

**RECHERCHE QUALITATIVE AUPRES DE LA POPULATION CONSULTANT LE
CENTRE DE DÉPISTAGE ANONYME ET GRATUIT « ELISA » DE MEDECINS
SANS FRONTIERES**

(RECHERCHE-ACTION)

Rapport de recherche

Observatoire socio-épidémiologique du sida et des sexualités

MSF-Projets Belges

Janvier 2002

TABLE DES MATIERES

I.	INTRODUCTION : OBJECTIFS ET MISE EN CONTEXTE THÉORIQUE	3
1.	OBJECTIFS DE LA RECHERCHE	3
2.	MISE EN CONTEXTE THÉORIQUE	6
	<i>État des lieux en matière de dépistage en Communauté française</i>	<i>6</i>
	<i>Données épidémiologiques et données relatives aux pratiques en matière de dépistage en Belgique</i>	<i>12</i>
3.	LE CENTRE ELISA	17
	<i>Historique.....</i>	<i>17</i>
	<i>Les spécificités.....</i>	<i>17</i>
	<i>Données disponibles</i>	<i>22</i>
4.	QUELQUES ASPECTS DES COMPORTEMENTS, ATTITUDES ET PRATIQUES FACE AU SIDA	25
	<i>Le relâchement des comportements de protection à l'égard du sida.....</i>	<i>25</i>
	<i>L'influence des nouveaux traitements sur les comportements préventifs</i>	<i>27</i>
II.	MÉTHODOLOGIE DE LA RECHERCHE	28
1.	L'ÉCHANTILLON	28
2.	L'ENTRETIEN	30
III.	RÉSULTATS	33
1.	DESCRIPTION GÉNÉRALE DES PERSONNES INTERVIEWÉES.....	33
2.	TABLEAU SYNOPTIQUE DES ENTRETIENS	35
3.	ANALYSE DES CIRCONSTANCES DU TEST	40
	<i>Les prises de risque</i>	<i>40</i>
	<i>Tentative de catégorisation des demandes de test.....</i>	<i>40</i>
	<i>Illustration des catégories à partir des entretiens.....</i>	<i>43</i>
4.	LE DÉPISTAGE COMME MOMENT CLÉ DANS UNE TRAJECTOIRE : ANALYSE APPROFONDIE DE QUELQUES ENTRETIENS.....	60
5.	LES REPRÉSENTATIONS LIÉES À L'ANONYMAT	65
6.	LE RÔLE DE LA GRATUITÉ	76
7.	ATTITUDES VIS-À-VIS DE LA PRÉVENTION.....	78
IV.	CONCLUSIONS GÉNÉRALES.....	81
V.	BIBLIOGRAPHIE	89
VI.	ANNEXES	91
	<i>Guide d'entretien</i>	<i>92</i>
	<i>Résumé des entretiens</i>	<i>96</i>

I. INTRODUCTION : OBJECTIFS ET MISE EN CONTEXTE THEORIQUE

1. OBJECTIFS DE LA RECHERCHE

Nous avons déterminé trois objectifs généraux. Le premier concerne la question du dépistage en général et pourrait s'appliquer à n'importe quel centre de dépistage du VIH. Le deuxième concerne les attitudes à l'égard du Sida et de la protection. Le troisième concerne spécifiquement le Centre Elisa.

Objectif en ce qui concerne le dépistage

Analyser en profondeur les motivations à la réalisation d'un test HIV

Il s'agit de mieux saisir les raisons pour lesquelles, à un moment donné, un individu est amené à faire un test¹. D'une certaine façon, il s'agit aussi d'essayer de mettre en évidence des facteurs de vulnérabilité à l'égard du VIH.

Plus précisément, il s'agit de recueillir des informations qualitatives qui permettent de mieux comprendre les représentations des personnes qui consultent le Centre vis-à-vis du test de dépistage. A cet égard, il s'agit de mettre en lumière les raisons qui motivent une démarche de dépistage d'une part et d'appréhender dans sa complexité la trajectoire du demandeur de test et le contexte de vie dans lesquels s'inscrit le test de dépistage.

Des recherches françaises (Vernazza-Licht et Boiron, 1996) ont en effet montré qu'on observe souvent des liens entre certains événements de vie et la démarche de dépistage. Ces événements déclencheurs peuvent être tantôt une pratique à risque, tantôt le fait pour le demandeur de test de se catégoriser lui-même dans un "groupe à risque", tantôt d'autres événements dont le lien avec le dépistage ne peut être appréhendé que dans son rapport avec une trajectoire particulière. Une rupture affective, une dépression ou la rencontre d'un nouveau partenaire sont des exemples courants d'événements qui incitent les personnes à consulter un centre de dépistage. Ces événements peuvent consister en autant de situations de vulnérabilité que traversent les personnes. Il est indispensable d'analyser en profondeur ces situations de vulnérabilité et leur éventuelle évolution au cours du temps.

¹ Voir à ce sujet Peto, 1997.

Objectif en matière d'étude des attitudes à l'égard du Sida

Appréhender les éventuels changements dans les pratiques des demandeurs de test vis-à-vis du sida et du test dans le contexte de banalisation actuel du sida

Un centre de dépistage anonyme et gratuit apparaît comme un lieu d'observation privilégié pour observer les éventuels changements d'attitude du public vis-à-vis du sida à la suite des changements de contexte. Par exemple, l'hypothèse selon laquelle les progrès en matière de nouveaux traitements et les informations diffusées (notamment par la presse générale) au sujet de ces progrès aurait un impact sur les connaissances et attitudes des personnes vis-à-vis de la prévention n'a à ce jour été ni confirmée ni infirmée de manière tranchée. Des chercheurs² estiment néanmoins qu'il est important de surveiller sur le long terme les variations des attitudes préventives en rapport avec les informations sur les nouveaux traitements.

Objectif spécifique au Centre Elisa

Évaluer le service offert par le Centre Elisa en terme d'anonymat, de gratuité et d'accompagnement d'un counseling et la pertinence de ces spécificités

L'objectif est de vérifier dans quelle mesure il est pertinent de maintenir le fonctionnement d'un centre aussi spécifique alors que le discours le plus répandu³ est de proposer au public de réaliser le test HIV chez un médecin généraliste ou dans toute autre structure existante. Si la validité du Centre Elisa est avérée, il s'agirait d'envisager les modalités de généralisation du projet à travers toute la Communauté française, en tenant compte des ressources existantes.

Plus précisément, il s'agit de recueillir des informations qualitatives concernant :

Les raisons invoquées par les demandeurs de test pour faire un dépistage anonyme et gratuit

Il est important d'explorer de manière fine les raisons du choix de l'anonymat et de la gratuité. Le choix de l'anonymat en particulier ne correspond pas toujours aux représentations et aux intentions premières des intervenants d'un centre de dépistage. Une première exploration des raisons du choix de l'anonymat a déjà été effectuée par le Centre Elisa en 1996 (cf. Point 3.C – les raisons de l'anonymat). Le terme et la notion mêmes d'anonymat pourraient, en toute hypothèse, être relativisés, du moins pour une partie des visiteurs d'un centre anonyme. Des chercheurs considèrent qu'il s'agit en général davantage pour ceux-ci d'une volonté de "préservation de l'intimité" et de confidentialité que d'un véritable anonymat. En effet, "l'anonymat, c'est-à-dire le fait de ne pas donner son nom, serait plutôt vécu par les consultants comme l'expression d'un manque de confiance vis-à-vis du

² Voir à ce sujet Adam, 2001.

³ Notamment dans les messages de prévention du Sida diffusés parmi le public général.

personnel. Cette conduite, les patients la considèrent presque comme indigne d’eux et de leur démarche de dépistage. ”⁴.

L’importance du counseling au moment du test

Les centres spécialisés de dépistage mettent en avant la fonction informative et préventive de leur démarche. Ils bénéficient en Communauté française d’une longue expérience dans la démarche de counseling effectuée avant la prise de sang et au moment de la remise du résultat. Le moment du dépistage constitue dans ces centres un cadre privilégié pour délivrer un message de prévention personnalisé sur le mode interactif. Il n’existe pas à ce jour d’étude en Communauté française qui rende compte de cette pratique du counseling.

4 Op. Cit, p. 96.

2. MISE EN CONTEXTE THEORIQUE

État des lieux en matière de dépistage en Communauté française

Du point de vue historique, on note très peu de changement dans la politique de dépistage du VIH. Il existe quelques textes contraignants concernant certaines catégories spécifiques de la population (les demandeurs de bourse d'étude issus de pays en développement, les donneurs de sang), mais ces textes ne sont plus aujourd'hui tous d'application (les directives concernant le dépistage des candidats boursiers par exemple). De plus, des textes de loi antérieurs à l'apparition du sida en Belgique ont été appliqués en intégrant la donnée du sida, sans voir la création de mesures législatives spécifiques. Les instances politiques ont donc dans l'ensemble pris très peu de mesures spécifiques vis-à-vis du sida, et en particulier du dépistage. D'autres autorités ont émis des avis ou des directives, principalement concernant le respect du secret médical, le consentement éclairé du patient testé, etc. Aucun groupe de la population n'a fait l'objet d'une politique spécifique.

L'offre de services

Le dépistage volontaire

Le dépistage volontaire peut être effectué sur rendez-vous auprès de tout médecin généraliste et auprès de toute institution où est présent un médecin (Maisons Médicales, Centres de Planning Familial et de Consultations Conjugales, etc.). Il est également disponible au sein des Centres de Référence Sida et dans les anciennes agences locales de prévention sida de Namur et Charleroi. Lorsque le test est nominatif, il est remboursé par la mutuelle.

Le dépistage anonyme

Le dépistage anonyme est disponible dans les centres de dépistage mis en place par les anciennes coordinations locales de lutte contre le sida (Namur et Charleroi), ainsi qu'au Centre de Référence sida de Liège et au Centre Elisa (MSF-Projets Belges). Il est proposé gratuitement à Namur et au Centre Elisa.

Dans les autres structures, lors d'une demande de test anonyme, une participation financière est demandée.

La politique en matière de dépistage

La politique de lutte contre le sida en Communauté française a depuis quinze ans mis l'accent sur la prévention ainsi que sur la prise en charge des personnes atteintes. Les pouvoirs publics se sont assez peu intéressés à la question du dépistage proprement dite. Hormis quelques recommandations formulées par différents conseils et par l'Agence de prévention du sida, des directives claires n'ont pas été formulées au sujet des différents aspects du dépistage.

Un grand nombre de questions restent pour cela en suspens. A côté des ces questions déjà anciennes, de nouvelles interrogations émergent depuis peu, eu égard notamment à l'histoire de l'épidémie et aux changements dans les représentations sociales de la maladie.

La confidentialité du test et du résultat

La confidentialité est garantie par la loi sur la protection de la vie privée et par la règle du secret médical. Cette règle a été rappelée lors de diverses interpellations du Conseil National de l'Ordre des Médecins: "*toute personne a droit au respect de sa vie privée et au respect absolu de sa confiance*"⁵.

Le dépistage obligatoire

Actuellement, en Belgique, aucune catégorie de la population n'est officiellement soumise au dépistage obligatoire. Cette pratique est en effet en contradiction avec la loi sur la protection de la vie privée. L'Agence de Prévention du Sida avait pris en 1994 une position fermement défavorable à la pratique du dépistage obligatoire, pour des raisons légales, éthiques et de contre-productivité:

"Recommandation: Le dépistage obligatoire constitue une atteinte à la vie privée et n'a aucune justification en terme de santé publique; bien plus, il comporte sur ce plan un important risque d'effets contre-productifs"⁶.

L'anonymat

Les structures de dépistage qui offrent la possibilité de passer un test de manière anonyme ne sont pas subsidiées par les pouvoirs publics. Cette situation est due en partie à la complexité de la répartition des compétences en matière de sida en Communauté française. Par ailleurs, l'anonymat ne fait pas l'objet de recommandation spécifique et jusqu'en 2001, aucune instance officielle n'avait pris de position tranchée à l'égard du dépistage anonyme.

⁵ Bulletin officiel - Ordre des Médecins. N° 37 - Septembre 1987.

⁶ Dépistage: Recommandations approuvées par le Conseil Scientifique et éthique. Agence de Prévention du Sida, décembre 1994.

Dans le cadre de la commission « Stratégies médicales de prévention » mise en place par le Conseil Consultatif de la Prévention du Sida, la notion d'anonymat a été discutée. Le rapport de cette commission consacre un paragraphe à la notion d'anonymat. Hormis un état des lieux des services qui offrent l'anonymat en Communauté française, le rapport fait preuve d'une position plutôt mitigée à l'égard de l'anonymat : « *les avantages de l'anonymat sont essentiellement l'accessibilité du dépistage (...) L'anonymat peut être un frein à la prise en charge (ou un paramètre d'un risque de mauvaise prise en charge ultérieure). Il ne permet pas de savoir ce que sont devenues les personnes dépistées (mais sait-on ce que sont devenues les personnes dépistées de manière non anonyme ?)* ». Et plus loin : « *Il est actuellement impossible de dire si l'offre d'un anonymat est une bonne chose ou une mauvaise chose. Le sentiment est toutefois que le bénéfice dépasse les inconvénients* ».

Le plan de prévention du sida en Communauté française, approuvé par le Conseil Consultatif de la Prévention du Sida, prend une position plus tranchée en faveur de l'offre d'un dépistage anonyme. L'objectif numéro 4 du plan, consacré au dépistage, mentionne l'importance de l'anonymat, eu égard à l'accessibilité qu'il renforce, et recommande la subsidiarité des organismes qui offrent ce service :

Plan communautaire de promotion de la santé 2001 : Dispositions spécifiques à la prévention du sida

Objectif n°4. Maintenir et développer l'accessibilité d'un dépistage de qualité, réalisé avec le consentement éclairé des personnes et accompagné d'un counseling

Maintenir et développer l'accessibilité au dépistage

L'accessibilité du dépistage au VIH dépend de facteurs psychologiques, géographiques et économiques. La confidentialité assurée par l'anonymat⁷, la répartition géographique adéquate et la gratuité du test sont des éléments qui favorisent une bonne accessibilité au dépistage. Il est en outre important de favoriser l'accessibilité au dépistage auprès des personnes vulnérables.

Soutenir les programmes des organismes qui assurent le counseling et le dépistage anonyme⁸ et gratuit au même titre que les autres programmes de prévention.

⁷ c'est nous qui soulignons

⁸ c'est nous qui soulignons

Le counseling

La nécessité d'accompagner le dépistage d'un counseling est évoquée dans le cadre du Plan Communautaire⁹ :

Offrir un counseling de qualité lors du dépistage

Il s'agit d'obtenir que, à l'occasion d'un dépistage, s'ouvre un dialogue à propos des risques réellement courus ou non. Ce counseling de bonne qualité doit être le fait des organismes spécialisés ainsi que des médecins généralistes, qui doivent être informés et formés à cette pratique du counseling.

La promotion du test de dépistage

Le Conseil Scientifique et Éthique de l'Agence de Prévention du Sida a émis en 1994 un avis concernant la promotion du test dans la population générale:

"Recommandation: Le Conseil Scientifique et Éthique estime qu'il n'y a plus lieu, face à l'importance de la demande non justifiée, de susciter activement la demande de dépistage dans la population générale via des campagnes globales, sans explicitation des motifs le justifiant"¹⁰.

Une campagne d'information au sujet du dépistage a été mise en œuvre en 1998 par le Service Communautaire de Promotion de la Santé chargé de la communication, Question Santé, sous le titre « Sida. S'informer sur le dépistage ».

⁹ Cette recommandation est d'autant plus importante que le counseling n'est pas toujours pratiqué de manière adéquate dans les centres hospitaliers ou par les médecins généralistes. Les résultats de l'enquête CIRCA (Instiut de Médecine Tropicale, Anvers) dont l'objectif est d'évaluer le counseling pré et post-test en Flandres, révèlent des lacunes dans ce counseling. Parmi ces lacunes sont relevés le trop grand pourcentage de séropositifs qui ont été dépistés sans leur accord (13,5%), le taux important de personnes qui ont été dépistées sans counseling préalable (64%), la manière d'annoncer le diagnostic positif (67% lors d'un entretien, 18% par téléphone, 4% par courrier, 2% autrement). La durée du counseling post-test était de moins de 10 minutes pour 26% des répondants.

¹⁰ Dépistage: Recommandations approuvées par le Conseil Scientifique et éthique de l'Agence de Prévention du Sida. Note technique, décembre 1994

Le Plan communautaire de Prévention du Sida précise les groupes de la population qu'il faut cibler de manière prioritaire dans le cadre d'une sensibilisation au test de dépistage :

Informez des bénéficiaires du test les personnes ayant couru un risque et les encouragez à se faire dépister. Les facteurs de risque à prendre en compte pour encourager au dépistage sont:

- L'usage de drogue par voie intraveineuse
- Les relations non protégées avec plusieurs partenaires de statut sérologique différent ou inconnu
- Un diagnostic de MST
- Les femmes enceintes et les femmes désireuses d'avoir un enfant doivent également être encouragées à effectuer un test de dépistage.

Un enjeu actuel important au sujet du counseling et du dépistage : l'auto-test

Dans certains pays, un kit permettant aux individus de se tester soi-même au VIH est disponible à la vente. La mise sur le marché de ce kit, aussi appelé « auto-test », a été annoncée en Belgique dans le courant de l'année 1999 par la firme Foresee Line.

La commission « Stratégies médicales de prévention » mise en place par le Conseil Consultatif de la Prévention du Sida a examiné la question de l'auto-test. Certains avantages et inconvénients ont été mis en évidence.

En ce qui concerne les avantages, la commission identifie l'autonomie du patient et sa responsabilisation, ainsi que l'accessibilité du test pour certaines catégories de la population qui n'ont pas accès aux structures de dépistage ou aux structures médicales.

Parmi les inconvénients de l'auto-test, la commission identifie :

- l'absence d'accompagnement de la personne face à un éventuel résultat positif. Cette absence d'accompagnement comporte des risques importants sur le plan émotionnel mais aussi sur le plan de l'information (dans le cas où la personne ignore la nécessité d'un test de confirmation : Western Blot).

- le risque lié à l'utilisation du test comme moyen de prévention, éventuellement de manière répétée, associée à l'abandon des mesures de protection efficaces.

- le risque d'utilisation de l'auto-test sous la contrainte dans des contextes où les rapports de force sont importants (certaines relations amoureuses, milieu professionnel, proxénétisme, etc.).

Outre ces avantages et inconvénients identifiés, la qualité du test dans le contexte belge aurait pour conséquence que neuf cas positifs sur dix seraient de faux positifs.

Par ailleurs, la mise sur le marché annoncée en 1999 n'a pas été accompagnée d'une concertation avec les pouvoirs publics compétents ni avec les associations de prévention. En outre, la notice accompagnant le kit a été jugée insuffisante par la commission.

Il semble aujourd'hui que l'auto-test n'est pas disponible sur le marché belge, en dépit de l'annonce faite en 1999.

En outre, la mise sur le marché de l'auto-test risque également de modifier les attitudes des personnes face au sida et au test de dépistage. L'utilisation de l'auto-test prive en effet les personnes d'un counseling avant le test, qui est une occasion privilégiée de délivrer un message de prévention personnalisé. En outre, en cas de résultat positif, l'utilisation de l'auto-test ne permet pas d'accompagner la personne et de lui fournir un soutien psychologique et une orientation vers le corps médical.

