

Du dépistage à la prévention : quelles stratégies ?

Catherine Tourette-Turgis, M.C.U., Comment Dire

Marc Shelly, Médecin coordinateur du CDAG de l'hôpital
Fernand Widal (AP-HP), Aremedia

Maryline Rébillon, Psychologue, Comment Dire

1 - Evolutions 1988-2003

- CONSTAT 1 :

L'histoire naturelle de l'infection à VIH a changé
(apparition des thérapeutiques antirétrovirales)

- CONSTAT 2 :

La proportion de résultats positifs dans les CDAG
a diminué passant de 46,5 pour 1000 en 1988
à 3,8 pour 1000 en 1998 (A. Laporte 2002)

→ *Que fait-on avec les plus de 99% de consultants séronégatifs ?*

- CONSTAT 3 :

Les caractéristiques des consultants des CDAG

(KAPB, 2001 – Grémy)

- Plus souvent de sexe masculin.
- Plus jeune.
- Orientation sexuelle principalement hétérosexuelle (>80%)
- Homo/bisexuels sur-représentés par rapport à la population générale (16%).
- Plus souvent multipartenaires (plus d'un partenaire au cours des 12 derniers mois)
 - hommes : 70% vs 12,5 % dans la population générale
 - femmes : 62% vs 6% dans la population générale.
- La moitié des consultants a déjà été testée
- Plus de personnes migrantes

- CONSTAT 4 :

Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/Sida (évolution 1992 – 2001)

- Une connaissance plus floue des modes de transmission.
- Une perception atténuée du risque social du Sida.
- Un désintérêt à l'égard du VIH/Sida.
- Une perception du risque VIH pour soi même plus complexe.
- Une moins bonne image du préservatif et une baisse de son utilisation.
- Une moindre implication du test dans la gestion du risque de contamination par le VIH.

- **CONSTAT 5 :**

Evolution du rôle des professionnels en charge du dépistage

HIER, on leur demandait de gérer l'annonce de la séropositivité (46,5 pour 1000), d'être plus « docteur en médecine » que clinicien VIH. Il s'agissait :

- d'informer,
- de responsabiliser,
- de faire de l'éducation sanitaire.

Circulaire 1988

évolution du rôle de « dépisteur »

AUJOURD'HUI, on leur demande d'être médecin prescripteur de la prise en charge précoce après l'exposition au risque.

Il s'agit aussi de :

- de réduire les retards au diagnostic,
- de faciliter l'adoption de comportements de prévention (*counseling*).
- d'élargir le dépistage au VHC, VHB et à la syphilis,
- d'organiser l'accès au soin.

Circulaires 1998, 2000

2 - Classification selon le motif de dépistage

Groupe 1

Gestion et prévention du risque

Groupe 2

Vérification
dans un contexte
de faible risque.

Groupe 3

Réassurance
dans un contexte
à haut risque

Brouard, 2002.

Groupe 4

Réassurance et soutien
dans des contextes
spécifiques

3 - Les stratégies d'intervention

Groupe 1

Renforcement et maintien
des stratégies de gestion du risque

Groupe 2

Mobilisation et soutien
de compétences dans la
gestion du risque.

Groupe 3

Définition d'un plan
de réduction des risques

Groupe 4

Assistance, accompagnement et soutien
simultanés dans une approche multidimensionnelle
de la prévention (sociale, sexuelle,
émotionnelle, comportementale).

↑
ELARGISSEMENT DU DISPOSITIF
à plus de 2 entretiens ...
↓

Groupe 1

stratégies d'intervention

Renforcement et maintien des stratégies de gestion du risque

- Valoriser l'expérience acquise.
- Anticiper les obstacles imprévus / imprévisibles.
- Identifier avec la personne les autres sphères de la vie dans lesquelles elle utilise des stratégies de gestion du risque.

Groupe 2

stratégies d'intervention

Mobilisation et soutien des compétences dans la gestion du risque.

