

Classer pour soigner ? Savoirs d'Etat, idéologie préventive, raisons pratiques

Enquête sociologique sur le dépistage du sida

Maud Gelly

Thèse pour le doctorat de sociologie

Sous la direction de Dominique Memmi et Patrice Pinell

Ecole doctorale Sciences sociales – ED 401

Composition du jury :

M. François Buton, directeur de recherche, CNRS ; *rapporteur*

M. Vincent Dubois, professeur des universités, université de Strasbourg ; *président du jury*

Mme Marie Jaisson, professeure des universités, université Paris XIII ; *rapporteuse*

Mme Dominique Memmi, directrice de recherche 1^{ère} classe, CNRS ; *directrice*

Mme Anne Paillet, maîtresse de conférences, université de Versailles Saint-Quentin

M. Patrice Pinell, directeur de recherche émérite ; *co-directeur*

Remerciements

Dominique Memmi et Patrice Pinell ont dirigé ce travail avec des méthodes et des personnalités dissemblables, dont j'ai compris tardivement, douloureusement, mais finalement avec bonheur, tout le profit que je pouvais tirer de leur assemblage.

Le CSU a constitué un environnement très formateur et chaleureux. En particulier, Laure Pitti et Audrey Mariette ont été, outre des relectrices pointues, des amies fidèles dans les coups durs et des modèles de sociologues au travail sur leur terrain d'enquête qui est mon terrain de jeux. Je dois à Cédric Lomba l'idée (et la bibliographie dont il l'a lestée) d'élargir la comparaison de la relation de service. Baptiste Coulmont m'a livré généreusement littérature grise et tableaux de prénoms inédits. Coline Cardi et Frédérique Leblanc ont relu des brouillons qui ne ressemblaient à rien et ne m'en ont pas tenu rigueur. Marie Ménoret a relu une version presque complète mais mal dégrossie... et ne m'en a pas tenu rigueur non plus. Amélie Beaumont a cru aux plans sur la comète quand je n'y croyais plus (je renverrai l'ascenseur). Camille François m'a considérablement aidée à faire face à une montagne de données quantitatives, généreusement fournies par le CépiDC. Sibylle Gollac avait préalablement installé dans ma tête (rétive) l'idée que c'était faisable.

Rencontrés un peu avant cette équipe, Gabriel Girard et Mathieu Trachman ont beaucoup contribué à préciser les questions assez vagues que je me posais au début de cette recherche. L'ANRS a financé un projet articulant nos recherches respectives, et ce financement a permis de faire retranscrire la grande majorité de mes entretiens. Mireille Fenwick a assuré la retranscription avec rapidité, fidélité et intérêt au propos.

Cette thèse a bénéficié d'un financement « jeunes chercheurs » à 50 % par Sidaction pendant deux ans, et Vincent Douris et Veronica Nosedo y ont suivi mes tâtonnements avec bienveillance. Je n'aurais jamais trouvé cette piste sans Julie Castro, qui en avait d'ailleurs ouvert plus d'une auparavant.

Puisque Caroline Izambert s'est trouvée à quasiment tous les carrefours où je me demandais quelle route prendre, nous avons pris les mêmes (autant se tromper à deux) et en chemin elle a lu plusieurs versions des mêmes chapitres. Arthur Vuattoux a désembourbé ma conclusion. Alice Romerio a formulé très clairement les questions que je me posais confusément sur les salariés associatifs. Élise Marsicano m'a aidée à ne pas dérapier dans l'interprétation. Mireille Eberhard a bien amorti le coup de blues avant ce que je ne savais pas encore être la dernière ligne droite.

Julien a certes ouvert la voie, mais a omis de la débroussailler. Une partie des interrogations qui ont présidé à cette recherche est l'héritage des deux profs égalitaristes qui m'ont faite. Patrick Florès est à l'origine de la version médicale de ces interrogations, et m'aura appris qu'il y a plusieurs façons de rendre hommage à la Catalogne. Samia Dridi, Edwige Amory, Véronique Houttemane, Joëlle Laugier, Élise Moreau et Christine Leverrier ont été présentes presque quotidiennement les quatre premières années, et en pensée la dernière : j'ai

souvent écrit en pensant à vous et à votre travail exemplaire, dont je cherchais à comprendre ce qui nous échappait.

