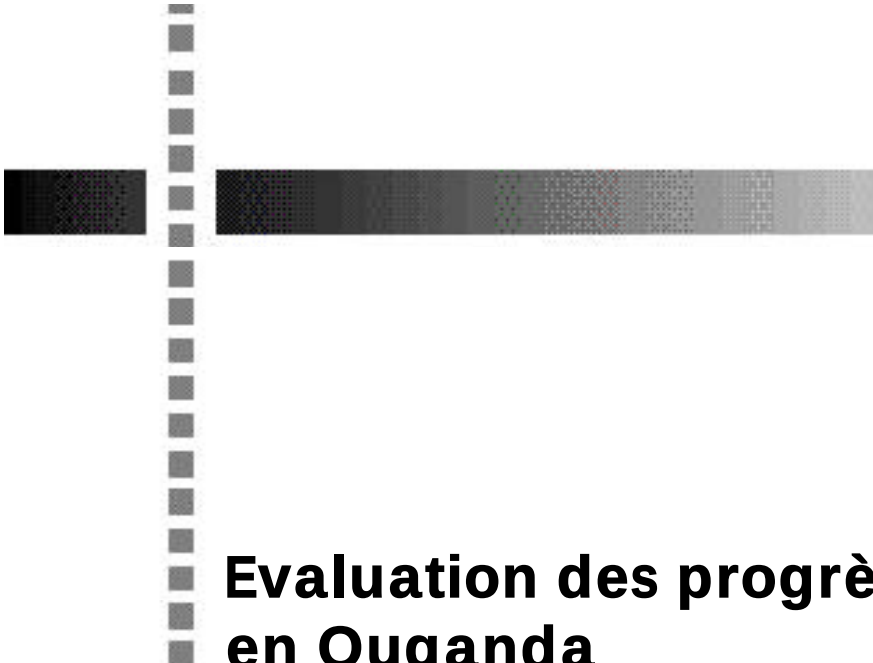




Evaluation des progrès en Ouganda



*Prévalence du VIH et
comportement sexuel :
avantage d'une double surveillance*



ONUSIDA
Etude de cas

Mai 1998

Introduction

Depuis le début de l'épidémie, l'absence de données exactes pose un grave problème. Ceux qui s'efforcent d'endiguer la maladie manquent souvent d'informations sur l'efficacité de leur action, ignorant s'ils ont réussi à faire évoluer les comportements ou si cette évolution a contribué à circonscrire l'épidémie.

Peu de pays en développement ont entrepris de surveiller méthodiquement et la prévalence du VIH et les comportements à risque. Beaucoup considèrent encore que le problème du VIH/SIDA n'est pas assez prioritaire ou hésitent à aborder sur la scène publique des questions qu'ils estiment trop personnelles ou trop intimes. Certains craignent même que la publication de résultats d'enquêtes n'alarme inutilement l'opinion publique ou ne décourage le commerce et le tourisme. Début 1997, les pays en développement étaient vraisemblablement moins de dix à avoir fait des enquêtes répétées pour apprécier les changements de comportement et la fréquence du recours au préservatif dans la population.

L'Ouganda est l'un des premiers pays d'Afrique où fut détectée l'épidémie d'infection à VIH, et l'un des plus sévèrement touchés. Dans leur volonté de traiter directement et ouvertement de la question, le gouvernement, les ONG et d'autres organismes de la société civile ont mis leur pays aux avant-postes de la lutte contre le VIH/SIDA. De ce fait, l'Ouganda a l'un des programmes de lutte les plus actifs et les plus vastes. Ce pays est parvenu, dans une certaine mesure, à limiter la propagation du virus, en particulier chez les jeunes citadins, et a commencé à mettre en place des systèmes cohérents de surveillance. Ceux-ci sont loin d'être parfaits et leurs résultats donnent encore lieu à diverses interprétations, mais ils montrent clairement ce qu'il est possible de faire même dans un pays aux maigres ressources et à l'infrastructure médiocre, expérience dont peuvent s'inspirer d'autres pays.

La présente étude de cas s'intéresse aux outils dont se sert l'Ouganda pour dégager les tendances de l'épidémie et celles des comportements sexuels signalés, et établit un lien entre elles.

Surveillance de l'infection à VIH

Pour mesurer le plus précisément possible les progrès de l'épidémie, il faudrait déterminer le statut sérologique d'un groupe représentatif de personnes dans le temps – une «cohorte». Les changements survenus dans ce groupe avec le temps permettraient de connaître non seulement le taux de prévalence du VIH (la proportion de personnes infectées) mais aussi, directement, le taux d'incidence (le nombre de cas nouveaux pendant une certaine période exprimé en pourcentage de la population exposée au risque). L'incidence est l'indicateur qui renseigne le mieux sur la forme de l'épidémie. Des études longitudinales bien conçues, qui, dans l'idéal, portent sur une cohorte et sont randomisées afin d'inclure les communautés visées et non visées par l'intervention, constituent donc en principe la méthode la plus sûre pour évaluer l'efficacité des stratégies d'intervention.

