

## **TRANSCRIPTASE**

Revue critique  
de l'actualité scientifique internationale  
sur le VIH  
et les virus des hépatites

**n°67 - août 98**

### **La place du counseling dans le traitement prophylactique de l'infection à VIH**

**Catherine Tourette-Turgis**

Center for AIDS prevention studies (San Francisco)  
Comment Dire (Paris)

Une collaboration avec le CAPS <sup>(1)</sup> de San Francisco m'a amenée au cours de l'hiver dernier à travailler avec Margaret Chesney et Beth Dillon (CDC <sup>(2)</sup>) à l'écriture de protocoles de counseling centrés sur la situation particulière à laquelle se trouvent confrontées les personnes qui, venant de s'exposer à un risque sexuel, se retrouvent dans un des trois centres médicaux habilités à dispenser un traitement d'urgence <sup>(3)</sup>. Il s'agissait donc de construire un protocole de counseling sur plusieurs séances au travers de trois modules : un module d'intervention de crise (soutien immédiat post-exposition), un module de soutien à l'observance et un module de réduction des risques, ces modules pouvant être travaillés conjointement ou séparément en fonction de la stratégie du praticien du counseling et des besoins immédiats de l'utilisateur du service de prophylaxie.

De fait, il apparaissait évident à San Francisco et partout aux Etats-Unis, que le traitement prophylactique nécessitait une articulation étroite entre le dispositif médical et le dispositif d'accompagnement. Au delà de sa place dans la prophylaxie, le protocole de "traitement d'urgence" suscite chez les théoriciens et les praticiens du counseling un ensemble de réflexions sur la complexité de cet accompagnement. Il est en effet difficile de gérer à la fois un risque d'exposition, une possible contamination, la prise de décision d'un traitement, un choc émotionnel et la réduction d'un stress de type post-traumatique.

Tout protocole de prophylaxie nécessite un type de consultation-conseil relevant de champs d'expertise différents comme la psychologie du risque, la réduction des risques, la psychologie médicale, les tests de dépistage, les traitements et bien sûr la psychologie de la vie sexuelle. Le lien avec les professionnels de santé est plus fort, donc plus sujet aussi à l'évitement et à la rupture car pour de nombreuses personnes la mise sous traitement vient donner alors une visibilité à la prise de risque : l'intervention du personnel médical vient faire irruption dans la dynamique de l'exposition au risque. Enfin, les images de prédictibilité et de curabilité viennent s'entrecroiser dans les discours du patient et des professionnels.

#### **Le module de counseling d'intervention de crise**

Toute personne qui vient de s'exposer à un risque tel que le VIH et qui vient faire une demande de traitement prophylactique est dans une situation de stress. Ce stress peut par lui-même avoir des effets traumatiques dévastateurs s'il n'existe pas d'espace où l'événement, assimilable à un accident, peut être parlé. Par ailleurs, en termes de santé publique, nous avons fait l'hypothèse que la situation d'exposition accidentelle, si elle était travaillée sur plusieurs séances, était une occasion favorable pour permettre à la personne de subjectiver quelque chose de l'ordre d'une entrée possible dans une stratégie de réduction des risques. Ceci est d'autant plus vrai que les premières données recueillies dans le cadre du counseling post-exposition mettent en évidence des facteurs d'exposition qui ont à voir avec la tendance à la répétition comme l'abus d'alcool, l'usage de drogues récréatives, les états dépressifs, les troubles conjugaux, la sous-estimation d'un niveau de risque par rapport à un autre, l'exposition à la détresse, l'irruption d'événements douloureux comme une rupture affective qui ne peut s'élaborer. La prophylaxie peut aussi dans certains cas constituer l'occasion unique permettant

que quelque chose se mette en place, comme par exemple une orientation ou une entrée dans un programme d'accompagnement spécifique.

Les modèles utilisés pour ce counseling de crise sont issus à la fois des modèles théoriques fondés sur l'analyse des "conduites d'autosabotage" (*self defeating behaviors*) et des modèles de l'accident. La crise se travaille donc dans un espace de soutien qui renvoie à la personne une lecture des événements fondée sur la loi de la cohérence comportementale, ce qui est en soi évite à la personne d'être renvoyée à une image dépréciative d'elle-même du style : "mais vous êtes fou, irresponsable, dangereux, etc."