Élise Bourgeois-Fisson et Jean-Marie Le Gall m'ont ouvert de nombreuses portes à AIDES, sans en donner toutes les clés à la première apprentie sociologue venue. En vrais militants. Vous avez eu raison. Les équipes des associations et services publics enquêtés m'ont accueillie avec confiance et sans perdre patience lorsque le temps promis de la restitution a été reculé autant de fois que la fin de la thèse. C'est long, une thèse. Pendant ces cinq ans, deux enquêtés sont morts. J'espère que leurs collègues reconnaîtront leurs paroles dans les extraits d'entretien, car elles les honorent.

Jérémie a sacrifié de nombreuses soirées et sauvé l'essentiel. Lou, Sven et Mélinée m'ont empêchée avec constance et tendresse de me tromper dans l'ordre des priorités. Merci !

Acronymes

ANRS : Agence Nationale de Recherches sur le Sida et les hépatites virales

AP-HP : Assistance Publique des Hôpitaux de Paris

ARS : Agence Régionale de Santé

CA : Conseil d'Administration

DFA : Départements Français d'Amérique

DGS : Direction Générale de la Santé

CAARUD : Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques pour Usagers de Drogues

CADA : Centre d'Accueil des Demandeurs d'Asile

CDAG : Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit

CIDDIST : Centre d'Information, de Diagnostic et de Dépistage des Infections Sexuellement Transmissibles

COMEDE : Comité Médical pour les Exilés

COREVIH : Coordinations Régionales de lutte contre le VIH

CNS : Conseil National du Sida

FNPEIS : Fonds National de Prévention, d'Éducation et d'Information Sanitaires

HAS : Haute Autorité de Santé

HSH : Hommes ayant des relations Sexuelles avec d'autres Hommes

IFSI : Institut de Formation en Soins Infirmiers

IST : Infections Sexuellement Transmissibles

MIGAC : Missions d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation

TROD : Test Rapide d'Orientation Diagnostique

<i>Introduction</i>	11
1. Construction de l'objet : une ethnographie du travail de santé publique	13
2. Problématique : comment les agents de santé publique délivrent-ils des services socialement différenciés ?	17
3. Choix et limites méthodologiques : faire l'ethnographie du dépistage du sida pour observer les effets de la « gueule du client »	26
4. Plan de la thèse	36
<i>Première partie</i>	41
<i>La fabrique de catégories utiles à l'action : « gays » et « migrants »</i>	41
Chapitre 1	45
Sociohistoire des politiques publiques de prévention et de dépistage du sida en France de 1983 à 2011 : la césure des trithérapies	45
1. Du dépistage restreint d'une maladie mortelle au dépistage étendu d'une maladie traitable 47	
2. 2010-2014 : l'action publique entre ciblage des populations et universalisme	58
3. Le dépistage associatif dit « communautaire » : extension du domaine de l'action associative ou redéploiement de l'action publique ?	68
4. Conclusion : des victimes de la maladie aux porteurs du virus	71
Chapitre 2	75
Entre champ médical et espace associatif : la division du travail de santé publique	75
1. Le dépistage associatif du VIH/sida : entre contestation et délégation des pratiques médicales	76
2. Des chercheurs militants et des militants chercheurs	82
3. La marche associative vers la recherche... en ordre dispersé	88
4. Une autre recherche est possible, un autre dépistage est possible ?	92
5. La division du travail de santé publique, enjeu et sanction des rapports de force dans le champ de la santé	96
6. Conclusion	103
Chapitre 3	107
Des savoirs d'État produits pour orienter l'action publique : connaissances et méconnaissances des déterminants sociaux de la santé	107
1. Surmorbidity masculine et précocité des décès féminins : quand l'exception éclaire la règle 109	
2. Une analyse des décès liés au VIH/sida en France (1987-2011)	112
3. Construction des données et problèmes méthodologiques	113
4. Une évolution différenciée de l'âge au décès des femmes et des hommes	117