Malheureusement, les pays les plus pauvres n'ont généralement pas les moyens de choisir ces études de cohortes comme méthode de surveillance : elles coûtent cher, exigent un personnel qualifié trop rare et sont particulièrement difficiles à réaliser dans des pays qui, d'ordinaire, ont une infrastructure faible et où les mouvements de population font qu'il est difficile de rester en contact avec des cohortes de gens. Il existe une méthode moins chère qui consiste à vérifier le statut de groupes de personnes différents à chaque fois. Mais

elle pose aussi des problèmes car, même si l'anonymat est garanti, peu de personnes accepteront de passer un test VIH.

La solution la plus pratique est la «surveillance par réseau sentinelle», qui consiste à surveiller la prévalence chez les groupes sur lesquels on prélève des échantillons sanguins à d'autres fins, par exemple les donneurs de sang, les personnes qui font un test de dépistage des maladies transmissibles (MST), ou les femmes enceintes qui passent une visite prénatale.

Il arrive que le taux d'infection soit plus élevé dans ces groupes que dans l'ensemble de la population. Il peut y avoir parmi les donneurs de sang, par exemple, des toxicomanes par voie intraveineuse qui vendent leur sang pour pouvoir s'acheter de la drogue, ou bien, si l'on applique une politique de retrait volontaire des donneurs ou de recrutement actif des bénévoles, les taux peuvent être inférieurs à ceux de la population masculine adulte. Les sujets atteints de MST ont généralement un comportement plus risqué que le reste de la population et leur maladie les rend plus vulnérables à l'infection à VIH. Enfin, même les femmes enceintes sont plus exposées que la moyenne car elles ont eu peu avant des rapports sexuels non protégés (sans utiliser de préservatif). Néanmoins, l'évolution de la prévalence du VIH dans ces groupes peut donner une indication des tendances dans l'ensemble de la société.

De tous ces groupes, le plus représentatif de la population adulte dans son ensemble est vraisemblablement celui des femmes enceintes. Voilà pourquoi en Ouganda, comme dans d'autres pays, le principal système de surveillance repose sur le dépistage du virus dans les échantillons sanguins prélevés de manière systématique pendant les consultations prénatales. La surveillance a commencé en 1989 sur six sites dans les grandes villes, et s'est depuis étendue à 20 sites répartis dans tout le pays, y compris dans les zones rurales. Les tests sont effectués pendant les trois premiers mois de l'année. Durant cette période, des agents de santé prélèvent des échantillons sur toutes les femmes enceintes qui viennent passer leur première visite au dispensaire, jusqu'à ce qu'ils aient le nombre voulu d'échantillons (entre 250 et 400). Ce travail prend généralement 6 à 8 semaines et permet d'établir les taux d'infection à VIH pour cette période, c'est-à-dire la «prévalence ponctuelle». Il serait possible de faire des prélèvements pendant une plus longue période, mais étant donné le caractère dynamique de l'épidémie, on considère qu'il vaut mieux faire des analyses réduites mais régulières qui permettront de savoir comment évolue l'épidémie.

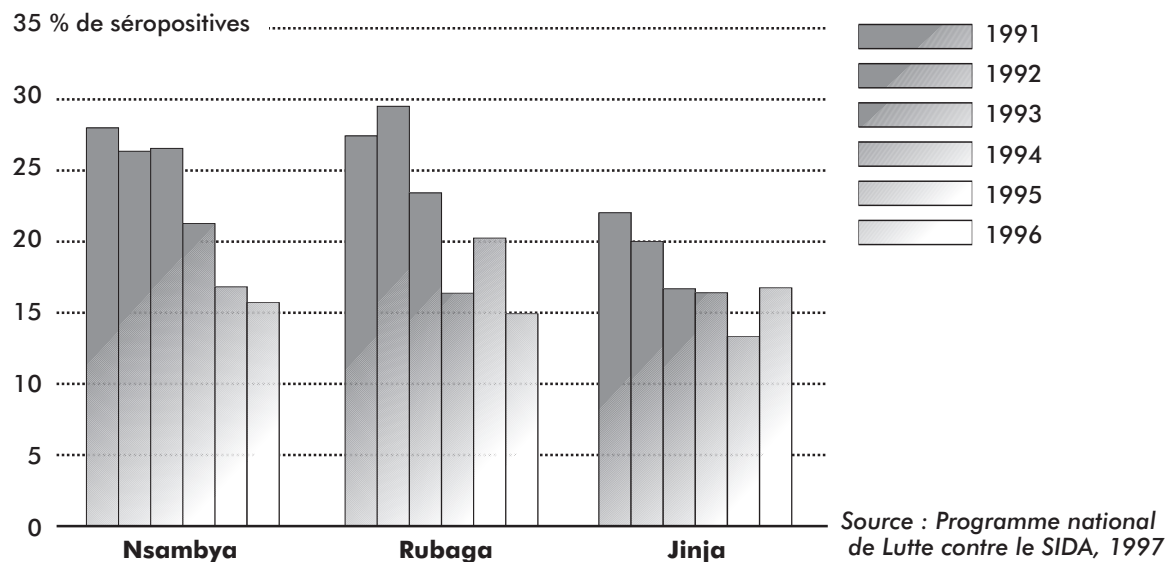
Sur les échantillons, on ne fait figurer que l'âge des femmes, sans dévoiler leur identité. Ils sont envoyés à l'Institut ougandais de Recherche sur les Virus, à Entebbe, où l'on effectue, selon la méthode ELISA, un test sérologique de mise en évidence des anticorps anti-VIH-I. Le Programme mondial OMS de lutte contre le SIDA a évalué six sites en 1994 et 1995 et a confirmé qu'ils suivaient les procédures recommandées pour la sélection des femmes, le prélèvement des échantillons sanguins, la séparation et la conservation du sérum ainsi que la réalisation du test sérologique.