### **Le module d'aide à l'observance du traitement prophylactique**

Ce module de counseling vise à soutenir l'individu dans la prise du traitement prophylactique, ce dans la mesure où certaines personnes abandonnent leur traitement au bout de quelques jours, dès que le stress immédiatement consécutif au danger disparaît. En effet, le passage du risque à la contrainte inhérente au suivi des traitements est à travailler en ce sens que le traitement vient colmater une angoisse dans les heures qui suivent l'exposition au risque mais qu'en même temps, il peut être vécu comme une séquelle persécutive. Les praticiens du counseling doivent alors reprendre avec la personne le hiatus de plus en plus grand, au fur et à mesure que le temps passe, entre le vécu d'après coup du danger et le temps du traitement qui, même s'il est court, peut être vécu comme "interminable".

Pour ce module, nous avons donc repris les grands principes du counseling centré sur l'observance, c'est-à-dire un travail d'intervention sur quatre niveaux : cognitif, émotionnel, comportemental et social. Il est en effet important pour chaque personne de comprendre ce que signifie pour elle une mise sous traitement à la suite d'une exposition à un risque sexuel. Quel sens cela prend-il pour elle ? A quoi la renvoie le traitement ? Est-il vécu comme un autre danger ou un antidote au danger ? Que vient effacer ou empêcher le traitement au niveau émotionnel ?

Enfin, ce module de soutien à l'observance est complété par une mise à disposition d'un ensemble de supports comme des cahiers, des piluliers, un service d'aide par téléphone pour les premiers jours qui suivent la mise sous traitement, une orientation vers des associations et les numéros verts assurant des permanences d'observance.

### **Le module de counseling de réduction des risques sexuels**

La réduction des risques sexuels suppose la prise en compte de multiples variables dans le plan de réduction des risques sexuels. Nous avons donc prédéfini pour les praticiens du counseling une liste non exhaustive à prendre en compte dans l'exposition au risque, dans l'analyse des interactions sexuelles et dans le plan de réduction des risques à mettre en place : le statut de la relation, le sentiment de contrôle, le niveau d'estime de soi, le niveau de sécurité perçue dans la relation sexuelle, l'usage d'alcool ou de drogues récréatives avant l'acte sexuel, la quête du plaisir, la quête de l'amour, la dépression sexuelle, la dépendance émotionnelle, la dépendance sexuelle, la dépendance économique, le niveau de connaissances sur l'infection à VIH, sur les modes de transmission et sur les nouveaux traitements, le bénéfice perçue du changement de comportement, le niveau d'inquiétude sexuelle, la sous-estimation d'un niveau de risque par rapport à un autre. Chacun de ces éléments peut permettre d'éclairer la dynamique affective, sociale, sexuelle en jeu dans l'exposition au risque, sachant que le cas particulier de l'accident sans présence d'aucun élément de prise de risque doit donner lieu de toute façon à une démarche de prévention, ne serait-ce qu'au titre de la prévention de l'émergence d'un syndrome post-traumatique.

Ce module de counseling s'attache donc à aider la personne à élaborer un plan individualisé de réduction des risques et a pour objectifs d'identifier le problème, de générer des alternatives, de choisir une solution, de planifier la mise en œuvre de l'action retenue, d'évaluer l'impact du processus en cours tout en prévoyant les échecs et abandons possibles de l'action.

### **Prophylaxie, counseling et prévention**

Le counseling dans le protocole de prophylaxie, en dehors de sa fonction de soutien immédiat et d'accompagnement de la personne, est aussi l'occasion d'appréhender la demande et les besoins des personnes qui s'exposent ou se trouvent exposées malgré elles à des situations qui les mettent de fait en danger. En ce sens, la réponse immédiate que constitue le traitement assorti d'un counseling peut résoudre une des difficultés auxquelles les praticiens du counseling se heurtent depuis le début de

l'épidémie : l'impossible reconstruction du vécu psychique des circonstances de la contamination. De plus, le fait d'intervenir très rapidement en offrant un cadre d'intervention et de soutien pourrait peut-être nous permettre de mieux comprendre la complexité du contexte et les forces psychiques en jeu lors d'une exposition au risque. Par là même, nous pourrions améliorer aussi les prestations de prévention.

***Catherine Tourette-Turgis***

[commentdire@compuserve.com](mailto:commentdire@compuserve.com)

---

1 - Center for AIDS Prevention Studies, San Francisco, USA.

