

## EN SAVOIR PLUS :

### Prêcher la bonne parole

*Campagnes de santé publique pour sensibiliser au problème du VIH/SIDA*

Un lycéen se détourne de trois amis et dit : « le sexe peut attendre ». C'est simplement l'une des images représentées sur les affiches et panneaux d'affichage au Malawi dans le cadre de la campagne de santé publique destinée à attirer l'attention sur le VIH/SIDA. En Thaïlande, des affiches montrant des personnages bâtons dans différentes positions sexuelles illustrent à quel moment utiliser des préservatifs. En Suisse, la campagne actuelle montre deux femmes nues qui font de l'escrime avec le message « pas d'action sans protection ».

Ces campagnes de santé publique jouent un rôle essentiel dans les actions de prévention contre le VIH et servent, à travers le monde, à relayer des messages qui encouragent les gens à modifier leur attitude et à vaincre la stigmatisation qui entoure le VIH/SIDA. Leur contenu est extrêmement variable et va des images osées aux représentations plutôt austères, mais le message reste toujours le même. Ces affiches, panneaux d'affichage ou campagnes médiatiques font connaître au grand public des réalités vraiment indispensables, contribuent à dissiper les mythes et les idées fausses sur le VIH/SIDA et donnent aux gens la capacité de maîtriser leur vie.

Dans certains pays, ces campagnes ont rencontré un succès remarquable, notamment en Ouganda et en Thaïlande. Beaucoup attribuent même à ces campagnes de santé publique le mérite de la baisse du nombre des nouvelles infections VIH. Néanmoins, la prévalence et les taux d'incidence du VIH systématiquement élevés dans de nombreuses régions du monde indiquent que les campagnes de santé publique ont encore un long chemin à parcourir pour

délivrer leur message sur le VIH/SIDA et sur la manière de prévenir l'infection. En Inde, pays qui compte peut-être le plus grand nombre de séropositifs de la planète, 43 % des femmes n'ont jamais entendu parler du VIH. Même aux États-Unis qui sont saturés de médias, les idées fausses abondent. Une étude a en effet montré qu'environ 47 % des Afro-américains croient qu'il existe un vaccin contre le SIDA mais qu'il fait l'objet d'une rétention délibérée.

C'est un immense défi pour les organisations qui élaborent et diffusent ces messages de santé publique ainsi que ceux destinés aux volontaires potentiels des essais de vaccin anti-SIDA. Ces campagnes doivent instaurer un équilibre entre la provocation souhaitée pour éveiller la conscience et la nécessité de respecter la sensibilité culturelle de chaque peuple. Les débats autour des comportements sexuels ajoutent encore à la complexité. Les anciennes campagnes ont cependant démontré qu'élaborer des messages au sein de la population et obtenir le soutien des responsables nationaux est indispensable à leur succès.

### Un changement de l'intérieur

Toutes les campagnes de santé publique réussies suivent certains principes. Il faut notamment mener des enquêtes pour identifier la population ciblée, tester préalablement les messages et effectuer un suivi pour analyser l'impact et les avantages obtenus. Toutefois, pour qu'une campagne soit vraiment efficace il est indispensable d'impliquer les gens sur le terrain, de faire appel à une direction nationale, de choisir les bons médias à utiliser pour atteindre la population et de comprendre que les messages doivent s'enraciner dans la culture locale plutôt que d'être imposés par des étrangers. « On est tenté de croire qu'induire un changement d'attitude est tout bonnement impossible », explique Tony Barnett, chercheur en sciences économiques et sociales à la London School of Economics. « Ce n'est pourtant pas vrai. Les cultures sont très variables et très souples. Il est néanmoins plus facile d'intro-

duire un changement de l'intérieur que de l'extérieur ».

« Une campagne contre la stigmatisation menée au Zimbabwe illustre comment il est possible de changer la manière dont le message est perçu en impliquant les populations locales », reprend Devora Joseph, directeur intérimaire d'AIDSMark, programme consacré au marketing social des produits et services de prévention contre le VIH et géré par l'association Population Services International (PSI). PSI et ses partenaires locaux ont identifié des personnes séropositives désireuses de parler de leur expérience et les ont fait participer à des publicités à la radio et à la télévision et figurer sur les affiches de la campagne *Don't Be Negative About Being Positive* (« Ne soyez pas négatif face à la séropositivité »). L'enquête de PSI a indiqué que les gens qui avaient entendu les messages de la campagne acceptaient mieux les personnes atteintes par le VIH/SIDA.

