


### Le recours à une communication très ciblée

En ce qui concerne la technique et le contenu même des campagnes, l'utilisation des médias, les formes de communication, le ton, le sida a bouleversé les routines. Des réflexions ont été menées au niveau de la technique même, par exemple des pré-tests et des post-tests, profondément modifiés, et au niveau du ciblage. On est sorti d'une communication essentiellement centrée sur les jeunes pour s'efforcer d'atteindre les personnes les plus exposées à travers les canaux les mieux adaptés, même lorsqu'il s'agissait de les atteindre à travers des médias grand public, par exemple les bisexuels ou les utilisateurs de drogues injectables. Les recours aux expertises se sont multipliés : les résultats des recherches sont utilisés, ainsi que les enseignements tirés des expériences vécues, que la prévention du sida a particulièrement valorisées.

Les campagnes de prévention tendent à répondre de moins en moins à des préoccupations publicitaires et de plus en plus à des objectifs de santé publique. Dans certaines limites ; un élément a été déterminant dans l'implication des pouvoirs publics et la mise sur agenda de la prévention du sida : les pressions exercées par des groupes militants et déterminés. Or la dimension politique d'autres problèmes de santé demeure limitée, donc la détermination à agir des pouvoirs publics n'est que plus fragile. 

## Les difficultés de prévention dans un centre d'information et de dépistage anonyme et gratuit

**Marc Shelly**

Médecin CDAG,  
Hôpital Fernand  
Widal, Paris

**Christophe Segouin**

Chef de service  
FCM, délégation à  
la formation, CDAG,  
Hôpital Fernand  
Widal, Paris

**Dominique Bertrand**

Professeur, service  
de santé publique,  
CDAG, Hôpital  
Fernand Widal, Paris

La mise sur le marché (dans notre pays en 1987) du test de dépistage sérologique pour le VIH/sida est à l'origine du dispositif des centres de dépistage anonyme et gratuit (1988) : il s'agissait initialement d'encadrer médicalement la demande du consultant (consultations pré- et post-test) de façon, le cas échéant, à assurer soutien, prise en charge et accès aux soins.

Ultérieurement, le CDAG voyait ses missions s'élargir aux dépistages sérologiques du VHB et du VHC, tandis que, récemment, un rapprochement semble s'esquisser avec le dispositif des dispensaires anti-vénériens (DAV) dans le contexte de la reprise de l'épidémie de syphilis, notamment en région parisienne (ainsi, aujourd'hui, parmi les 11 CDAG parisiens, seuls 2 conservent leur vocation strictement « sérologique »).

### Les motifs de la consultation

Habituellement, il s'agit d'exposition sexuelle ; exceptionnellement, des partages de matériels pour les usagers de drogues injectables.

Plusieurs cas de figure coexistent :

La prise de risque ancienne. Le patient souhaite faire disparaître une crainte, ou une angoisse, diffuse, conséquence d'un ou plusieurs rapports à risque.

- Une prise de risque récente : si le laps de temps séparant une exposition sexuelle et la consultation est inférieur à 48 heures environ, une analyse rigoureuse des facteurs de risque peut entraîner la prescription d'une trithérapie à visée prophylactique pendant un mois.

- La fin d'une relation stable. Le patient vient pour clore une relation dans laquelle il avait passionnément investi ; il relativise ainsi l'image de l'autre qui n'est plus aussi parfait (elle, ou il, a pu me tromper).

- Le début d'une relation stable. La séro-négativité est recherchée par les deux partenaires pour s'affranchir du préservatif. (La difficulté, assez fréquente, est l'abandon précoce du préservatif, en tout cas avant la consultation.)

- La recherche d'informations et du diagnostic sérologique dans des situations complexes qui nécessitent une écoute attentive et une compréhension tolérante.

### Le déroulement de la consultation

Par définition, l'anonymat ne permet pas de prendre rendez-vous avec un médecin « en son nom propre » ; la rencontre patient-médecin s'avère un moment déterminant où s'établit la confiance, le respect du patient, afin de permettre un échange d'informations. L'analyse des facteurs de risque, leur survenue et la discussion sur les mesures préventives de façon théorique sont alors adaptées aux besoins du patient.

Lors de la première consultation, deux possibilités permettent de susciter une réflexion sur les facteurs de risque :

- soit un autoquestionnaire rempli dans la salle d'attente, abordant à la fois les relations sexuelles de façon précise, l'usage permanent, intermittent ou nul d'un préservatif, les circonstances des prises de risque et, plus globalement, la vie sexuelle.

- soit l'entretien avec le médecin isolément, qui oriente alors les questions selon les réponses du patient.

La discussion se caractérise par un fort impact émotionnel ; les valeurs portées par le patient sur sa sexualité peuvent hypothéquer les vraies réponses. Toute la difficulté de la relation duelle est de permettre une libre expression du patient ; mais jusqu'où souhaiterait-il se livrer pour permettre d'être efficace en prévention ? La capacité du médecin est donc fondamentale à favoriser cet échange.