5. Des inégalités entre classes sociales qui s'accroissent.....	121
6. Effets différenciés des rapports sociaux dans chaque classe de sexe.....	125
7. Quelques hypothèses sur les effets socialement différenciés des politiques publiques....	133
8. Une activité scientifique cohérente avec l'objectif de réduction des contaminations dans les groupes de population les plus exposés	137
9. Conclusion	140
<i>Deuxième partie</i>	143
<i>La santé publique en actes : se donner sans compter</i>	143
Chapitre 4	147
Sociographie des agents du dépistage du VIH/sida	147
1. Échapper aux contraintes du travail hospitalier : les infirmiers.....	148
2. La « médecine globale » pour horizon : les médecins	158
3. L'expérience de la stigmatisation : les salariés associatifs.....	173
4. Conclusion	190
Chapitre 5	193
Le désir pédagogique : un moteur du travail de santé	193
1. Un mauvais entretien sent la leçon de morale	194
2. Un bon entretien est un entretien interactif : le « counselling », une forme déniée d'autorité pédagogique.....	200
3. Un bon entretien ne sert à rien.....	217
4. Conclusion	223
Chapitre 6	227
Sociologie spontanée et sens pratique des soignants	227
1. Le temps de la pédagogie.....	229
2. Ajuster les pratiques professionnelles aux besoins individuels : le dilemme des services publics.....	232
3. Développer un service spécifique pour un public pensé comme homogène : les contraintes de l'action associative	243
4. Le sens pratique des agents du travail de santé publique : « l'échelle des risques », un outil neutre à l'usage socialement sélectif.....	245
5. Conclusion	251
Chapitre 7	255
L'objectivation des plus fragiles : un sale boulot ?.....	255
1. Compter : une menace pour l'identité professionnelle	256
2. Se compter ou être compté par les siens : de l'effet des (dé)mobilisations collectives sur la division du travail d'objectivation	263

3. La santé publique entre crainte du misérabilisme et tentation populiste.....	268
4. Travailler au contact de publics inégaux face à la maladie et à la mort : plus facile à faire qu'à dire.....	271
5. Les deux corps du soignant	272
6. Conclusion	278
<i>Troisième partie</i>	281
<i>Pratiques et raisons pratiques du classement des publics</i>	281
<i>dans le travail de santé publique</i>	281
Chapitre 8	285
Critères et pratiques de classement des publics.....	285
1. Des dossiers pour quoi faire ?	288
2. « La gueule du client » : tabou de la pensée, mais outil du travail	300
3. Classement des publics et différenciation des clients.....	310
4. Conclusion	322
Chapitre 9	325
Raisons pratiques du classement des publics	325
1. Classer pour ne pas perdre la face	326
2. Classer pour atténuer ou maintenir la distance	338
3. Classer pour standardiser le service fourni	346
4. Différencier les clients pour optimiser le service	360
5. Conclusion : la santé publique comme <i>street-level bureaucracy</i> ?	362
<i>Conclusion</i> :.....	367
<i>Le travail de santé publique au niveau de la rue : de la lucidité sélective des savoirs d'État à la reproduction des inégalités sociales dans et par les services de santé</i>	367
1. Ciblage de l'action publique et division du travail de santé publique	367
2. Des agents de santé publique aux trajectoires sociales contrastées, et une ambition pédagogique commune.....	369
3. Objectiver les publics fragiles pour se doter d'un projet de rattrapage des inégalités sociales de santé ?	371
4. Inconscient d'institution et inconscient social	375
5. Saisir la dimension discrétionnaire du travail des soignants.....	378
<i>Bibliographie</i>	387
Action publique, action associative.....	387
Santé.....	389
Travail et relation de service	392