2 - Center for Disease Control, Atlanta, USA.

3 - Le nombre d'inclusions prévues dans ce protocole est de 500 personnes au cours de la première année.

## **TRANSCRIPTASE**

Revue critique  
de l'actualité scientifique internationale  
sur le VIH  
et les virus des hépatites

**n°58 - septembre 97**

## **PRIMO-INFECTION** **Stratégies de counseling**

**Catherine Tourette-Turgis**

Center for AIDS prevention studies (San Francisco)

Comment Dire (Paris)

### **Les nouveaux enjeux du diagnostic et de la prise en charge précoce de l'infection VIH**

L'arrivée de nouvelles molécules (antiprotéases) et le traitement de la primo-infection ont amené les praticiens du counseling à réviser les protocoles et les programmes de counseling afin d'accompagner les personnes pouvant bénéficier d'un traitement précoce dans leur confrontation aux nouveaux enjeux de l'infection VIH. Le traitement de la primo-infection et le traitement prophylactique ont dissous les frontières qui régissaient les univers de la prévention et de la prise en charge, à tel point que les politiques publiques cherchent la meilleure façon de communiquer sur la primo-infection et la prophylaxie sans prendre le risque de créer des effets pervers en termes de prévention. Les séparations traditionnelles entre les champs de l'éducation, de la réduction des risques et du soutien n'ont plus lieu d'être, ni dans le cadre de la prophylaxie, où la question de la prévention primaire reste primordiale, ni dans le cas de la primo-infection, où la réussite de la prévention secondaire s'avère un enjeu crucial.

### **Les enjeux de la primo-infection en termes de counseling**

La découverte d'une séropositivité est maintenant très souvent associée à ce qu'on définit par des vulnérabilités cumulées qui nécessitent une forme de traitement social et psychologique approprié. Nos collègues, chargés du counseling dans l'essai clinique de San Francisco sur la primo-infection (1), ont pu commencer à documenter au bout de quelques mois de multiples facteurs cumulés d'exposition au risque. Ces facteurs, recueillis auprès d'un premier échantillon de 155 personnes (2) au cours du premier semestre 1997, concernent : la consommation d'alcool avant la relation sexuelle, la consommation de drogues récréatives, l'entrée dans un état dépressif souvent lié à la rupture dans un couple, l'homophobie intériorisée, l'addiction sexuelle, les troubles conjugaux, la sous-estimation d'un niveau de risque par rapport à un autre, l'effet rebond, la très grande précarisation sociale associée à de multiples exclusions, les abus sexuels dans l'enfance, les situations de grande détresse. Le diagnostic d'une séropositivité dans ce contexte devient donc l'équivalent du diagnostic d'une histoire traversée par des blessures, des souffrances, des déchirures nécessitant un soutien à plusieurs niveaux. La partie counseling liée à la primo-infection doit pouvoir être relayée par un travail d'orientation vers des structures spécialisées, ce qui nécessite un travail en réseau constant et une documentation permanente des praticiens du counseling en matière de ressources locales pour un soutien sur des thèmes encore considérés comme "étrangers" à la prévention de l'infection à VIH. Ce travail minutieux de prise en charge est d'autant plus important que les facteurs cumulés de vulnérabilité constituent par ailleurs, si l'on consulte la littérature sur l'observance, des prédicteurs de non observance (3).

### **La construction de la séropositivité**

Si, pendant la première décennie de l'épidémie, l'annonce de la séropositivité a été souvent associée à une sentence de mort, les dernières avancées biomédicales invitent à un recul de ces conceptions. Néanmoins, les choses ne sont pas aussi simples et cela est notable dans la demande des professionnels qui, depuis quelques mois, attendent des directives et des guidelines susceptibles de les aider à annoncer une séropositivité à l'aune des nouvelles stratégies de traitement précoce.