Les résultats sont étonnants. Pour tous les sites sentinelles urbains, on a observé un recul important de l'infection à VIH pendant la première moitié des années 90, le pourcentage de mères séropositives ayant presque diminué de moitié dans certains cas. La figure 1 ci-après illustre ces résultats dans trois zones urbaines.

Ces résultats sont encourageants, mais peuvent être faussés à plusieurs égards :

■ **Erreurs de recrutement.** L'erreur est possible, mais peu probable. Premièrement, les femmes enceintes constituent un groupe bien déterminé – en milieu urbain, plus de 90% des citadines se rendent à la consultation prénatale pendant leur grossesse. Deuxièmement, les visites de supervision effectuées sur ces

Figure 1. Taux d'infection à VIH chez les femmes enceintes. Sites sélectionnés 1991–96



sites n'ont révélé aucune erreur de recrutement. A supposer que l'on ait omis de prélever quelques échantillons sur certains sites, cela ne saurait expliquer une baisse aussi régulière.

■ **Erreurs d'analyse.** Elles sont, elles aussi, peu probables car tous les échantillons ont été analysés par un laboratoire central qui se conforme aux procédures prescrites.

■ **Changement dans la composition du groupe.** Pendant la première moitié des années 90, l'Ouganda a accueilli un grand nombre de réfugiés rwandais, dont beaucoup ont aujourd'hui regagné leur pays, ce qui a pu modifier la composition du groupe de femmes se présentant dans les services prénatals urbains. Une migration entre villes et campagnes a également eu lieu : les femmes séropositives, par exemple, sont peut-être retournées à la campagne pour se faire soigner par leur famille. Il est difficile de corriger les données car aucun renseignement n'a été recueilli autre que l'âge des femmes concernées.

Il se peut également que le profil des femmes enceintes en Ouganda ait évolué pendant cette période, avec pour effet une diminution du taux d'infection à VIH dans le groupe. Il y a deux formes possibles d'évolution :

■ **Changement de l'âge moyen du groupe.** La crainte de l'infection à VIH peut retarder la première expérience sexuelle et inciter à utiliser le préservatif, deux facteurs qui font que la première grossesse survient plus tard. S'il s'agit là d'une évolution positive des comportements, elle a pour conséquence de modifier l'âge moyen des femmes enceintes pendant cette période, et étant donné qu'elles sont plus âgées, il sera plus difficile de les comparer aux groupes antérieurs. Néanmoins, ce changement sera sans doute insuffisant pour fausser sérieusement les résultats.

■ **Baisse de la fécondité chez les femmes séropositives.** Les femmes rendues moins fécondes par l'infection à VIH, par une MST ou par la maladie, le décès ou la baisse de fécondité de leurs partenaires sexuels ne feront pas partie de l'échantillon, de sorte que les « femmes enceintes » formeront un groupe où il y aura moins de sujets infectés que dans l'ensemble des femmes. Petit à petit, l'utilisation accrue du préservatif et d'autres méthodes modernes de contraception peut aussi influencer sur le taux de grossesses.