Données épidémiologiques et données relatives aux pratiques en matière de dépistage en Belgique

Données épidémiologiques générales

Infection au VIH en Belgique

Le rapport semestriel numéro 52 de l'Institut de Santé Publique révèle qu'au 31 décembre 2000 et depuis le début de l'épidémie, 13.869 personnes ont été reconnues infectées par le VIH. Parmi les patients dont le sexe et l'âge sont connus (12.293 personnes), on retrouve presque deux fois plus d'hommes que de femmes. Le groupe d'âge le plus touché est celui des 30-34 ans chez les hommes et celui des 25-29 ans chez les femmes.

Parmi les hommes belges dont le facteur de risque est connu, 66.4% ont rapporté des contacts homosexuels, 4.4% l'injection de drogue par voie intraveineuse. La voie hétérosexuelle serait responsable de 24.1% des infections.

Parmi les femmes de nationalité belge, la transmission hétérosexuelle est rapportée dans 74.9% des cas.

Pour les patients d'autres nationalités, la voie de transmission hétérosexuelle est prépondérante chez les femmes et chez les hommes (85.5% et 61.7%, respectivement).

Cas de malades sida en Belgique

Depuis le début de l'épidémie, 2717 malades du Sida ont été diagnostiqués. Parmi les patients dont le statut de résidence est connu (n=2502), 65.6% des malades ont un statut de résidents (majoritairement belges) et 34.4% sont non-résidents (et ont vraisemblablement été infectés en dehors de la Belgique).

Données relatives aux pratiques en matière de dépistage en Belgique

Le test de dépistage dans la population générale

Les résultats de l'enquête de santé par interview réalisée par l'Institut Scientifique de la Santé Publique en 1997 donne des informations au sujet des pratiques de la population belge en matière de dépistage du VIH.

Proportion de personnes testées

L'enquête de santé 1997 (Bietlot et al.) révèle que « *un peu plus d'un cinquième de la population belge a déjà subi au moins une fois un test HIV. Les personnes se soumettant au test sont surtout celles dont le revenu et le niveau de formation sont élevés* ». Il n'y a pas de grande différence dans la pratique du test selon le sexe. Par contre, les différences sont marquées entre les groupes d'âge. Le groupe des 25-34 ans est le plus testé, avec un tiers des personnes interrogées qui ont subi au moins un test.

Initiative du test

Parmi les personnes testées, plus de la moitié ont fait le test par initiative personnelle, ce qui signifie que « *un peu moins d'un dixième de la population s'est rendue elle-même chez le médecin pour subir le test d'une éventuelle infection par le VIH. Le test sur initiative propre est surtout pratiqué par le groupe des 15 à 24 ans et chez les personnes n'ayant pas de diplôme* ». Lorsque le test n'a pas été effectué sur une initiative personnelle, il l'a été sur proposition du médecin (près d'un tiers des personnes), lors d'un don de sang ou lors d'un examen médical par le médecin du travail.

Circonstances du test

La majorité des tests ont lieu dans le cadre d'un check-up général (44%). Comme autres motifs de test on trouve la grossesse, une inquiétude vis-à-vis d'une infection éventuelle, une nouvelle relation ou un mariage, une raison administrative et une plainte physique pour 2% des répondants.

Ancienneté du test

La moitié des personnes qui ont déjà subi un test VIH indiquent que ce test remonte à plus de deux ans, 30% à moins de douze mois.

Le test de dépistage dans le groupe des homo/bi-sexuels masculins

Dans le cadre de l'enquête menée par l'asbl Ex Æquo en collaboration avec le Centre d'Etudes Sociologiques des Facultés universitaires Saint-Louis en 1998 (Delor, Martens, Huynen, 1999) auprès du groupe des homo/bisexuels masculins¹¹, quelques questions portaient sur les attitudes des répondants par rapport au test de dépistage du VIH. Il semble utile de mentionner ici quelques résultats de cette enquête dans la mesure où le Centre Elisa est fréquenté par une proportion non négligeable d'homosexuels masculins (22% au cours de l'année 2000).

Utilisation du test

84.2% des répondants au questionnaire auto-administré déclarent avoir déjà effectué un test de dépistage du sida, et 15% de l'échantillon n'ont pas fait de test.

L'utilisation du test de dépistage est beaucoup plus répandue dans la population homosexuelle que dans la population générale. Il faut sans doute voir dans ce fait le signe d'une prise de conscience aiguë de la part de cette population d'appartenir à un groupe à forte prévalence, et de ce fait plus exposé au risque.

En moyenne, les répondants ont effectué 4.5 tests de dépistage au cours de leur vie. 45% des répondants avaient fait le dernier test en 1998 (c'est-à-dire il y a moins d'un an, puisque l'enquête a été diffusée en 1998), 24% l'avaient fait en 1997 et 9.4% en 96.

Circonstances du test

La principale circonstance pour faire un test est la vérification régulière de la sérologie (28.5%). Ceci s'inscrit dans une démarche rationnelle dans la mesure où « *les homosexuels se sachant particulièrement exposés ont été les premiers à faire le test et ce, afin de lever le doute* » (Schiltz et Adam, 1996). De plus, pour les générations les plus âgées en tous cas, il se peut que cette vérification régulière soit le fruit d'une habitude d'« auto-surveillance des MST », antérieure à l'apparition du sida¹². On peut noter en outre plus de 10% de tests effectués dans le contexte précis du début d'une relation stable, au cours duquel les partenaires désirent faire un test afin de pouvoir abandonner l'utilisation du préservatif.

¹¹ Comme le précisent les auteurs dans le rapport de recherche, une enquête dans ce type de population se heurte à de nombreux obstacles méthodologiques et ne peut obtenir un échantillonnage représentatif de la population. Les résultats présentés doivent donc être appréhendés davantage comme des indications que comme des données représentatives.

¹² Op. Cit

Tableau 1 : circonstances du test de dépistage du VIH chez les personnes testées (N=1162)

Dans quelles circonstances avez-vous fait votre dernier test de dépistage ?

Parce que je vérifie régulièrement ma sérologie	28.5%
Par inquiétude	16.3%.
A la suite de problèmes de santé	15.4%
A la suite de relations sexuelles où j'avais pris des risques	13%
Après avoir rencontré un partenaire avec qui je voulais avoir des relations sexuelles non protégées	11.1%
En donnant mon sang	4.5%
Après une rupture avec un partenaire	3.8%
A l'annonce de la séropositivité d'un partenaire sexuel	2.7%
A la suite d'une intervention chirurgicale	2.7%
N.R.	25%

Initiative du test

Une grande majorité des tests ont été faits sur base volontaire et spontanée (75%). Il faut néanmoins souligner un certain pourcentage, faible mais non nul, de personnes qui déclarent avoir été testées à leur insu (2.1%) et sous la contrainte (2.8%).

Lien entre le test et la séropositivité

Si l'on considère la proportion de personnes séropositives et malades au sein du sous-groupe des répondants qui ont fait au moins un test, on obtient un taux de 7.8%.

Les 16-25 sont le groupe le moins testé (60%), et les 36-45 représentent le groupe le plus testé (respectivement 88.6% pour les 36-40 ans et 87.5% pour les 41-45 ans).

Données relatives au test chez les personnes prostituées

Aux débuts de son travail de prévention sur le terrain auprès des personnes prostituées en 1989, l'association Espace P... (1996) a réalisé une enquête montrant que 85.6% des personnes rencontrées avaient fait au moins un test de dépistage au VIH. 38.2% des personnes interrogées faisaient le test plus de trois fois par an et 24.4% de une à trois fois par an. Le test est demandé soit chez le médecin généraliste (61.4%), soit chez le gynécologue (48.7%).

La majorité des prostituées avaient donc recours au test de manière régulière. Depuis 1995 à Bruxelles et 1998 en Région Wallonne, l'asbl propose systématiquement un dépistage au VIH aux prostitué(e)s.

3. LE CENTRE ELISA

Historique

Il s'agit d'une initiative de l'Organisation Non Gouvernementale Médecins Sans Frontières. Le projet, nommé Centre Elisa, fonctionne depuis 13 ans en Belgique, et n'a quasi¹³ jamais reçu de financement. Le dépistage, le counseling, les tests et l'encodage des données sont réalisés par des bénévoles. Le centre de dépistage anonyme et gratuit est situé à Bruxelles uniquement. Il est important de signaler qu'au terme de ces 13 années de fonctionnement, Médecins Sans Frontières a l'intention d'arrêter le projet, estimant que ce n'est pas son rôle d'assurer un service de prévention et de santé publique, et a interpellé les instances politiques compétentes afin qu'elles le reprennent à leur compte.

Les spécificités

Les centres de dépistage anonyme et gratuit trouvent leur origine dans la proposition faite par l'OMS au Conseil des Ministres de l'Union Européenne du 22 décembre 1989. Cette proposition est formulée comme suit: *“Les tests doivent être faits sur base volontaire et confidentielle dans le respect de l'anonymat et si possible gratuitement.”*

1. L'accessibilité du dépistage HIV

L'accessibilité psychologique

L'anonymat a été choisi afin d'offrir une « accessibilité psychologique » plus importante aux consultants¹⁴. Si nous analysons les raisons invoquées¹⁵ pour le choix du Centre Elisa, l'anonymat est de loin le premier motif cité par les consultants, ce qui nous confirme son accessibilité. Par ailleurs, les consultants sont accueillis dans une structure où l'objet de leur demande, c'est-à-dire, la réalisation d'un test HIV, ne sera pas à préciser. En effet, il est encore difficile actuellement de réaliser un test HIV, dans la mesure où le consultant se sent “jugé” à travers sa demande de test. Peut-être est-ce encore plus complexe aujourd'hui étant donné les nombreuses campagnes de prévention passées, il est ainsi devenu presque impensable de ne pas avoir été suffisamment informés sur les risques liés au HIV.

¹³ 1996, La Commission Communautaire Française a pris en charge une année de fonctionnement du centre Elisa.

¹⁴ Le terme « consultant » est le terme choisi pour nommer les personnes qui viennent réaliser un test de dépistage.

¹⁵ Sur base des données recueillies par les questionnaires remis aux consultants avant la réalisation du test HIV.

L'accessibilité sociale

Parmi les consultants, nombreux sont ceux pour qui l'anonymat est une garantie supplémentaire de confidentialité. La seule identification possible est un numéro que le consultant conserve afin que le résultat de son test puisse lui être transmis. Par ce système, il n'existe aucune possibilité pour le centre de pouvoir retrouver la trace d'un consultant. Cette garantie supplémentaire est sans aucun doute très importante pour les consultants qui ne souhaitent pas informer leur entourage (par exemple, un étudiant au regard de ses parents; un conjoint au prise avec d'autres relations par rapport à son épouse; etc.). Il reste important de prendre en considération cette norme sociale qui réalise une pression considérable sur les individus afin qu'ils adoptent des comportements "idéaux" de protection. Or, la réalité reste bien différente.

L'accessibilité économique

La gratuité du test est également à considérer comme un facteur d'accessibilité. Même si un grand nombre de consultants sont en ordre de mutuelle, la gratuité permet de continuer à garantir l'anonymat puisqu'aucune structure mutuelliste ne sera informée nominativement de la demande d'un examen en virologie. En outre, pour les consultants qui ne sont pas en ordre de mutuelle ou pour qui le paiement du ticket modérateur (2x178 frs pour 2 consultations remboursées au tarif INAMI) reste problématique, l'aspect financier ne pourra pas être évoqué comme frein à la réalisation d'un test.

En conclusion, il est important de souligner qu'au-delà de ces caractéristiques liées à l'accessibilité psychologique, sociale ou économique, le centre Elisa a voulu offrir une **accessibilité géographique**. Sa situation au centre de la ville de Bruxelles, dans un quartier desservi par les transports en commun garantit cette exigence. Les **horaires** ont également été choisis pour faciliter l'accès du Centre ; il s'agit de quatre permanences de trois heures, avec deux soirées et deux temps de midi.

2. Le counseling

Une des caractéristique fondamentale du Centre est de permettre aux médecins de s'approprier, aux travers des consultations et de discussions d'équipe, la pratique du counseling.

La réalisation d'un test est une démarche importante qui peut être aussi utilisée comme une étape intéressante afin de responsabiliser les consultants au niveau de leurs comportements de protection. Pour atteindre cet objectif, il est dès lors primordial de réaliser un counseling en phase de pré-test et en phase de post-test afin de permettre au consultant de cheminer dans un processus de protection.

Le counseling permet, ainsi, d'avoir une relation privilégiée avec chaque consultant et d'offrir un message de prévention mieux adapté au profil spécifique de celui-ci. Il est à noter que les campagnes générales de prévention du sida atteignent peu ou pas les personnes appartenant à des groupes cibles spécifiques. En outre, les actions de proximité avec ces groupes même si

elles permettent une sensibilisation plus fine, ne permettent pas à la personne concernée de comprendre les facteurs personnels qui l'ont amenée à avoir un comportement à risque.

Les consultants sont invités à remplir un questionnaire qui permet de servir de base à l'entretien de counseling et d'observer d'année en année les évolutions dans la fréquentation du centre, ainsi que dans les attitudes et les comportements des consultants.

Dans le cadre du pré-counseling, l'intervenant tente d'évaluer :

1. la motivation pour la réalisation du test ;
2. le comportement à risque et la perception du risque ;
3. la période fenêtre (l'intervalle qui suit l'infection et précède l'apparition des anticorps HIV) ;
4. les connaissances des consultants sur les voies de transmission ;
5. le comportement de protection ;
7. la préparation à la remise d'un résultat qui pourrait s'avérer positif ;

Et fixer la date de la remise du résultat, c'est-à-dire, une semaine jour pour jour après le test.

La remise du résultat du test, quant à elle, est suivie d'un post-counseling. « Il faut communiquer sans détour le résultat du test au patient, dès le début de l'entrevue post-test. Il est probable que le résultat l'ai inquiété et qu'il a hâte de le connaître, mais qu'il ressente aussi de l'appréhension ». ¹⁶

Lors du post-counseling d'un résultat négatif, le médecin sera, tout d'abord, à l'écoute du soulagement de la personne. Ensuite, il proposera au consultant de s'exprimer par rapport à la semaine d'attente du résultat et il vérifiera la période fenêtre car il s'agit d'un concept qui n'est pas toujours bien compris. Enfin, le médecin ouvrira la discussion sur le comportement à risque afin de permettre au consultant d'évaluer les difficultés à adopter un comportement de protection.

Pour la remise d'un résultat positif, le médecin offrira le premier soutien et informera sur le diagnostic. Il sera attentif à vérifier que l'information soit bien comprise. Il répondra aux questions et surtout offrira le temps nécessaire à la personne pour que celle-ci tente de s'habituer à l'annonce de la séropositivité. Il abordera aussi quelques thèmes comme le fait de

16. Sérodiagnostic du VIH-Lignes directrices pour le counseling, Association canadienne de santé publique, Ottawa, 1995.

rester en bonne santé et de pouvoir continuer ses activités pendant longtemps, le fait de suivre un traitement médical approprié, le fait de choisir une personne de confiance avec laquelle cette situation peut être abordée, etc. La question de la protection sera envisagée dans la mesure où la situation le permet. Il aidera aussi la personne à choisir le médecin qui fera le suivi, que ce soit un médecin généraliste ou un médecin d'un centre de référence du sida. Le médecin pourra également proposer un soutien psychologique.

3. Le soutien psychologique

Lors du pré ou post-counseling, le médecin est amené à réaliser un premier soutien psychologique. Que ce soit face aux angoisses liées aux prises de risque, ou aux interrogations lors d'une rupture ou d'une nouvelle relation (ai-je eu ou ai-je raison de faire confiance à mon (ma) partenaire ?) ou lors de relation à l'intérieur d'un couple sérodiscordant qui ne se protège pas (mon (ma) partenaire est séropositif(ve) mais je ne souhaite pas me protéger)... les médecins sont interpellés par ces questionnements. Dans certains cas et si la personne le souhaite, elle peut rencontrer le psychologue de l'équipe.

Au moment de l'annonce du diagnostic, une personne déclarée infectée au HIV, peut souhaiter rencontrer la psychologue afin d'aborder des questions plus précises ou simplement pour « décharger » ses émotions. Il est important d'offrir un espace temps suffisamment long pour qu'elle puisse retrouver quelques repères. Il est aussi important de voir si la personne est ou sera soutenue par un proche dans les prochaines heures. En général, on fixe un rendez-vous pour un second entretien afin de permettre à la personne de revenir avec ses questions, ses angoisses, ses doutes,...

Par ailleurs, aussi paradoxal que cela puisse paraître, certaines personnes éprouvent des difficultés à être déclarées séronégatives. Il s'agit de personnes convaincues de leur état de séropositivité qui ont, en général, pris un risque tellement élevé qu'il était tout-à-fait improbable d'y échapper. Souvent, elles n'ont pas averti leur entourage de leur démarche de dépistage et se retrouvent seules avec un résultat « incroyable ». Il est important de leur donner du temps pour accepter l'annonce de ce résultat et pour leur permettre de ne pas basculer dans un sentiment d'invincibilité.

Pour d'autres, l'annonce d'un résultat négatif peut aussi entraîner l'expression d'un soulagement, la surprise, l'incrédulité, un sentiment d'invincibilité ou de culpabilité, etc. Ces réactions sont autant d'éléments dont on peut tenir compte lors d'un accompagnement psychologique.

Et enfin, il existe d'autres situations qui peuvent être soutenues, comme l'expression d'une angoisse existentielle dans l'attente d'un résultat ou dans l'attente de la réalisation d'un test (période fenêtre), questions ou incertitudes au sujet de son identité sexuelle, communication et attitude vis-à-vis du préservatif, relation avec un(e) partenaire séropositif(ve), phobie d'être contaminé, compréhension d'une situation où la prise de risque reste centrale dans le mode de vie, etc.

4. Conclusion

La conséquence de la mise en place du dépistage anonyme et gratuit est le « ciblage » des personnes ayant eu un comportement à risque. Il est tout à fait clair qu'une structure comme le Centre Elisa permet d'atteindre une population davantage exposée au risque que la population qui effectue un dépistage auprès d'un médecin de ville, par exemple. En effet, entre 1989 et 1998, la moyenne des nouveaux cas positifs sur le nombre total de tests est de 1% au Centre Elisa. Dans le réseau des médecins-vigies, entre 1989 et 1996, 0.24% cas positifs ont été détectés (Sasse et Beghin, 1999).

