


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 »



avoir eu des relations sexuelles vaginales ou anales non protégées au cours des derniers six mois.

Une revue de la littérature [17], portant sur les variables sociales, psychologiques, interpersonnelles et médicales, corrélées aux comportements sexuels chez les personnes séropositives (61 études, dont 37 conduites auprès des HSH), montre que, chez les personnes séropositives, avoir des relations sexuelles non protégées est fortement corrélé au manque d'informations, le manque de confiance dans ses capacités à adopter des pratiques sexuelles à moindre risque, des difficultés de communication sur la prévention avec ses partenaires, l'existence d'une séro-discordance dans le couple, le fait d'avoir eu de nombreux partenaires, la perception d'un faible sentiment de contrôle sur l'usage du préservatif, la perception d'obstacles à son usage.

Ces constats épidémiologiques, ainsi que les premiers résultats d'études sur les facteurs en jeu dans les difficultés de prévention, montrent bien la nécessité de développer des programmes spécifiques articulant étroitement la prévention et le soutien.

Quels programmes d'intervention développer ?

De tels programmes, comme le montre un groupe de travail américain dirigé par Chris Collins [13], comprenant des chercheurs, des représentants d'associations de personnes séropositives, des responsables de santé publique, comportent plusieurs enjeux :

- Élaborer une communication de prévention en direction des personnes séropositives en évitant l'écueil de la culpabilisation ou de la stigmatisation.
- Proposer une variété d'interventions adaptées à la diversité des publics.
- Prendre en compte des facteurs contextuels et multiples qui contribuent à la prise de risque (drogue, précarité, stress, multi-vulnérabilités).
- Diffuser des messages clairs sur certaines questions bio-médicales (risque de réinfection, liens entre charge virale et niveau d'infectiosité, risques réels de la fellation).

En France, les dernières recommandations sur la prise en charge des personnes infectées par le VIH [20] invitent à la mise en place d'actions et de consultations de prévention dans les lieux de soins. Cela est à la fois novateur et difficile parce qu'il existe de fait une barrière entre le milieu du soin et le milieu de la prévention. Des professionnels de soins du Centre d'information et de soins de l'immuno-déficience humaine (Cisih) d'Île-de-France ont été interrogés sur la place de la « prévention » dans leur pratique. Bien qu'ils la jugent extrêmement importante, ils expliquent leur difficulté à l'aborder par des problèmes de temps, mais aussi par leur volonté de ne pas s'immiscer dans l'intimité du patient. La plupart d'entre eux soulignent aussi leur manque de formation dans la conduite d'entretiens de prévention qu'ils différencient de la conduite de l'interrogatoire médical.

L'intégration de la prévention dans le trajet de soin

nécessite un véritable projet d'équipe, une réorganisation des espaces de soins où exerceraient des professionnels de prévention, formés, travaillant en réseau, bénéficiant d'une supervision. Cette activité, en lien avec le soin, devrait avoir une place à part entière dans la structure, s'articuler éventuellement avec des associations intervenant spécifiquement auprès de certaines communautés et avec les centres de dépistage qui ont développé un savoir-faire spécifique.

Des actions pilotes de prévention sont développées à l'extérieur de l'hôpital. À titre d'exemple, la Direction des affaires sanitaires et sociales de Paris a intégré dans sa programmation stratégique de prévention des actions en direction des personnes atteintes. Dans ce cadre, « Comment Dire » anime avec le « Kiosque Info sida » un espace d'écoute et de *counseling* pour des personnes ayant des difficultés à la fois avec leur traitement et avec la prévention. « *L'intervention repose sur un counseling utilisant, les théories du coping (stratégies d'ajustement) traduites dans la pratique de soutien des personnes séropositives par S. Folkman et M. A. Chesney, les théories de la motivation développées par W. R. Miller, les théories du développement personnel ainsi que la technique de l'incident critique développée par Flanagan* » [55]. Le programme se déroule sur cinq entretiens. Les intervenants ont reçu, en amont de l'ouverture de la consultation, une formation initiale et bénéficient de supports d'entretien, d'une formation continue et d'une supervision régulière.

Conclusion

L'intervention de prévention auprès des personnes atteintes ne peut recourir aux modèles et aux messages habituels de prévention qui mettent en avant le bénéfice individuel direct à ne pas se contaminer. En l'absence de modèles disponibles qui prendraient en compte les leviers permettant à une personne atteinte d'exercer pleinement ses compétences en prévention, force est d'admettre qu'il nous faut nous risquer à de nouvelles formes d'intervention. Les ajustements de celles-ci, au plus près des besoins des populations concernées, devront se faire au regard du suivi et des évaluations approfondies et concertées des programmes d'intervention.

Elle pose aussi un problème de territoire et met l'accent sur la nécessité de lui donner une place, un statut et une légitimité.

Enfin, son appropriation par l'ensemble des acteurs engagés dans la lutte contre la propagation de l'épidémie VIH nécessite une véritable adaptation des dispositifs existants. 