Ces paramètres sont difficiles à maîtriser et jouent certainement un rôle dans la baisse de la prévalence du VIH, mais même si l'on tient compte de ces réserves, les résultats demeurent encourageants,

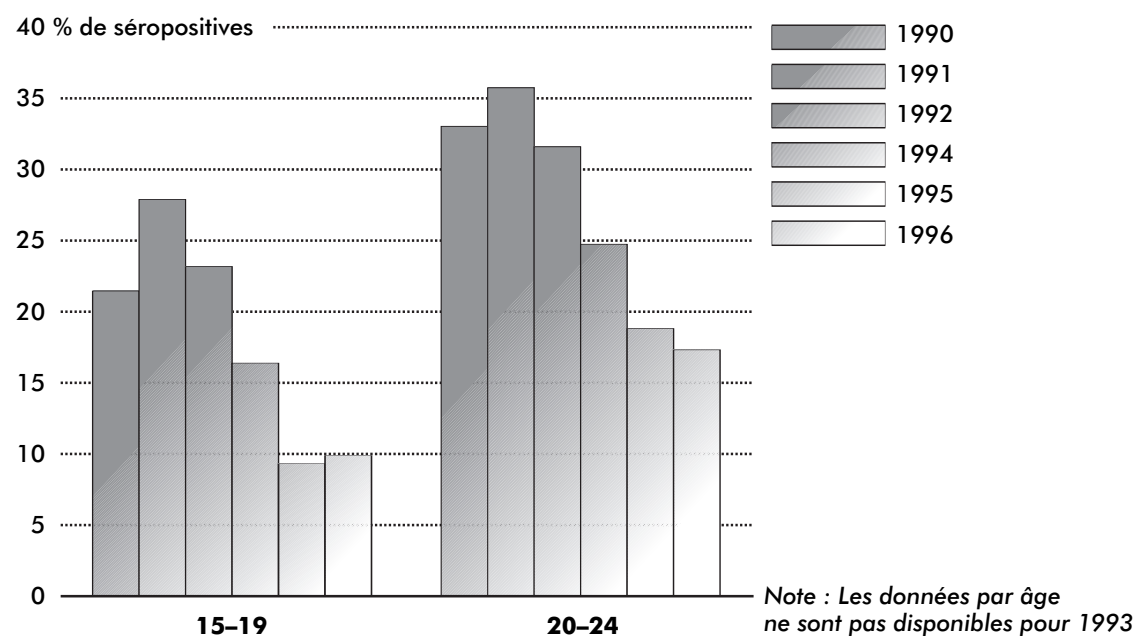
du moins vont-ils dans le bon sens. Ils sont d'ailleurs corroborés par des résultats similaires chez les hommes qui consultent les services MST de Kampala et chez qui la prévalence du VIH est passée de 45% environ à 35%.

Toutefois, une baisse de la prévalence n'implique pas forcément une diminution du nombre de nouveaux cas d'infection à VIH. La baisse de la prévalence chez les femmes enceintes, en particulier chez les plus âgées, peut aussi être due au fait que celles qui ont contracté le SIDA sont mortes avant de se rendre dans les services prénatals.

Bon nombre de ces réserves perdent de leur importance quand l'analyse porte seulement sur les femmes les plus jeunes, âgées de 15 à 19 ans. Une telle analyse limite les distorsions liées au vieillissement et à la stérilité puisque la probabilité est moindre que les jeunes femmes soient porteuses du virus depuis assez longtemps pour être devenues stériles ou moins fécondes. De plus, la prévalence sera bien plus proche de l'incidence car les décès seront moins nombreux dans cette tranche d'âge.

Là encore, les résultats sont encourageants. Entre 1990 et 1996, sur le site de Jinja, la prévalence chez les femmes enceintes âgées de 15 à 19 ans a chuté de 21% à 5%. A Nsambya, elle est passée de 22% à 10% pendant la même période (voir la figure 2). Sur le site de Rubaga, on a également enregistré un déclin pendant cette période, mais la tendance n'était pas homogène.

Figure 2. Prévalence du VIH par tranche d'âge, Nsambya



La régularité et l'ampleur de la baisse chez les femmes les plus jeunes permettent de croire à une chute réelle de la prévalence comme de l'incidence, et pourraient correspondre à une baisse de l'incidence dans l'ensemble de la population. Pourquoi l'incidence a-t-elle diminué ? Il se peut, par exemple, que le VIH ait perdu de sa virulence ou que le traitement administré dans les services MST soit devenu plus efficace, de sorte que les femmes souffrant de MST sont mieux soignées et donc moins vulnérables au VIH. Mais l'une des causes les plus probables de ce recul est l'évolution des comportements sexuels. De récentes enquêtes indiquent que des changements ont effectivement eu lieu, et ils sont suffisamment marqués pour affirmer avec plus de certitude encore que les données de surveillance reflètent fidèlement les tendances de la prévalence.

Enquêtes auprès de la population sur le comportement sexuel

La plupart des sondages sur le comportement sexuel ont été réalisés à relativement petite échelle et ne sauraient refléter l'ensemble de la population. En outre, seuls quelques-uns ont été reconduits dans la même zone, si bien qu'il est difficile de mesurer les changements survenus dans le temps.