Le temps de l'annonce est si concomittant au temps de la mise sous traitement qu'on assiste même, dans le cadre de la prophylaxie, à un renversement : la mise sous traitement précède l'annonce du diagnostic éventuel d'une séropositivité. Les professionnels vont donc devoir gérer trois modèles psychologiques de séropositivité : une séropositivité antérieure aux nouveaux traitements (4), une séropositivité liée à la primo-infection, une séropositivité potentielle dans le cadre de la prophylaxie. La littérature constituée sur l'annonce ces quinze dernières années a établi l'importance à considérer la séropositivité comme un processus psychologique et social progressif se déroulant sur plusieurs phases et nécessitant un travail psychique sans relâche de stratégies d'ajustement par ailleurs fortement influencées par les événements ou incidents critiques médicaux. Ce consensus est maintenant remis en question par la redéfinition de l'infection à VIH et de la séropositivité et pose donc la question de la révision des protocoles et suivis d'annonce pour les professionnels. Dans le cadre de la primo-infection, il semble que le rite de passage de la non-séropositivité à la séropositivité soit maintenant tellement surdéterminé par la mise sous traitement que le temps de la transition identitaire est aboli au profit de l'urgence du soin. On commence à constater un phénomène, quelques semaines ou mois après la "routinisation" des traitements, qu'on pourrait qualifier de "retour d'affect d'annonce", et qui se manifeste sous la forme d'une phase dépressive, d'une crise existentielle, avec un effet direct sur l'observance.

### **Quel type de counseling pour la primo-infection ?**

Le counseling centré sur la personne, structuré en partie en fonction de l'agenda médical de celle-ci, doit être organisé autour de thèmes-clefs comme la réduction des risques, la recherche de supports dans la communauté de vie, la prise de décision, la modification progressive de stratégies d'ajustement, l'orientation vers des structures spécifiques, l'observance, la résolution de problèmes. Ce counseling se déroule sur un an, sur une dizaine de séances suivant un rythme mensuel, excepté pour les quatre premières qui se déroulent sur les premières quatre semaines. Le protocole de counseling comprend des objectifs à court terme et à long terme. Il se distingue de la psychothérapie en ce qu'il reste centré sur la gestion des difficultés liées à l'infection à VIH, comprend des tâches à accomplir et que l'intervenant dispose d'un plan pré-structuré des objectifs à atteindre en termes de soutien spécifique de la personne sur des points précis.

La personne peut bien sûr à tout moment se présenter au service de counseling si elle est aux prises avec des difficultés requérant une aide immédiate (périodes de crise, syndrome post-traumatique lié à l'impact de l'annonce, impossibilité psychique de poursuivre les traitements...).

### **Les groupes de paroles pour les personnes confrontées à la primo-infection**

Les animateurs des groupes de paroles sur les traitements ont remarqué à quel point il était difficile de briser la barrière sociologique entre les différentes générations de l'épidémie.

Les personnes qui arrivent dans l'épidémie souffrent d'une absence d'image sociale du nouveau paradigme de l'infection à VIH, et ce d'autant plus qu'il n'y a pas encore eu d'action de communication publique sur ce thème. Elles sont confrontées au manque d'information générale de la population, par exemple sur les traitements.

La première demande, en termes de communication avec l'entourage, concerne souvent l'annonce à la famille. Dans le même ordre d'idées, cette lacune d'image nourrit aussi parfois des attitudes défensives auto-protectrices.

Cette recomposition progressive de sa propre identité à l'aune des nouvelles données de l'infection à VIH ne peut se jouer seulement dans les espaces individuels de soins et d'écoute de la médecine et du counseling. Elle nécessite l'émergence d'espaces collectifs, associatifs et communautaires facilitant le redéploiement des dynamiques de socialisation et d'"empowerment" de la personne confrontée à de nécessaires stratégies de réajustement touchant à des domaines qui dépassent la sphère de la santé individuelle.

### **La prise de décision du traitement**

En fonction de la prise de décision de la personne, il existe deux programmes distincts de counseling : un programme pour les personnes qui ont refusé les traitements (5) et un programme pour les personnes sous traitement.

Les personnes sans traitement bénéficient d'un accompagnement centré sur l'élaboration d'un plan personnalisé de réduction de risques. D'une séance à l'autre, le praticien propose de faire le point sur

les événements significatifs survenus dans l'intervalle des entrevues, sur les avancées et les difficultés rencontrées dans la réalisation du plan de réduction des risques, sur les orientations proposées, sur les stratégies d'ajustement à la séropositivité, sur l'impact du suivi médical sans traitement.

### **La place du counseling dans l'observance**

L'observance est devenue un problème crucial dans l'infection à VIH à cause de la multiplicité des doses de médicaments, des contraintes horaires, des effets secondaires et de certaines exigences propres aux traitements, comme les aspects nutritionnels et les risques de résistance induite.