Une forte direction nationale est également payante. Beaucoup vantent les mérites du président de l'Ouganda Yoweri Museveni pour son rôle dans la réussite des campagnes nationales destinées à réduire le taux de transmission-prévalence du VIH qui a chuté de 15 % au début des années 1990 à environ 6,7 % en 2005. Tandis que le débat faisait rage sur les méthodes de prévention (abstinence, fidélité ou préservatifs) les plus efficaces pour endiguer le virus, on a beaucoup fait l'éloge de la volonté politique du président Museveni. Par exemple, Museveni a enjoint les hommes et les femmes à se montrer sexuellement plus responsables dans une série de messages radiodiffusés. Chacun d'eux com-

## Dans ce numéro :

### EN SAVOIR PLUS :

- Prêcher la bonne parole

### NOUVELLES DU MONDE :

- Nomination d'un nouvel émissaire spécial pour le SIDA en Afrique
- Début d'un essai de vaccin anti-SIDA de phase I

### QUESTION DE FOND :

- Comprendre le Comité de surveillance de la sécurité des données

mençait par un morceau de tam-tam, instrument traditionnel pour transmettre les avertissements urgents d'un village à l'autre et évocation culturelle qui a aidé la population à prendre en compte l'importance du message.

En Thaïlande, la campagne préservatif à 100 %, qui exhortait tous les prostitués à utiliser un préservatif lors de chaque rapport sexuel, a été fortement soutenue par le gouvernement et identifiée dans l'esprit du public au ministre de la santé Mechai Viravaidya affectueusement surnommé par la suite « Monsieur préservatif ». Ce programme prévoyait la distribution de préservatifs, l'éducation des prostitués et de leurs clients et la fermeture des lieux non-conformes. Le Programme des Nations Unies pour le développement reconnaît que cette politique a permis de faire tomber les nouvelles infections VIH de 140 000 en 1991 à 19 000 en 2003. Selon la Banque mondiale, le déploiement de campagnes de prévention efficaces a évité à la Thaïlande 6,7 millions de nouvelles infections.

Le choix d'un support médiatique adapté est un autre élément important. S'agissant d'un sujet aussi complexe que le comportement sexuel, la seule utilisation de panneaux d'affichage, d'affiches et de médias de masse ne suffit pas. Dans les zones rurales, les gens vivent souvent à des kilomètres de la plus proche télévision, radio ou panneau d'affichage. C'est pourquoi les éducateurs combinent les campagnes médiatiques avec d'autres interventions comme le conseil psychosocial, l'éducation par des pairs, les groupes d'assistance ou même les troupes de théâtre ambulants. Les campagnes doivent être créatives. Dans de nombreux pays d'Afrique, les éducateurs de santé organisent des matchs de football qui attirent les gens des villages environnants et profitent de cette rencontre pour véhiculer des messages sur le VIH/SIDA. Dans ce contexte, la communication interpersonnelle est particulièrement efficace. « Penser qu'il suffit de mettre un panneau d'affichage et de dire aux gens d'utiliser un préservatif est la plupart du temps infructueux », poursuit Joseph.

Sans une appropriation de la thématique et une forte direction locale, les campagnes de santé publique risquent d'avoir l'effet inverse à celui recherché. Pour sa campagne mondiale sur le SIDA 2002–2003, l'ONUSIDA a commandé une série d'affiches destinées à illustrer la stigmatisation du SIDA afin de les diffuser aussi bien en Afrique qu'en Inde. Pourtant, à l'issue d'une analyse menée par les chercheurs de l'Université McGill de Montréal, le Canada a constaté que de nombreuses personnes pensaient en réalité que les affiches fermaient les yeux sur la stigmatisation plutôt que de la dissuader.

« Parfois, la même campagne ne fonctionne pas

partout et même à l'intérieur des frontières d'un pays », dit Kwaku Yeboah, directeur de la prévention de l'association Family Health International. Les citoyens de la plupart des pays en développement ont souvent un mode de vie moderne tandis que les villageois des campagnes tirent davantage leurs informations de leurs aînés et des guérisseurs traditionnels. « Il est donc extrêmement important de faire appel à la participation locale pour parvenir à comprendre le mode de pensée des gens », ajoute Yeboah.

