

long terme (et qui sont inconnus) et savoir que le VIH devient souvent résistant aux médicaments qu'il rencontre. Si une personne est infectée malgré le traitement préventif et si le virus devient résistant, les options thérapeutiques ultérieures seront réduites.

La prévention hors du milieu médical

Le traitement préventif recommandé aux soignants exposés devrait-il l'être également aux personnes exposées au VIH lors de rapports sexuels ou de l'injection de drogues par des seringues contaminées ? La seule réponse que l'on peut faire, même si elle n'est pas satisfaisante, est : peut-être

Certaines expositions sont dangereuses : le risque d'infection après un seul rapport anal avec un homme séropositif, par exemple, semble aussi élevé qu'avec une piqûre par une aiguille contaminée par le VIH.

Toutefois, les conditions des expositions professionnelles et non professionnelles diffèrent notablement, et un traitement préventif après exposition administré à une personne qui n'est pas un professionnel de la santé risque d'être inefficace, voire d'augmenter les risques.

Lorsqu'un professionnel de la santé se pique avec une aiguille infectée, il sait immédiatement qu'il risque d'avoir été exposé au virus, et il peut bénéficier d'une prophylaxie préventive. De plus, les médecins de son établissement ont accès au dossier médical de la personne séropositive potentiellement contaminante, ce qui permet d'optimiser le traitement : si un médicament s'est révélé inefficace chez cette personne, on ne le prescrit pas à la personne exposée accidentellement.

En revanche, les personnes exposées lors de relations sexuelles ou d'injection intraveineuse de drogues ne connaissent pas nécessairement l'état de santé de leur partenaire ou des personnes ayant utilisé la même seringue, et aucun dossier médical n'est généralement disponible. En outre, il n'est pas toujours évident de se faire rapidement soigner.

Cet obstacle est important, car, d'après les données disponibles, un traitement préventif doit commencer très tôt après l'exposition. Un traitement commencé au cours des heures qui suivent l'exposition a plus de chances d'être efficace qu'un traitement commencé un jour après ; 72 heures après

l'exposition, il n'y a vraisemblablement aucun bénéfice à en espérer.

Même quand une exposition non professionnelle est avérée et quand la personne consulte rapidement, le médecin traitant hésite parfois à prescrire le traitement : si la personne traitée ne suit pas rigoureusement la prescription ou si elle continue à être exposée de façon répétée au virus pendant la durée du traitement, des virus résistant aux médicaments risquent d'apparaître. Beaucoup de personnes ont des difficultés à respecter les contraintes du traitement, et certaines s'astreignent difficilement à des pratiques sexuelles sans risques ou à l'utilisation de seringues propres.

D'autres risques existent. Des personnes qui savent qu'un traitement préventif après exposition est disponible risquent de prendre moins de précautions : l'augmentation du nombre de prescriptions du traitement préventif après exposition risque de faire croître l'incidence de l'infection dans la population générale. En revanche, les professionnels de la santé restent prudents, même quand ils savent qu'un traitement préventif après exposition existe.

Diverses études devraient clarifier les avantages et les inconvénients du traitement préventif chez les personnes exposées dans un contexte non professionnel. Les médecins confrontés à une personne craignant d'avoir été contaminée devraient évaluer les risques d'infection, en fonction du type d'exposition et de la probabilité que le partenaire soit séropositif. Un traitement préventif est généralement prescrit après un viol ou après des expositions sexuelles risquées (en cas de rupture d'un préservatif, par exemple). Les traitements répétés augmentant les risques de sélection de variants résistants, les médecins ne prescrivent généralement pas de traitement préventif après exposition aux personnes régulièrement exposées au virus.

Le traitement préventif après exposition est une stratégie de dernier recours pour prévenir l'infection par le VIH. Il n'empêchera pas l'expansion mondiale de ce virus mortel, que seuls les programmes de prévention avant exposition et la recherche d'un vaccin efficace devraient endiguer.

Susan BUCHBINDER dirige le département de recherche sur le VIH à l'Institut de santé publique de l'Université de San Francisco.