Le questionnaire peut irriter, incontestablement, par la précision des informations demandées, mais cela reste très exceptionnel. Par contre, le patient exprime la réalité par écrit, sans la formuler oralement, donc la charge émotionnelle est moins forte. Lors de cette lecture



du questionnaire, le médecin peut orienter et parfois préciser certains points restés flous. Tout dépendra de la qualité de la relation. Il est assez rare que dans une consultation médicale traditionnelle l'aspect psychologique soit aussi important et l'absence de jugement aussi prégnant.

Certaines situations ne permettent pas d'évoquer la prévention lors de la première consultation en raison, par exemple, de la prise de risque dans les 48 premières heures : il est absolument indispensable de se concentrer sur la relation sexuelle ou les relations sexuelles, les circonstances, le ou les partenaires, afin de prendre la décision, avec le patient, d'un traitement prophylactique par trithérapie pendant une durée d'un mois. Celui-ci nécessitera un suivi attentif plus long et plus lourd, une observance stricte et une réactivité en cas de mauvaise tolérance au traitement. La même problématique est posée si une primo-infection cliniquement détectable est diagnostiquée. Le suivi par une unité hospitalière compétente dans le traitement est alors proposé au patient par le médecin.

La seconde consultation permet de donner le résultat du test. En cas de résultat positif, la gestion de l'information critique prend du temps et souvent tout le temps : l'explication du contrôle sérologique, le début d'une aide psychologique, etc.

En cas de résultat négatif, le soulagement du patient peut rendre difficile le renouvellement d'un message préventif simplement par une écoute moindre. Un dossier bien rempli, car le médecin n'est pas toujours celui qui a prescrit le test, les commentaires de ce qui a été déjà dit permettent le renforcement positif de la première consultation.

### Le CDAG : un espace de prévention et de réduction des risques

Aujourd'hui encore, il s'agit toujours pour le médecin de transformer la demande spontanée du consultant — connaître son statut sérologique, le plus souvent dans le contexte plus psychologique d'un risque « ressenti » — en un questionnement personnalisé sur les comportements et pratiques, les attitudes face au risque, les négligences, oublis, « défaillances » ou « accidents » de la prévention, les circonstances généralement stéréotypées de la prise de risques.

Une approche neutre de la part du praticien favorise en principe l'émergence de cette réflexion chez le consultant et facilite son appropriation d'une stratégie personnalisée. L'éviction totale des risques reste, généralement utopique, mais on doit parvenir progressivement, à une réduction notable des risques — concrètement adaptée à la situation toujours singulière de la personne, au moins de son propre point de vue.

Même s'il appartient au médecin, dans le cadre de cette consultation individuelle, de relayer inlassablement les messages « publics » de prévention (« *utiliser des préservatifs et du gel à base d'eau* »), il ne lui suffit pas de rappeler, même au-delà de toute injonction, ces

principes de protection, sous peine de se mettre en scène ou d'être perçu, malgré lui, de façon en définitive contre-productive, en tant que représentant de l'autorité publique voire agent d'un contrôle social intempestif.

À cet égard, il est significatif de relever que depuis quelques années (effet peut-être indirect des campagnes affichant le préservatif comme un rappel constant à l'ordre de la prévention), un « motif » récurrent de demande de dépistage, plutôt chez les jeunes hétérosexuels masculins, est la « rupture » inopinée du préservatif. Ces impressions de terrain sur l'usage politiquement correct des préservatifs sont étayées par les statistiques convergentes des appels à la permanence téléphonique anonyme Sida Info Service, toutefois, le plus souvent, dans les deux cas, la neutralité de l'intervenant, médecin ou écoutant, permet en général de rétablir une communication moins problématique sur les difficultés ou les résistances de la personne vis-à-vis de la prévention.

C'est souligner à nouveau l'intérêt et la productivité d'une approche « compréhensive », centrée sur la personne, son histoire, ses ruptures et ses problématiques intimes. Elles sont difficiles à verbaliser spontanément. La « prise de risque » apparaît *a priori* irrationnelle. Cette approche psycho-sociale, atypique, qui s'inscrit dans la tradition d'inspiration anglo-saxonne du *counseling*, plutôt en rupture avec la consultation médicale conventionnelle, est d'ailleurs aujourd'hui retrouvée également dans la pratique de la plupart des intervenants dans le domaine de la consommation de produits psycho-actifs, licites ou illicites.


Enfin, fait à souligner dont le praticien du CDAG doit absolument tenir compte de façon réaliste, le rôle clé de l'inscription dans la temporalité à la fois de la prise de risque et de l'adoption — ou de la rupture imprévue — des « habitudes » de prévention. Ainsi, à la faveur d'échanges privilégiés avec certains « répéteurs de test », perçoit-on le plaisir du risque, l'euphorie voire chez certains la véritable jubilation anticipant le passage à l'acte transgressant l'interdit, suivie de « regrets, remords et repentirs » associés au sentiment de la « faute ».