En 1988, le gouvernement du Botswana a lancé une campagne très influencée par des idées occidentales pour éduquer la population sur le VIH/SIDA et promouvoir l'usage du préservatif. Dans les zones rurales, la campagne a été accueillie avec incrédulité et la population a associé les préservatifs à la promiscuité et à un déclin des valeurs traditionnelles. En conséquence, de nombreux Botswanais ont cru que le SIDA était une maladie due aux comportements immoraux. Ils ont donc considéré que le SIDA ne les concernait pas et n'ont pas jugé utile de modifier leur propre comportement.

---

## *Le déploiement de campagnes de prévention efficaces a évité à la Thaïlande 6,7 millions de nouvelles infections.*

---

De multiples exemples illustrent combien il est difficile d'élaborer des campagnes de santé publique sur des questions aussi sensibles que le comportement sexuel. « Nous ne connaissons pas bien le comportement sexuel des hommes et encore moins sa spécificité dans les diverses cultures », note Barnett. Selon lui, il est par conséquent peu réaliste de penser que les gens vont commencer facilement à utiliser des préservatifs ou que l'abstinence est un choix simple.

Découvrir pourquoi les gens adoptent certaines pratiques sexuelles est essentiel pour concevoir des campagnes susceptibles de tenir la promesse de réduire le taux de transmission du VIH. La signification culturelle du sexe ne varie pas seulement entre les pays mais entre les groupes sociaux d'un même pays. Les choix sexuels sont influencés par des facteurs culturels,

sociaux et économiques. C'est particulièrement vrai pour les femmes. « Avoir ou non des relations sexuelles est moins lié à la culture qu'aux décisions que prennent les gens, et surtout les femmes, pour assurer leur survie », reprend Barnett.

Dans de nombreux pays du monde, les femmes dépendent souvent économiquement des hommes. Elles n'ont pas la possibilité d'exiger la fidélité ou l'usage du préservatif et sont plus susceptibles de vivre sous la menace de la violence de leur partenaire sexuel. En conséquence, les relations sexuelles constituent souvent un moyen de survie nécessaire, plus particulièrement dans un contexte de pauvreté. C'est l'une des raisons pour lesquelles les femmes supportent de façon croissante tout le poids de l'épidémie de VIH/SIDA.

Les femmes en quête de relations sexuelles avec des « protecteurs » plus âgés pour améliorer leur train de vie courent aussi de nouveaux dangers. Ces jeunes femmes ont en effet plus de risques de contracter le VIH car plus les hommes sont vieux, plus ils ont de chances d'avoir eu de multiples partenaires sexuels. Pour lutter contre cette tendance, PSI a mis au point des campagnes à destination des parents, des jeunes femmes et de leur partenaire en Ouganda, au Cameroun, au Kenya et au Mozambique.

D'autres programmes encouragent les hommes à traiter les femmes plus respectueusement. Une campagne destinée aux ouvriers agricoles saisonniers en Afrique du Sud apprend aux contremaîtres à ne pas abuser de leur position hiérarchique pour harceler les ouvrières et les exploiter.

Les futures campagnes adopteront peut-être des méthodes plus innovantes comme ça a été le cas récemment en Afrique du Sud. L'étude sur la mise en place de microcrédits en faveur de la lutte contre le SIDA et de l'égalité des sexes a montré que donner une autonomie économique aux femmes par des petits prêts leur permettant de monter un commerce, de les éduquer sur le VIH/SIDA et les problèmes d'égalité des sexes diminuait le risque de violence interpersonnelle.

La force de ces actions tient dans le fait qu'elles ne cherchent pas à modifier le comportement des gens en leur disant ce qu'ils doivent faire et ne pas faire. Elles donnent plutôt aux femmes une possibilité économique qu'elles n'auraient pas eue autrement et, par conséquent, la capacité de prendre d'autres décisions en matière de sexe, conclut Barnett.

### **Campagnes de vaccin anti-SIDA**

Le tiers monde n'a pas le monopole des malentendus sur le VIH et le SIDA. Aux États-Unis, les idées fausses sont communes dans les populations mêmes où l'épidémie connaît la croissance la plus rapide. En 2005, la moitié des cas diagnostiqués

l'a été parmi les Afro-américains, soit une hausse de 25 % en 20 ans. Le manque de connaissances précises sur le VIH/SIDA dans la population afro-américaine et originaire d'Amérique latine ne rejaillit pas uniquement sur le taux de transmission du virus mais aussi sur le recrutement des participants aux essais de vaccins.

Seulement 17 % des volontaires aux essais de vaccins anti-SIDA appartiennent à la communauté noire ou latine, selon Cornelius Baker de l'Academy for Educational Development (AED), organisation qui élabore des campagnes de santé publique. AED a conclu un contrat de cinq ans

avec le National Institute of Allergy and Infectious Diseases pour encourager la participation aux essais de vaccins anti-SIDA.

