Des chercheurs se faisant passer pour des clients des professionnelles du sexe ont montré que ces taux sont en réalité surestimés mais la marge est assez étroite. On constate toutefois des différences importantes au niveau de l'utilisation des préservatifs entre clients réguliers et clients non réguliers. Dans une étude, les professionnelles du sexe qui avaient déclaré utiliser des préservatifs à 90 % lorsque cet usage était calculé sur les trois dernières rencontres sexuelles ne signalaient les avoir utilisés régulièrement que dans environ 70 % des cas pour l'ensemble de la semaine précédente. La différence entre l'utilisation générale et régulière des préservatifs est attribuée en grande partie à une utilisation des préservatifs bien moindre avec les clients que ces femmes voient régulièrement.

Il semble que l'utilisation du préservatif soit inférieure chez les hommes des zones rurales et ceux ayant un niveau d'éducation limité. Au cours de la surveillance comportementale nationale effectuée dans les provinces, seule la moitié des hommes déclarant avoir des rapports sexuels commerciaux ont dit qu'ils avaient toujours utilisé des préservatifs, ce qui indique à nouveau que de nombreux hommes continuent de prendre des risques au moins avec certains de leurs partenaires.

L'utilisation des préservatifs est également couramment signalée comme étant faible avec les partenaires occasionnels, que ce soit par les hommes ou les femmes. Elle dépasse rarement les 30 % et dans le système de surveillance provinciale, 6 % des femmes seulement signalant des rapports sexuels occasionnels déclaraient utiliser régulièrement des préservatifs. Chez les femmes mariées, l'utilisation du préservatif lors de la dernière rencontre sexuelle demeure bien inférieure à 10 %. Bien que l'on ne dispose que de rares données comportementales pour les hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes, la surveillance comportementale nationale estime que l'utilisation des préservatifs lors des rapports sexuels entre hommes demeure faible.

■ Toxicomanie par voie intraveineuse

Des enquêtes comportementales effectuées chez les toxicomanes de Bangkok mon-

trent que ceux-ci ont cessé brutalement et rapidement de partager le matériel, le pourcentage passant de 66,5 en 1989 à 24 deux ans plus tard. Il semble toutefois que certains de ces acquis se soient érodés, les enquêtes effectuées à la mi-1995 montrant que 43 % des toxicomanes par voie intraveineuse se partageaient le matériel.

Relier les schémas épidémiologiques au comportement

Les données thaïlandaises montrent que les taux d'infection par le VIH sont en baisse et que le comportement est en train de changer. Il reste à relier ces deux tendances. A l'aide des données thaïlandaises, il nous est possible d'enquêter sur ces liens en trois étapes. L'étude de cas cherche à :

- identifier les comportements liés à l'infection à VIH ;
- suivre ces comportements au fil du temps pour voir s'ils mènent à l'infection ou protègent la personne de l'infection ;
- démontrer que les schémas comportementaux régionaux et nationaux permettent de prédire correctement les modes d'infection, tant sur le plan géographique qu'au fil du temps.

Identifier les comportements à risque - Etudes transversales

Un examen des données transversales contribuera à établir quels sont les comportements liés à l'infection à VIH. En examinant les personnes infectées à un moment donné et en comparant leurs caractéristiques et comportements avec ceux des personnes non infectées, les épidémiologistes établissent que certains facteurs ou comportements sont liés à des niveaux plus élevés d'infection. Ils expriment généralement leurs résultats en termes d'odds ratios d'infection : rapport entre la probabilité de contracter la maladie si l'on adopte certains comportements et la probabilité de la contracter dans le cas contraire. Un odds ratio de 4 (c'est-à-dire 4:1) signifie qu'une personne ayant la caractéristique ou le comportement à l'étude est quatre fois plus susceptible d'être infectée que quelqu'un qui ne les présente pas, tandis qu'un odds ratio de 0,5 signifie qu'elle l'est moitié moins.