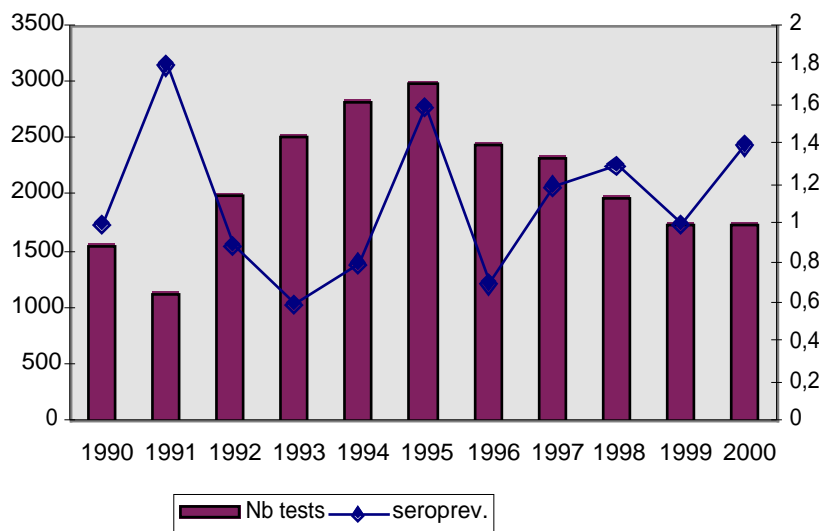
Données disponibles

Pour les données relatives au public, on se référera aux rapports annuels du Centre Elisa, et plus particulièrement le dernier rapport (2000), ainsi que le rapport de l'année 1996, qui comporte quelques résultats complémentaires.

Évolution de la fréquentation du Centre au cours du temps

La fréquentation du Centre Elisa a augmenté entre 1989 et 1995 puis a diminué progressivement. Entre 1999 et 2000, la fréquentation est restée identique. Il n'est pas possible, dans l'état actuel des connaissances, de savoir si cette baisse de la fréquentation du Centre Elisa correspond à un phénomène général de banalisation du sida, qui impliquerait une baisse des dépistages au sein de tous les centres spécialisés, ou si cette baisse est due à des facteurs spécifiques liés au Centre (manque de promotion, accessibilité, etc.).

Figure 1 : évolution du nombre de tests réalisés annuellement au Centre Elisa et de la séroprévalence de 1989 à 2000.



Le profil des consultants

Les hommes fréquentent plus le Centre que les femmes à raison de 64%. Au niveau de l'âge, 57 % ont moins de 30 ans. En terme de nationalité, 65 % sont belges, 16% d'Européens (UE), 10% d'Africains et 3% originaires du Maghreb.

Le Centre est également fréquenté par une population importante d'étudiants (26 %) qui sont confrontés d'une part, à des restrictions financières et d'autre part, à la crainte de recevoir du courrier (résultat, facture) à l'adresse de leurs parents.

Il est à noter que 16% des visiteurs du Centre n'ont pas de couverture sociale.

Les données relatives au statut socio-économique des répondants indiquent que 66% des consultants ont un diplôme de l'enseignement supérieur (universitaire ou non). En revanche, seuls 9% ont un diplôme inférieur à celui de l'enseignement secondaire supérieur.

Les comportements à risque des consultants

Lors de l'entretien du counseling, on peut constater une différence entre la perception du risque signalée dans le questionnaire et le risque réel évoqué avec le médecin.

35.2% des consultants ne déclarent aucun facteur de risque.

Parmi les consultants, ce sont les contacts hétérosexuels à risque qui sont les plus évoqués (42%), viennent ensuite les contacts homo- ou bisexuels masculins (22%).

Par contacts hétérosexuels à risque, il faut comprendre :

- contacts hétérosexuels multiples
- partenaire suspecté ou confirmé séropositif
- contact avec un(e) prostitué(e)
- contact avec une personne originaire d'un pays où le sida est endémique
- contact avec un toxicomane ou ex-toxicomane

Les raisons de l'anonymat

Il est important de souligner que les consultants qui visitent le Centre à la suite d'un risque particulier recherchent davantage l'anonymat que celles qui viennent pour d'autres raisons (71.1% contre 62.2% chez les autres ; $p < 0.001$).

Des questions complémentaires insérées dans le questionnaire en 1996 ont permis d'analyser les raisons du choix de l'anonymat (plusieurs réponses pouvaient être choisies par les répondants):

- β 67% mentionnent la volonté de décider soi-même quand et à qui on veut communiquer le résultat
- β 37.6% mentionnent le besoin de décider soi-même quand et par qui elles seront prises en charge si le test est positif
- β 30.9% mentionnent la peur du non respect du secret médical (de la part du médecin traitant 16.8% ; de la part de la mutuelle 10.3% ; de la part du laboratoire 8.9%).
- β 28% mentionnent les difficultés de communication avec le médecin traitant.
- β 18% mentionnent la peur des préjugés du médecin traitant.

En 2001, une étude comparative a été mise en place afin d'évaluer l'évolution des raisons du choix de l'anonymat. Les questionnaires des 6 premiers mois de l'année ont été traités.

61% ont choisi le Centre pour l'anonymat entre autres. Parmi eux, 63% ont répondu à l'enquête : les résultats sont en tout point comparables à ceux de 1996.

4. QUELQUES ASPECTS DES COMPORTEMENTS, ATTITUDES ET PRATIQUES FACE AU SIDA

Le relâchement des comportements de protection à l'égard du sida

Les données épidémiologiques récentes ainsi que plusieurs indicateurs comportementaux semblent prouver l'existence d'un relâchement des comportements de protection à l'égard de l'infection au VIH. Dans la population générale, l'enregistrement des cas d'infection montre une augmentation de 15% de l'incidence depuis 1998 en Belgique. Dans certains groupes spécifiques de la population, comme les prostituées et les homosexuels, il semble que l'on puisse également évoquer un possible relâchement.

Dans le groupe des homosexuels masculins, depuis deux ans, une recrudescence des prises de risque et un relâchement des gestes préventifs ont été observés dans certains pays européens. Dans le cadre de la dernière enquête réalisée à l'été/automne 2000 par l'Institut de Veille Sanitaire en France (Adam et Hauet, 2000) auprès des lecteurs de la presse homosexuelle, plusieurs résultats semblent confirmer l'hypothèse de la recrudescence dans le public des homosexuels masculins. Des différences significatives ont été observées par rapport aux résultats de la même enquête réalisée en 1997. Parmi ces résultats, on peut citer entre autres une augmentation de pénétrations anales non protégées, tant avec les partenaires stables (37%, contre 31% en 97) qu'avec les partenaires occasionnels (la pénétration est toujours protégée pour 70% des répondants, contre 74% en 97 ; les hommes ayant au moins une relation non protégée par mois passent de 1.7% à 3.6%)¹⁷.

En Communauté française, les dernières données datent de 1998 (Enquête Ex \AE quo/CES). La recrudescence dans d'autres pays européens a été enregistrée à partir de 1999. Il n'existe donc pas de données quantitatives assez récentes en Communauté française pour confirmer les observations des chercheurs étrangers.

¹⁷ Les différents indicateurs qui confirment cette recrudescence des prises de risque dans le cadre de l'enquête française sont : une poursuite de l'augmentation du nombre de partenaires, avec une moyenne de 18 partenaires dans l'année, une reprise de l'activité sexuelle des personnes séropositives suite aux progrès thérapeutiques, une augmentation de la fellation systématique et de la pénétration anale systématique avec les partenaires stables et occasionnels, une augmentation de pénétrations anales non protégées, tant avec les partenaires stables (37%, contre 31% en 97) qu'avec les partenaires occasionnels (la pénétration est toujours protégée pour 70% des répondants, contre 74% en 97 ; les hommes ayant au moins une relation non protégée par mois passent de 1.7% à 3.6%), une augmentation du taux de pénétrations non protégées maximale chez les personnes séropositives : le pourcentage d'hommes déclarant plus de trois pénétrations non protégées dans l'année passe de 7 à 9% chez les séronégatifs et de 15 à 25% chez les séropositifs, une recrudescence des MST : 16% contre 13% en 1997, une perception personnelle du relâchement due aux nouveaux traitements, surtout chez les séropositifs.

Néanmoins, l'asbl Ex Æquo précise que des rencontres avec des patrons d'établissements homosexuels (bars, discothèques) considérés comme des témoins privilégiés mettent en évidence une résurgence de comportements non protégés. Par ailleurs, des contacts fréquents sur les sites Internet de rencontres homosexuelles ont permis à Ex Æquo d'enregistrer un nombre croissant d'utilisateurs à la recherche de relations sexuelles non protégées (phénomène du barebacking).

Enfin, la recrudescence des cas de syphilis, enregistrée¹⁸ parmi les prostituées ainsi que parmi les homosexuels masculins qui fréquentent les lieux de consommation sexuelle (saunas et backrooms) est un indicateur pertinent de ce relâchement.

¹⁸ Communication de l'Institut de Médecine Tropicale d'Anvers, non publiée.

L'influence des nouveaux traitements sur les comportements préventifs

La diffusion, depuis 1996, des informations au sujet des nouveaux traitements contre le sida (multithérapies, prophylaxie après exposition non professionnelle) a contribué, dans une mesure qu'il est aujourd'hui difficile de quantifier, au relâchement des comportements de protection dans certains groupes de population. Cette relation entre la diffusion des informations et l'augmentation des prises de risque a été surtout étudiée parmi les homosexuels masculins¹⁹ dans le cadre d'enquêtes quantitatives.

Il existe peu de données au sujet de l'éventuel impact des informations relatives aux progrès thérapeutiques sur les attitudes et comportements de la population générale. C'est pourquoi, à titre exploratoire, des questions relatives à ce thème ont été intégrées dans le guide d'entretien de la présente recherche (voir guide d'entretien).

¹⁹ Voir notamment à ce sujet Adam, P., Hauet, E. (2001) Rapport INVS/ANRS/DGS, Paris, France ; ainsi que F. Delor, V. Martens, P. Huynen. (1999). « *Les modes de vie des gays et le sida. Enquête sur les connaissances, attitudes et pratiques des homosexuels masculins en Communauté française* ». Rapport intermédiaire. CES des Facultés Universitaires Saint-Louis – Ex Æquo.

II. METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

1. L'ECHANTILLON

Recrutement de l'échantillon

Le recrutement des personnes s'est déroulé en deux temps. L'accueillant du Centre remettait à chaque visiteur dans la salle d'attente un document lui expliquant l'existence et l'objectif de la recherche et l'invitant à y participer. Lors de la consultation, le médecin évoquait à son tour la recherche et tentait de sensibiliser les consultants à son intérêt. Si le consultant marquait son accord, il pouvait soit passer l'entretien directement (le chercheur étant sur place lors des permanences), soit prendre un rendez-vous pour le jour où il comptait revenir au Centre pour prendre connaissance du résultat de son test.

Au total, 48 entretiens ont été menés au cours d'une période de trois mois sur le site même du Centre Elisa. Les entretiens ont duré entre vingt minutes et une heure quinze, la majorité n'ayant pas dépassé une heure. Etant donné l'importance de l'anonymat dans les principes fondamentaux du Centre Elisa et en fonction des moyens financiers disponibles, il a été décidé de ne pas enregistrer les entretiens. Le chercheur chargé des entretiens a pris des notes détaillées lors des entretiens. Ces notes ont ensuite été dactylographiées.

Limites de la méthode et biais d'échantillonnage

Les visiteurs du Centre Elisa qui ont accepté de participer à l'entretien ne sont évidemment pas représentatifs de l'ensemble des consultants du Centre. Certains ont refusé de participer à la recherche à cause du manque de temps, ce qui peut s'expliquer entre autres par le fait que beaucoup de consultants profitent de leur pause de midi pour passer au Centre ou le font sur le chemin du retour au domicile après leur journée de travail. Certains refus ont sans doute été motivés par la crainte ou l'absence d'envie de parler de sujets sensibles comme la sexualité, le sida, ou plus spécifiquement de relations sexuelles socialement stigmatisées (comme des relations adultérines, homosexuelles ou dans le cadre de la prostitution par exemple, quoique ces trois cas de figure se retrouvent dans les entretiens dans des proportions diverses).

Un autre biais de sélection est à placer du côté de la subjectivité des médecins. Ceux-ci semblent en effet avoir sélectionné dans une certaine mesure des sujets « intéressants » et avoir écarté d'autres personnes sur base de plusieurs critères implicites tels que :

- β l'affluence lors des permanences du Centre : le nombre de visiteurs du Centre Elisa varie fortement d'un jour à l'autre. Il était plus facile pour le médecin de consacrer du temps au

recrutement des personnes lors des jours de moindre affluence que lorsque la salle d'attente était remplie.

- β le profil des consultants : la méthodologie et les objectifs de la recherche ont été expliqués aux médecins bénévoles lors d'une réunion organisée quelques temps avant le début de la recherche. Les médecins, en fonction de leur expérience et de leur subjectivité, ont vraisemblablement effectué une sélection des personnes dont le profil leur semblait intéressant ou non dans le cadre de la recherche. Cette sélection a également pu se faire en fonction de la qualité de l'interaction avec les consultants. On peut raisonnablement supposer qu'il était plus facile pour les médecins d'insister auprès des personnes qui se montraient les plus à l'aise et les plus enclines à parler des raisons qui les avaient conduites au Centre.

Quoiqu'il en soit, le principe du dispositif d'une recherche qualitative n'est pas d'obtenir un échantillon représentatif de la population étudiée mais bien de diversifier le plus possible les cas de figure et les profils en fonction des objectifs de la recherche. Il a été possible, au cours de la phase de réalisation des entretiens, de solliciter les médecins pour qu'ils tentent de diversifier les profils des personnes recrutées.

2. L'ENTRETIEN

L'entretien semi-directif

L'entretien semi-directif ou semi-structuré consiste à indiquer à la personne interviewée dans le cours de l'entretien les objectifs de la recherche et les thèmes principaux. La liberté de développer certains aspects particuliers de ces thèmes est laissée à la personne interviewée. Le rôle de l'interviewer consiste à encourager l'interviewé à développer ou approfondir certains thèmes et à recentrer le propos en fonction des objectifs de la recherche.

Le guide d'entretien

Le guide d'entretien a été élaboré en fonction des objectifs de la recherche. Il a également subi quelques modifications au cours de la recherche dans la mesure où certaines des questions abordées dans ce guide apportaient peu d'informations. D'autres questions qui n'étaient pas envisagées dans la première version du guide d'entretien ont par contre été rajoutées dans la mesure où elles émergeaient spontanément dans le cadre de certaines interviews.

L'analyse des entretiens

En partant des objectifs de la recherche, une grille d'analyse de contenu a été établie en prenant en compte les différents aspects de l'étude. L'objectif était de répertorier une pluralité de discours à partir de quelques dimensions (voir tableau ci-dessous). La méthode utilisée était la méthode logico-sémantique (Mucchielli, 1988).

Les catégories ont été définies a priori et ont été discutées avec les responsables du Centre Elisa. Chaque entretien a été analysé en fonction de cette grille.

Les dimensions prises en compte sont les suivantes (voir en annexe la grille d'analyse détaillée).

MOTIVATIONS ET CIRCONSTANCES DU TEST

Prise de risque

type de prise de risque

type de partenaire

Autres raisons

Passé des tests

CHOIX DU CENTRE ELISA

ANONYMAT

raisons – représentations – degré d'importance

GRATUITÉ

situation financière et mutuelle – degré d'importance

COUNSELING

En ce qui concerne les motivations et les circonstances du test, il s'agissait d'identifier dans le discours des personnes interrogées tout élément qui pouvait expliquer la démarche de dépistage. A côté des éléments appelés classiquement dans la littérature « motivations de la demande de dépistage », l'hypothèse était que d'autres facteurs moins directement liés à une préoccupation sanitaire pouvaient intervenir dans cette démarche.

En ce qui concerne le choix du Centre Elisa, l'objectif était de cerner les raisons qui amenaient les personnes à choisir ce Centre plutôt qu'un autre. Il s'agissait à cet égard de comprendre les représentations que les répondants avaient du Centre Elisa, éventuellement par opposition à d'autres organismes ou d'autres professionnels de santé (médecins généralistes, centres de planning familial, Centres de Référence Sida, etc.).

Par rapport à la notion d'anonymat, il apparaissait important de comprendre la représentation personnelle des répondants et l'importance que revêtait l'anonymat dans leur décision de passer un test. L'hypothèse était que la notion d'anonymat devait être appréhendée de manière différente en fonction du profil des répondants. Les discours relatifs à l'anonymat ont ainsi été répertoriés et classés en catégories.

La notion de gratuité a également été explorée en partant de l'hypothèse que cette gratuité prenait un sens différents pour différentes catégories de répondants, notamment en fonction des ressources financières de ceux-ci.

Les discours au sujet du counseling ont été répertoriés en tentant de distinguer les éléments d'ordre informationnels (modes de transmission, mesures de protection, etc.), les éléments

d'ordre réflexif (discussion avec le médecin au sujet de l'évaluation du risque) et les éléments d'ordre affectif (sentiment de confiance, liberté de parole, rassurance, etc.).

III. RESULTATS

1. DESCRIPTION GENERALE DES PERSONNES INTERVIEWEES

Quarante-huit personnes ont été interrogées, dont onze femmes et trente-sept hommes.

Les personnes interrogées ont entre vingt et cinquante ans. Les femmes sont âgées de vingt à trente-sept ans. Les hommes sont âgés de vingt-trois à cinquante ans.

Parmi les hommes, vingt et un se définissent comme hétérosexuels, quatorze comme homosexuels et deux comme bisexuels. Deux hommes sont venus au centre Elisa suite à un ou plusieurs rapport(s) sexuel(s) avec une prostituée. Aucune personne interrogée n'a mentionné l'injection de drogue comme facteur de risque.

En ce qui concerne la nationalité, on compte vingt-neuf Belges, huit non-Belges ressortissants de l'Union Européenne, deux personnes issues de pays d'Afrique subsaharienne, un Equatorien, un Canadien. Pour les sept personnes restantes, l'information n'est pas disponible.

Tableau récapitulatif des répondants en fonction du sexe, de l'orientation sexuelle et de l'âge

	Hommes	Femmes
Nombre	37	11
Orientation sexuelle déclarée	21 hétérosexuels, 15 homosexuels, 1 bisexuel	11 hétérosexuelles
Age	De 23 à 50 ans	De 20 à 37 ans

Le tableau synoptique des entretiens ci-après mentionne pour chaque entretien un prénom fictif, l'âge de chaque personne interviewée, le sexe ou l'orientation sexuelle (toutes les femmes interrogées sont hétérosexuelles), l'existence ou non d'une prise de risque selon les répondants, les circonstances du test, l'importance perçue par le répondant de l'anonymat et de la gratuité ainsi que quelques mots-clés qui permettent de situer l'entretien dans ses aspects les plus saillants.