Inégalités sociales, rapports sociaux	395
Classements sociaux, catégorisations sociales.....	399
Approches généralistes, approches méthodologiques.....	401
Publications épidémiologiques	402
<i>Sources</i>	404
<i>Entretiens réalisés</i>	409
<i>Annexes</i>	411
Annexe 1 : guide d'entretien.....	411
Annexe 2 : grille d'observation.....	413
Annexe 2 : grille d'observation.....	413
Annexe 3 : déclaration obligatoire anonyme de l'infection par le VIH	414
Annexe 4 : flyer du Checkpoint	415
Annexe 5 : flyer présentant l'activité « dépistage » de AIDES	416
Annexe 6 : quiz distribué par AIDES lors de ses actions mobiles de dépistage.....	417
Annexe 7 : flyer utilisé par Afrique Avenir	418
Annexe 8 : guide d'entretien de dépistage édité par Sidaction.....	420
Annexe 9 : fiche remplie par les salariés de AIDES pour chaque entretien de dépistage.....	422
Annexe 9 bis : fiche remplie par les salariés de AIDES après chaque action collective	423
Annexe 10 : questionnaire auto-rempli par les usagers du Checkpoint à l'issue de leur entretien de dépistage	424
Annexe 11 : questionnaire rempli par les salariés d'Afrique Avenir pour chaque entretien de dépistage	429

Introduction

C'est un mardi matin comme tous les autres à l'hôpital de Grainde¹, une commune de la banlieue nord de Paris. Il est 9 heures ou un peu plus. L'hiver se termine. Sur le parking devant l'hôpital, des voitures arrivent et d'autres repartent, selon qu'elles transportent des salariés qui commencent leur journée ou qui ont fini leur nuit. Mais ça c'est pour ceux qui travaillent aux urgences ou au bloc. Dans le service de maladies infectieuses, il n'y a plus de malades hospitalisés la nuit, donc les travailleurs de nuit ne sont plus nécessaires. Normal, depuis quelques années, on meurt de moins en moins dans les services de maladies infectieuses. Il y a bien de temps en temps une tuberculose résistante, ou une pneumonie récalcitrante, mais ça ne suffisait plus pour maintenir un service ouvert : les malades seront désormais hospitalisés dans le service de médecine interne. Reste le sida, mais les années noires sont derrière. Désormais les patients vont bien et vivent vieux s'ils sont traités vite et bien, alors la direction de l'hôpital a transformé le service de maladies infectieuses en hôpital de jour. Tout le monde est content : les aides-soignantes et les infirmières surtout, qui n'en pouvaient plus des nuits à courir derrière le chariot ; et les médecins aussi, qui en sont revenus de la médecine de papa, 70 heures par semaine et les trompettes de la renommée mais sans voir ses enfants grandir. Les malades aussi sont contents de pouvoir rentrer chez eux le soir... enfin quand ils ont un chez eux, mais il y a une assistante sociale dans le service et elle fait des miracles avec ce genre de problèmes qui sont ici courants.

Le mardi matin, jour de dépistage anonyme et gratuit du sida, il y a toujours un monde fou dans le service. Ils arrivent en couple, ou seuls, ou en bande de copines pour se donner de courage. Pas trop en bande de copains. Parfois en tenue de travail, ça va pas être long, y aura moyen de repartir travailler après. Ceux-là ne sont pas malades, enfin ils l'espèrent. Ils viennent faire un dépistage du VIH, enfin ça c'est ce qui est écrit sur la pancarte à l'entrée du service avec la flèche qui indique le bureau en face de l'entrée, mais eux ils disent qu'ils viennent pour le test du sida. Dans le bureau l'accueil est assuré par une infirmière. C'est confidentiel, il y a une porte qui ferme, l'infirmière donne un ticket avec un numéro et il faut patienter dans le couloir avec son ticket, jusqu'à ce que le médecin appelle les gens par leur numéro dans un autre bureau. C'est un Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit, un CDAG, intégré au service de maladies infectieuses, comme beaucoup d'autres.

Dans le couloir il y a déjà une vingtaine de personnes qui attendent leur tour. Sur les murs on voit des affiches avec des couples qui ont l'air heureux et qui parlent de préservatifs, d'hépatites, de VIH. Il y a un numéro de téléphone pour un service d'interprétariat, et des prospectus dans plusieurs langues.