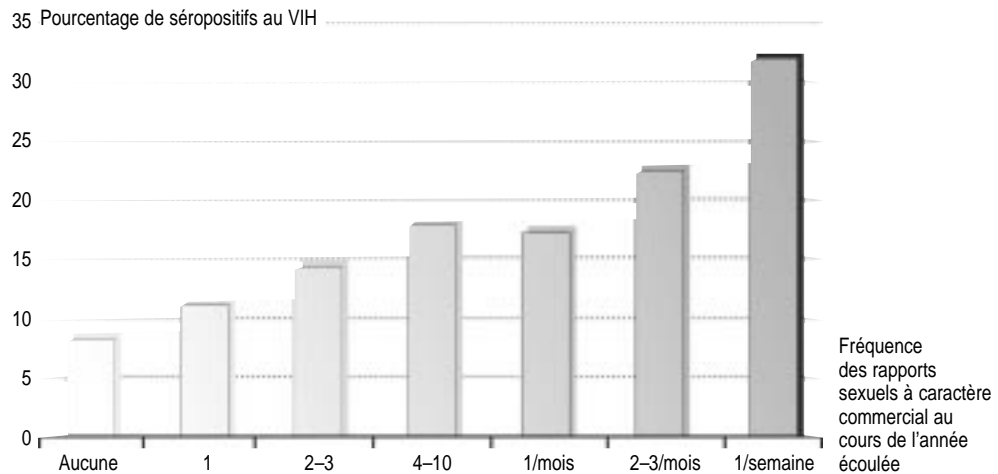
■ **Rapports sexuels à caractère commercial**

Le comportement le plus étroitement associé à l'infection à VIH dans les études thaïlandaises est dû à des antécédents de rapports sexuels à caractère commercial qui comportent un odds ratio situé entre 3,6 et 13,6 dans l'ensemble des études.

Une étude (Figure 4) montre que le pourcentage de conscrits séropositifs au VIH est presque directement proportionnel au nombre de fois où ils ont rendu visite à des professionnels du sexe au cours de l'année précédente.

En ce qui concerne les professionnels du sexe, il existe une étroite corrélation entre le nombre de clients par jour et l'infection à VIH. Une étude faite à Chiangmai a détecté des niveaux de VIH de 4 % chez des femmes ayant un client par jour, contre 62 % chez des femmes ayant six ou davantage de clients par jour.

Figure 4. Pourcentage de conscrits séropositifs pour le VIH, d'après le nombre de visites rendues aux professionnels du sexe au cours de l'année précédente



Source: Nelson *et al.*, 1993

■ MST

Il a été également prouvé que des antécédents d'autres MST, qui sont indépendamment liés à la fois aux rapports sexuels commerciaux et à l'infection à VIH, sont associés aux odds ratios de l'infection à VIH s'échelonnant entre 2,3 et 13,4 chez les hommes. Il y a deux raisons à cela : d'une part, sur le plan biologique, les personnes infectées par d'autres MST sont davantage susceptibles que les autres de contracter ou de transmettre le VIH (le rôle des ulcères génitaux provoqués par les MST ainsi que celui des MST non ulcéraires en tant que cofacteurs dans la transmission sexuelle sont bien établis) ; d'autre part, ces hommes sont fréquemment des personnes ayant de nombreux partenaires sexuels, ce qui accroît le risque de rencontrer un partenaire porteur du VIH.

■ Utilisation des préservatifs

La logique voudrait que l'utilisation des préservatifs soit associée à des taux inférieurs d'infection à VIH. Toutefois, les études faites au début de l'épidémie montrent que c'est l'inverse : les hommes ayant des taux plus élevés d'utilisation des préservatifs ont également des taux d'infection à VIH plus élevés. Il se peut que ce soit parce que les hommes les plus enclins à utiliser les préservatifs soient également ceux qui sont les plus susceptibles d'avoir de longs antécédents de comportement à risque. L'usage des préservatifs n'étant devenu courant en Thaïlande qu'autour de 1991 ou 1992, quantité d'hommes parmi les plus sexuellement actifs ayant été infectés avant qu'ils ne commencent à porter des préservatifs sur une base régulière. Cela dénote une grave faiblesse en ce qui concerne les études transversales : alors qu'elles interrogent les gens sur des comportements récents (habituellement, utilisation des préservatifs au cours de l'année écoulée), elles détectent des infections pouvant être apparues plusieurs années auparavant - y compris à des époques précédant l'usage des préservatifs. Dans les études récentes, entreprises alors que l'usage du préservatif est courant depuis plusieurs années, on s'attend à voir apparaître une relation entre l'augmentation de l'utilisation des préservatifs et la baisse de la prévalence du VIH. En outre, de nombreuses études de cohorte, qui suivent des individus non infectés au fil du temps et examinent par conséquent tant les infections que les comportements récents, ont prouvé l'effet protecteur de l'usage du préservatif.