Permettre une parole sur les difficultés d'observance, les échecs, les incertitudes, les espoirs, c'est réunir les conditions minimales pour que la personne s'approprie les connaissances, les émotions, les attitudes et les réaménagements concrets dans sa vie quotidienne entraînés par les traitements.

Le counseling centré sur la personne dans sa relation aux traitements nécessite de travailler à plusieurs niveaux : niveau cognitif (connaissances, croyances, attentes, perceptions), niveau émotionnel (espoir, désespoir, peurs, incertitudes), et niveau comportemental (intégration des traitements dans le style de vie, sens de l'organisation, réduction des obstacles, analyse du contexte des échappements).

La démarche de counseling consiste prioritairement, dans un climat d'écoute, à aider la personne à identifier les multiples obstacles à l'observance et à lui apporter plusieurs formes de soutien de façon à ce qu'elle puisse exercer ses droits à l'éducation, au soin et au soutien. La polémique lancée aux Etats-Unis après la publication dans *JAMA* (6) d'un état des lieux sur le très faible niveau d'observance des sans-abri a eu pour effet de mettre l'accent sur l'urgence de la mise en place d'un accompagnement social des personnes sous antiprotéases. Le counseling ayant trait à l'observance est centré sur la personne, sa condition objective face au soin et les relations qu'elle entretient avec sa condition médicale et ses traitements. Il s'agit de l'aider à développer une relation à ses traitements qui facilite le maintien de sa santé et la poursuite de son développement personnel. Ce travail passe par plusieurs étapes, comme par exemple la réponse immédiate aux besoins sociaux de la personne, l'analyse de la dynamique sous-jacente à l'inobservance (émotions, stratégies d'évitement auto-protectrices, conflits internes insurmontables), l'aide à la résolution de problèmes, la ré-élaboration d'un scénario de vie en lien avec le maintien des capacités d'anticipation, l'apprentissage de routines de prise de médicaments.

### **Prophylaxie et prévention**

Le traitement prophylactique nécessite une articulation étroite entre le dispositif médical et le dispositif d'accompagnement car, dans ce cas précis, l'un ne peut aller sans l'autre. En effet, il est difficile de gérer à la fois un risque d'exposition accidentelle ou chronique, une possible contamination, une possible mise sous traitement, un choc émotionnel et la réduction d'un stress de type post-traumatique.

Le protocole de prophylaxie est un protocole complexe car la partie médicale nécessite une évaluation objective du niveau d'exposition au risque, le recueil d'informations sur la source de l'infection, une information sur les traitements, le recueil du consentement éclairé.

La partie counseling (7) doit reprendre pas à pas le vécu subjectif et l'impact psychique de l'exposition au risque en ouvrant du côté des facteurs de vulnérabilité corrélatifs à la prise de risque. Il propose un soutien immédiat visant à réduire l'impact traumatogène de l'exposition au risque (risque suicidaire, passages à l'acte, réactions d'après coup, émergences de peurs, d'insomnies dues à la perte du sentiment de sécurité ou de l'illusion d'invulnérabilité). Il doit aussi aider la personne à se préparer à la prise d'un traitement temporaire nécessitant l'apprentissage de nouvelles routines dans sa vie quotidienne. Il comprend l'élaboration d'un programme personnalisé de réduction de risques. Le counseling dans la prophylaxie associe étroitement la prise en charge et la prévention puisque les résultats escomptés sont un taux de 94% de résultats négatifs et 6% de résultats positifs. Les personnes séronégatives doivent bénéficier d'un suivi individualisé, sur plusieurs séances, adapté à une évaluation objective de leur degré de vulnérabilité et aux nouveaux besoins survenant dans l'après coup de l'exposition au risque.

Le counseling pour les personnes séronégatives, dans le cadre de la prophylaxie, a été décidé sous la pression des associations et à la suite d'observations révélant que les personnes nouvellement infectées avaient déjà effectué pour la plupart d'entre elles des tests dont les résultats étaient



négatifs, possédaient un haut niveau de connaissances sur les modes de transmission et avaient déjà une certaine expérience en matière de prévention. Il fallait donc se résoudre à l'évidence qu'il était difficile de rester séronégatif et mettre en place des programmes de counseling centrés sur ces difficultés. Il s'agit, dans le cadre d'une série d'entretiens individuels ou en petits groupes, d'aider chaque personne à analyser ses modes de composition avec le risque au delà de ses comportements (prise en compte des affects, des pensées irrationnelles, des croyances, des émotions), à explorer des choix multiples et à élargir le nombre de ses options en matière de prévention, à intégrer les changements qu'elle veut introduire dans sa vie dans un cadre plus large de qualité et de choix de vie, à analyser ses relations à sa sexualité, à ses propres émotions, au plaisir, au besoin d'être aimé, à ses dépendances, à faire le point sur ses expériences en matière d'exposition au risque, de sexualité et de prévention.