L'une des premières étapes de son action consiste à éduquer les populations ciblées. L'inégalité des Afro-américains en matière de santé a des racines historiques qui leur ont légué une certaine méfiance. AED étudie actuellement comment pénétrer les groupes qui nourrissent des idées fausses sur le VIH en dépit de la présence des médias de masse. Prenant en considération la nécessité le besoin d'être accordé avec les populations locales sur le terrain, AED distribuera des

fonds à des associations locales pour élaborer des campagnes ou collaborer avec des groupes de bénévoles plutôt que de concevoir une campagne nationale.

Aussi difficile que soit actuellement l'élaboration de messages efficaces sur le VIH/SIDA, la communication deviendra sans aucun doute plus complexe avec les nouvelles actions de lutte contre le virus comme la circoncision, les vaccins anti-SIDA, les microbicides, les diaphragmes et la prophylaxie préexposition qui exigeront probablement d'adapter et de diffuser les messages à un vaste éventail de populations.

## NOUVELLES DU MONDE :

### Nomination d'un nouvel émissaire spécial pour le SIDA en Afrique

Elizabeth Mataka, directeur exécutif du National AIDS Network de Zambie et vice-président du conseil d'administration du Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme, a récemment été nommée émissaire spécial pour le SIDA en Afrique par Ban Ki-moon, Secrétaire général de l'ONU. Botswanaise, Elizabeth Mataka oeuvre en faveur de la prévention du VIH/SIDA, des traitements et des soins depuis 16 ans. Elle succède à Stephen Lewis qui, à la suite du départ de l'ancien Secrétaire général de l'ONU Kofi Annan en 2006, a quitté son poste après cinq ans d'exercice.

Tout le temps qu'a duré sa mission d'émissaire spécial, Stephen Lewis a critiqué en termes passionnés les ravages causés par le VIH/SIDA en Afrique et il est devenu l'un des défenseurs les plus acharnés et célèbres des droits de la femme sur le continent africain. La nomination d'Elizabeth Mataka comble le vœu de Stephen Lewis qu'une femme africaine prenne sa place. C'est la première Africaine chargée du rôle d'émissaire spécial de l'ONU et, au moment où elle entre en fonction, la situation des femmes africaines n'a jamais été aussi désespérée. Comme le VIH continue à se répandre en Afrique sub-saharienne, les femmes sont de plus en plus souvent contaminées. On estime en effet que 4,6 % des jeunes femmes d'Afrique sub-saharienne sont actuellement séropositives au VIH contre 1 % des hommes de la même classe d'âge.

### Début d'un essai de vaccin anti-SIDA de phase I

Le Vaccine Research Center (VRC) auprès du US National Institute of Allergy and

Infectious Diseases en partenariat avec le laboratoire pharmaceutique GenVec vient d'entamer un essai clinique de phase I pour évaluer la tolérance et l'immunogénicité d'un nouveau vaccin anti-SIDA à base d'adénovirus de sérotype 35 sur 15 volontaires. L'adénovirus peut déclencher certaines formes du rhume commun et il existe plusieurs sérotypes circulants à travers le monde. Un autre sérotype d'adénovirus dénommé Ad5 est déjà utilisé dans d'autres vaccins candidats anti-SIDA comme vecteur pour délivrer des fragments de VIH au système immunitaire (voir *Vax* de septembre 2004, *Question de fond* «Comprendre les vecteurs viraux»). Les vaccins-candidats à base d'Ad5 sont maintenant testés dans une série d'essais de phase II menés par VRC et dans deux essais de phase IIb du laboratoire américain Merck. Cependant, l'utilisation d'un vecteur viral comme l'Ad5, dont le taux de prévalence est très élevé dans certains pays du monde, peut être un inconvénient. Les volontaires préalablement exposés à l'Ad5 possèdent probablement une immunité préexistante à ce vecteur viral susceptible d'empêcher l'induction de réponses immunitaires au vaccin-candidat anti-SIDA. L'avantage potentiel de l'Ad35 est qu'il est beaucoup moins répandu dans le monde.

Cet essai en deux volets est le premier à tester un autre sérotype d'adénovirus dans des essais cliniques. Le premier volet permettra d'évaluer la tolérance d'une injection intramusculaire de vaccin-candidat avec trois dosages différents. Dès que les données sur la tolérance du vaccin auront été examinées, les chercheurs apprécieront la tolérance et l'immunogénicité du vaccin candidat administré conjointement avec celui de VRC à base d'Ad5. Le vaccin à base d'Ad35 a été mis au point par VRC et GenVec.