■ Autres facteurs

Pour d'autres facteurs, tels que les niveaux de rapports sexuels occasionnels ou entre hommes, il est difficile d'établir des relations claires entre le comportement à risque et l'infection dans les études transversales. Cela est dû au moins en partie au fait qu'il est ardu de démêler ces comportements d'autres facteurs contribuant au risque. Par exemple, les hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes ou des partenaires occasionnels sont quelquefois plus susceptibles que d'autres de rendre également visite aux professionnelles du sexe.

Une forte proportion des femmes infectées par le VIH dans la population générale ne signale aucun comportement à risque autre que celui d'avoir des rapports avec leur mari. Il est intéressant de noter qu'une étude a trouvé une forte relation entre le fait de ne pas contracter l'infection à VIH et la capacité de parler de questions sexuelles avec les partenaires. Près des trois quarts des femmes indemnes disent qu'elles peuvent discuter de questions sexuelles ouvertement avec leurs partenaires, tandis que 15 % des femmes infectées seulement se sentent à même d'avoir ce genre de discussion.

En ce qui concerne les toxicomanes par voie intraveineuse, le fait de partager le matériel après le début de l'injection est étroitement lié à des niveaux plus élevés d'infection à VIH. Des antécédents d'emprisonnement sont également un facteur de risque ; on ne sait pas si cela est dû à l'usage des drogues en prison, à l'activité sexuelle ou à une modification des attitudes vers un comportement à haut risque à la suite de l'incarcération.

Les enquêtes transversales peuvent donner quelques indications des comportements associés à des niveaux plus élevés d'infection. Toutefois, elles ne peuvent pas facilement établir quel est le facteur causal. En outre, certaines relations peuvent apparaître comme étant l'inverse de ce que l'on attend, car elles sont brouillées par d'autres facteurs, comme on le voit dans la discussion sur l'utilisation des préservatifs.

Des études de cohorte longitudinales sont nécessaires pour étudier ces liens plus clairement.

Suivre les comportements à risque jusqu'à l'infection - études de cohorte

Les épidémiologistes se servent de plusieurs critères pour établir qu'une exposition ou un comportement donné débouche sur une maladie. Parmi ceux-ci figurent :

- **la force de l'association** : plus l'association (corrélation) entre l'exposition et la maladie reflétée dans les odds ratio (risque relatif d'infection) est forte, plus il est probable que la relation soit causale ;
- **la relation dose-effet** : si une " dose " plus importante d'exposition correspond à une probabilité plus importante de maladie, il est probable que l'exposition a été à l'origine de la maladie ;
- **la cohérence** : des résultats analogues obtenus par des études de conception différente menées dans des populations diverses sont le signe que la relation est probablement causale ;
- **la relation dans le temps** : pour qu'un comportement soit à l'origine d'une maladie ou débouche sur la transmission d'une maladie, il doit évidemment précéder la maladie en question.

Ainsi que nous l'avons vu, sur la base des trois premiers critères, les études transversales ont bien établi les liens entre un risque plus élevé de VIH et un comportement à risque sexuel plus important, du moins pour ce qui est des rapports sexuels avec les professionnels du sexe. Le quatrième critère essentiel est plus difficile à établir avec les études transversales, surtout dans le cas d'une infection incurable chronique telle que le VIH, dans laquelle le comportement à risque peut avoir précédé la découverte du résultat de plusieurs années. Les relations temporelles peuvent toutefois faire l'objet d'une enquête dans les études de cohorte.

Une étude de cohorte longitudinale suit un groupe de gens au fil du temps. Ces gens ne sont pas infectés dès le début : le degré de leur exposition à l'infection (dans le cas du VIH, leur comportement à risque) est noté dès le début de l'étude et tout au long de la période de suivi. L'infection est enregistrée et les comportements de ceux qui sont infectés sont comparés avec les comportements de ceux qui ne le deviennent pas.