Mieux négocier ses interactions sexuelles

Mieux communiquer avec ses partenaires sur la prévention

Sentiment d'efficacité personnelle

Savoir établir des limites dans la relation sexuelle

Savoir dire non

Estime de Soi

Groupe 3

stratégies d'intervention

Négociation d'un plan de réduction des risques.

Identifier les obstacles,
les difficultés rencontrées
par la personne

Donner des informations
complémentaires

Résoudre
des problèmes

Lister les différentes
étapes d'un changement
réaliste

Mobiliser
le sentiment de
compétence personnelle

Progresser par étapes
de manière à ne pas
confronter la personne à
de nouveaux échecs

Encourager
et soutenir
la personne
dans ses
tentatives

Groupe 4

stratégies d'intervention

Assister, accompagner et soutenir.

?

?

Quand reviendront-ils ?

Lutte contre
l'échec ?

?

Groupe
de paroles

?

?

Avec quel
réseau

travailler ?

?

alcool...
abus sexuels...
violences conjugales...
dépression...
Vers qui et comment
orienter ?

Réduire
l'exclusion ?

?

3 questions se posent...

- Le CDAG n'est-il pas actuellement un dispositif qui privilégie plutôt le dépistage au détriment de la prévention ?
- L'évolution du dépistage vers la prévention nécessite-t-elle des ajustements institutionnels et organisationnels ?
- La sexualité est-elle isolable d'autres conduites à risque ?

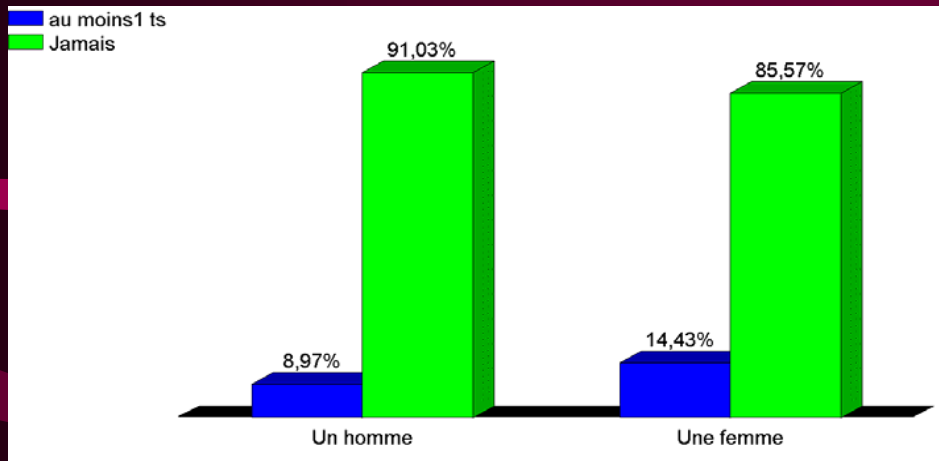
La sexualité est-elle isolable d'autres conduites à risque ?

1. Homosexualité masculine, suicidalité et risques sexuels.
2. Jeunes homosexuels, risque sexuel et accident de la voie publique.
3. Femmes, abus sexuels dans l'enfance et accidents de la voie publique.
4. Femmes, abus sexuels, sur-exposition au risque VIH et à d'autres conduites à risque.

TENTATIVES DE SUICIDE (au moins une au cours de la vie)