En Ouganda, par contre, on a mené deux grandes enquêtes auprès de la population, l'une en 1989 et l'autre 1995, présentant suffisamment de points communs pour autoriser des comparaisons (échantillon de même taille, même méthode d'enquête et mêmes questions essentielles sur le comportement sexuel). Les deux sondages couvraient deux zones géographiques – les agglomérations de Kampala et de Jinja – où l'on a surveillé la prévalence pendant cette période. En 1989, le sous-échantillon correspondant aux zones de surveillance était composé de 1 186 personnes, et de 1 600 environ en 1995. Ces deux sous-échantillons se sont avérés comparables à bien des points de vue – la répartition par âge des sondés n'était guère différente d'une période à l'autre, de même que le niveau d'éducation.

En 1995, on a aussi demandé aux sondés s'ils avaient changé de comportement sexuel au cours des cinq années précédentes. Mais les réponses aux questions rétrospectives ne sont pas toujours fiables. Les Ougandais ont reçu tellement d'informations sur le VIH/SIDA qu'ils savent ce qu'il faut répondre aux yeux de la société. Quoi qu'il en soit, il ne serait pas étonnant de constater que ceux qui sont sexuellement actifs depuis longtemps ont changé de comportement au fil des ans et ont moins de rapports sexuels, ou moins de partenaires.

Les réponses aux questions concernant le comportement actuel des jeunes sont plus intéressantes quand on les compare aux réponses de leurs aînés au même âge. De la même façon, les réponses, surtout celles du dernier sondage, seront influencées par la «réponse correcte», mais sans doute dans une moindre mesure.

Ces résultats révèlent des différences notables de comportement sexuel sous presque tous les aspects abordés par l'enquête. Les données présentées ci-dessous concernent les sous-échantillons des deux sondages qui correspondent aux zones de surveillance de la prévalence.

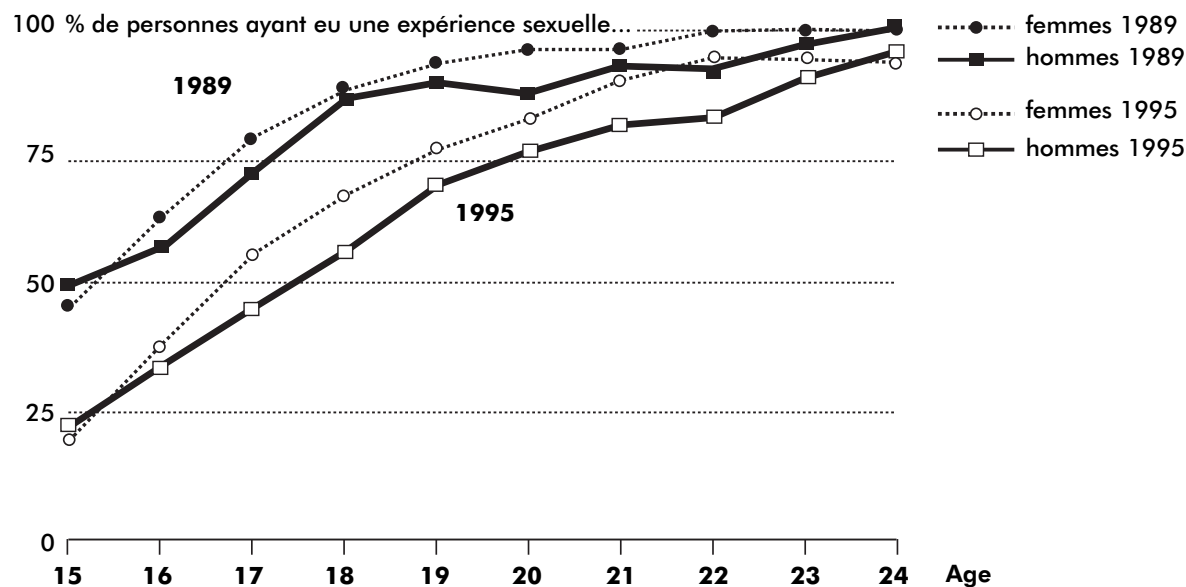
a) Age plus tardif lors des premiers rapports sexuels

Entre 1989 et 1995, le pourcentage de femmes de 15 à 19 ans indiquant n'avoir jamais eu de rapports sexuels a augmenté, passant de 26% à 46%. Chez les hommes de la même tranche d'âge, ce chiffre est passé de 31% à 56%. Chez les plus jeunes, âgés de 15 ans, la proportion de filles et de garçons n'ayant jamais eu de rapport sexuel est passée de 20% environ à 50% environ pendant cette période. La figure 3 ci-dessous indique, par âge, le pourcentage de personnes ayant déjà eu une expérience sexuelle.

b) Moins de rapports sexuels avec des partenaires non réguliers

On entend par partenaire régulier une personne avec laquelle la relation sexuelle dure depuis plus d'un an. Là aussi, on a observé des changements, quoique moins marqués. Entre 1989 et 1995, la proportion d'hommes ayant eu des rapports sexuels en dehors d'une relation régulière au cours des 12 mois précédents est passée de 22,6% à 18,1%. Le nombre de partenaires a par ailleurs diminué, passant de 2,3 à 2 en moyenne. Chez les femmes, cependant, on n'a constaté aucun changement notable : la proportion de femmes ayant eu des rapports avec des partenaires non réguliers est passée de 6% à 8%, mais cet écart n'est pas significatif statistiquement.