Dans cette perspective, pour le praticien, la répétition des tests ne doit pas signer l'échec de ses efforts, mais tout au contraire signifier, par le retour spontané du « fautif », l'établissement, à travers l'anonymat, d'un lien personnel avec le consultant et l'amorce d'un travail sur soi nécessairement inscrit dans la durée.

C'est dans ce contexte de *counseling*, en particulier orienté vers le « répéteur de tests », que le médecin commence à entrevoir des perspectives inédites à son intervention : bien souvent, de nouveaux points d'appui apparaissent pour la mise en œuvre d'une stratégie complémentaire de réduction des risques, en amont de la prise de risque sexuel proprement dite : la mise au jour d'une estime de soi dégradée, le dépistage d'une dépressivité voire d'une suicidalité sous-jacentes (attestée notamment chez le jeune homo/bisexual mais également hétérosexuel masculin par une étude récente

à la suite de données convergentes issues de plusieurs travaux épidémiologiques principalement anglo-saxons) sont autant de facteurs sous-tendant certaines conduites à risque, *a priori* susceptibles d'être réduits via une orientation et une prise en charge appropriée des personnes concernées, en marge du CDAG.

### Conclusion

Le CDAG permet des consultations sans interférence, sauf celle souhaitée par le patient avec la vie personnelle et professionnelle. Malgré les prises en charge thérapeutiques nouvelles favorisant notamment une espérance et une qualité de vie chez les séropositifs, ces espaces restent primordiaux dans la prévention, adaptée à chacun, fonction des données actualisées des facteurs de risque (la fellation est un risque de contamination qui paraît relativement plus fréquent maintenant qu'au début de l'infection), même si le taux global de séropositifs détectés au CDAG est d'environ 1 %. 

## Les besoins en prévention des personnes séropositives : on en sait assez pour agir !

demande d'aide implicite exprimée au travers de leur peur de contaminer l'autre. Cette peur constitue très souvent pour elles une source de préoccupation voire de souffrance.

« De nouveaux modèles doivent être développés qui prennent en compte d'autres dimensions, notamment celles de l'existence de la séropositivité et donc de son impact sur la sexualité et la relation à l'autre. Des modèles doivent également être adaptés à plusieurs types et contextes de relations. Par exemple, il faut développer des stratégies d'intervention adaptées aux relations et aux couples dont les partenaires ont des statuts sérologiques différents. Enfin, l'intervention de prévention auprès des personnes séropositives ne doit pas s'appuyer seulement sur la notification de sa séropositivité à ses partenaires. En effet, plusieurs études ont montré le risque à considérer la révélation de la séropositivité comme "un comportement préventif en soi" » [55].

### Les difficultés en prévention des personnes atteintes

Il existe à ce jour très peu d'études sur les difficultés et les besoins en prévention des personnes séropositives. Pourtant, il y a eu ces dernières années des signaux d'origines diverses, personnes atteintes, chercheurs, groupe de travail à la DGS, pour susciter des programmes d'action sur cette question.

Les résultats des premières études conduites sur ce thème montrent deux carences : l'une concerne la prévention de la transmission, et l'autre l'absence de diagnostic et de traitement appropriés des MST [25].

Plusieurs enquêtes auprès des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HSH) mettent en évidence, chez les répondants séropositifs, un taux élevé de prises de risque [1, 2, 31]. On observe également une propagation de la syphilis constatée chez les HSH à Paris, dont 50 % des cas rapportés concernent des HSH séropositifs [21].

Le travail de soutien mené par Robert Remien auprès de couples gay sérodiscordants dans le cadre d'une recherche-action montre que la prévention de la transmission s'inscrit et fluctue en fonction de la dynamique émotionnelle qui sous-tend le couple, mais d'une façon générale cette prévention pose un problème dans tous les couples, autant aux partenaires séronégatifs qu'aux partenaires séropositifs [13].

Une étude hollandaise conduite auprès d'hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes attribue à plusieurs facteurs le recul de la pratique du sexe à moindre risque : « des facteurs liés à l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes grâce aux traitements, ou liés aux modifications des représentations de la maladie, de son évolution et du risque, ou liés aux modifications culturelles dans le milieu gay, à la consommation de produits générant une baisse de la vigilance » [52].

Chez les hétérosexuels, une étude conduite auprès de 145 couples hétérosexuels sérodiscordants en Californie [5] montre que 45 % de ces couples déclarent

**Catherine Gerhart**  
Médecin inspecteur  
de santé publique,  
direction générale  
de la Santé  
**Catherine  
Tourette-Turgis**  
Maître  
de conférences  
des universités en  
psychologie sociale  
de la santé et en  
sciences  
de l'éducation  
**Maryline Rébillon**  
Psychologue,  
directrice  
de « Comment Dire »