Shelly M., 2002

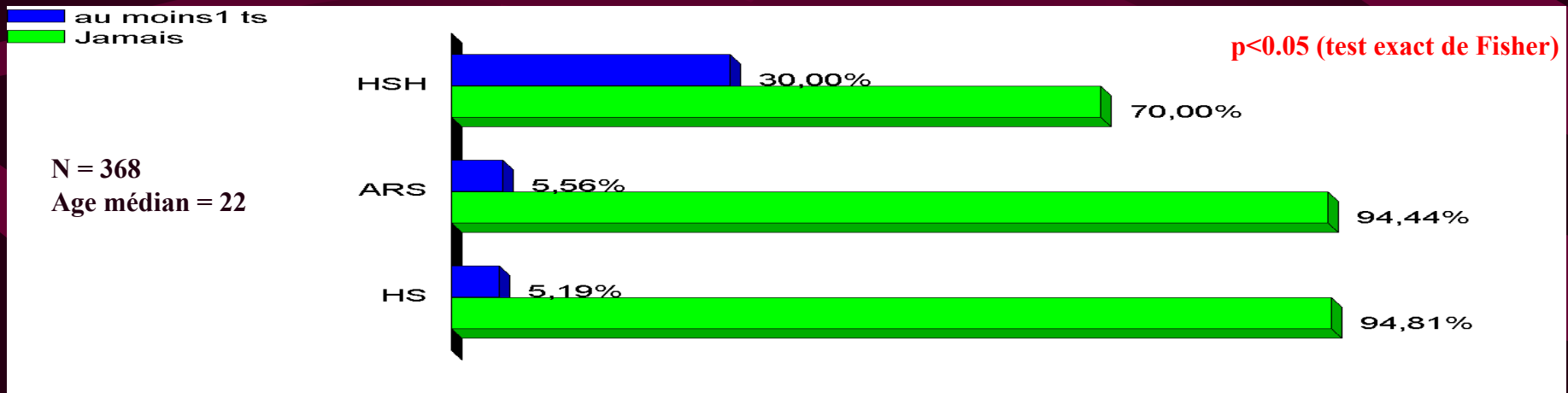
Avez-vous fait une tentative de suicide ?



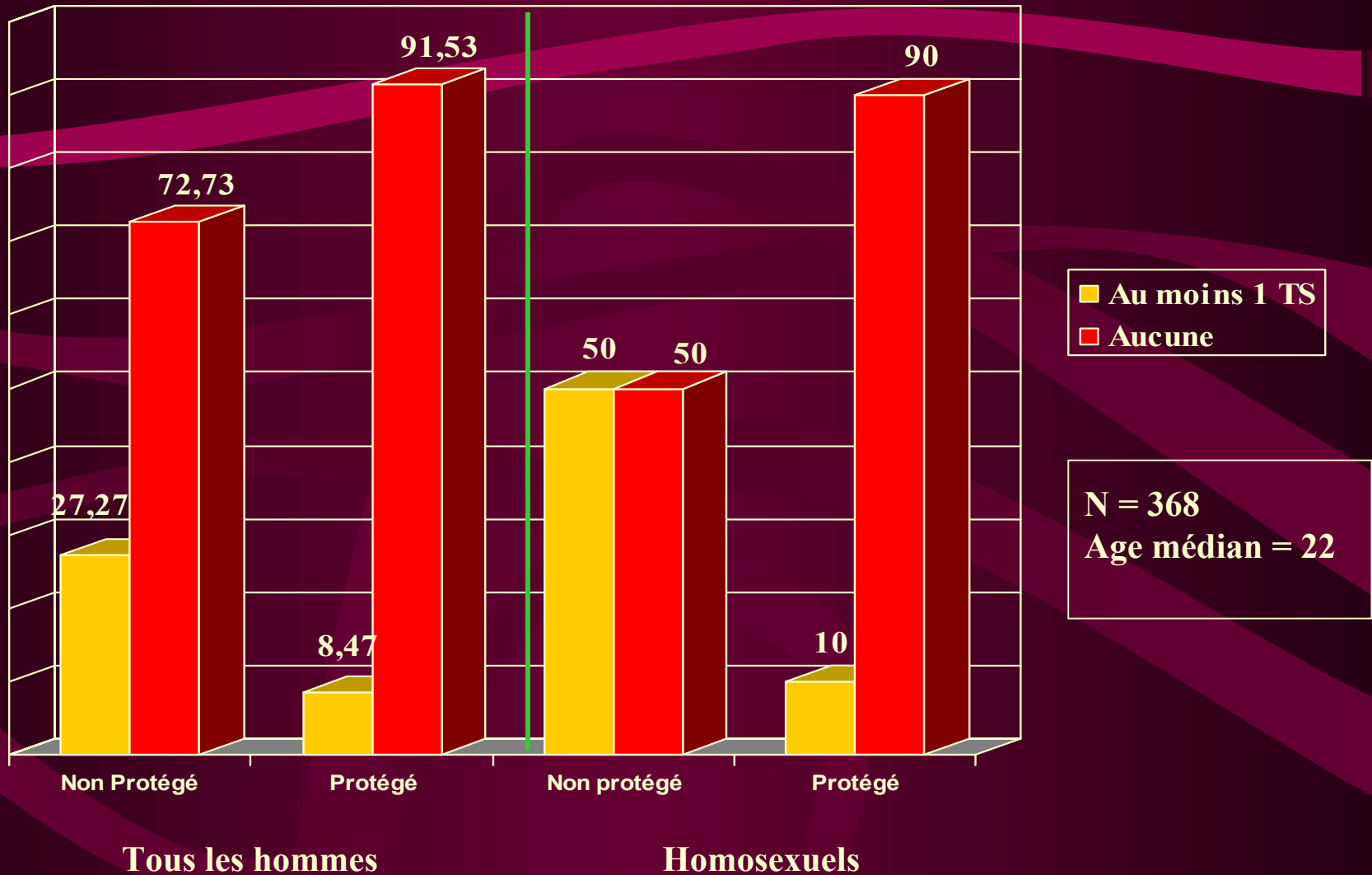
La suicidalité des HSH (30%) conforme aux données classiques est significativement différente ($p < 0.05$) de celle des HS (environ 6 fois supérieure).