Figure 3. Pourcentage de personnes ayant eu une expérience sexuelle, par âge (15-24 ans), 1989 et 1995

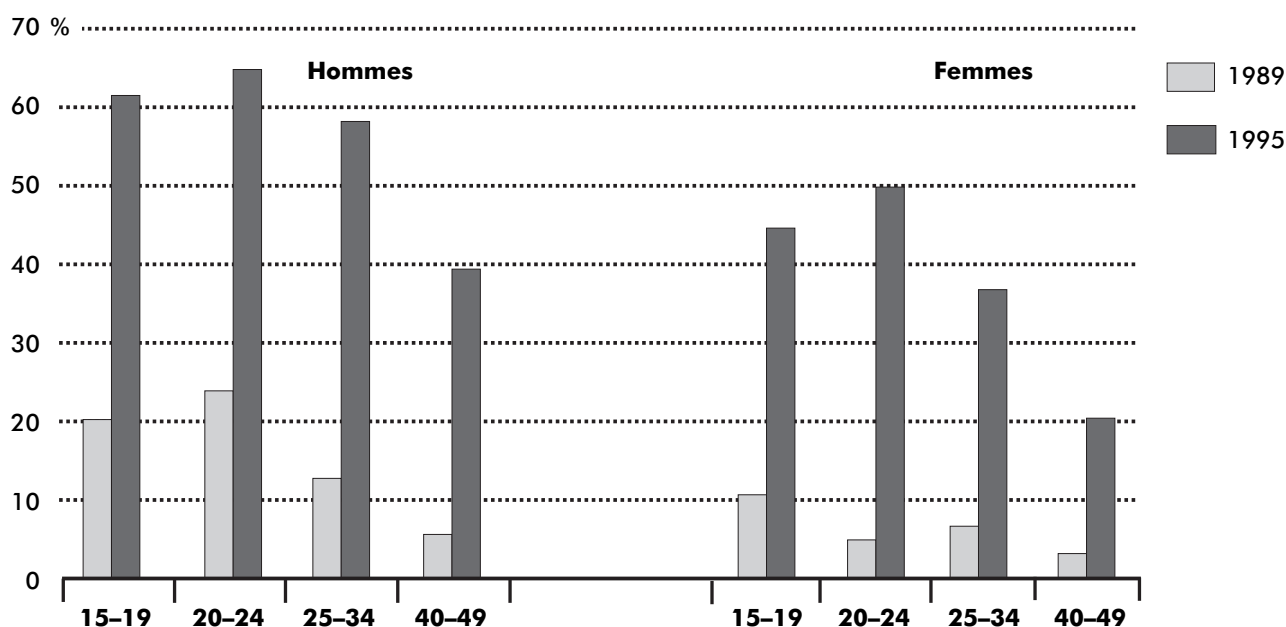


Les deux sondages ont révélé, en outre, que le premier mariage survenait plus tard chez les hommes comme chez les femmes, même si en 1995 l'âge moyen au premier mariage demeurait inférieur à l'âge légal de 18 ans.

c) Utilisation accrue du préservatif

Entre 1989 et 1995, le pourcentage de personnes sexuellement actives affirmant utiliser des préservatifs a beaucoup augmenté. Chez les hommes, la proportion de ceux qui ont déjà utilisé un préservatif est passée de 15% à 55%, et chez les femmes, de 6% à 39%. Comme le montre la figure 4, c'est dans la tranche d'âge 20-24 ans que le pourcentage est le plus élevé chez les hommes comme chez les femmes.

Figure 4. Utilisation du préservatif dans les zones urbaines d'Ouganda, 1989 et 1995



D'après le sondage de 1995, ceux qui avaient eu des rapports sexuels avec un partenaire non régulier au cours des 12 mois précédents étaient plus nombreux à utiliser le préservatif : 66% des hommes et 49% des femmes avaient utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport à risque.