■ Rapports sexuels à caractère commercial

Pour les conscrits qui ont commencé l'étude en étant séronégatifs au VIH, le seul facteur le plus important lié à la séroconversion était les visites aux professionnels du sexe. Une étude a montré que les hommes qui s'étaient rendus chez un professionnel du sexe au cours des six mois entre les tests de dépistage du VIH étaient 5,2 fois plus vulnérables à l'infection que ceux qui s'en absteinaient ; une autre étude montrait que les clients des professionnels du sexe étaient 3,6 fois plus enclins que les autres à une séroconversion. Cela montre que les visites aux professionnelles du sexe surviennent durant la même période que la séroconversion et sur un temps relativement court, ce qui dénote une forte association entre l'exposition et l'infection, et laisse également entendre que les visites aux professionnels du sexe précèdent la séroconversion. L'une des études a également montré une forte relation dose-effet, un nombre accru de visites à un professionnel du sexe au cours des six mois précédents augmentant grandement les risques d'infection, que ce soit pour le VIH ou pour d'autres MST.

■ Utilisation des préservatifs

Les études de cohorte réalisées chez les conscrits ont montré que l'utilisation des préservatifs durant les rapports sexuels à caractère commercial protégeait clairement contre l'infection. Une étude a souligné qu'un client qui utilisait des préservatifs durant moins de la moitié de ses visites aux professionnels du sexe courait 6,4 fois plus de risques de devenir infecté qu'un homme qui avait recours aux préservatifs dans plus de la moitié de ses visites. Une autre étude, qui figure dans le Tableau 1, a signalé que plus un client utilisait fréquemment de préservatifs à l'occasion de ses rapports sexuels à caractère commercial, moins il risquait de faire une séroconversion ou de contracter d'autres MST.

Tableau 1. Séroconversion et taux d'incidence des MST pour les hommes utilisant des préservatifs lors de rapports sexuels à caractère commercial

| Fréquence de l'utilisation des préservatifs lors des rapports sexuels à caractère commercial | Taux de séroconversion au VIH pour 100 années/hommes | Taux relatif de l'incidence des MST (d'après les intéressés) |
|--|--|--|
| N'a pas de rapports sexuels à caractère commercial | 1,04/100 a/p | 1,0 |
| Utilise toujours des préservatifs | 3,47/100 a/p | 2,3 |
| Utilise parfois des préservatifs | 3,75/100 a/p | 7,1 |
| N'utilise jamais des préservatifs | 5,46/100 a/p | 6,9 |

Source: Celentano *et al.*, 1996

Il est toutefois intéressant de noter que même les hommes qui déclarent utiliser régulièrement le préservatif ont des taux relativement élevés de séroconversion, ce qui laisse entendre qu'ils n'utilisaient pas les préservatifs correctement et régulièrement comme ils le disaient.

Les professionnels du sexe masculins qui n'avaient jamais utilisé de préservatifs étaient près de cinq fois plus susceptibles de contracter l'infection à VIH que ceux qui en portaient. Toutefois, les études longitudinales portant sur les professionnelles du sexe n'ont pas donné de données concluantes relatives à l'utilisation du préservatif. Une étude examinant l'utilisation du préservatif chez les professionnels du sexe n'a constaté aucun effet protecteur contre le VIH bien que ceux-ci aient déclaré utiliser les préservatifs avec 90 % des clients. Toutefois, ainsi qu'il a déjà été mentionné, lorsque le nombre de partenaires sexuels est élevé, la régularité de l'emploi des préservatifs est essentielle ; or, certains professionnels du sexe font fréquemment des exceptions en faveur de clients ou de partenaires réguliers. Lorsque l'utilisation des préservatifs est réellement régulière, on en constate les avantages. Ainsi, des séries d'études transversales chez les occasionnelles menées par le système de surveillance comportementale de Bangkok montrent une étroite relation entre la baisse des taux de symptômes de MST et l'utilisation régulière de préservatifs.

■ Toxicomanie par voie intraveineuse

Les études de cohorte concernant les toxicomanes par voie intraveineuse sont rares. Une étude de cohorte rétrospective a confirmé que le fait de cesser de partager le matériel abaissait le risque de contracter le VIH. Elle a confirmé également l'observation faite au cours des études transversales selon laquelle les toxicomanes par voie intraveineuse séronégatifs au VIH incarcérés étaient plus vulnérables à l'infection que les autres.

