

# Sida et évolution de la prévention

**Le sida a bouleversé les modèles de prévention habituels, et, au-delà, les campagnes d'éducation pour la santé. Il a fallu limiter l'approche globale et travailler auprès de populations ciblées avec des discours spécifiques.**

## Sida et communication préventive : la fin des routines ?

**Geneviève Paicheler**  
Directrice de recherche, sociologue, CNRS/Cermes

**L**e 23 juin 2002, un spot d'une campagne du nouvel Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes), diffusé en prime time sur TF1, France 2, France 3 et M6, ainsi que dans la presse, provoquait, selon les termes d'un article du journal *Le Monde*\*, « une émeute téléphonique ». « Des traces d'acide cyanhydrique, de mercure, d'acétone et d'ammoniac ont été décelées dans un produit de consommation courante. » Tel était le message de ce spot, suivi d'un numéro de téléphone gratuit... sur lequel se sont précipitées 400 000 personnes dans le quart d'heure qui a suivi la diffusion, et, au total, 900 000 dans la soirée. Un spot diffusé le lendemain donnait la clé de l'énigme : ces composants se trouvaient en effet dans un produit de consommation courante : la cigarette. « *Maintenant, vous savez* », concluait-il. Nous sommes loin des campagnes lénifiantes diffusées dans les années quatre-vingt et quatre-vingt-dix : « prenons

\* « Cigarettes et risque sanitaire pour un choc publicitaire ». *Le Monde*, 25 juin 2002.

*la vie à pleins poumons* », disait un de leurs slogans. Campagnes qui n'ont pas réussi à faire baisser significativement le tabagisme, ni empêché sa progression chez les jeunes femmes. Depuis quelque deux-trois ans, le ton de la communication sur le tabac et l'alcool a changé radicalement. Il est plus informatif : par exemple une récente campagne sur l'alcoolisme pointait le fait que la consommation excessive d'alcool ne s'accompagne pas toujours d'ivresse. Elle en est d'autant plus pernicieuse. Le public est invité à évaluer ses risques sur la base de questionnaires. Des lignes téléphoniques gratuites accueillent les personnes en recherche d'information sur les lieux et les moyens du sevrage et les dirigent vers des services spécialisés. Le discours est plus direct, n'hésitant pas à provoquer un effet de choc pour faire réagir un public lui-même installé dans la déniégation des risques. Autant d'évolutions qui reflètent de profonds bouleversements dans la manière d'envisager et de mettre en place la communication préventive.

C'est dans la prévention du sida qu'une communication plus « vraie » et plus percutante a été diffusée pour la première fois. Qu'on en juge par certaines des « accroches » ou par les extraits des textes de la campagne de prévention du sida de l'été 1995, largement diffusée dans la presse, « *temps fort de la communication sur le sida* » [47], saluée dans toute la presse comme une action de communication efficace et réaliste : « *Quand vous faites l'amour avec Pierre, pensez à protéger Virginie* », « *Yves et Christophe vivent ensemble. Il y a une heure, ils ont fait l'amour... Il leur arrive d'avoir d'autres aventures homosexuelles, alors ils se protègent* ». Par rapport aux pratiques sexuelles, ce dernier texte préconise ensuite



l'utilisation d'un préservatif associé à un gel à base d'eau pour la pénétration anale et d'un préservatif non lubrifié pour la fellation. Il mentionne aussi la possibilité de pratiquer la fellation sans préservatif en « *veillant à ne jamais avoir de sperme dans la bouche* ». On ne saurait être plus explicite...