## Conclusion

Les avancées bio-médicales ont un impact médical mais aussi un impact psychologique et social sur les personnes auxquelles elles sont destinées. Le traitement de la primo-infection et la prophylaxie remettent en question les pratiques de travail tout autant qu'elles mettent à l'épreuve chez chacun d'entre nous les représentations que nous nous étions construites de l'infection à VIH. On commence à voir ça et là des fissures apparaître dans la communauté des personnes et des associations impliquées dans l'infection à VIH. Il va falloir très rapidement accompagner, voire anticiper le changement en matière de soins et de prévention, et proposer la création de services et de programmes centrés sur l'évolution des besoins des personnes confrontées aux nouvelles possibilités thérapeutiques qui, par elles-mêmes, risquent de générer une certaine forme d'exclusion ou d'inégalité sociale face à la santé (8). Il ne faudrait pas que le modèle soin-prévention soit exclusivement centré sur les avancées bio-médicales sans nous poser la question des dispositifs d'accompagnement à mettre en œuvre de façon à ce que le plus grand nombre de personnes aient accès (9) au soin-prévention. - Catherine Tourette-Turgis

Remerciements à Maryline Rébillon, qui a relu et revu le texte.

N'hésitez pas à adresser vos commentaires et critiques à :

Maryline Rébillon [commentdire@compuserve.com](mailto:commentdire@compuserve.com)

---

1 - Ce travail a consisté à concevoir avec Margaret Chesney (CAPS) et Beth Dillon (CDC) un guidelines de counseling pour la prophylaxie combinant trois approches différentes (médecine comportementale, approche santé publique et psychologie clinique). Cette approche multiréférentielle a été validée par un Community Advisory Board qui comprend les représentants de toutes les associations, le département de santé publique, et l'équivalent de la division sida. La prophylaxie est initialisée en octobre 97 sous la forme d'un essai thérapeutique. Nous sommes également en train de revoir le programme de counseling de la primo-infection à la lumière de l'exploitation des données de la première évaluation.

2 - Ces 155 personnes ont été recrutées à l'issue d'une campagne de communication de proximité (affichettes et annonces dans la presse gay, flash sur les radios locales, convention avec les associations, affichettes dans les bars, présence dans les night clubs). Un éducateur de prévention a été engagé à temps complet pour le recrutement.

3 - Adherence in clinical trials for HIV-disease, Margaret Chesney , document de synthèse non publié, 1997.

4 - Cf. Notre ouvrage "Infection à VIH et polythérapie: guide de counseling ", réalisé par Comment Dire avec le soutien de Produits Roche France, dont la parution est prévue pour octobre/novembre 1997.

5 - Sur les 36 personnes incluses dans la file active de l'essai clinique cité ci-dessus, 28 ont opté pour une mise sous traitement, 3 ont décliné l'offre de traitement , 3 ont quitté l'essai, 2 ont opté pour un arrêt précoce du traitement.

6 - Cf. " Protease Inhibitors in the homeless " by Bangsberg D.,Tulsky J., Hecht F.M, Moss A.R in JAMA 278 : 63-65.

7 - Travail en cours.

8 - La parution d'articles dans la presse médicale internationale révélant la tendance de certains praticiens à refuser l'accès aux nouveaux traitements aux toxicomanes, aux personnes en situation de très grande précarité sociale est assez inquiétante alors que des expériences pilotes sur le soutien à l'observance comme l'expérience d'Harlem avait permis de découvrir que si on mettait en place une stratégie adéquate, on pouvait obtenir des scores d'observance satisfaisants

9 - Il en va de même pour le recrutement des personnes pour la prophylaxie. Comment promouvoir l'information de façon à toucher de manière équitable toutes les personnes pouvant bénéficier de ce nouveau service de soin-prévention ? Cette question a donné lieu ce mois d'août à des débats houleux à San Francisco.