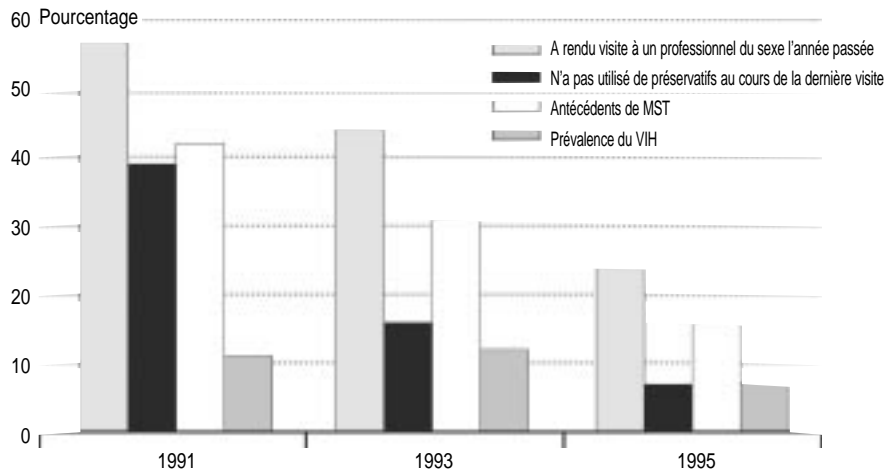
Comparer les schémas nationaux

Les études de cohorte ont ensuite confirmé les signes constatés dans les études transversales indiquant que l'épidémie thaïlandaise était due essentiellement à des comportements sexuels à risque. Elles ont également confirmé que le nombre d'infections nouvelles baissait chez les gens qui avaient limité leur comportement sexuel à risque ou n'en avaient jamais eu.

■ Liens concordants dans le nord

Du fait que la situation actuelle en matière de VIH reflète les risques pris plusieurs années auparavant, les changements comportementaux ne se traduiront pas immédiatement par une baisse de la prévalence du VIH. Toutefois, une étude des conscrits de 21 ans dans la région septentrionale de la Thaïlande durement touchée par le VIH montre de façon convaincante une évolution vers une diminution des comportements à risque et de la prévalence du VIH. Comme le montre la Figure 5, un nombre moindre de rapports sexuels à caractère commercial et une plus grande utilisation des préservatifs ont été suivis d'une baisse des taux de MST et de VIH dans la région septentrionale. Afin de comprendre combien l'infection à VIH chez les adultes de 21 ans est liée au comportement à risque adopté avant le début de l'évolution des comportements, la même étude a examiné séparément les taux d'infection chez la cohorte de conscrits de 1995 dont l'activité sexuelle a commencé après 1992 (lorsque la campagne d'utilisation du préservatif à 100 % était en vigueur).

Figure 5. Evolution des comportements et déclin du VIH/MST chez les hommes de 21 ans dans le nord



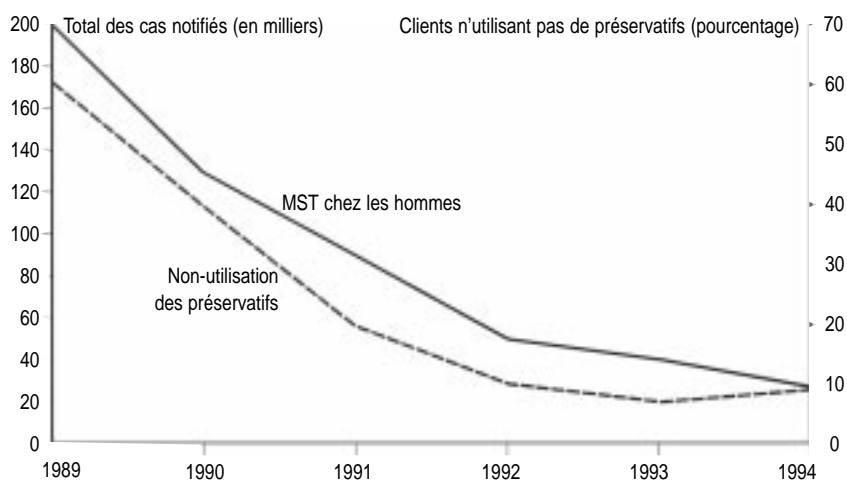
Source: Nelson *et al.*, 1996

Cette étude a trouvé que ces hommes n'avaient qu'une chance sur dix d'être séropositifs au VIH par rapport à l'ensemble de la cohorte.