2. TABLEAU SYNOPTIQUE DES ENTRETIENS

N°	PRENOM	AGE	CAT.	PRISE DE RISQUE	CIRC. TEST	ANONYMAT	GRATUITE	COMMENTAIRES
1	Henri	40	Homo	?	« Fait une bêtise »	Oui	Non	Danois Dépistage en vue d'un traitement si résultat +
2	Mathieu	31	Homo	?	?	Oui	Non	Finlandais
3		28						
4	Myriam	34	Femme	?	Nouvelle relation, demande du partenaire	Oui	?	Peur du jugement du médecin de famille Expérience négative en hôpital
5	Bertrand	32	Homo	Oui	Couple sérodifférent, test tous les 3 mois	Non	Oui	
6	Alain	27	Hétéro	Oui	Nouvelle relation	Oui	Oui	Absence de revenus En Belgique depuis 3 mois Anonymat important car crainte de refus de bourse d'étude et de renvoi au pays Camerounais
7	Mark	31	Homo	Oui (Fellation)	Rassurance fellation (2 x / an)	Non	Non	En couple ouvert Relations non protégées dans couple / protégées à l'extérieur
8	Daniel	39	Hétéro	Oui	Nouvelle relation extra-conjugale	Oui	Oui	Marié
9	Désiré		Hétéro	Oui	Nouvelle relation	Non	Non	Période de vulnérabilité et prise de risque (séparation)
10	Gérard	26	Hétéro	Oui (Accidents de	Test annuel « pour savoir »	Non	Oui	Pas en ordre de mutuelle, mauvaise situation financière

N°	PRENOM	AGE	CAT.	PRISE DE RISQUE	CIRC. TEST	ANONYMAT	GRATUITE	COMMENTAIRES
				préservatif)				
11	Bernard	28	Hétéro	?	Vérification de routine	Oui	Non	Utilise de moins en moins le préservatif
12	Benoît	?	Hétéro	Oui	Relation non protégée avec une partenaire de passage	Oui	Non	Marié + une maîtresse fixe
13	Sabine	33	Femme	Oui	Relation non protégée avec un partenaire de passage	Non	Nn	Célibataire Conditions de travail rendent difficile la prise de rendez-vous Horreur des préservatifs
14	José	31	Homo	Oui	Rassurer son partenaire stable qui a pris un risque avec un partenaire séro+	Non	Non	Couple stable depuis 6 mois ouvert aux partenaires occasionnels Ne supporte pas le préservatif Choix du Centre pour l'accès
15	Koen	23	Homo	Oui (fellation)	A la suite d'une relation de trois mois avec un partenaire séro+	Non	Non	Demande de dépistage refusée par le médecin généraliste
16	Laurent	27	Bisexuel	Oui (fellation)	Vérification car incertitude par rapport au risque de la fellation	Oui	Non	Marié depuis huit ans Anonymat par discrétion par rapport à sa femme Problèmes dans la gestion de la bisexualité
17	Gabriel	27	Homo	Oui (fellation avec risque accru par blessure)		Non	Oui	
18	Sylvie	22	Femme	Oui	Bilan après plusieurs relations durables avec rapports non protégés	Oui	Oui	Importance de la confiance dans le partenaire
19	Alex	23	Hétéro	Oui	Mensonge de l'ancienne partenaire au sujet d'un test	Oui	Oui	Choix du Centre pour l'absence de complication administrative + mutuelle des

N°	PRENOM	AGE	CAT.	PRISE DE RISQUE	CIRC. TEST	ANONYMAT	GRATUITE	COMMENTAIRES
								parents
20	Jean-Luc	38	Homo	Oui (fellation)	Prise de conscience et angoisse	Oui	Non	Divorcé – couple stable ouvert aux partenaires occasionnels Expériences négatives en hôpital Statut du test dans la trajectoire individuelle et dans celle du couple
21	Abdel	28	Homo	Oui (fellation)	Incertitude par rapport au risque de la fellation Nouvelle relation	Oui	Non	Famille immigrée Choix du Centre pour l'aspect spécialisé
22	Antonio	25	Homo	Oui (fellation)	Couple stable – nombreux partenaires occasionnels	Oui	Oui	Mauvaise expérience avec le médecin traitant
23	Michel	50	Homo	Oui	Nouvelle relation – beaucoup de prises de risque	Oui	Non	Statut du test dans la trajectoire
24	Alphonse	50	Hétéro	Oui	Relation extraconjugale en Afrique	Oui	Non	Marié Méfiance à l'égard des Africaines
25	Karim	33	Hétéro	Non	Nouvelle partenaire venant d'Afrique, « à risque », solidarité, angoisse	Oui	Non	Choix du centre car spécialisé
26	Sophie	32	Femme	Oui	Vérification pour l'avant-dernière prise de risque	Non	Non	Célibataire « faiblesse » dans la négociation du préservatif Stratégie de sélection des partenaires Choix du Centre car spécialisé
27	Aline	37	Femme	?	Fréquents séjours du mari en Afrique et absence de confiance à son égard – test avec le mari	Non	Non	Manque de confiance envers le mari Inquiétude et angoisse

N°	PRENOM	AGE	CAT.	PRISE DE RISQUE	CIRC. TEST	ANONYMAT	GRATUITE	COMMENTAIRES
28	Patricia	30	Femme	Oui	Rapport sans préservatif Veut être « claire » en cas de nouvelle relation	Oui	Oui	Choix du centre car possibilité d'un accompagnement si séro+, pas de rendez-vous et rapidité
29	Alexandra	30	Femme	Oui	Nouvelle relation	Oui	Oui	Pas de mutuelle Expérience négative avec un médecin pour une MST
30	Albert	44	Hétéro	Oui	Pas respecté la période fenêtre lors du dernier test	Non	Non	
31	Fabian	25	Hétéro	Oui	Nouvelle relation	Oui	Oui	Allergie de la partenaire au latex Prises de risque avant le test, a contracté MST de la partenaire
32	Raymond	45	Homo	Oui	Une pénétration sans préservatif avec partenaire occasionnel	Oui	Non	Couple stable ouvert aux partenaires occasionnels
33	Bernadette	20	Femme	/	Pas de test, accompagne une amie	Oui	Non	Méfiance à l'égard du milieu hospitalier pour la confidentialité et le jugement
34	Isabelle	21	Femme	Oui (fellation)	Fellation avec partenaire stable, a appris récemment que le risque existe	Oui	Oui	Choix du centre car mutuelle des parents et pas de complication administrative
35	Rémy	24	Hétéro	Non	Nouvelle relation	Non	Non	Rapport avec prostituée
36	Robert	29	Hétéro	Oui	Nouvelle relation	Oui	Non	Méfiance à l'égard de la confidentialité dans le milieu hospitalier Nouvelle relation avec une prostituée
37	Pascal	23	Hétéro	?	Nouvelle relation	Non	Oui	Choix du centre car simplicité de la démarche
38	Roger	33	Hétéro	Oui	Relation de deux mois sans protection avec une Africaine	Oui	Oui	Origine Africaine Utilisation « très irrégulière » du préservatif
39	David	27	Hétéro	Oui (fellation)	Rapport en Thaïlande avec fellation non protégée	Oui	Non	Choix du centre car crainte de perte d'emploi si pas de confidentialité (pilote)

N°	PRENOM	AGE	CAT.	PRISE DE RISQUE	CIRC. TEST	ANONYMAT	GRATUITE	COMMENTAIRES
40	Alice	24	Femme	Oui	Nouvelle relation	Oui	Non	Méfiance par rapport à la confidentialité dans les hôpitaux Prises de risque car « mauvaise passe »
41	Damien	29	Hétéro	Oui	Nouvelle relation Volonté de « faire le point » par rapport au passé	Oui	Non	
42	Jérôme	28	Homo	Oui (fellation)	Nouvelle relation	Non	Non	
43	Bart	29	Hétéro	Oui	Bilan par rapport à plusieurs relations sexuelles non protégées sur plusieurs années	Oui	Oui	Choix du centre car spécialisé
44	Xavier	23	Homo	Oui (fellation)	« Se rassurer »	Oui	Oui	Crainte de la discrimination
45	Nadine	21	Femme	Oui	Accidents de préservatifs + rapports non protégés	Oui	?	Méfiance à l'égard du médecin traitant pour la confidentialité et le jugement Premier test
46	Pablo	39	Hétéro	Oui	Accidents de préservatifs + rapports non protégés	Oui	Oui	Clandestin (Amérique Latine)
47	Bruno	40	Homo	Oui	Rupture du couple stable après huit ans, nombreux partenaires ensuite	Oui	Non	Dépression et tentatives de suicide après la rupture
48	Sylvain	24	Hétéro	Oui	Nouvelle relation	Oui	Oui	Gratuité importante car tests fréquents

3. ANALYSE DES CIRCONSTANCES DU TEST

La littérature existante au sujet du dépistage mentionne généralement les motivations exprimées par les individus pour passer un test. Ce terme de motivation doit être nuancé et précisé dans la mesure où l'on peut, à la lecture des entretiens, distinguer différents facteurs qui expliquent et justifient la décision de passer un test. Ces facteurs sont en général la ou les prise(s) de risque, l'objectif poursuivi par les individus et les événements déclencheurs qui les conduisent au centre de dépistage.

La première question de l'entretien était volontairement formulée de manière assez générale, ce qui permettait d'examiner quelles raisons percevaient les répondants pour expliquer leur démarche de test.

Les prises de risque

La très grande majorité des personnes interviewées mentionnent une ou plusieurs prises de risque, c'est-à-dire un rapport sexuel vaginal, anal ou oral sans utilisation du préservatif.

La ou les prises de risque évoquée(s) par les demandeurs de test est (sont) le plus souvent récente(s), quoique certaines personnes rapportent des prises de risque qui datent de plusieurs années.

Tentative de catégorisation des demandes de test

Le fait d'avoir pris un risque explique rarement à lui seul la démarche de dépistage. Dans un petit nombre d'entretiens, les personnes interrogées justifient leur demande de test uniquement par une prise de risque plus ou moins importante. Par contre, des informations apportées par la plupart des demandeurs de test permettent de mettre en évidence un faisceau d'événements ou de sentiments qui, ajoutés à la prise de risque, expliquent la demande de test. Notre analyse s'est centrée sur ces informations en tentant de les regrouper en catégories.

Outre les prises de risque « objectives » rapportées par les personnes interrogées, il a été possible de dégager des points communs à certaines demandes de dépistage et de les regrouper en catégories. Ces catégories ne s'excluent pas mutuellement. Elles ne recouvrent pas non plus la totalité des cas de figure rencontrés lors des entretiens.

La catégorie de base est la demande de test à la suite d'une ou plusieurs prises de risque. Ont été inclus dans cette catégorie les demandes de test qui ne semblaient dans l'entretien pas se référer à d'autres éléments que la prise de risque elle-même. Il s'agit d'une catégorie de

départ dans la mesure où la grande majorité des répondants citent une ou plusieurs prises de risque comme raison de la demande de dépistage.

Les autres catégories se réfèrent davantage à des circonstances dans la mesure où au-delà d'une ou plusieurs prises de risque, d'autres éléments sont invoqués par les personnes interrogées. Il est important de noter que ces catégories ont été construites à partir des entretiens et donc à partir des raisons invoquées par les répondants eux-mêmes pour expliquer la demande de dépistage. Des mécanismes de reconstruction ou de rationalisation de leur démarche peuvent dans certains cas influencer leur discours.

Ces catégories, qui seront illustrées dans les pages suivantes, sont présentées dans le tableau ci-après:

Tableau : Catégorisation des demandes de test

I. Mise au point ou vérification de routine dans le cadre du début d'une relation amoureuse

I. 1. Le test de dépistage en vue d'abandonner le préservatif avec le nouveau partenaire

I. 2. Un cas de figure particulier : le test de dépistage dans le cadre d'une nouvelle relation où la prise de risque a déjà eu lieu

II. Vérification du statut sérologique liée à l'incertitude des risques de contamination des pratiques sexuelles orales

II. 1. Contrôle de la sérologie par les homosexuels lié à l'incertitude des risques de contamination de la pratique de la fellation

II. 2. Les pratiques orales dans le cadre des rapports hétérosexuels

III. Demande de dépistage suite à un rapport sexuel avec un partenaire qui a suscité le doute ou la méfiance

IV. La vérification du statut sérologique au terme d'une relation durable

V. Vérification à la suite d'un accident de préservatif

VI. Le recours au test de dépistage de manière routinière ou répétée

VII. Le dépistage en vue d'un traitement en cas de diagnostic positif

VIII. Le dépistage comme vérification à la suite d'une ou plusieurs prise(s) de risque

Nous avons distingué au sein de certaines catégories les circonstances qui apparaissent dans le cadre de relations hétérosexuelles et celles qui apparaissent dans le cadre de relations homosexuelles dans la mesure où les discours tenus par l'une ou l'autre catégorie à l'égard de la démarche de test s'avèrent sensiblement différents.

Illustration des catégories à partir des entretiens

I. Mise au point ou vérification de routine dans le cadre du début d'une relation amoureuse

Le dépistage dans le cadre du début d'une relation amoureuse est une circonstance largement répandue. Le centre Elisa notait en 1996 une augmentation de ces demandes de dépistage depuis 1994. En 2000, 39.4% des demandes de dépistage étaient réalisées dans ces circonstances.

Un quart des personnes interrogées dans le cadre de la présente recherche font une demande de test dans le cadre d'une nouvelle relation, soit pour pouvoir avoir des relations sexuelles sans préservatif avec leur nouveau partenaire, soit parce qu'ils ont déjà eu des relations sexuelles sans préservatif avec ce partenaire qui s'annonce comme un partenaire durable. Dans ce cas, l'objectif est de se rassurer et/ou de rassurer le partenaire à propos de son statut sérologique.

I. 1. Le test de dépistage en vue d'abandonner le préservatif avec le nouveau partenaire

Daniel (entretien 8)

Daniel a trente-neuf ans. Il est marié et a des enfants. Il a passé d'autres tests de dépistage dans le passé mais toujours dans le cadre d'examens médicaux plus généraux.

Il a décidé de faire un test de dépistage pour pouvoir avoir des relations sexuelles sans préservatifs avec une partenaire qu'il a rencontrée il y a un mois. Il estime qu'il n'est pas nécessaire que sa partenaire fasse un test car elle en a déjà fait un il y a trois ans et qu'elle est avec le même partenaire depuis lors.

Il estime n'avoir pas pris de gros risque même s'il a eu des relations sexuelles non protégées dans le passé. La première fois, il avait des préservatifs sur lui mais c'est sa partenaire qui n'a pas voulu qu'il en utilise, ce qu'il a trouvé étonnant dans la mesure où selon lui c'est la femme qui prend le plus de risque. La deuxième fois, avec une autre partenaire, le préservatif s'est déchiré.

Michel, 50 ans

Michel a été marié pendant vingt-deux ans. Il a ensuite divorcé. Après la perte de sa fille de vingt-deux ans, il s'est retrouvé seul. Pour lutter contre cette solitude, il a fréquenté toutes sortes de bars et de cafés et il a découvert son homosexualité « par hasard. Il a alors découvert le milieu homosexuel qu'il fréquente depuis deux ans, « deux ans de débauche » selon ses propres mots. Michel entend par là qu'il a fréquenté assidûment des établissements de rencontre et qu'il a eu de nombreux partenaires. Il a eu plusieurs rapports sexuels non protégés avec pénétration.

Michel a rencontré un homme il y trois mois et cette relation s'annonce sérieuse et durable. C'est pourquoi il a décidé de faire un test.

Karim (entretien 25)

Karim a trente-trois ans. Il est venu faire un test de dépistage avec sa nouvelle partenaire avec qui il a envie de s'engager. Celle-ci est selon lui « à risque » car elle a séjourné en Afrique Centrale. Il fait le test par angoisse et par besoin de certitude même s'il est conscient de ne pas avoir été exposé au virus car son ancienne partenaire a fait un test qui s'est révélé négatif. Il vient aussi par solidarité avec sa nouvelle partenaire.

Il n'a pas encore pratiqué la pénétration avec sa partenaire et s'il l'avait fait, ils auraient utilisé le préservatif.

Alexandra (entretien 29)

Alexandra a trente ans. Elle vit en Belgique depuis quelques mois et vivait à Montréal dans le passé. Elle fait un test de dépistage car elle commence une nouvelle relation stable et qu'elle a pris des risques dans le passé. Elle souhaite « être clean » parce que « le préservatif dans une relation stable ça va deux minutes mais à la longue c'est pas évident ». Elle vient au centre avec son nouveau partenaire.

Lors de la rencontre avec son nouveau partenaire, elle a dit d'emblée qu'elle n'était pas sûre de son statut et qu'il fallait utiliser le préservatif. Ils l'ont utilisé « quasiment tout le temps ».

Elle n'utilise pas de méthode contraceptive, ce qui constitue une autre raison d'utiliser le préservatif. Elle évoque le fait que tomber enceinte est plus proche de sa réalité que de contracter une MST ou le sida.

Elle dit toujours faire un test au début d'une relation qu'elle considère comme importante.

Rémy (entretien 35)

Rémy est un étudiant de vingt-quatre ans. Il fait un test de dépistage suite à un rapport sexuel avec une prostituée car il commence une nouvelle relation. Il n'a pas pris de risque à cette occasion mais il le fait « par acquit de conscience », moins par rapport à des doutes au sujet de la prostituée que par rapport à l'efficacité de la protection.

Pascal (entretien 37)

Pascal est un étudiant de vingt-trois ans. Il fait un test de dépistage pour la première fois car il commence une relation avec une nouvelle partenaire et il n'aime pas les préservatifs. Il est venu faire le test avec sa partenaire.

Alice (entretien 40)

Alice a vingt-quatre ans. Elle passe un test car elle commence une nouvelle relation et elle a pris des risques dans le passé.

Elle sort d'une période où elle était « un peu paumée » et où elle a « cherché de l'affection partout » suite à une rupture. Cette mauvaise période, caractérisée par un manque d'estime de soi, explique selon elle ses prises de risque.

Jérôme (entretien 42)

Jérôme a vingt-huit ans et est homosexuel. Il passe un test car il commence une nouvelle relation et souhaite avoir des rapports sexuels avec pénétration sans préservatif avec son partenaire.

Il a pris des risques dans le passé dans le cadre d'une relation avec un partenaire qui a été diagnostiqué positif peu après la fin de leur relation. Il avait fait un test suite à cette relation.

Sylvain (entretien 48)

Sylvain a vingt-quatre ans. Il passe un test car il commence une nouvelle relation et il désire avoir des rapports sexuels sans préservatifs avec sa partenaire.

A une époque il utilisait systématiquement le préservatif. A présent, il l'utilise pour des rencontres d'un soir mais pas lors des relations sérieuses basées sur la confiance et la fidélité. Il a pris des risques dans le passé.

Myriam (entretien 4)

Myriam est une femme de trente-quatre ans. Elle est séparée de son mari et a un enfant.

La première fois qu'elle est venue au centre, c'était à la demande d'un nouveau partenaire beaucoup plus jeune qu'elle. Elle avait été choquée par cette demande car elle pensait qu'il ne lui faisait pas confiance. Elle était venue avec ce partenaire qui connaissait déjà le centre.

Elle fait un nouveau test de dépistage à la demande d'un nouveau partenaire dont le père est décédé du sida.

Elle n'est pas trop inquiète à propos du résultat car elle affirme se protéger, mais elle précise qu'elle ira de l'avant s'il devait lui arriver quelque chose.

I. 2. Un cas de figure particulier: le test de dépistage dans le cadre d'une nouvelle relation où la prise de risque a déjà eu lieu

Parmi les personnes interrogées qui font un test de dépistage dans le cadre d'une nouvelle relation, certaines admettent avoir déjà eu des relations non protégées avec ce nouveau partenaire.

Alain (entretien 6)

Alain est originaire du Cameroun et a vingt-sept ans. Il habite en Belgique depuis trois mois. Il est venu faire un test car il a rencontré une fille avec qui il souhaite avoir une relation suivie. Il a fait deux tests dans le passé dans le cadre de demandes de bourses d'études. Sa partenaire a fait un test et lui a montré son résultat. Il désire la rassurer et lui montrer qu'elle a eu raison de lui faire confiance.