Je suis sur les talons d'une des médecins du service. Elle a une trentaine d'années. Elle appelle par son numéro un homme qui la suit dans le bureau.

¹ Le nom de la commune a été modifié.

Médecin (en me montrant d'un geste de la main) : « On est deux, d'accord ?

Consultant (sur son dossier je ne vois que son année et son pays de naissance, il a 35 ans et il est né au Cameroun, il garde son manteau en entrant dans le bureau, les épaules rentrées) : ok.

Médecin (elle le regarde dans les yeux, pose son stylo, et montre le résultat en parlant d'une voix neutre) : Votre résultat, il est pas bon.

Consultant : ... (Silence, il baisse la tête et pose sa main sur son visage, puis relève la tête, il ne pleure pas.)

Médecin : Que connaissez-vous de cette maladie ?

Consultant : C'est contagieux.

[Je n'ose plus prendre de notes et j'écoute. La médecin lui explique que le sida est aussi une maladie qui met plusieurs années à évoluer et qu'il existe des traitements qui ne peuvent pas faire disparaître le virus, mais qui peuvent empêcher que la maladie devienne grave. Elle utilise des termes simples. Lui, hoche la tête, semble un peu moins abattu, parle de sa vie, de ses filles, pose des questions. Il me semble que je peux reprendre des notes sans que ce soit indécent.]

Consultant (à voix basse, comme pour lui) : Comment je vais faire avec ma femme ?

Médecin : Il va falloir mettre des préservatifs et réfléchir à lui en parler.

Consultant : J'espère qu'elle n'a rien.

Médecin (jette un œil au dossier) : Vous avez fait le test parce que... ?

Consultant : C'était une autre femme. [silence de quelques secondes] Faut-il que je me suicide ? S'il me reste cinq ans...

Médecin (d'un ton plus animé) : Vous n'allez pas mourir de cette maladie. Vous n'allez pas vivre cinq ans, vous allez vivre trente ans. Vous verrez grandir vos filles.

Consultant : ... (silence, et sourire fugace)

Médecin : Est-ce que vous voulez rencontrer un psychologue ?

Consultant (sans hésiter) : Non.

Médecin : Venez, je vais vous accompagner vers le service de soins. On va faire la levée d'anonymat, d'accord ?

Consultant : ok. »²

² CDAG de Grainde, notes d'observation, 6 mars 2012.

Ils se lèvent et sortent. Cet homme n'est plus un numéro, mais un patient du service. La consultation a duré 35 minutes. C'est une des plus longues, et la seule annonce de test positif pour le VIH, à laquelle j'assisterai, sur 214 dépistages.

Chaque année, environ cinq millions de tests de dépistage du VIH sont pratiqués en France (soit 80 pour 1000 habitants). Environ un sur dix sont pratiqués en CDAG. Dans ce cadre anonyme, comme dans la consultation présentée, le professionnel ignore tout de l'utilisateur du dépistage, et ne le reverra probablement pas, sauf si le test est positif. Mais dans l'immense majorité des cas, le test est négatif, et le travail du professionnel consiste à donner des conseils appropriés à la situation de l'utilisateur afin que sa sérologie reste négative « jusqu'au bout », comme le dit un des médecins rencontrés pour l'enquête.

Pour les professionnels impliqués dans le dépistage, comme pour les administrations qui l'organisent, il s'agit d'un enjeu de santé publique. Comment apporter des soins (ici préventifs) appropriés à la situation d'un individu quand on ignore tout de cette situation ? Comment mieux connaître cet individu en quelques minutes ? Et que choisit-on de connaître de lui ?

Mais il y a là aussi un enjeu pour les sciences sociales. Il s'agit en effet, pour les agents du dépistage, de délivrer un service de santé à des individus inégalement exposés au risque d'être atteints par la maladie et d'en mourir. L'existence d'inégalités sociales face à la maladie et à la mort n'est pas propre au sida, mais commune à toutes les causes médicales de décès. L'enjeu pour les sciences sociales consiste alors à rendre compte de la sociologie spontanée des agents sociaux ordinaires et à comprendre quel rôle elle joue dans la reproduction des inégalités face à la santé. C'est l'objet de cette recherche.