Rédacteur-en-chef  
Dr Simon Noble

Rédacteurs scientifiques en chef  
Kristen Jill Kresge

Dr Andreas von Bubnoff

Directeur de production  
Nicole Sender

Traduction  
Lexcelera

Tous les articles sont de Kristen Jill Kresge.  
La *Question de fond* est l'adaptation d'un article de Catherine Zandonella (*IAVI Report* 11, 2 2007)  
VAX est un projet dirigé par Kristen Jill Kresge.



### ABONNEMENT :

Si vous souhaitez recevoir *VAX* par e-mail, envoyez-nous votre demande en spécifiant la langue choisie à l'adresse suivante : [iavireport@iavi.org](mailto:iavireport@iavi.org). Si vous souhaitez recevoir plusieurs exemplaires écrits de *VAX* (en version anglaise uniquement) afin de pouvoir les distribuer et/ou les utiliser dans le cadre de vos programmes, envoyez-nous votre demande en indiquant le nombre d'exemplaires souhaité ainsi que vos coordonnées postales à l'adresse suivante : [iavireport@iavi.org](mailto:iavireport@iavi.org).

Pour plus d'information, veuillez consulter le site [www.iavireport.org](http://www.iavireport.org).

*VAX* est un bulletin mensuel du *IAVI Report* la lettre d'information sur la recherche de vaccins anti-VIH publiée par l'Initiative internationale pour un vaccin contre le VIH (International AIDS Vaccine Initiative - IAVI). *VAX* est actuellement disponible en anglais, en français, en allemand, en espagnol et en portugais en format PDF ([www.iavireport.org](http://www.iavireport.org)) ou sous forme de bulletin électronique. Fondée en 1996, IAVI est une organisation non gouvernementale présente dans 24 pays à travers le monde qui a pour mission d'accélérer la recherche d'un vaccin préventif anti-VIH/SIDA. IAVI et son réseau de partenaires mènent des recherches et développent des vaccins-candidats. IAVI œuvre également pour que le vaccin anti-VIH soit une priorité mondiale et pour garantir un accès universel au vaccin. Pour plus d'information, veuillez consulter le site [www.iavi.org](http://www.iavi.org).

Copyright © 2007

## De quelle manière le comité surveille-t-il les essais cliniques en cours ?

Divers comités supervisent les normes éthiques des essais cliniques, notamment ceux des vaccins-candidats anti-SIDA. Ces comités sont mis en place à chaque nouvel essai pour garantir leur exécution en toute sécurité, le respect des droits des volontaires et la crédibilité scientifique de l'étude. Avant le démarrage d'un essai, les grandes lignes du projet ou protocole sont examinées par un Comité de protection des personnes, instance officielle chargée de donner son avis sur les protocoles de recherche. Ce comité est en premier lieu responsable de l'analyse du concept de l'étude et de tous les supports nécessaires à l'encadrement de l'essai comme les formulaires de consentement éclairé et les brochures d'information (voir *Vax* de juin 2005, *Question de fond* « Comprendre le consentement éclairé »). Aucun essai clinique ne peut être lancé sans l'agrément du Comité de protection des personnes.

Un autre comité dénommé Comité de surveillance de la sécurité des données est responsable du suivi de la sécurité et des progrès de l'essai une fois qu'il est en cours. Ces comités de surveillance ont été mis en place dans les années 1960 pour assister les promoteurs de la recherche médicale dans l'analyse des données collectées, mais leur rôle majeur consiste à présent à évaluer les risques et à veiller à la sécurité des volontaires tout au long de l'essai. Ils peuvent donner des avis aux promoteurs de l'essai, aux bailleurs de fonds et aux investigateurs. Après avoir analysé les données relatives à la tolérance et à l'efficacité, ces comités décident s'il faut poursuivre l'essai ainsi, le modifier ou y mettre fin. Ils évaluent aussi l'apport scientifique de l'étude à la lumière des résultats d'autres essais ou progrès dans le même domaine.

### Mission du Comité de surveillance

Un Comité de surveillance est formé de trois à dix membres et comprend des chercheurs, des cliniciens, des biostatisticiens, des citoyens ou militants. Ce sont en général des experts indépendants qui travaillent dans le même domaine ou dans une discipline proche, n'ont aucun lien personnel ou professionnel avec les médicaments testés et sont par conséquent impartiaux.