Il a eu une fois des relations sexuelles avec sa nouvelle partenaire. Ils ont commencé par utiliser le préservatif puis l'ont abandonné au cours du rapport sexuel.

Il a parlé du sida avec sa partenaire. Celle-ci lui a demandé s'il avait déjà fait des tests et elle l'a questionné sur ses relations passées.

Il fait parfois de l'herpès et en a parlé au médecin du centre qui lui a donné des conseils.

Alain affirme que si sa partenaire n'avait pas fait de test, ils auraient utilisé des préservatifs. Dans sa précédente relation durable, lui et sa partenaire avaient fait un test avant leur premier rapport sexuel.

Fabian (entretien 31)

Fabian a vingt-cinq ans. Il commence une nouvelle relation avec une femme et il n'utilise pas de préservatif quand une relation s'annonce sérieuse. Sa nouvelle partenaire fait des réactions allergiques au latex. Ils n'ont pas utilisé de préservatifs lors des premiers rapports sexuels mais ils ont pratiqué le coït interrompu.

Son ancienne partenaire était selon ses termes « à haut risque » car elle est congolaise.

Il a contracté la MST de sa nouvelle partenaire.

Damien (entretien 41)

Damien a vingt-neuf ans. Il fait un test de dépistage car il commence une nouvelle relation et souhaite « faire le point » par rapport aux relations passées.

Il a déjà eu des rapports sexuels sans préservatifs avec sa nouvelle partenaire ainsi qu'avec ses partenaires récentes mais considère que ces rapports constituent un risque minime du fait que ses partenaires ne font pas partie d'un milieu à risque.

II. Vérification du statut sérologique liée à l'incertitude des risques de contamination des pratiques sexuelles orales

II. 1. Contrôle de la sérologie par les homosexuels lié à l'incertitude des risques de contamination de la pratique de la fellation

Une grande majorité des demandeurs de test homosexuels disent faire un test de dépistage en raison de l'incertitude au sujet des risques de contamination de la pratique de la fellation sans préservatif. Ils sont en général informés au sujet des risques de transmission de cette pratique mais évoquent la difficulté, liée à l'utilisation du préservatif au regard de l'impossibilité de quantifier le risque. Le multipartenariat est souvent évoqué comme un facteur de risque supplémentaire.

Xavier (entretien 44)

Xavier est homosexuel et a vingt-trois ans. Il passe un test « pour se rassurer ». Il considère ne pas prendre de risques importants mais souhaite vérifier sa sérologie car il pratique la fellation sans préservatifs avec un grand nombre de partenaires.

Il utilise toujours des préservatifs pour la pénétration anale mais jamais pour la fellation.

Abdel (entretien 21)

Abdel a vingt-huit ans et est issu d'une famille immigrée. Il a découvert son homosexualité il y a un an.

Il est venu faire un test parce qu'il avait peur suite à un rapport sexuel dans le cadre duquel il ne sait pas très bien s'il a pris ou non un risque. Il s'agit d'un rapport sexuel oral. Il a découvert sur un site Internet de prévention français que cette pratique était risquée. Il a voulu passer un test par respect pour son partenaire stable qu'il a rencontré après cette prise de risque.

Abdel utilise systématiquement le préservatif pour la pénétration anale mais ne l'a utilisé qu'une fois pour la fellation. Il affirme que dorénavant il protégera aussi les rapports oraux. Il évoque le caractère confus des messages relatifs à la fellation.

Gabriel (entretien 17)

Gabriel a vingt-sept ans. Il passe un test de dépistage suite à ce qu'il appelle une grosse prise de risque qui date d'une semaine. Il a pratiqué la fellation active et il a remarqué une blessure avec du sang sur le sexe de son partenaire. Il explique qu'il pense faire un test depuis un certain temps à cause des incertitudes liées à la pratique répétée de la fellation et que cet événement a servi de déclencheur. Il n'utilise jamais de préservatif pour la fellation et affirme qu'il ne prend pas d'autres risques.

Dans le passé, il faisait des tests presque tous les ans et il en a fait quatre ou cinq au total. Il compte redevenir plus régulier suite à sa dernière prise de risque et repassera un test dans trois mois.

Laurent (entretien 16)

Laurent a vingt-sept ans. Il est marié depuis huit ans et se définit comme bisexuel.

Il fait un test de dépistage pour vérifier sa sérologie du fait de son incertitude quant aux risques de contamination par la fellation avec des hommes. C'est son dernier partenaire masculin en date qui l'a encouragé à faire le test.

Il a profité de l'entrevue avec le médecin pour lui poser des questions relatives aux risques de transmission de la fellation. Il pense que le test l'amène à réfléchir au sujet de ses pratiques mais il ne sait pas s'il changera de comportement par rapport à la fellation dans l'avenir.

II. 2. Vérification du statut sérologique suite à des pratiques sexuelles orales dans le cadre des rapports hétérosexuels

Deux répondants hétérosexuels font un test de dépistage en raison de l'incertitude liée aux risques de transmission du cunnilingus et de la fellation. Dans les deux cas, les personnes ont eu un doute après-coup par rapport à cette pratique. Ils se sont informés des risques et ont ensuite décidé de faire un test. L'une des personnes de cette catégorie a eu un rapport oral (fellation passive) avec une femme en Thaïlande, ce qui l'amène à considérer le risque comme plus important que si ce rapport sexuel avait eu lieu en Belgique.

Les deux personnes mentionnent le manque d'information relatif à ce sujet dans les brochures existantes ou dans les autres sources d'information disponibles ou encore le caractère ambigu de ces informations.

David (entretien 39)

David a vingt-sept ans et est pilote d'avion. Il fait un test suite à un rapport sexuel qu'il a eu en Thaïlande au cours duquel il a pratiqué la fellation passive. Il avait des doutes quant aux risques de transmission de cette pratique et il a téléphoné à Aide Info Sida. Il a compris qu'il y avait un risque et a décidé de faire le test quelques mois plus tard.

Il évoque le manque de clarté des informations au sujet des risques de transmission de la fellation dans les brochures de prévention. La discussion avec le médecin du centre lui a permis de mieux comprendre le degré de risque lié à cette pratique.

Isabelle (entretien 34)

Isabelle est une étudiante de vingt et un ans. Elle sort avec un partenaire depuis dix mois. Elle passe un test car elle a pratiqué la fellation avec ce partenaire et que lui-même avait pratiqué le cunnilingus avec son ancienne partenaire. Elle a appris récemment via une brochure que ces pratiques comportaient des risques.

Lors de l'entretien avec le médecin, elle a posé des questions au sujet des risques de transmission lors des pratiques orales. Elle a également cherché une confirmation quant à l'absence de risque d'infection par les piqûres de moustiques.

Elle compte modifier son attitude à l'égard des pratiques orales dans l'avenir et utiliser le préservatif pour la fellation.

Elle estime que les informations au sujet des risques de transmission de la fellation et du cunnilingus sont trop floues et devraient être mieux connues et présentées de manière plus cohérente.

III. Demande de dépistage suite à un rapport sexuel avec un partenaire qui a suscité le doute ou la méfiance

Plusieurs personnes interrogées disent passer un test par manque de confiance à l'égard d'un partenaire. Ce manque de confiance semble provenir tantôt du comportement ou de l'apparence singuliers du partenaire, soit de son mode de vie présumé, soit encore de stéréotypes.

Dans l'interview de Raymond et Patricia, le doute se porte sur un partenaire de passage. Dans ces cas, le comportement ou l'attitude du partenaire à l'occasion de la rencontre ou du rapport sexuel lui-même ont provoqué le doute et l'inquiétude.

Patricia (entretien 28)

Patricia passe un test de dépistage à la suite de rapports sexuels sans préservatif avec un partenaire de passage il y a six mois.

Elle veut « être claire » si elle veut entamer une relation. C'est son premier test de dépistage.

Après la relation avec ce partenaire, elle a pensé au sida et s'est dit qu'elle avait peut-être été inconsciente.

Elle s'est rendue compte que son partenaire « n'était pas très clair » lors de leurs conversations, qu'il changeait souvent ses propos, ce qui a provoqué un manque de confiance.

Raymond (entretien 32)

Raymond a quarante-cinq ans. Il est homosexuel et vit en couple depuis plusieurs années. Il passe un test de dépistage à la suite d'une pénétration anale sans préservatif avec un partenaire occasionnel.

Il a parlé de sa prise de risque à son ami et ils n'ont eu que des attouchements superficiels pendant trois mois, même si son ami ne voulait pas modifier leurs pratiques.

Son partenaire occasionnel lui a demandé explicitement d'avoir un rapport sexuel sans préservatif. C'est après-coup que Raymond a eu un doute, d'autant plus que son partenaire avait une « maigre maladie ».

Pour Alphonse, c'est la perception qu'il a des Africains qui l'amènent à se méfier. Dans le cas de Benoît, le style de vie de sa partenaire de passage a aggravé son inquiétude. Dans ces deux cas, l'inquiétude était peut-être pré-existante dans la mesure où il s'agissait de relations extra-conjugales.

Alphonse (entretien 24)

Alphonse a cinquante ans. Il est marié et vient en centre Elisa suite à une relation extra-conjugale d'une durée d'un mois avec une femme qu'il a rencontrée en Afrique. Suite aux prises de risque avec cette femme ils ont parlé du sida mais il se méfie car d'après lui « les Africains ont une propension à mentir ».

Benoît (entretien 12)

Benoît est marié depuis sept ans et il a une maîtresse depuis plusieurs années. Il a environ quarante ans. Il a décidé de faire un test à la suite d'une relation extra-conjugale avec une partenaire de passage « dont il n'est pas sûr », parce qu'il savait « qu'elle avait une vie nocturne assez folle et ça m'a fait flipper ». Il dit qu'il « n'aurait pas mis sa main au feu par rapport à son statut sérologique ».

Il comptait utiliser un préservatif mais il a échoué à cause du stress. Il a ressenti une forte inquiétude après le rapport sexuel et il en a parlé avec sa partenaire, qui lui a dit qu'il faudrait plusieurs mois pour avoir un résultat fiable et qu'elle-même irait voir son gynécologue.

Deux répondants éprouvent de l'inquiétude à l'égard d'un partenaire stable. Dans le cas d'Aline, ce sont les séjours prolongés de son mari en Afrique qui l'inquiètent. Pour Alex, c'est le fait que son ancienne partenaire lui a menti au début de leur relation au sujet de son test qui le pousse à faire un dépistage, même si sa partenaire a été dépistée entre-temps et que le résultat s'est avéré négatif.

Aline (entretien 27)

Aline a trente-sept ans. Elle est d'origine africaine et vit en Belgique. Elle est venue au centre Elisa avec son mari qui travaille en Afrique et séjourne occasionnellement en Belgique.

Elle passe un test avec son mari car « il faut que je sache pour lui et il faut qu'il sache pour moi ». Elle explique qu'elle se pose beaucoup de questions sur le mode de vie de son mari lorsqu'il est en Afrique sans elle. Elle ne lui fait pas confiance, d'autant plus que la dernière fois qu'il a fait un test, le résultat n'était pas net et qu'il devait en repasser un. En outre, elle évoque le cas des hommes en Afrique qui disent qu'ils sont séronégatifs alors que leur femme est contaminée.

Elle explique qu'en tant que femme elle sait se retenir mais que pour un homme en Afrique il est très facile de trouver des partenaires sexuelles. Elle « ne fait rien sans avoir le résultat du test » et n'utilise jamais le préservatif à cause des risques de glissement ou de rupture.

Elle se dit très déstabilisée par les séjours fréquents de son mari en Afrique et

s'inquiète pour l'équilibre de ses enfants.

Alex (entretien 19)

Alex a vingt-trois ans. Il passe un test à la suite d'une rupture car son ancienne partenaire, avec qui il est sorti pendant un an, lui a menti. Au début de leur relation, ils ont tous deux fait un test de dépistage pour avoir des relations sexuelles non protégées. Sa partenaire lui avait dit à l'époque qu'elle n'avait pas eu de relations sexuelles à risque depuis trois mois et demi. A l'occasion de la rupture, sa partenaire s'est ravisée et lui a dit que cela faisait à l'époque moins de trois mois. Sa partenaire a été dépistée durant leur relation dans le cadre d'interventions chirurgicales ; il considère donc qu'il n'a pas pu être exposé au virus mais que, comme il est très « cartésien » et pour limiter l'incertitude, il a décidé de passer le test.

IV. La vérification du statut au terme d'une relation durable

Trois demandeurs de test font leur démarche de dépistage pour vérifier leur statut sérologique peu après la fin d'une relation durable. Les trois situations sont ici très différentes. Bruno fait un test après une rupture qui l'a profondément affecté sur le plan psychologique et dit avoir eu de nombreux partenaires suite à cette rupture, après huit années de fidélité. Koen fait un test suite à une relation de trois mois avec un partenaire séropositif. Robert a eu une relation prolongée avec une prostituée.

Bruno (entretien 47)

Bruno est homosexuel et a quarante ans. Il passe un test de dépistage suite à une rupture avec son ami avec qui il était en couple stable et fidèle depuis huit ans.

Après cette rupture il a recommencé à avoir des partenaires multiples et à fréquenter les lieux gays. Il a également eu des rapports sexuels avec son ancien ami. Celui-ci a eu des rapports sexuels avec une personne dont il a appris par la suite qu'il était malade du sida.

Bruno pratique la pénétration anale avec préservatif mais il mentionne une pénétration non protégée il y a quelques mois.

Il a fait une dépression et des tentatives de suicide depuis la rupture avec son ami

.

Koen (entretien 15)

Koen a vingt-trois ans et est homosexuel. Il est bruxellois mais habite à Bruges. Il a fait un test suite à une relation de trois mois avec un partenaire séropositif. Il a systématiquement utilisé le préservatif pour la pénétration mais pas pour la fellation. Il a fait un test dans le passé, il y a cinq ans.

Robert (entretien 36)

Robert a vingt-neuf ans. Il fait un test de dépistage suite à une relation avec une prostituée. Il a eu plusieurs rapports sexuels avec elle, au début avec préservatifs puis sans quand une relation de confiance s'est installée. Il a beaucoup d'estime pour cette prostituée et il sait qu'elle fait des tests réguliers.

V. Vérification à la suite d'un accident de préservatif

Deux demandeurs de test hétérosexuels rapportent un ou plusieurs accidents de préservatif. Dans les trois cas, il est intéressant de noter que ces accidents ne sont pas les seules prises de risque rapportées.

Pablo (entretien 46)

Pablo a trente-neuf ans et est originaire d'Amérique Latine. Il a connu le centre via le projet d'accès aux soins de Médecins Sans Frontières.

Il a eu deux partenaires il y a trois ans avec qui il a eu des accidents de préservatif. Suite à ces accidents il a arrêté d'utiliser le préservatif car « si j'étais déjà contaminé, il n'y avait plus rien à faire », dit-il.

Nadine (entretien 45)

Nadine a vingt et un ans. Elle fait un test de dépistage pour la première fois de sa vie car elle n'a jamais osé venir avant. Dans le passé elle a eu deux accidents de préservatif ainsi qu'un rapport sexuel avec un garçon sans utiliser de préservatif.

VI. Le recours au test de manière répétée ou routinière

Certaines personnes homosexuelles font des tests de dépistage réguliers pour lever l'incertitude à l'égard des risques de transmission de la fellation. Le dépistage régulier apparaît comme une solution de compromis entre l'existence d'un risque réel mais limité et le maintien d'une pratique sans protection. Le multipartenariat est souvent évoqué comme un facteur de risque supplémentaire.

Antonio (entretien 22)

Antonio a vingt-cinq ans. Il est homosexuel et a un partenaire stable. Il a fréquemment des relations sexuelles avec des partenaires occasionnels avec lesquels il pratique la fellation sans protection. Son partenaire stable n'est pas au courant de la vie sexuelle d'Antonio en dehors du couple. Il fait des tests « sporadiquement » parce qu'il n'a pas envie qu'il « arrive quelque chose » à son partenaire.

Il n'a jamais utilisé de préservatif pour la fellation. Il compare cela à « manger un bonbon sans retirer le plastique » en évoquant l'absence de sensation.

Il dit n'avoir jamais pris d'autres risques que celui lié à la fellation. Il utilise toujours des préservatifs pour la pénétration anale avec des partenaires occasionnels ; c'est devenu pour lui une habitude et il trouve cela en outre plus « hygiénique ».

Il a discuté du risque lié à la fellation avec le médecin du centre mais il ne pense pas qu'il modifiera son comportement dans l'avenir.

Mark (entretien 7)

Mark a trente et un ans. Il vit en couple homosexuel ouvert aux partenaires occasionnels depuis quatre ans.

Depuis 1989, il fait un test de dépistage régulièrement, au minimum deux fois par an, car il a des doutes en ce qui concerne les risques de transmission de la fellation et qu'il a par conséquent l'impression de prendre parfois des risques. Il estime que sa démarche constitue une bonne manière de se rassurer. Il se tracasse parfois lorsqu'il a l'impression d'avoir des symptômes ou qu'il se sent très fatigué.

Quelques hommes hétérosexuels ont recours au test de manière routinière, à intervalles plus ou moins réguliers. Ils ont conscience de prendre des risques lors des rapports sexuels mais considèrent que ces risques sont limités.

Gérard (entretien 10)

Gérard a vingt-six ans. Il fait un test de dépistage une fois par an depuis quelques années, « pour savoir ». Il a fait quatre ou cinq tests depuis 1993.

Il dit ne pas être exposé à des situations à risque mais qu'il a néanmoins des rapports sexuels sans préservatif.

Il déclare avoir pris des risques très relatifs car c'était avec des partenaires qu'il connaissait depuis quelques mois. Il dit utiliser systématiquement le préservatif mais une fois le préservatif s'est déchiré et il a continué le rapport sexuel sans préservatif. Une autre fois, il a parlé du sida avec sa partenaire et ils ont décidé de s'en passer.

Bernard (entretien 11)

Bernard a vingt-huit ans. Il fait un test de dépistage par vérification de routine. Son dernier test remonte à quatre mois. Il utilise de moins en moins les préservatifs et est en couple avec quelqu'un qui n'aime pas les préservatifs. Si sa partenaire a l'air raisonnable et fiable, il lui fait confiance. Il trouve le préservatif gênant et il éprouve de la lassitude dans son utilisation, mais affirme que le sida n'est pas moins préoccupant que dans le passé.

Roger (entretien 38)

Roger a trente-trois ans. Il est d'origine africaine. Il passe un test suite à une relation de deux mois avec une femme africaine sans utiliser de préservatifs. Il a eu d'autres rapports sexuels dans le passé sans protection car il n'aime pas les préservatifs à cause de la perte de sensations. Il utilise le préservatif de manière très irrégulière.

Il a déjà passé cinq ou six fois le test et il considère que passer un test le fait réfléchir ; il avait commencé à se protéger suite à son premier test.

Il utilise des stratégies basées sur certains critères qu'il reconnaît être subjectifs pour décider d'utiliser ou non le préservatif : l'âge de la partenaire, son statut social, le mode de vie, la stabilité apparente.

Il dit avoir une conscience plus aiguë du danger aujourd'hui que lorsqu'il était plus jeune car il a l'impression « d'y avoir échappé », mais il reconnaît prendre malgré tout des risques.