Dans cet échantillon, les hommes ayant fait au moins une tentative de suicide dans leur vie sont près de 55% des HSH, ce qui est proche des résultats obtenus par une étude antérieure conduite en population générale (Bagley C, Tremblay P, *Crisis* 1997; 18 [1: 24-34]).

Les hommes : TS // Orientation sexuelle



La suicidalité chez les hommes est-elle associée à la prise de risques sexuels ?



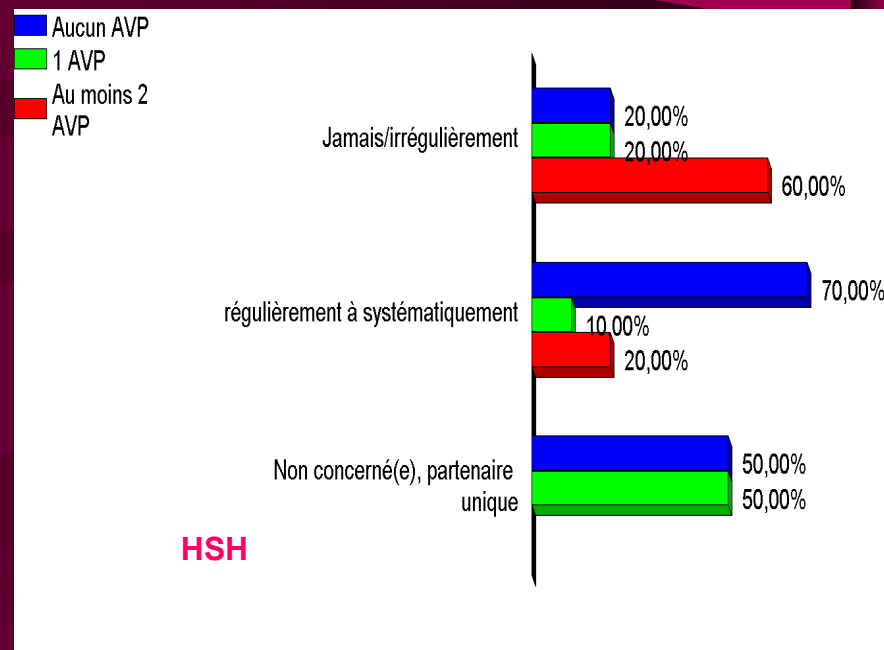
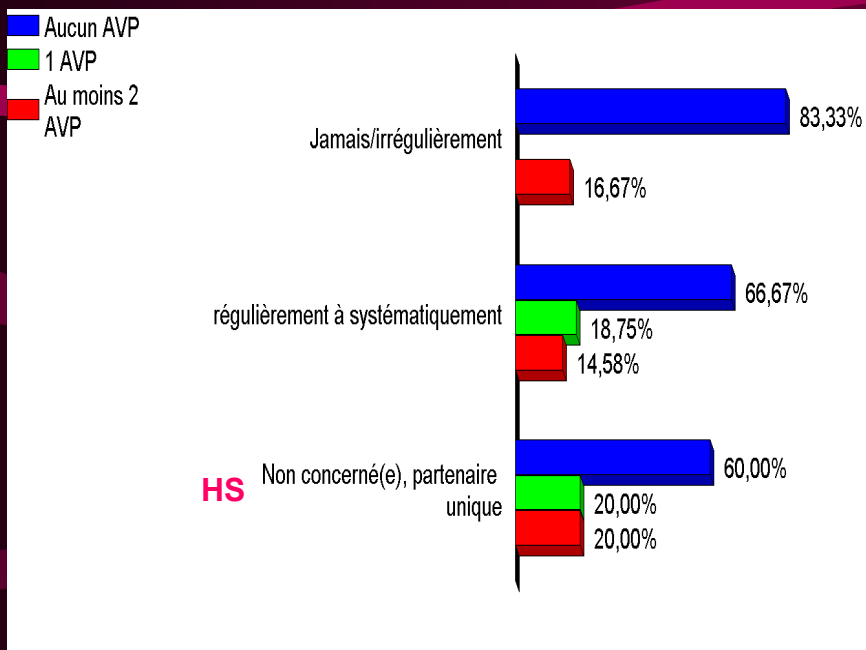
Solidarité des conduites à risques :

Exposition au risque sexuel et accidentalité selon l'orientation sexuelle chez les hommes

N=368

AVP / préservatif avec une nouvelle partenaire.