La communication préventive sur le sida a connu elle-même une évolution remarquable depuis la mise en place de la première action par le ministre de la Santé, Michèle Barzach, en avril 1987, « *Le sida ne passera pas par moi* ». Évolution aussi déterminée par de profonds changements contextuels : la multiplication des moyens de communication, de trois chaînes télévisées publiques à l'émergence des chaînes privées et câblées, par exemple, transformait profondément le paysage audiovisuel. En 1987, dans un climat politique marqué par la première cohabitation, Michèle Barzach prépara directement, en grand secret et en petit comité fermé, la première campagne de prévention du sida. Elle procéda elle-même à la sélection de l'agence, sur la base d'un cahier des charges très réduit, et surveilla toutes les étapes de la mise en place de la communication. Par cette procédure, elle cherchait à se garder autant de ses adversaires que de ses amis politiques, parmi lesquels l'influence d'un clergé hostile à voir promouvoir le préservatif et à voir abordées les questions de sexualité était encore sensible. Quelque dix ans plus tard, les procédures et le climat ont profondément changé : rares sont ceux qui s'émeuvent encore de la promotion du préservatif. Si l'attention du personnel politique reste aussi soutenue, les étapes de la mise en place des campagnes sont encadrées par différents comités d'experts et de représentants des administrations et de la société civile. L'agence de publicité est sélectionnée sur la base d'un appel d'offres concurrentiel et se voit remettre un cahier des charges de plusieurs centaines de pages se référant aux nombreuses recherches en épidémiologie, santé publique et sciences sociales menées dans le domaine du sida. Depuis la première campagne, un des facteurs déterminants de la mise sur agenda politique a été le scandale du sang contaminé avec ses procès débutant en 1989 et l'entrée en scène d'associations qui ont progressivement pris des positions de plus en plus radicales, notamment après la création d'Act Up en 1989.

### **Le bouleversement de la communication et des stratégies de prévention**

L'émergence du sida a provoqué une situation de crise pour laquelle les réponses institutionnelles habituelles se sont révélées inadaptées. Avec ses dimensions inédites, ce problème obligeait à aborder des thèmes relevant de l'intime et de la marginalité. Un ensemble de facteurs — la présence d'associations influentes et déterminées, la défection de la santé publique [39], la carence des recherches — a accentué cette pression à l'innovation. Une nouvelle configuration d'acteurs se constituait dans les rapports souvent conflictuels entre

le personnel politique, politico-administratif, les militants des associations, la recherche, le corps médical et les agences de communication. En définitive, l'épidémie émergente a bouleversé profondément les routines en prévention au niveau de la conception de la communication et des stratégies, et au niveau des procédures internes à la communication elles-mêmes.

La prévention du sida a amené à aborder des sujets délicats et à traiter sans détours des questions intimes jugées scabreuses par certains. Des critiques très sévères ont porté sur le ton publicitaire trop basé sur la séduction adopté par l'Agence française de lutte contre le sida de 1989 à 1993. Il a donc été décidé d'aborder un langage direct, didactique, clair, en attaquant de front des thèmes sensibles. Les rapports avec les agences de communication en ont été profondément modifiés. Il n'était plus question de leur laisser la bride sur le cou et d'accepter qu'elles donnent libre cours à leur « génie créatif ». Les cahiers des charges sont devenus très précis, le suivi des créations par un comité de pilotage s'est fait très exigeant. Nous ne sommes plus au temps où une campagne d'éducation à la santé se résumait à une série de spots de télévision avec un slogan facilement mémorable, pas très informatif, non dramatisant, dont l'exemple type pourrait être : « *Un verre, ça va, trois verres, bonjour les dégâts* ». Cela ne veut pas dire que les options prises dans les campagnes de promotion de la santé ont été mauvaises : par exemple, la stratégie de valorisation du non-fumeur ou le détournement de thèmes et d'une imagerie de publicité pour le tabac (le cow-boy Marlboro) pour souligner les bienfaits de la vie sans tabac. Mais les résultats en termes de baisse de consommation restaient bien timides sans une véritable architecture de la communication basée sur une stratégie au long terme et sur la volonté de communiquer à différents niveaux en utilisant tous les canaux possibles, en attirant et retenant l'attention.

Les changements introduits dans le cadre de la prévention du sida ont résulté d'une façon différente de considérer la santé publique, par un personnel politique fortement impliqué et très soucieux de ne plus mettre en péril la santé des citoyens, en partie du fait de la réactivité de l'opinion publique, et surtout parce qu'il était poussé par des groupes de pression très déterminés et revendicatifs.

Par rapport à d'autres problèmes de santé publique, la prévention de la transmission sexuelle du sida a bénéficié d'un avantage : celui de rester dans les habitudes publicitaires à travers la promotion d'un produit, le préservatif. Mais comme pour les autres thèmes de santé, son handicap était que son objectif était de promouvoir un comportement peu recherché, voire dévalorisé. C'est pourquoi un tournant décisif a consisté à aborder la prévention du sida à travers les diverses situations à risque et l'évaluation de son propre risque par chacun, comme cela a été fait à partir de 1994, démarche suivie dans le cadre des campagnes de prévention des comportements alcooliques et tabagiques de 1997 et 1998.

### 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

**L**a 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 souhaitera-t-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

**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



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 »



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. 