VII. Le dépistage en vue d'un traitement en cas de diagnostic positif

Une seule personne interrogée mentionne comme raison de sa demande de test le fait d'être traitée rapidement en cas de diagnostic positif.

Henri (entretien 1)

Henri a 40 ans. Il est originaire du Danemark et se définit comme gay. Il est venu faire un test de dépistage car il a « fait quelque chose que je considère être une bêtise ». Il est déjà venu au Centre Elisa en 1996. Il a également fait un autre test entre-temps chez son médecin traitant pour une assurance vie.

Il souhaite connaître son statut sérologique pour pouvoir être traité rapidement en cas de diagnostic positif. Il insiste sur l'importance du counseling, qui permet de « recadrer des propos au point de vue de la prévention », de se rassurer et de confirmer certaines connaissances théoriques en matière de sida. Il évoque en outre l'importance du dialogue avec le médecin en cas de résultat positif. Il parle spontanément de l'auto-test dont il a appris l'existence par ses lectures au sujet du sida et il mentionne plusieurs dangers liés à celui-ci.

VIII. Le dépistage comme vérification à la suite d'une ou plusieurs prises de risque

Deux demandeurs de test font un test sans que leur démarche ne puisse être inscrite dans l'une des catégories déjà évoquées. En effet, à la lecture de ces entretiens, aucun événement de vie ni aucune circonstance particulière menant au test ne peut être identifié. Ils rapportent plusieurs prises de risque avec des partenaires différents, sur une période de plusieurs années. Le test constitue une vérification à la suite de plusieurs prises de risque étalées sur une longue période.

Sylvie (entretien 18)

Sylvie a vingt-deux ans. Elle fait un test pour avoir une certitude par rapport à plusieurs relations non protégées avec des partenaires différents. Il s'agit de relations durables, de plus de six mois. Son dernier test date de 1995.

Bart (entretien 43)

Bart a vingt-neuf ans. Il fait un test car il a eu plusieurs rapports sexuels sans préservatif étalés sur plusieurs années. Son dernier test remonte à quatre ans. Il se faisait plus régulièrement tester dans le passé car il avait plus souvent des rapports sexuels avec des partenaires différentes.

Conclusion

Les catégories que nous avons mises en évidence à partir des raisons exprimées par les demandeurs de test pour effectuer un dépistage montrent qu'une prise de risque explique rarement à elle seule la démarche des personnes interrogées.

Vernazza-Licht et Boiron (1996) expriment cette diversité des motivations pour passer un test comme suit : « *Les événements déclenchant une démarche de dépistage correspondent soit à une pratique « à risque », soit au fait que l'interviewé se catégorise lui-même dans les groupes « à risque » (homosexuels, toxicomanes, prostituées,...). Certains consultants associent à ces « événements annoncés » d'autres informations. Presque incidemment, ils citent un fait ou deux dont le retentissement semble essentiel dans leur vécu social ; ces faits jalonnent nos entretiens et sont rarement livrés de prime abord. Ils donnent une cohésion aux stratégies de consultants et structurent leur récit de vie* ». Les auteurs citent comme faits mentionnés par les consultants de leur étude le décès d'un proche du Sida ou d'une autre pathologie, des fractures diverses dans la vie (rupture amoureuse, divorce, chômage, etc.) ou encore la peur lors de l'apparition d'un symptôme.

Les catégories élaborées à partir des entretiens réalisés au Centre Elisa ne correspondent pas tout à fait à celles de Vernazza-Licht et Boiron, même si l'existence d'une pratique « à risque » se retrouve dans la plupart des entretiens, et que l'auto-catégorisation de certains répondants dans un groupe « à risque », ou encore la catégorisation du partenaire dans un tel groupe, apparaît comme élément qui contribue à la demande de dépistage (ceci est surtout observé dans notre échantillon parmi les répondants homosexuels). Par ailleurs, les circonstances de la demande de test ne correspondent pas nécessairement à un événement de vie. Beaucoup de répondants mentionnent plutôt un sentiment, comme l'inquiétude ou la méfiance suscitée par l'attitude d'un partenaire, ou encore l'incertitude liée au risque des pratiques orales.

Les catégories construites à partir des entretiens ne sont valables que par rapport à l'échantillon de notre recherche. On peut faire l'hypothèse que des entretiens complémentaires avec des personnes aux profils plus diversifiés feraient émerger de nouvelles catégories.

4. LE DEPISTAGE COMME MOMENT CLE DANS UNE TRAJECTOIRE : ANALYSE APPROFONDIE DE QUELQUES ENTRETIENS

Le dépistage du VIH est en soi un acte qui peut être défini d'une manière purement technique et médicale. C'est d'ailleurs le cas dans certains discours de santé publique mais aussi dans les termes de certaines personnes interrogées dans le cadre de cette recherche. Dans ce cas, le discours des personnes relatif à leur démarche de dépistage peut être comparé à celui qu'ils tiendraient à l'occasion d'une visite chez le médecin traitant.

Certains des demandeurs de test interrogés attribuent une signification bien plus large à cet événement que constitue leur dépistage. Dans ce cas, leur discours fait apparaître des éléments émotionnels intenses. Ils mettent en outre leur démarche de dépistage en rapport avec leur trajectoire de vie et lui attribuent une signification très personnelle.

Michel, 50 ans

Michel accepte de passer l'entretien le jour où il vient au centre Elisa pour connaître le résultat de son test, effectué une semaine plus tôt.

Michel explique qu'il a été marié pendant vingt-deux ans et qu'il a eu une fille de ce mariage. Il a ensuite divorcé et a vécu avec sa fille âgée de vingt ans. Celle-ci est décédée dans un accident de voiture et Michel s'est retrouvé seul. Pour lutter contre cette solitude, il a fréquenté toutes sortes de bars et de cafés. Un jour, il a fait la connaissance d'un homme dans l'un de ces bars et il a eu une relation sexuelle avec lui. Cette rencontre a été l'occasion pour lui de découvrir son homosexualité. Il a alors découvert le milieu homosexuel qu'il fréquente depuis deux ans, « deux ans de débauche » selon ses propres mots. Michel entend par là qu'il a fréquenté assidûment des établissements de rencontre et qu'il a eu de nombreux partenaires. Il dit avoir pratiqué la pénétration anale sans protection à plusieurs reprises.

Michel a rencontré un homme il y trois mois et cette relation s'annonce sérieuse et durable. C'est pourquoi il a décidé de faire un test.

Michel explique qu'il a décidé de faire un test de dépistage par souci de ne pas contaminer son nouvel ami.

« On n'a pas parlé du sida, on ne fait pas grand chose parce qu'on n'en parle pas, il sort d'un divorce et il ne connaît rien du milieu alors j'ai pris mes distances physiquement, je voulais être sûr, je ne veux pas lui faire de tort. Et donc c'est ça qui m'a amené ».

Plus loin, il insiste sur l'importance de cette rencontre et sur le lien entre celle-ci et son test de dépistage :

« J'ai lu un article dans le journal au sujet du centre il y a six mois donc je savais que ça existait et où ça se trouvait. Quand j'ai lu cet article, j'ai trouvé ça rassurant de savoir que je pouvais aller quelque part. Sinon je n'aurais pas osé parler de ça à mon médecin traitant.

Ce qui a fait le déclic (pour passer le test), c'est cette rencontre avec quelqu'un de bien, je suis heureux, j'ai l'impression que c'est pour toute ma vie. Avant je souffrais, maintenant je reprends goût à la vie ».

Il explique encore le sens et l'utilité du test dans le tournant que représente la rencontre de son ami :

« J'ai de la chance d'avoir découvert ça (i.e. le test de dépistage et le centre Elisa) pour me reconstruire. Je repars d'un bon pied. Je n'aurais pas pu me donner tout entier à mon copain, il y a eu un doute mais là je suis prêt à reprendre ma vie. Le centre a joué un grand rôle pour me permettre de redémarrer ma vie ».

Désiré, 45 ans

Désiré est d'origine africaine. Il a été marié pendant dix ans et a divorcé il y a deux ans. Ce divorce a été suivi par une période d'instabilité émotionnelle. Il a eu quelques relations brèves dans le cadre desquelles il dit avoir pris des risques. La rencontre récente d'une femme avec qui il envisage une relation stable et durable l'a conduit à faire un test de dépistage.

Désiré explique que sa décision de passer un test intervient après une période de relâchement, due à la séparation d'avec son épouse et à ses conséquences :

« Je suis en général assez rigoureux avec moi-même mais il y a eu des événements dans ma vie, surtout la séparation d'avec mon épouse qui a été suivie par plusieurs relations assez brèves. D'habitude je suis rigoureux et sérieux mais j'ai remarqué que dans cette matière le sérieux a ses limites. J'ai l'impression que ce que je viens de vivre, plusieurs pourraient le vivre. On a ses principes mais les sentiments sont irrationnels ».

La rencontre d'une femme avec qui il envisage une relation stable l'a conduit à faire un test de dépistage. Il s'agit pour lui de faire un bilan après une période de trouble afin de reprendre sa vie en main. Il considère en outre que le dépistage est une question de responsabilité à l'égard de sa nouvelle partenaire ainsi qu'à l'égard de ses propres enfants :

« La raison principale pour laquelle je suis venu faire un test est que je veux changer de vie, reprendre ma rigueur. J'ai des enfants et je veux reprendre ma vie avec une autre femme que j'ai rencontrée, j'ai donc des responsabilités vis-à-vis d'eux. Je dois vérifier un certain nombre de choses pour protéger la vie des autres ».

Conclusion

Michel et Désiré donnent à leur démarche de dépistage un statut important. Celle-ci semble en effet ponctuer un moment crucial de leur trajectoire et contribuer à un changement dans leur vie. Leurs entretiens sont à ce titre exemplaires. D'autres répondants attribuent un sens à leur démarche de test qui va bien au-delà du simple acte technique. Dans ces cas, la décision de passer un test intervient à un moment où la personne dit vouloir « se ressaisir » après une période de trouble ou de fragilité. Le test semble renvoyer à la fois à une décision qui fait partie des « bonnes résolutions » prises par la personne, et comme un moyen de faire un bilan du passé.

5. LES REPRESENTATIONS LIEES A L'ANONYMAT

Lorsque les répondants ont mentionné que l'anonymat est une des raisons qui les ont conduits au centre de dépistage, ils ont été interrogés sur les raisons de l'importance qu'ils accordaient à cette notion d'anonymat. Les réponses fournies par les personnes interrogées montrent que la notion d'anonymat recouvre différentes significations et renvoie à des préoccupations différentes selon les personnes.

La possibilité de choisir ses interlocuteurs en cas de diagnostic positif

L'anonymat donne aux yeux de certains répondants la liberté de décider quand et à qui ils parleront de leur séropositivité :

« Pour l'anonymat, c'est quand même important (...) Je voulais pouvoir choisir le moment et à qui le dire si jamais j'étais positif, je ne voulais pas que tout le monde le sache » (Alain (6), 27 ans).

« L'anonymat est quand même important, ce n'est pas que je n'ai pas confiance dans mon médecin, mais si jamais le test était positif, je préfère gérer la situation seul et le dire seul à mon entourage » (Bernard (11), 28 ans).

« L'anonymat est important, ça permet que ce soit moi qui décide de venir, que ce soit à moi qu'on donne le résultat et si je veux le communiquer à d'autres, je décide de le faire ou non » (Isabelle (28), 30 ans).

« Mon père est médecin, généralement c'est lui qui s'occupe de mes tests donc c'est un peu délicat. C'est quand même une maladie sérieuse donc je trouve qu'il y a une liberté à respecter. Je veux dire la liberté de savoir à qui on veut le dire et à qui on ne veut pas le dire, que ça ne laisse pas de trace. Je m'intéresse à la politique et si j'en fais mon métier un jour, si on fait des enquêtes sur des personnes on sait retrouver des choses » (Fabian (31), 25 ans).

Cette possibilité de choisir à qui parler de sa séropositivité peut aussi être envisagée comme liberté de n'en parler à personne, de « vivre sa séropositivité seul, jusqu'au bout », comme l'explique Bart :

« L'anonymat c'est génial, tu sors d'ici et tu prends ça pour toi, tu vis ta séropositivité seul, et jusqu'au bout. C'est bien mieux qu'un médecin de

famille qui connaît ton nom. Si t'as pas envie de le partager c'est important. Ca n'importe pas pour les gens qui sont séronégatifs, mais ça aide pour les gens qui sont positifs (...) Ca pourrait vraiment être une cause de suicide, savoir que d'autres gens le savent si toi tu ne veux pas que ça se sache » (Bart (43), 29 ans).

La possibilité de parler librement du sida et de la sexualité

Quelques répondants voient dans l'anonymat la possibilité de parler de la sexualité plus facilement. Cette facilité est encore accrue du fait de la spécificité du centre de dépistage :

« L'anonymat permet de parler en toute liberté de ce qu'on vit et de ce qu'on fait, plus que si on connaissait la personne ou si l'anonymat n'était pas respecté (...) J'ai pu aborder des sujets comme les pratiques sexuelles, la fidélité et l'infidélité, me faire rappeler ce qui est dangereux, le but du test, s'il faut revenir ou pas, etc. (Jean-Luc (20), 38 ans).

« Il y a aussi le côté « aller chez le médecin et devoir raconter », ici on connaît la musique, je vais pouvoir poser des questions, avoir des préservatifs. Y'a pas tout ce qui a autour, surtout pour se rassurer. On peut parler crûment. Si j'y reviens c'est que j'ai pas tout intégré » (Damien (41), 29 ans).

La simplicité de la démarche de dépistage du fait de l'anonymat : immédiateté et absence de l'aspect administratif

La simplicité de la démarche de dépistage et l'absence d'aspect administratif sont liés tant à l'anonymat qu'à la gratuité. Isabelle, qui est étudiante, évoque à la fois la facilité du fait de ne pas devoir avoir recours à la mutuelle, et la discrétion puisque, comme étudiante, elle aurait dû mettre ses parents au courant de son test pour obtenir le remboursement :

*« C'est très important pour moi que ce soit anonyme et gratuit. Sinon il faut des papiers de la mutuelle, il y a le prix, des complications administratives et j'aurais dû étaler ça auprès des parents et de la famille. En plus je kote à Bruxelles et je n'ai pas de médecin ici, donc ç'aurait été trop compliqué »
(Isabelle (34), 21 ans).*

La méfiance à l'égard du non-respect de la confidentialité dans les structures hospitalières, dans les mutuelles ou chez le médecin de ville

La méfiance à l'égard du respect du secret professionnel est exprimée par plusieurs répondants à des degrés divers.

Mathieu vit avec un partenaire séropositif et effectue un test de dépistage régulièrement. Il exprime une méfiance modérée à l'égard du respect du secret médical, traduite notamment par son expression « *je sais que... mais on ne sait jamais* » :

« Il y a aussi un facteur psychologique lié à la confiance. Ici, c'est anonyme, c'est confidentiel, on ne vous demande pas votre nom, c'est important, ça a facilité la démarche. Une ordonnance ce n'est pas anonyme, il y a la mutuelle, etc. Je ne suis pas paranoïaque mais c'est vrai que les choses sont plus faciles quand c'est anonyme. Je n'ai pas de médecin traitant et je sais que le médecin est tenu au secret professionnel mais on ne sait jamais » (Mathieu (5), 32 ans).

« L'anonymat c'est important, normalement le médecin est soumis au secret professionnel mais on ne sait jamais comment ça peut se passer » (Nadine (45), 21 ans).

« Je préfère pouvoir me réserver pour pouvoir le dire au médecin traitant ou à d'autres personnes. En plus il y a une mécanique qui pourrait se mettre en place. A la mutuelle on pourrait avoir accès à un fichier, je suis fonctionnaire donc je sais qu'on peut avoir accès à différents fichiers, le registre national, l'assurance ; j'ai été avocat dans le passé. Les médecins peuvent avoir accès à des données s'il y a de la négligence professionnelle. Il est donc important de laisser cette possibilité, tant au niveau financier et au niveau de l'anonymat par rapport à l'employeur, au médecin, à la famille. J'ai des proches dans le milieu médical et j'ai déjà constaté des ingérences pour d'autres problèmes, même si ça part de bonnes intentions » (Bruno (47), 40 ans).

L'importance de l'anonymat dans le cadre de relations extra-conjugales

Daniel est marié et il commence une relation extra-conjugale avec une partenaire avec qui il désire avoir des relations sexuelles sans préservatif :

« Je connais mon médecin et il n'y a pas vraiment de risque que je sois positif mais je me méfie par rapport à la confidentialité pour tout ce qui est mutuelles, assurances, etc. Je n'ai pas une totale confiance dans le secret médical. Je n'ai pas non plus envie que ma famille sache que je fais un test, je suis marié, j'ai des enfants,... » (Daniel (8), 39 ans).

Benoît est marié depuis sept ans. Il a par ailleurs une relation extra-conjugale avec une femme. Il réalise un test suite à une relation d'un soir avec une partenaire :

« L'anonymat est très important pour moi, pour éviter que les résultats du test n'arrivent chez moi car ça aurait vraiment posé problème dans ma famille, et mon adultère aurait été connu » (Benoît (12)).

Laurent est marié et se dit bisexuel. Il effectue un test de dépistage car il a des relations sexuelles avec des hommes qui incluent la fellation sans préservatifs :

« L'anonymat est important pour moi. Je n'ai pas de médecin de famille avec qui j'entretiens une relation de confiance et en plus je suis marié. Comme je viens à la suite d'une incartade je me voyais mal parler de ça à un éventuel médecin de famille. J'en ai parlé à ma femme mais c'est surtout pour la protéger elle que je recherchais l'anonymat » (Laurent (16), 27 ans).

Alphonse est marié. Il a décidé de passer un test à la suite d'une relation extra-conjugale avec une femme lors d'un voyage en Afrique. Il exprime sa méfiance à l'égard des fichages informatisés :

« J'ai une sainte horreur du système des cartes électroniques. L'anonymat est très important pour moi. Je serais bien allé chez un médecin si ça restait confidentiel, j'ai un médecin traitant. Mais depuis qu'ils ont fait ce système de cartes électroniques, on ne sait pas ce qui est inscrit dessus et ça m'horripile, en particulier pour le sida » (Alphonse (24), 50 ans).

La crainte de la discrimination en cas de diagnostic positif

La méfiance à l'égard du respect de la confidentialité peut être accompagnée d'une anticipation de la discrimination en cas de diagnostic positif. Raymond est en couple homosexuel depuis plusieurs années. Il passe un test de dépistage à la suite d'une relation avec un partenaire occasionnel :

« Pour moi l'anonymat est très important car j'ai 45 ans, je ne suis pas vieux mais j'ai connu les débuts du sida, les réactions des gens vis-à-vis des séropositifs. Même ceux qui se disaient très catho, altruistes, j'ai vu des réactions pas très humanistes. On développe une sorte de protection par rapport à ces choses ». (Raymond (32), 45ans).

« J'ai choisi le centre Elisa parce que c'est gratuit et que c'est facile, on ne doit rendre des comptes à personne, on vient, on fait un test et personne ne le sait. Le sida, ça reste discriminatoire, même si c'est ridicule » (Xavier (44), 23 ans).