Tous les essais cliniques ne requièrent pas

la mise en place d'un Comité de surveillance et les organismes de réglementation comme l'US Food and Drug Administration (FDA) et l'Agence européenne d'évaluation des médicaments (EMA) ont des normes différentes. On y recourt généralement pour les études en double aveugle où ni les promoteurs de l'essai ni les investigateurs ne savent quels volontaires reçoivent le principe actif ou le placebo et dès qu'il existe un risque éventuel pour les participants ou lorsqu'un essai est mené conjointement sur plusieurs sites. Ce comité joue un rôle important dans les grands essais multicentriques qui prennent place dans différents pays ou continents car les investigateurs principaux n'ont souvent accès qu'aux données recueillies sur leur propre site. Le Comité de surveillance peut veiller à la tolérance et à l'efficacité à partir des données cumulées de tous les sites pour prendre une décision à l'égard de la poursuite de l'essai.

Il a également d'autres devoirs. En premier lieu, il réexamine la sécurité à partir des données de l'essai et analyse le rapport risque/avantage des médicaments ou vaccins testés et tous les événements indésirables susceptibles de se produire. Il analyse aussi régulièrement l'efficacité à partir des données recueillies tout au long de l'essai. Si l'essai concerne par exemple un microbicide ou un vaccin-candidat anti-SIDA conçu pour prévenir l'infection VIH, il doit comptabiliser le nombre de volontaires devenus incidemment séropositifs en raison de leur comportement à risque pendant la durée de l'étude pour voir si le groupe placebo contracte plus facilement le virus que celui qui reçoit le principe actif expérimental. Il est ainsi en mesure de déterminer si cette expérimentation est fructueuse ou potentiellement nocive.

Il surveille de même étroitement l'avancement, la conduite de l'essai et la conformité de son déroulement avec le protocole d'étude. Il examine le nombre de volontaires recrutés et retenus, le type de volontaires (femmes ou hommes), les performances des sites d'essai et l'intégrité des données fournies par les sites. Il réexamine l'état d'avancement de l'essai ainsi que les données relatives à la tolérance et à la sécurité à des intervalles prédéfinis et ses conclusions sont transmises au Comité de protection des personnes.

### Modification d'un essai

Il existe plusieurs scénarios en présence desquels le Comité de surveillance peut suggérer d'apporter des modifications au protocole d'essai. S'il considère par exemple que le nombre de volontaires recrutés est insuffisant pour déterminer véritablement l'efficacité du produit, il a la latitude de recommander l'élargissement du recrutement des personnes ciblées.

Dans de nombreux cas, il conseille aussi de mettre fin à l'essai. Les coûts et les délais d'exécution d'un essai clinique sont considérables et son arrêt à mi-parcours est donc une décision sérieuse à prendre. Cependant, protéger la sécurité de chaque volontaire et assurer le respect de l'éthique dans la conduite de l'essai restent les préoccupations majeures du Comité de surveillance. Il peut préconiser d'arrêter l'essai si les produits testés sont potentiellement nocifs. Récemment, un essai de prévention anti-VIH sur des femmes destiné à tester les capacités microbicides du sulfate de cellulose a été prématurément arrêté par le Comité de surveillance parce qu'il avait engendré plus de nouvelles infections chez les participantes utilisatrices du microbicide que chez celles en possession d'un gel placebo. Une évaluation est en cours pour déterminer si ce microbicide-candidat est réellement responsable de cette hausse.

Le Comité de surveillance a aussi la possibilité d'arrêter un essai en cours si le produit présente un avantage très clair et une efficacité telle qu'il serait immoral d'en tenir le groupe placebo à l'écart. C'est arrivé il y a quelques temps dans deux essais aléatoires et contrôlés sur la circoncision. Le Comité de surveillance a observé que la circoncision avait un tel effet positif sur le risque d'infection par le VIH chez les hommes qu'il a stoppé l'essai et a aussi proposé une intervention chirurgicale aux hommes non circoncis.

Le Comité peut également arrêter un essai s'il est improbable qu'il débouche sur des résultats concluants. Cela s'appelle arrêter un essai en raison de sa « futilité », notion opposée à l'efficacité. Cet événement est susceptible de survenir lorsque le nombre d'infections VIH fortuites est trop bas pour déterminer réellement si le vaccin anti-SIDA ou le microbicide-candidat stoppe effectivement l'infection.