Autres études sur le comportement sexuel

En plus de ces deux sondages, de nombreuses autres études – quantitatives et qualitatives – ont été effectuées à petite échelle sur l'évolution des comportements en Ouganda ces dernières années. Bien qu'elles ne permettent pas de faire directement des comparaisons dans le temps, elles confirment largement la conclusion selon laquelle les attitudes et les comportements auraient notablement changé. A la demande de l'ONUSIDA, plus de 300 documents scientifiques ont été analysés. Les questions examinées étaient les suivantes :

a) Age lors du premier rapport sexuel

D'autres chercheurs, anthropologues et démographes (UDHS, 1996) ont également observé récemment que le pourcentage de jeunes de 20 à 24 ans (hommes et femmes) ayant eu des rapports sexuels avant l'âge de 19 ans était plus faible aujourd'hui qu'à la fin des années 80.

b) Age lors du premier mariage

Pendant les années 80 et au début des années 90, l'âge moyen des jeunes filles lors de leur premier mariage avait tendance à diminuer. Dans les années 80, ce phénomène était probablement dû à la situation précaire, à la guerre et aux insurrections, tandis que depuis quelque temps, il serait dû à la peur du SIDA et au désir des hommes d'avoir une partenaire non infectée. Une étude effectuée récemment au niveau national a toutefois révélé que si l'âge moyen est stable, les femmes sont moins nombreuses à se marier à l'adolescence.

c) Relations sexuelles avec des partenaires non réguliers

Les autres études fournissent relativement peu de données quantitatives fiables, mais d'après les observations qualitatives, la fidélité à un partenaire régulier est de plus en plus fréquente.

d) Utilisation du préservatif

De multiples études, dont certaines ont suivi les mêmes cohortes dans le temps, indiquent que le préservatif est de plus en plus utilisé. Si l'on fait la synthèse de ces études, la proportion de personnes sexuellement actives ayant déjà utilisé un préservatif serait passée de 3% en 1987 à 25% en 1996 pour l'ensemble du pays.

Il est toujours difficile de mesurer les changements de comportement car les personnes interrogées souhaitent donner la bonne réponse aux yeux de la société. La terminologie et les indicateurs employés dans les différentes études manquent également de cohérence. Toute une série d'études indépendantes laissent cependant à penser que les comportements sexuels ont changé de manière notable au cours du temps, les jeunes citadins étant moins enclins à avoir des comportements qui les exposent au risque d'infection à VIH.

Critères de meilleure pratique

Bien-fondé

En Ouganda, qui figure parmi les pays africains les plus gravement touchés par l'épidémie, comme dans beaucoup d'autres pays, on émet des doutes sur le lien entre les programmes de prévention, l'évolution des comportements sexuels et, au bout du compte, les variations de l'incidence et de la prévalence du VIH. L'expérience ougandaise a montré que la baisse de la prévalence est trop importante pour résulter seulement de l'évolution naturelle de l'épidémie et découle probablement d'un changement des comportements. Faire la preuve qu'on peut modifier les comportements est un point essentiel si l'on veut maintenir l'engagement en faveur des programmes conçus à cet effet. En outre, des cartes montrant comment le lien entre la prévalence et le comportement varie d'un endroit à l'autre ou dans les zones où sont appliquées différentes mesures de prévention fournissent des renseignements qui permettront d'adapter et de modifier les programmes de prévention pour les rendre plus efficaces.

Efficiences

L'expérience ougandaise montre que si la portée, les délais et le type d'enquête sur les comportements sont bien choisis, un programme national de lutte contre le SIDA a les moyens de recueillir des données de qualité. Les enquêtes répétées auprès de la population générale ont coûté entre 20 000 et 30 000 USD chacune et ont demandé moins de 5 mois ; leur coût était moins élevé que dans d'autres pays.

Efficacité

Cette étude de cas met en lumière un lien plausible entre les données épidémiologiques faisant état d'une baisse de la prévalence du VIH dans les zones urbaines et les données sur le comportement indiquant que les jeunes sont de plus en plus nombreux à adopter des pratiques sexuelles à moindre risque. Les rapports entre prévalence et comportement mis en évidence par les sondages réalisés en Ouganda ainsi que les techniques de surveillance et d'enquête sur les comportements ont fait l'objet d'une évaluation indépendante et ont été jugés fiables. A l'avenir, les résultats pourraient être plus utiles encore si l'on recueillait des données socio-démographiques (éducation, lieu de résidence, profession et situation matrimoniale) sur les sites de surveillance afin de mieux corréler les résultats avec les enquêtes sur le comportement et de corriger les distorsions dues aux changements survenus dans l'échantillon de population. A l'avenir, le choix des échantillons pour les enquêtes sur les comportements devrait se faire en fonction des sites de surveillance par réseau sentinelle.

Viabilité

L'expérience de l'Ouganda en matière de surveillance par réseau sentinelle (système qui fonctionne depuis déjà dix ans) montre que la diffusion à l'échelle nationale d'informations fiables sur la dynamique de l'épidémie, sous une forme appropriée et au plus haut niveau de décision, en faisant appel aux compétences locales, permet d'obtenir des instances nationales et internationales l'appui technique et les fonds nécessaires pour rendre le projet durable.