« Pour l'anonymat, c'est essentiel parce que j'ai envie de décider moi-même quoi faire si je suis positif. Je connais très bien le milieu médical puisque ma mère est infirmière et que son compagnon est médecin. Je n'ai pas envie que mes proches apprennent que je suis positif. C'est vrai qu'en 7 ans les mentalités ont évolué, il y a 7 ans c'était la seule alternative au médecin traitant. Dans les structures médicales on ne sait pas ce qui arrive, il y a toute la machinerie derrière, la mutuelle, les pouvoirs publics, et puis cette obligation de se déclarer. C'est une maladie qui tue et on ne doit pas la prendre à la légère ». (Robert (36), 29 ans).

Robert exprime une très grande méfiance à l'égard du système médical administratif. On décèle une confusion dans l'extrait ci-dessus lorsqu'il évoque l'obligation de se déclarer. Il fait probablement allusion au système de déclaration obligatoire mais semble croire que ce système consiste en l'obligation pour la personne séropositive de se déclarer comme telle aux services de l'administration.

La mise en doute du respect de la confidentialité dans le milieu médical est exprimée par des personnes qui travaillent au sein même de ce milieu. C'est le cas d'Alice, qui est infirmière :

« Je travaille en hôpital et je sais qu'on parle beaucoup. Le secret médical est respecté mais au sein de la profession on parle beaucoup, les choses se savent. Mes collègues auraient su que je faisais un test et ils se seraient posés des questions par rapport au résultat » (Alice (40), 24 ans).

La crainte du non-respect du secret professionnel peut parfois être mise en relation avec la profession des personnes interviewées. David est pilote et il explique qu'en cas d'indiscrétion de la part du médecin, il pourrait perdre son emploi.

« Je suis pilote et je ne veux pas prendre le risque qu'il y ait des fuites si je suis positif, au niveau de la mutuelle, du médecin. Sinon je perdrais ma licence rapidement » (David (39), 27 ans).

Plus loin, il explique qu'il y a une incertitude quant aux tests médicaux annuels qui sont effectués par son employeur, ainsi que par rapport à la décision de cet employeur en cas de séropositivité :

« Je connais le système, on me fait passer une prise de sang tous les ans, les réglementations européennes rentrent en vigueur. La Belgique est en retard, je ne sais pas s'ils font un test sida. Lors de l'examen médical, on ne sait pas quels tests ils pratiquent, il y a un problème avec ça. Si ils détectent un séropositif on ne sait pas ce qui est décidé. Mais si on prend des médicaments nuisibles pour piloter, on perd sa licence » (David (39), 27 ans)

La crainte d'être jugé par le médecin traitant

Certains répondants invoquent plusieurs des raisons déjà évoquées ci-dessus en y ajoutant la crainte du jugement moral de la part du médecin traitant.

Dans l'extrait qui suit, Bernadette explique les raisons pour lesquelles l'anonymat est important à ses yeux. Elle fait allusion au manque de discrétion qui règne dans les milieux hospitaliers et évoque la possibilité de choisir les personnes à qui elle parlera d'un éventuel diagnostic positif. En plus de ces deux éléments, elle parle de la crainte du jugement de la part du médecin généraliste :

« Si je suis atteinte, je veux que ce soit moi qui le dise et quand je le voudrai. Si c'est à l'hôpital, le médecin va en parler, les infirmières parlent entre elles et ... ma mère est infirmière donc je suis bien placée pour savoir qu'on ne peut pas empêcher les gens de parler, même si on ne cite pas de nom on peut toujours reconnaître des détails (...) Le médecin généraliste il vous connaît, je n'aime pas aller chez le médecin et c'est toujours gênant d'aller chez le médecin pour une telle maladie. J'ai peur d'être jugée. Ce n'est pas spécialement l'idée de la confrontation mais c'est vraiment le jugement d'autrui qui me fait peur, dans n'importe quel domaine d'ailleurs, parce que c'est souvent à côté de la plaque». (Bernadette (33), 20 ans).

Roger évoque aussi, à côté de la méfiance au sujet de la confidentialité dans le milieu hospitalier, la question du jugement du médecin :

« Je viens ici surtout pour l'anonymat mais pour la gratuité aussi. L'anonymat, ça ne laisse pas de traces, alors qu'à l'hôpital ça reste dans une base de données, avec le nom etc. Ici les médecins ne jugent personne, ils sont simples. On ne sait pas le jugement dont on a peur. En plus ici il y a moins d'intervenants. A l'hôpital, il y a le guichet, l'accueil, etc. L'anonymat c'est important par rapport au test mais surtout par rapport au résultat, quand on est séropositif ce n'est pas très amusant. On se dit qu'on peut être séropositif, et moi je sais que je ne voudrais pas partager ça » (Roger (38), 33 ans).

« Avec le médecin de famille il y a le risque d'être stigmatisé, le jugement. J'ai vécu dans un petit village, avec des petits esprits, les bruits courent vite » (Bart (43), 29 ans).

La liberté de faire des tests répétés

Quelques répondants mentionnent comme avantage de l'anonymat la possibilité de répéter le test sans devoir rendre des comptes.

C'est le cas de Mark. Il vit en couple homosexuel ouvert aux partenaires extérieurs et pratique la fellation avec ces partenaires. Il effectue un test deux fois par an pour vérifier sa sérologie du fait de l'incertitude liée au caractère contaminant de cette pratique :

« Le fait que ce soit anonyme facilite quand même les choses parce que comme ça je peux faire des tests régulièrement, sans que la mutuelle ne veuille contrôler parce qu'elle trouve que j'en fais trop » (Mark (7), 31 ans).

Abdel a fait un test de dépistage chez son médecin traitant deux mois après une prise de risque dans le cadre d'une relation homosexuelle. Il n'a pas parlé de son homosexualité à son médecin. Il a ensuite appris via Internet que le résultat n'était pas tout à fait fiable du fait de la nécessité d'attendre trois mois après la prise de risque. Il a alors décidé de repasser un test :

« Je n'avais pas envie de retourner chez mon médecin peu de temps après pour refaire un test, si c'était positif il n'y aurait pas d'anonymat qui tient (...) En plus dans ma famille on a tous le même médecin ». (Abdel (21), 28 ans).

Conclusion

Les discours des répondants au sujet de l'anonymat permettent de mettre en évidence la diversité des sens qu'ils attribuent à cette notion et la diversité des rôles que joue l'anonymat à leurs yeux.

Quoi qu'il en soit de cette diversité, l'anonymat joue un rôle important dans l'accessibilité du dépistage, du fait du sentiment de liberté qu'il induit. Cette liberté s'exerce tantôt à l'égard de la pratique du test lui-même, tantôt à l'égard des conséquences d'un éventuel résultat positif, mais aussi en ce qui concerne la possibilité d'exprimer un mode de vie ou des pratiques qui doivent rester secrètes aux yeux des demandeurs de test.

6. LE ROLE DE LA GRATUITE

Difficultés économiques invoquées

Certains répondants choisissent spécifiquement le Centre Elisa pour la gratuité du fait de difficultés financières. C'est la cas de certains étudiants, de chômeurs ou de personnes sans revenus (sans papiers, clandestins).

« En plus c'est gratuit et ça c'est important ; je suis étudiant. Les seuls revenus que j'ai sont ceux que je reçois de mes parents. J'ai les moyens mais c'est quand même une économie. Mais si ça avait été plus cher ç'aurait pu être un frein ; mille francs, ça m'aurait fait réfléchir à deux fois. » (Pascal, 23 ans).

« Pour moi le fait que ce soit gratuit est très important car je n'ai pas de sources de revenu, je ne travaille pas. Si j'avais dû payer, je n'aurais pas fait le test. » (Alain (6), 27 ans).

La gratuité : un frein de moins dans la décision de passer le test

D'autres répondants admettent ne pas éprouver de difficultés financières mais insistent sur le fait que la gratuité joue néanmoins un rôle de facilitation ou de simplification dans la démarche de dépistage. La gratuité semble dans ce cas jouer un rôle davantage psychologique que purement économique.

« Le fait de ne pas devoir payer, cela favorise l'accès, cela rend les choses moins compliquées ».

« La gratuité c'est cool parce que c'est une démarche qui n'est pas facile, il y a un besoin de courage et de conscientisation. La gratuité, c'est un encouragement ». (Fabian (31), 25 ans).

« La gratuité, ce n'est pas essentiel mais en même temps c'est un petit plus dans la démarche ». (Karim, (25), 33 ans).

La représentation de la gratuité comme « allant de soi »

Parmi les répondants qui disent ne pas éprouver de difficultés économiques, certains expriment une opinion à l'égard de la notion de gratuité. Pour certains, la gratuité est normale ou évidente. Pour d'autres, elle représente un élément de plus dans la simplicité de la démarche.

Pour certains répondants, la gratuité va de soi dans la mesure où ils perçoivent leur démarche de dépistage comme un acte citoyen qui contribue à limiter l'extension de l'épidémie de Sida.

« Pour moi, il était important que ce soit gratuit car j'estime que cette démarche doit être financée par les pouvoirs publics » (Hélène, 30 ans).

« La gratuité est quelque chose d'important, il n'y a pas de raison qu'on paye pour se faire dépister. En faisant un dépistage, je pose un acte responsable, pour moi bien sûr mais aussi pour les autres » (Désiré (9), 45 ans).

« Je n'ai pas de mutuelle, je ne suis pas encore très légale ici, c'est pour ça que j'ai choisi le centre. Que ce soit gratuit je trouve ça évident, en rendant ça payant on freine les gens. » (Alexandra (29), 30 ans).

Conclusion

En général, tant le discours des personnes interrogées que dans le tableau synoptique des entretiens mais aussi dans les données quantitatives recueillies par questionnaire auprès des visiteurs du centre, la gratuité apparaît comme un facteur moins important que l'anonymat par rapport à l'accessibilité. Il n'en reste pas moins que certaines personnes n'auraient vraisemblablement pas fait de test si celui-ci avait été payant.

En outre, on peut poser l'hypothèse que l'anonymat systématiquement associé à la gratuité représente un facteur important de l'accès au dépistage, y compris pour les personnes qui n'ont pas de difficultés financières.

Il est intéressant de noter que parmi les répondants qui considèrent la gratuité comme allant de soi, certains pensent que le Centre Elisa est un service financé par les pouvoirs publics.

7. ATTITUDES VIS-A-VIS DE LA PREVENTION

Connaissance des nouveaux traitements

La plupart des personnes interrogées ont entendu parler des nouveaux traitements. Quand c'est le cas, les répondants savent que l'apparition de la maladie peut être retardée et que la durée de vie peut être prolongée mais elles savent aussi que le sida ne se guérit pas.

Lien des progrès thérapeutiques et de la prévention

Les personnes interrogées disent ne voir aucun lien entre l'existence des nouveaux traitements et leur propre manière de se protéger.

« Ce serait fou de se dire que parce qu'il y a des médicaments donc on y va... c'est comme jouer à la roulette russe. » (Bruno (47), 40 ans).

« Je sais qu'on prolonge beaucoup la vie, on fait reculer la maladie et l'échéance fatale, mais le traitement est lourd d'un point de vue physique et psychologique... voilà. Pour moi ça ne change rien, tous ces traitements sont trop astreignants par rapport à la brièveté du plaisir. » (Raymond (32), 45 ans).

Les répondants homosexuels par contre disent généralement constater un relâchement des comportements préventifs, en particulier dans les lieux où la consommation sexuelle est possible (saunas et backrooms).

« Il y a des progrès mais ce n'est toujours pas curatif. On aura la solution dans six mois ou dans dix ans. Mon test aurait été positif, j'aurais pas pu l'assumer même si je sais qu'on ralentit etc. » (Alice (40), 24 ans).

Perception de la présence de messages de prévention dans le quotidien et lien avec les comportements

Les répondants hétérosexuels mentionnent fréquemment la présence plus discrète que dans le passé des campagnes de prévention diffusées via les médias de masse. Dans ce cas, ils invoquent cette moindre visibilité des messages pour expliquer une baisse de vigilance de la population générale. Certains répondants expliquent aussi leur propre comportement comme étant le fruit d'une baisse de l'information au sujet du sida.

« Le sida, on en parlait plus avant dans tous les domaines, avec les copains, dans les médias,... On a l'impression que ça a existé dans les années nonante et que ça n'existe plus. Ça peut conduire à prendre plus de risques car si on n'y pense pas et qu'on a l'impression que ça n'existe pas, on prend plus facilement des risques ». (Sylvain, (48), 24 ans).

« Il y a vraiment un manque de publicité, un manque d'information dans les médias, un manque de responsabilité aussi. Quand on voit la prévention sida à Paris par exemple, ils sont beaucoup plus actifs » (Bart (43), 29 ans).

« Je ne suis pas vraiment informé sur les traitements actuels, je sais qu'il y a des progrès mais je ne sais pas exactement quoi. A priori même s'il y a des changements, je n'ai pas le sentiment de devoir me protéger moins. J'ai l'impression que la prévention n'est pas très présente, on entend surtout parler du sida dans les médias, pas tellement dans la rue ou dans les centres pour étudiants. Les messages publicitaires sont trop peu informatifs, c'est le genre « encore 300.000 morts cette année », ce sont des slogans choc mais il n'y a pas beaucoup d'information. » (Pascal (37), 23 ans).

« On connaît le sida depuis 85, les gens de ma génération ont été castrés entre guillemets, il y a vraiment une peur. Dans les médias on voit qu'il y a une énorme avancée mais que le sida reste une maladie qui tue même s'il existe les trithérapies. Ce qui est dommage c'est que les campagnes sont moins fréquentes, ce qui provoque un relâchement. Si on trouvait un remède il y aurait un grand « Ouf » pour tout le monde. Ça permettrait aux gens d'être plus à l'aise par rapport à l'acte sexuel. S'il y avait un vaccin la mort ne serait plus au bout du chemin, il est clair que ça changerait quelque chose. » (Robert (36), 29 ans).

Conclusion

Certaines enquêtes quantitatives menées auprès du public homosexuel (Adam, 2000) ou dans la population générale (Dubois Arber et al., 1999) ont tenté d'étudier les liens éventuels entre l'optimisme face aux nouveaux traitements d'une part et les représentations liées au Sida ainsi que les changements de comportements d'autre part, sans que ce lien n'apparaisse de façon tout à fait claire. L'analyse des discours des personnes interrogées dans le cadre de cette enquête au sujet de la protection semble conférer à la connaissance des nouveaux traitements un rôle très réduit voire inexistant dans le potentiel relâchement de la vigilance à l'égard du Sida.

Par contre, des éléments tels que la durée de l'épidémie mais aussi et surtout la visibilité moins importante des campagnes de prévention destinées au grand public joue un rôle certain en matière de représentation à l'égard du Sida et du risque.

IV. CONCLUSIONS GENERALES

L'anonymat

Nous avons vu dans l'introduction théorique que l'anonymat du test de dépistage fait l'objet de discussions entre les acteurs de la prévention du Sida en Communauté française. Dans le cadre de ces discussions, des réserves ont parfois été émises à l'égard de l'anonymat. Celles-ci sont sans doute dues entre autres à l'interprétation qui en est donnée. L'anonymat stricto sensu apparaît peut-être comme une déshumanisation du service de dépistage où chaque consultant n'est rien d'autre qu'un numéro et n'existe plus dès qu'il a franchi la porte du centre après la consultation. Ceci entraînerait entre autres l'impossibilité d'assurer un suivi avec les personnes en difficulté ou avec les personnes diagnostiquées positives.

Dans les entretiens, on constate que l'anonymat prend des sens divers pour les répondants mais joue presque toujours un rôle de facilitateur important dans la décision de passer le test. Les raisons invoquées sont diverses. L'anonymat permet de simplifier la démarche de dépistage, d'éviter un éventuel jugement moral de la part du médecin, de prévenir les réactions de discrimination et de garder le contrôle dans l'éventualité d'un diagnostic positif, de parler librement de sexualité ou plus spécifiquement de modes de vie socialement « indésirables », de garantir la stricte confidentialité du test et du résultat.

Les craintes exprimées par les personnes interrogées à l'égard du médecin généraliste ou de l'hôpital sont sans doute partiellement exagérées. On peut en effet espérer que la grande majorité des médecins respectent strictement les règles de confidentialité et le secret professionnel. Il faut néanmoins constater que tant dans le témoignage de certaines personnes interrogées dans le cadre de cette recherche que dans ce que rapportent les acteurs de prévention de leurs contacts sur le terrain, des attitudes moralisatrices ou stigmatisantes et des « dérapages » en ce qui concerne la confidentialité existent encore aujourd'hui. A cet égard, l'anonymat apparaît comme le seul moyen actuel d'encourager les personnes à se faire dépister en levant au maximum les appréhensions, en partie justifiées, qu'elles peuvent éprouver.

La combinaison de l'anonymat à d'autres facteurs comme la gratuité et le caractère spécialisé du centre de dépistage apparaît comme une stratégie efficace pour assurer une accessibilité optimale.

L'attitude du médecin généraliste ou de l'hôpital dans le cadre d'un test de dépistage

Certaines personnes interrogées rapportent des expériences négatives dans le milieu hospitalier ou auprès de leur médecin traitant à l'occasion d'une demande de test de dépistage. L'existence de ces expériences négatives semble montrer que l'hôpital ou le médecin de ville n'est pas *toujours* l'interlocuteur adéquat pour recevoir ces demandes. Cette constatation a des implications en matière de prévention.

En effet, dans les messages de prévention au sujet du dépistage, le médecin traitant est souvent évoqué comme l'un des interlocuteurs privilégiés pour aborder la question du sida, du risque et du dépistage. La question reste posée de savoir si le médecin traitant doit être renseigné comme interlocuteur privilégié, au regard des expériences de certains répondants. D'autre part, la question de la formation des médecins généralistes et des spécialistes à la problématique du sida – dont le dépistage est l'un des aspects – apparaît comme devant encore faire l'objet de programmes spécifiques. Les résultats de cette recherche montrent que certains aspects semblent devoir être rappelés au médecin. Ces aspects concernent des règles générales, comme par exemple la confidentialité, le respect du secret professionnel, la nécessité d'un dépistage éclairé. D'autres sont plus spécifiques au Sida et aux maladies sexuellement transmissibles. On peut citer la discussion au sujet de la sexualité avec les patients, l'évaluation du risque, le rappel des modes de transmission et des moyens de protection, etc. Au-delà de ces questions spécifiques, c'est le rôle d'acteur de prévention que peut jouer le médecin dans différents domaines qui semble devoir être valorisé.

La promotion du dépistage auprès des personnes les plus exposées au VIH

L'analyse des interviews montre que les motivations pour passer un test sont variées et que la démarche de test ne s'explique qu'en partie par une prise de risque effective. Cette observation mérite d'être prise en compte dans les campagnes et les actions qui visent à encourager des personnes à effectuer un test. Par exemple, l'argument selon lequel il est aujourd'hui plus qu'hier justifié de passer un test en cas de prise de risque pour pouvoir recevoir un traitement rapidement en cas de diagnostic positif n'est évoqué que par un répondant pour motiver sa demande de test. Cette observation devrait sans doute être approfondie. La question est de savoir si, pour sensibiliser un groupe à la nécessité du test, l'argument du traitement rapide et efficace est susceptible ou non d'encourager les personnes à se faire dépister.