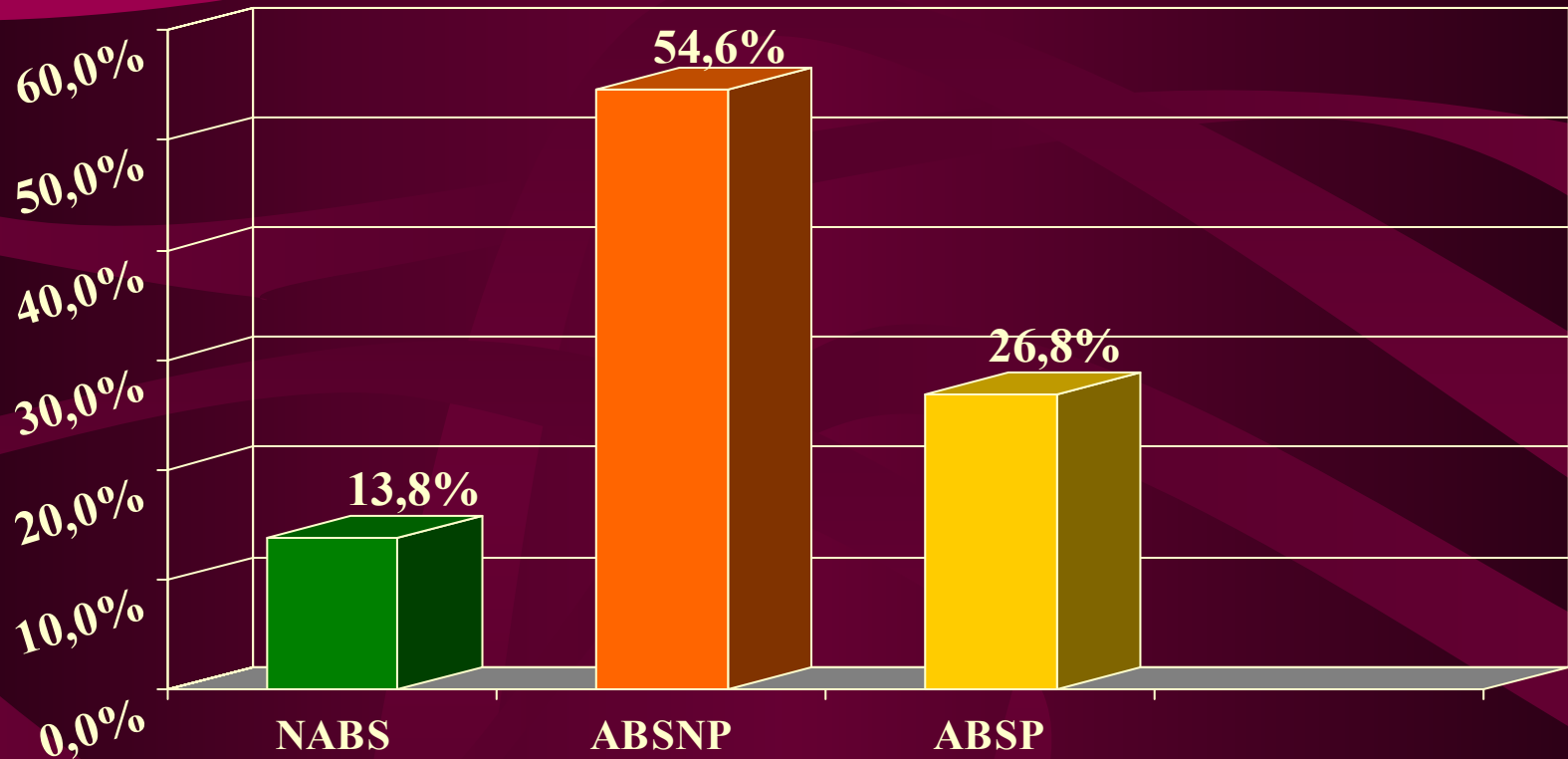
AVP / préservatif avec un nouveau partenaire



- Chez les HSH, une surexposition au risque sexuel est associée à une sur-accidentalité sur la voie publique (60% vs 20% soit environ 3 fois plus d'AVP répétés chez les non utilisateurs de préservatifs avec un nouveau partenaire). En revanche, chez les HS, aucun lien n'apparaît entre ces deux registres de comportement à risque.

Abus sexuel chez les femmes dans l'enfance et accidents de la voie publique

M.. Shelly, D. Moreau, M. Choquet (2003)



Physical and sexual abuse may lead to behaviors that place women AT HIGH RISK of being exposed to HIV

- Women with a history of sexual abuse report more:
 - Commercial sex work
 - Anonymous and multiple sexual partners
 - High risk male sexual partners (IDUs, bisexuals)
 - Unprotected anal sex
 - Use condoms less frequently
 - Susceptible to sexual coercion
 - Run in drug-using networks that promote more frequent drug use
 - Alcohol and drug use (esp. cocaine)
 - Afraid to tell partners about HIV infection or ask partners to use condoms
 - Experience more actual and threatened abuse
 - Demonstrate more passive coping styles

(Zierler et al., 1991; Morrill & Ickovics, 1996; Gielen et al., 1997; Wingood & DiClemente, 1997; He, 1998; Cohen et al., 2000).

Conclusions

- Ces constats, études et recherches suggèrent l'élaboration de stratégies innovantes en matière de dépistage et de prévention.
- Les objectifs de prévention nécessitent d'introduire des modifications dans le dispositif actuel du dépistage.
- La découverte de la solidarité des risques implique de doter les praticiens du dépistage et du conseil de formations complémentaires visant à désenclaver le risque VIH.