D'autres comparaisons qui ont été faites à partir de données provenant de sources indépendantes confirment également que les taux de MST et la prévalence du VIH reflètent le comportement de l'ensemble du pays :

- La baisse des taux de MST signalée par les dispensaires publics de neuf provinces choisies au hasard traduit largement le déclin du nombre de rencontres sexuelles à caractère commercial souligné par les enquêtes réalisées dans ces mêmes provinces.
- Les professionnels du sexe ayant recours de plus en plus couramment aux préservatifs dans l'ensemble du pays au début des années 90, le nombre de cas de MST signalés par les dispensaires publics a de ce fait diminué (voir Figure 6).
- La prévalence du VIH chez les conscrits de diverses régions reflète les niveaux de rapports sexuels à caractère commercial non protégés signalés par les hommes de ces régions, sauf dans le nord.

Figure 6. Les taux de MST déclinent de même que la non-utilisation des préservatifs



Source: Division des Maladies vénériennes, Division de l'Epidémiologie, ministère de la Santé publique, Thaïlande

Au nord, la prévalence du VIH était bien plus élevée que le taux prévu en fonction des niveaux de rapports sexuels à caractère commercial non protégés. Il convient de noter que l'épidémie ayant cours dans le nord semble être antérieure à celle qui a frappé d'autres régions de la Thaïlande, ce qui est peut-être dû à une plus grande incidence de toxicomanie par voie intraveineuse dans cette région. Le virus a commencé à se propager bien avant que l'évolution des comportements ne devienne chose courante. Dans d'autres provinces, en revanche, les gens ont commencé à adopter des comportements sûrs avant que le virus n'entame sa croissance explosive. En fait, il est très encourageant de noter qu'en Thaïlande, les comportements ont commencé à évoluer dans la plupart des régions bien avant que n'apparaissent les conséquences de l'épidémie (pour ce qui est des décès liés au SIDA).

Suivre la marche d'une épidémie dynamique

La Thaïlande a fait un travail exceptionnel en suivant l'épidémie et en l'attaquant à la racine. Comme les faits recueillis dans cette étude de cas le montrent clairement, le comportement à risque le plus important concernant l'infection à VIH en Thaïlande – relations sexuelles non protégées avec un professionnel du sexe ou des clients des professionnels du sexe – est en baisse. De ce fait, les taux des nouvelles infections à VIH et d'autres MST sont également en baisse.

Toutefois, l'épidémiologie du VIH est dynamique ; le fait de fermer une voie de transmission en modifiant le comportement a pour effet d'envoyer le virus dans des directions différentes, vers d'autres voies de transmission. Avec le recul des rapports sexuels à caractère commercial non protégés, d'autres comportements à risque contribueront en proportion croissante aux nouvelles infections. La surveillance comportementale commence à désigner certaines voies possibles de transmission continue qui comprennent entre autres :

- une orientation vers des rapports sexuels avec des occasionnelles, pour lesquels l'utilisation des préservatifs est moindre et plus difficile à encourager que dans les maisons de prostitution ;
- des rapports sexuels intermittents, avec des niveaux très faibles d'utilisation du préservatif ;
- une utilisation irrégulière des préservatifs par les professionnels du sexe avec leurs clients et partenaires réguliers ;
- la poursuite de rapports sexuels non protégés entre les partenaires masculins ;
- la persistance de comportements à risque chez les toxicomanes, y compris d'éventuels comportements à risque en prison.

Ces comportements, ainsi que les personnes qui les adoptent, sont bien plus difficiles à identifier que cela n'a été le cas pour les rapports sexuels à caractère commercial dans les maisons de prostitution, lesquels ont alimenté l'épidémie les premiers temps. Afin de comprendre les tendances des comportements à risque et d'identifier les réponses appropriées, la Thaïlande devra élargir le suivi et la surveillance dans ces domaines.