Le counseling

L'un des objectifs de la recherche était de collecter des informations qualitatives sur la manière dont les personnes qui font une demande de test reçoivent le counseling. A cet égard, l'objectif se révèle trop ambitieux dans la mesure où le counseling est un concept global qui comprend à la fois des éléments affectifs (être rassuré ou non), informationnels (rappel des modes de transmission et des moyens de protection) et cognitifs ou réflexifs (évaluation du

risque encouru, préparation à la remise du résultat). Il serait possible au moyen d'un questionnaire administré avant et après le counseling d'évaluer les éléments informationnels et éventuellement les éléments cognitifs²⁰. Mais l'aspect affectif du counseling échapperait à cette investigation alors qu'on peut faire l'hypothèse qu'il influence largement les deux autres.

Nous avons recueilli peu de données pertinentes au sujet du counseling auprès des personnes interrogées. Si nous reprenons la définition proposée par Jayle et Tourette-Turgis (1995), le statut et le rôle du counseling permettent d'être mieux appréhendés : « *Le test, par ses aspects médicaux et non médicaux, se situe aux confins de la médecine, de l'éducation et de la psychologie. Le counseling qui n'a pas d'équivalent en français, désigne une forme de relation d'aide visant à soutenir une personne et à l'aider à trouver les moyens par elle-même de résoudre un problème ou de faire face à une situation nécessitant un changement. Pour le praticien, la démarche de counseling implique que l'entretien ne soit pas centré sur l'information délivrée au patient mais sur l'écoute de celui-ci. En matière de dépistage, c'est un outil essentiel qui permet d'aller au-delà de l'information et d'explorer les véritables difficultés et obstacles à la prévention que les personnes rencontrent dans leur vie quotidienne. L'écoute de ces difficultés et la prise de conscience qui en résulte pour la patient, si elles ne suffisent pas à provoquer d'emblée le changement, en constituent une des étapes. Relation d'aide appropriée à une pathologie qui a des effets psychologiques et sociaux dramatiques, le counseling est utilisé à chaque phase du dépistage, en période de pré-test et en période de post-test. Ainsi, l'annonce d'un résultat (post-test) même s'il est négatif nécessite un entretien approfondi et des auteurs anglais vont jusqu'à dire qu'il vaut mieux une séance de counseling sans test, qu'un test sans counseling* ».

Quoiqu'il en soit des difficultés à évaluer le counseling et à le définir de manière opérationnelle, cette question mérite de faire l'objet d'une réflexion commune au sein des centres qui assurent le dépistage du VIH mais aussi plus largement de poursuivre une concertation de l'ensemble de ces organismes, afin de conserver et de développer le statut de moment d'échange et de prévention privilégié.

²⁰ Quoiqu'il en soit cette évaluation pourrait difficilement prendre en compte le facteur temps et l'effet d'oubli, étant donné la perte probable d'un grand nombre de personnes du fait de l'anonymat.

L'observation socio-épidémiologique au sein d'un centre de dépistage

La population qui fréquente un centre de dépistage n'est pas représentative d'un groupe socio-économique défini. Néanmoins, et particulièrement dans le cadre d'une démarche de recherche qualitative, elle constitue un échantillon de personnes intéressant dans la mesure où ces personnes sont davantage exposées au risque que la population générale. En outre, malgré les contraintes inhérentes au cadre (disponibilité des personnes pour les interviews), le caractère anonyme du centre permet sans conteste une liberté de parole pour aborder des sujets « sensibles » comme le Sida et la sexualité. Au-delà de cette recherche de type exploratoire, d'autres recherches plus spécifiques pourraient être menées dans ce cadre parmi les visiteurs du centre ou certains sous-groupes de ces visiteurs. Par exemple, de manière incidente, des différences sensibles ont été repérées à l'occasion de cette recherche dans les discours au sujet de la relation amoureuse, de la négociation au sujet du préservatif et des stratégies mises en place par les individus en fonction de certains critères. Les types de discours tenus par les hommes et les femmes, par les hommes homosexuels et les hommes hétérosexuels, etc., mériteraient une analyse approfondie ainsi que des entretiens complémentaires. De même, les personnes issues de pays à forte endémie ou les personnes de nationalités et de cultures différentes, peu présentes dans notre échantillon, pourraient faire l'objet d'une observation spécifique.

Prise de risque, moments de vulnérabilité, accessibilité du test

Les analyses des entretiens montrent que les prises de risque effectives ou la conscience de ces prises de risque n'expliquent que partiellement la décision des individus à passer un test de dépistage au VIH. D'autres éléments, moins directement liés au Sida et au risque, apparaissent comme des facteurs qui influencent la décision. Une rupture amoureuse, un moment de dépression ou d'angoisse, la rencontre d'un nouveau partenaire qui s'annonce comme potentiellement « durable » sont des événements de vie qui se retrouvent dans bon nombre d'entretiens.

Il pourrait être intéressant, pour chaque cas rencontré, de lire la demande de test à travers la matrice de lecture de la vulnérabilité proposée par Delor et Hubert (2000). En effet, chaque demande de test peut être interprétée à différents niveaux : celui de l'exposition au virus VIH, celui des capacités de l'individu et des partenaires de l'interaction et celui des conséquences de l'infection au VIH. Le tableau ci-après illustre certaines caractéristiques à prendre en compte pour comprendre de manière fine la vulnérabilité à l'égard du virus VIH.

Un détour théorique : les critères de vulnérabilité

La vulnérabilité face au virus du SIDA est multidimensionnelle et peut être analysée en considérant les 3 aspects et les 3 niveaux de lecture de la vulnérabilité tels que proposés par Delor et Hubert (2000)

Ces 3 aspects sont :

- ◆ L'exposition, qui fait référence aux facteurs qui augmentent le risque d'infection ;
- ◆ La capacité, qui fait référence à la possibilité de mobiliser les ressources adéquates pour faire face à une situation ;
- ◆ La potentialité, qui fait référence aux conséquences d'une infection au VIH pour différentes catégories de personnes.

Les 3 niveaux de lecture de la vulnérabilité sont :

- ◆ La trajectoire sociale, qui fait référence aux caractéristiques saillantes de la personne et qui expliquent en partie leurs comportements ;
- ◆ L'interaction, c'est-à-dire le facteur relationnel ;
- ◆ Le contexte social qui se réfère aux effets exercés par le milieu dans lequel la personne évolue (caractéristiques géographiques, normatives, offre de services, etc.).

Tableau : les trois aspects et les trois niveaux de lecture de la vulnérabilité

Niveaux de lecture	Trajectoire sociale	Interaction	Contexte
Exposition	Éléments objectifs et subjectifs de la trajectoire qui influencent l'exposition :	Éléments objectifs et subjectifs de la relation qui influencent l'exposition : Différences d'âge, d'expérience	Éléments objectifs et subjectifs du contexte qui influencent l'exposition : Discrimination, ...
Capacité	Ressources personnelles objectives et subjectives : niveau de formation, niveau socio-économique, expériences passées	Ressources relationnelles objectives et subjectives : Capacités de négociation dans une relation particulière, similitude ou différences de références culturelles, rapports de force.	Ressources contextuelles objectives et subjectives : Reconnaissance ou rejet,...
Potentialité	Conséquences de l'infection sur l'individu Dépression, isolement, auto-exclusion, rébellion,...	Conséquences de l'infection d'un des partenaires sur la relation: Rupture, infection de l'autre partenaire, adaptation progressive au risque, changements dans la relation au cours du temps.	Conséquence sur le contexte Changements dans le contexte normatif de la sexualité

A partir de ce tableau, le rôle joué par un centre de dépistage comme le centre Elisa peut être compris comme élément crucial au niveau du contexte. L'anonymat assuré par un tel centre permet à l'individu d'avoir un accès au counseling et au dépistage même dans un contexte social qu'il perçoit comme stigmatisant à l'égard de son mode de vie ou de ses pratiques sexuelles. En outre, l'offre d'un accompagnement psychologique permet dans une certaine mesure d'avoir un impact sur les conséquences d'une infection au VIH pour l'individu. L'anonymat et la perception du centre comme organisme spécialisé permet aux personnes d'anticiper de manière positive les conséquences d'un diagnostic positif en ce qui concerne la prise en charge suite au diagnostic et le contrôle qu'ils auront sur les suites d'une infection.

Politique de dépistage et politique de prévention

On l'a vu dans la partie théorique de ce rapport, le Centre Elisa offre un service qui présente des spécificités eu égard aux caractéristiques d'anonymat et de gratuité. Ces spécificités ont une influence sur l'accessibilité, ainsi qu'en ce qui concerne l'accent mis sur l'importance du counseling à l'occasion d'une demande de test et d'une remise de résultat. Nous avons également évoqué dans la partie théorique l'absence de politique claire et précise en matière de dépistage de la part des pouvoirs publics en matière de dépistage depuis l'apparition du Sida en Communauté française.

Le dépistage, comme le précisent Jayle et Tourette-Turgis (1995), « est aux confins de la médecine, de l'éducation et de la psychologie ». Au-delà d'un acte purement technique et médical, le counseling offre la possibilité de contribuer à un changement de comportement.

Cette constatation a des implications essentielles en matière de politique de prévention.

Dans un article consacré à une « Approche comparative internationale du dépistage de l'infection par le VIH comme politique publique », Setbon (1996) analyse les politiques de dépistage mises en place par différents pays, en l'occurrence la Suède, la Grande-Bretagne et la France. A partir de cette analyse, Setbon met en évidence deux types de réponse politique à l'épidémie de Sida en matière de dépistage. Ces deux types de réponse ont des finalités très différentes.

En France et en Suède, la politique de dépistage mise en place se présente comme « une réponse face à la peur » qui s'adresse à l'ensemble de la population. Le test assure une double fonction : « rassurer ceux qui craignent d'être contaminés sans en courir le risque et identifier ceux qui le sont. Le désintérêt est total pour le risque et pour ceux qui prennent des risques, avec pour conséquence pratique une absence de counseling ».

En Grande Bretagne, « le dépistage ne vise pas à rassurer la population générale, mais à rencontrer le public à risque pour aider les individus à modifier leur comportement et à réduire leur risque (...) La démarche de test n'a de sens que si elle est une démarche informée : l'identification du risque par l'individu doit précéder la demande de test (...) Favoriser le dépistage n'a d'intérêt que s'il permet aux individus qui se considèrent « à risque » d'améliorer la connaissance et la maîtrise de leurs propres risques ». Selon cette conception politique du dépistage, « la connaissance du statut sérologique devient un moyen au service de l'information-conseil-soutien érigée en fin ».

Deux types de réponse sont ainsi identifiés. Le premier correspond à une réponse à la demande sociale et une offre de services de type médical. Il s'agit de l'approche *extensive*.

Le second type de réponse est une approche *sélective*, qui vise des changements de comportement des personnes les plus exposées. Setbon précise que cette approche correspond à une approche de santé publique, par opposition à la première qui correspond à une approche

de réponse à la demande sociale et de surveillance. En tenant compte de la répartition des compétences de la Belgique, il semblerait pertinent de parler en termes d'approche de prévention primaire.

Étant donné l'importance accordée dans le cadre du Centre Elisa au counseling, ce centre s'inscrit clairement dans le seconde approche, à savoir une approche préventive.

Ceci montre l'importance de formuler une politique de dépistage sérieuse qui s'inscrive dans le cadre plus global de la politique en matière de prévention du VIH.

V. BIBLIOGRAPHIE

ADAM, P., HAUET, E., CARON, C. Recrudescence des prises de risque et des MST parmi les gays : Résultats préliminaires de l'Enquête Presse Gay 2000, Institut de Veille Sanitaire, ANRS, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Paris, 2000.

ANRS, Le dépistage du VIH : Politiques et pratiques, Coll. Sciences Sociales et Sida, Paris, Novembre 1996.

ANRS, Les homosexuels face au sida : Rationalités et gestions des risques, Coll. Sciences Sociales et Sida, Paris, Avril 1996.

BIETLOT, M. , DEMAREST, S. , TAFFOREAU, J. , VAN OYEN, H., Enquête de santé 1997 : La santé en Belgique, ses communautés et ses régions, Centre de Recherche Opérationnelle en Santé Publique, Service d'Epidémiologie, Institut de la Santé Publique, Edité avec le concours du Ministère des Affaires Sociales, de la Santé Publique et de l'Environnement, Bruxelles, 2000.

DELOR, F., MARTENS, V., HUYNEN, P. « *Les modes de vie des gays et le sida. Enquête sur les connaissances, attitudes et pratiques des homosexuels masculins en Communauté française* » . Rapport intermédiaire. CES des Facultés Universitaires Saint-Louis – Ex Æquo, 1999.

DELOR, F. , HUBERT, M., Revisiting the Concept of « Vulnerability », Social Science & Medecine 50, 1557-1570, Bruxelles, 2000.

DELOR, F., Séropositifs : Trajectoires identitaires et rencontres du risque, L'Harmattan, Paris, 1997.

DUBOIS ARBER, F., JEANNIN, A., SPENCER, B., MEYSTRE-AGUSTONI, G., HAOUR-KNIPE, M., MOREAU-GRUET, F., BENNINGHOFF, F., PACCAUD, F. Evaluation de la stratégie de prévention du Sida en Suisse. Sixième rapport de synthèse 1996-1998. Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Lausanne, Suisse, 1999.

ESPACE P... ASBL. *Prostitution et prévention du sida en Communauté française de Belgique. Rapport.* Bruxelles, décembre 1996.

GOUËZEL, P., Dispositif de dépistage anonyme et gratuit du VIH : Un regard sur les consultants, Enquête Nationale juin/juillet 1999, Institut de Veille Sanitaire, Paris, Novembre 2000.

INSTITUT DE MEDECINE TROPICALE. « HIV Testing in Flanders: The patient's perspective », Anvers, 1995

JAYLE, D., TOURETTE-TURGIS, C. Stratégies de prévention de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine. In *La Revue du Praticien*, Paris, 1995, 45.

LEGRAND, J-C., Rapport de la Commission « Stratégies médicales » : 1. Politique de dépistage et auto-test, Bruxelles, Décembre 1999.

LEGRAND, J-C., Rapport de la Commission « Stratégies médicales » : 1. Politique de dépistage et auto-test, Bruxelles, Janvier 2000.

MAGOS, V., La prévention du sida en Communauté française : Plan guide triennal 1996-1998, Agence de Prévention du Sida, Ministère de la Communauté française de Belgique, Bruxelles, 1996.

MUCCHIELLI, R., L'analyse de contenu des documents et des communications, ESF Editeur, Coll. Formation Permanente en Sciences Humaines, Paris, 1991.

PETO, D. , REMY, J. , VAN CAMPENHOUDT, L. , HUBERT, M., Sida : l'amour face à la peur, L'Harmattan, Coll. Logiques Sociales, Paris, 1992.

ROBERT, A. D. , BOUILLAGUET, A., L'analyse de contenu, Presses Universitaires de France, Coll. Que sais-je?, Paris, 1997.

SASSE, A. , VAN KERSSCHAEVER, G. , STROOBANT, A., Epidémiologie du sida et de l'infection à VIH en Belgique : Situation au 31 décembre 1999, Service d'Epidémiologie, Institut Scientifique de la Santé Publique, IPH/EPI Reports N°2000-021, Bruxelles, Novembre 2000.

SCHILTZ, M-A., ADAM, P. Le test de dépistage au VIH : diffusion parmi les homo et bisexuels français, in *Le dépistage du VIH – Politiques et pratiques*, ANRS, 1996.

VERNAZZA-LICHT, N., BOIRON, F. Les Centres de dépistage anonyme et gratuit, bout de chaîne et maillon dans le dispositif de prévention et de lutte contre le sida, in *Le dépistage du VIH. Politiques et pratiques*. ANRS, Collection Sciences Sociales et Sida, novembre 1996, pp. 87-98.

VI. ANNEXES

Guide d'entretien

RECHERCHE DEPISTAGE ANONYME ET GRATUIT

Grille d'entretien à l'attention des consultants

!!! Prendre note du n° du consultant !!!

INDUCTION

Pour commencer, poser une question assez générale du type « qu'est-ce qui vous a amené à faire un test de dépistage au Centre Elisa » ?

DONNEES DESCRIPTIVES

Ces informations seront de préférence collectées à la fin de l'entretien

- Comportement à risque, nationalité, âge, région de résidence (Bxl/province), langue maternelle, profession, diplôme le plus élevé : voir questionnaire
- Etat civil
- Mode de vie (seul, en couple, cohabitant).

DEMARCHE DE DEPISTAGE PROPREMENT DITE

Attitude par rapport au dépistage

L'objectif est d'identifier les événements de vie déclencheurs ou facilitateurs de la démarche de dépistage

- sentiment d'appartenance ou non à un groupe « à risque »;
- type de comportement(s) à risque rapporté(s) ;
- si la démarche de dépistage est subséquente à une prise de risque particulière : délai et cheminement entre la prise de risque et le test ;
- identifier les éventuelles situations de vulnérabilité que traversent le consultant et qui peuvent mettre en lumière la décision de réaliser un test ;
- préoccupation par rapport à la santé en général / au sida en particulier ;
- passé par rapport au dépistage (nombre de dépistages dans l'année, fréquence, autres lieux de dépistage, ...)
- réseau familial et/ou social au courant de la démarche de test ?

Anonymat

- cerner la représentation de la notion d'anonymat et l'importance attribuée à l'anonymat par le consultant (pour passer un test/pour choisir Elisa) ;
- clarifier l'anonymat et la confidentialité ;
- comprendre les avantages pour le consultant à réaliser un test dans l'anonymat (parcours de la demande, nombre d'interlocuteurs, etc).

Gratuité

L'objectif est d'évaluer l'importance de la gratuité pour la réalisation effective du test

- importance de la gratuité pour le consultant ;
- situation économique.

Counseling

L'objectif est de vérifier la qualité de l'information retenue lors de la phase de counseling

- sentiment et représentations à l'égard du moment du counseling, questions posées et objectif de ces questions (vérification d'une incertitude, réassurance, etc.)
- y a-t-il d'autres questions qui se posent encore à propos des modes de transmission ou du sida en général?

Accessibilité

L'objectif est d'évaluer la qualité de l'accessibilité sur divers plans : horaires, lieu, promotion du service, parcours

- vérifier si les modalités du parcours (accueil, salle d'attente, cabinet médical, sortie) sont adéquats ;
- Adéquation des plages horaires des permanences ;
- Adéquation du lieu (visibilité, discrétion, distance par rapport au lieu de travail et de résidence).

PREVENTION ET PROTECTION

L'objectif est de comprendre la difficulté éprouvée par certaines personnes pour maintenir des comportements de protection et d'évaluer un éventuel relâchement. Evaluer l'éventuelle influence des informations au sujet des nouveaux traitements sur les prises de risque

- évoquer des situations de prise de risque ;
- évolution dans le temps de l'attitude du consultant par rapport à la protection ;
- connaissance des informations sur les nouveaux traitements ;
- influence subjectivement perçue entre les informations sur les nouveaux traitements et les prises de risque
- influence subjectivement perçue entre les informations sur les nouveaux traitements et la démarche de dépistage.

Résumé des entretiens