Conformité à l'éthique

En Ouganda, les principes éthiques des directives OMS pour la surveillance anonyme non corrélée de l'infection à VIH par réseau sentinelle ont été strictement appliqués. Lors des enquêtes sur le comportement sexuel et la prévalence du VIH et des MST, on a veillé tout particulièrement au consentement éclairé et à la confidentialité (par exemple, les questionnaires étaient anonymes).

Bilan

Les dernières informations en provenance d'Ouganda donnent des raisons d'espérer. La surveillance par réseau sentinelle indique que la prévalence, et probablement l'incidence, de l'infection à VIH régresse chez les femmes enceintes dans les zones urbaines. Parallèlement, les enquêtes sur l'évolution des comportements sexuels dans les mêmes zones donnent à penser que toute baisse de l'incidence traduit un ou plusieurs des changements suivants : utilisation accrue du préservatif, premier rapport sexuel plus tardif, et, dans une moindre mesure, diminution du nombre de partenaires. Toutefois, d'après les études effectuées en milieu rural, le nombre de cas nouveaux demeure élevé même chez les jeunes et ne diminue pas.

Compte tenu des imprécisions dans les données et dans leur interprétation, il reste difficile d'établir un lien direct entre évolution des comportements et baisse de la prévalence, plus encore de déterminer le degré de changement nécessaire pour observer une donnée de la prévalence. Mais les données dont on dispose montrent clairement qu'il faut encourager les nouveaux comportements qui ne présentent pas de risque.

L'exemple ougandais montre aussi combien il importe de recueillir des séries parallèles de données, sur la prévalence du VIH d'une part, et sur les comportements d'autre part. Elles ont chacune leur utilité, mais prises ensemble, elles donnent une image beaucoup plus proche de la réalité des progrès accomplis dans la lutte contre le VIH/SIDA (ONUSIDA, 1998).

REFERENCES

UDHS. *Uganda Demographic Health Survey*. Macro Inc, Etats-Unis, 1996.

ONUSIDA. Collection *Meilleures Pratiques*. Outils fondamentaux. *Consensus régional sur l'amélioration de la surveillance comportementale et de la sérosurveillance face au VIH*. Genève, 1998.

Asiimwe-Okiror G, Opio AA, Musinguzi J, Madraa E, Tembo G et Caraël M. Changes in sexual behaviour and decline in HIV infection among young pregnant women in urban Uganda. *AIDS*, 1997; II: 1757–1764.

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.

Collection ONUSIDA sur les *meilleures pratiques* — UNAIDS/98.8

Le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA) élabore actuellement une collection de dossiers sur l'infection à VIH/SIDA, les causes et conséquences de l'épidémie, et les meilleures pratiques dans le domaine de la prévention du SIDA, des soins et de l'appui aux malades. Un dossier sur un sujet précis comprend une publication courte destinée aux journalistes et aux dirigeants communautaires (Point de vue ONUSIDA); un résumé technique des questions, problèmes et solutions (Actualisation ONUSIDA); des études de cas du monde entier (Etudes de cas ONUSIDA – *meilleures pratiques*); un ensemble de matériels pour exposés; et une liste d'outils fondamentaux (rapports, articles, livres, vidéos, etc.) sur un sujet donné. Ces dossiers seront régulièrement actualisés.

Actualisation ONUSIDA et Point de vue sont publiés en anglais, en espagnol, en français et en russe. Les personnes intéressées peuvent obtenir un exemplaire gratuit de ces publications dans les Centres d'information de l'ONUSIDA. Pour trouver l'adresse du Centre le plus proche, rendez-vous sur l'Internet (<http://www.unaids.org>); adresse électronique de l'ONUSIDA (unaids@unaids.org), téléphone (+41 22 791 4651); envoyer le courrier à Centre d'Information de l'ONUSIDA, 20 avenue Appia, 1211 Genève 27, Suisse.

Les journalistes qui souhaitent obtenir de plus amples renseignements sur un Point de vue en particulier, sont invités à contacter le Bureau ONUSIDA de l'Information (tél: +41 22 791 4577 ou 791 3387; fax: +41 22 791 4898; courrier électronique: wintera@unaids.org).

Traduction — OMS-TRA

© Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA) 1998. Tous droits de reproduction réservés. Cette publication peut être librement commentée, citée, reproduite ou traduite, partiellement ou en totalité, à condition de mentionner la source. Elle ne saurait cependant être vendue ni utilisée à des fins commerciales sans l'accord préalable, écrit, de l'ONUSIDA. (Contact: Centre d'Information de l'ONUSIDA, Genève – voir ci-dessus) Les opinions exprimées dans les documents par les auteurs cités n'engagent que lesdits auteurs. Les appellations employées dans cette publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'ONUSIDA aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. La mention de firmes et de produits commerciaux n'implique pas que ces firmes et produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'ONUSIDA de préférence à d'autres de même nature qui ne sont pas mentionnés. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.