SIDA et éthique

TIM BEARDSLEY

Les essais cliniques menés dans les pays en développement sont parfois controversés, car, selon certains biologistes, ils ne respectent pas toujours les règles éthiques appliquées dans les pays industrialisés.

Depuis l'apparition de la pandémie de SIDA, les personnes atteintes de la maladie ou infectées par le VIH sont victimes de discriminations, dans tous les pays du monde. De surcroît, le coût élevé du traitement et sa durée aggravent les difficultés posées, à un degré moindre, par les autres maladies graves. Diverses questions éthiques sont âprement débattues. Comment traiter les personnes séropositives sans discrimination raciale ou sociale ? Comment peut-on s'assurer que les tests d'évaluation des nouveaux traitements respectent les règles de l'éthique ?

Le public et le personnel médical ont parfois des attitudes discriminatoires vis-à-vis des personnes séropositives, par peur de la contamination. Les batailles

juridiques qui ont commencé avec l'épidémie continuent aujourd'hui.

La discrimination n'est que l'un des nombreux problèmes moraux posés par le VIH aux professionnels de la santé et à la société. Le meilleur traitement aujourd'hui disponible, une combinaison de trois substances qui bloquent la prolifération du virus, doit être poursuivi indéfiniment et coûte plus de 60 000 francs par an. Bien que les États américains aient institué des programmes d'aide pour fournir des médicaments anti-VIH à ceux qui ne pourraient se les procurer, les fonds disponibles sont limités, et les plus démunis n'ont guère accès aux soins.

L'argent n'est pas l'unique obstacle. La trithérapie exige la prise quotidienne d'au moins huit comprimés anti-VIH (souvent beaucoup plus) à des heures précises. Les personnes qui ne suivent pas scrupuleusement les prescriptions risquent de favoriser la prolifération, dans leur organisme, de virus résistants, ce qui rend un traitement ultérieur plus aléatoire et augmente le risque de transmission de virus résistants à d'autres personnes. C'est pourquoi les médecins conseillent parfois la trithérapie aux personnes qui semblent ne pas pouvoir respecter le traitement.

Les progrès thérapeutiques réalisés au cours des deux dernières années ont également posé des problèmes d'éthique qui influent à présent sur la conduite des essais cliniques. Les médecins ont compris qu'aucun médicament anti-VIH n'est efficace longtemps s'il est administré seul et qu'une telle utilisation favorise la sélection de variants résistants. Ils

en ont déduit que l'on ne devait plus mener des essais de longue durée sur un seul médicament administré à des personnes séropositives. Les obligations éthiques ont notablement augmenté la complexité et le coût des nouveaux essais cliniques.

Est-il décent, par ailleurs, que les pays riches financent, dans les pays pauvres, des recherches qui chez eux seraient contraires aux règles de l'éthique ? La controverse est née en 1997, lorsque les biologistes américains Peter Lurie et Sidney Wolfe (travaillant dans un centre de recherche public) soulignèrent que certains essais menés dans des pays en développement par des instituts publics de recherche étaient contraires à l'éthique. Ces études, menées dans plusieurs pays d'Afrique et d'Asie, devaient établir si un traitement de courte durée par la zidovudine (AZT), ou par d'autres substances peu coûteuses, empêchait la transmission du VIH des mères infectées à leur enfant.

Les responsables de l'étude savaient, avant le début de celle-ci, que la zidovudine diminue la transmission du VIH d'environ deux tiers quand le médicament est administré durant les 26 dernières semaines de la grossesse, lors de l'accouchement (par voie intraveineuse), puis au bébé pendant six semaines. Toutefois, le coût du traitement (de l'ordre de 5 000 francs) en interdit l'usage généralisé dans les pays en développement.

Les essais controversés visaient à déterminer l'efficacité d'un traitement dix fois moins coûteux, où la zidovudine ou d'autres médicaments seraient administrés seulement pendant les trois ou quatre dernières semaines de la



David Guttenfelder, Associated Press

CETTE FEMME ENCEINTE, contaminée par le VIH, en Côte-d'Ivoire, envisage de participer à un essai clinique qui pourrait éviter qu'elle ne transmette le virus à son enfant.