Conclusion

Les méthodes et résultats des études individuelles peuvent être mis en question. Toutefois, lorsqu'elles sont regroupées, et notamment lorsque les données de sources différentes sont comparées, les répercussions des efforts exceptionnels menés par la Thaïlande pour suivre l'épidémie et les comportements à l'origine de celle-ci sont claires :

- des niveaux élevés de rapports sexuels non protégés avec des professionnels du sexe ont été suivis d'une hausse spectaculaire de l'infection à VIH ;
- des mesures nationales visant à promouvoir des comportements sûrs ont été suivies d'une baisse des visites rendues aux professionnels du sexe et d'une augmentation de l'utilisation du préservatif ;
- ces changements de comportement ont été récompensés par une baisse des MST et des nouveaux cas d'infection à VIH.

Les éléments de preuve recueillis par les systèmes d'information épidémiologique et comportementale de la Thaïlande - et largement diffusés dans le pays et à l'étranger - ont joué un rôle essentiel dans la réduction de la propagation du VIH. Ils ont permis de concevoir des programmes propres à ralentir la propagation de la maladie. Ils ont suscité un appui politique et public pour le financement de certains programmes. Ils ont sensibilisé les personnes exposées au risque de même que leurs partenaires de par leur comportement et, ce qui est plus important, ils ont permis à la Thaïlande de prouver de manière convaincante à sa population et au monde que le seul fait d'adopter des comportements sûrs pouvait changer le cours de l'épidémie tant sur le plan personnel que sur le plan national.

Pourquoi cette étude est une étude de cas sur les meilleures pratiques

Cette étude de cas entre dans la Collection Meilleures Pratiques de l'ONUSIDA car elle fait la démonstration d'une approche du recueil et de l'utilisation des données épidémiologiques et comportementales qui a réussi à persuader les gens du lien qui existe entre la baisse des taux d'infection à VIH et l'adoption d'un comportement plus sûr de la part des individus. Elle répond à quatre des critères relatifs aux meilleures pratiques : efficacité, caractère éthique, pertinence et durabilité.

■ **Efficacité** : Le premier objectif de l'étude de cas était de démontrer qu'il existait réellement un lien entre les données épidémiologiques montrant une baisse des taux d'infection à VIH et des données comportementales montrant l'adoption généralisée de comportements plus sûrs pour ce qui est des rapports sexuels à caractère commercial et de l'utilisation de préservatifs. Cette étude a clairement démontré ce lien.

■ **Caractère éthique** : Toutes les études mentionnées dans le présent document ont reçu l'approbation éthique du ministère de la Santé, du ministère de la Défense (par exemple pour les conscrits) et des comités d'examen éthique de plusieurs universités. Les règles éthiques des lignes directrices de l'OMS sur la surveillance sentinelle banalisée anonyme de l'infection à VIH ont été strictement appliquées en Thaïlande. Lors des

enquêtes sur les comportements sexuels et la prévalence du VIH et des MST, une attention particulière a été accordée aux questions de consentement informé et de confidentialité. Les formulaires sous forme de questionnaires, les formulaires de laboratoire et les entrées des bases de données ne contenaient que des numéros d'identité et non des noms.

■ **Pertinence** : L'analyse épidémiologique et comportementale comparative entreprise appuie les principaux objectifs de l'ONUSIDA : elle contribue clairement à la prévention et à la maîtrise du VIH/SIDA ainsi qu'à la réduction de son impact. En permettant de prouver l'effet positif des changements comportementaux sur le cours de l'épidémie, elle constitue un instrument de communication utile pour les futures campagnes de sensibilisation du public à mener partout. Elle appuie également les responsables de la santé publique qui espèrent entreprendre des activités analogues à celles de la campagne Utilisation du préservatif de 100 % et d'autres programmes de prévention dans leur pays.

■ **Viabilité** : Les coûts du maintien de la surveillance du VIH et des études à long terme sur le comportement sexuel sont raisonnables, une fois les mécanismes de base en place. Le système de surveillance du VIH de la Thaïlande fonctionne depuis plus de 10 ans et deux enquêtes nationales sur les comportements sexuels ont été effectuées. Il existe donc au niveau local de nombreuses compétences de grande qualité dans ces deux domaines. Aussi est-il faisable, et même souhaitable, de continuer à chercher le rapport entre comportement et tendances épidémiologiques. Le gouvernement thaïlandais s'est également engagé à poursuivre ces travaux : à l'instar de nombreux organismes internationaux et bilatéraux, il a réaffirmé son soutien.