1. Construction de l'objet : une ethnographie du travail de santé publique

Née d'une interrogation sur l'impuissance du système de santé à réduire les inégalités sociales face à la maladie et la mort, cette recherche a commencé comme une exploration de la relation entre des individus qui recourent à un service de santé et ceux qui le leur fournissent, avant de s'orienter vers une ethnographie de l'action publique.

Si l'accès aux soins ne réduit pas les inégalités sociales de santé, voire les creuse³, alors c'est qu'il se passe quelque chose, au cœur même du soin, qui produit de l'inégalité. L'intuition initiale consistait donc à explorer la relation de soin, et croyait y déceler des pratiques de l'ordre de la discrimination, fournissant des soins de moins bonne qualité à celles et ceux dont la situation sociale et médicale est la moins favorable.

³ Annette Leclerc, Monique Kaminski, Thierry Lang, *Inégaux face à la santé*, Paris, La Découverte, 2008.

L'approche en termes de discrimination m'a conduite à choisir pour terrain d'enquête un dispositif qui s'apparente au « testing », afin de mettre en évidence les effets de « la gueule du client » sur le contenu du soin : de son sexe, de son accent, de la couleur de sa peau, de sa façon de parler, de sa tenue vestimentaire... Un dispositif anonyme, où le prestataire du service ignore tout de l'utilisateur, son identité, son histoire, et n'a que « la gueule du client » pour s'orienter, et les informations personnelles qu'il jugera utile de lui demander. Un dispositif gratuit, afin que l'argent ne soit pas un obstacle à l'accès aux soins, puisque la question de recherche part du constat que l'accès aux soins ne réduit pas les inégalités sociales en matière de santé.

Anonyme et gratuit, donc. Comme les Centres de Dépistage Anonyme et Gratuit créés en 1988 pour le dépistage du VIH/sida. C'est là que l'enquête a commencé. Par une bonne surprise : ce dispositif de dépistage était en train d'évoluer, vers un élargissement de la pratique du dépistage au-delà du groupe professionnel médical. Des infirmiers et des salariés associatifs participant désormais au dépistage, le dispositif d'enquête permettrait à la fois de saisir les effets de « la gueule du client » et ceux des dispositions des agents de santé publique. Il serait donc possible de savoir si les médecins soignent mieux les membres des classes dominantes parce qu'ils sont des leurs... ou si la vérité est ailleurs.

L'investigation des débats qui ont traversé l'espace social du sida à l'occasion de cette évolution du dispositif de dépistage m'a amenée à élargir mon objet et à travailler l'articulation entre les trois pôles de cet espace social : l'État, le champ médical et le monde associatif. Il a fallu pour cela se départir de la vision du conflit associations/médecins portée par ses acteurs, et mettre en évidence les actes d'État derrière chaque arbitrage, chaque délimitation des prérogatives professionnelles, et les savoirs d'État derrière chaque découpage des territoires et des populations : chercher l'État comme terme d'une régression à l'infini⁴.

Les sciences sociales envisagent la santé publique tantôt comme un enjeu politique, en général traité dans le cadre d'analyse foucauldien du gouvernement des populations⁵, tantôt comme une discipline universitaire, alors décrite dans ses rapports avec le champ scientifique, tantôt comme un espace conflictuel où s'affrontent des intérêts divergents, tels ceux des professionnels de santé, de l'industrie pharmaceutique, des malades⁶. Cette thèse prend pour objet un dispositif de santé publique, de sa conception à sa mise en œuvre par des agents au contact des publics. L'enquête adopte donc une perspective de sociologie de l'action publique et de sociologie du travail, afin d'ajouter, à ces dimensions explorées par d'autres travaux, celle du travail de santé publique opéré au contact des populations. Le regard portera donc certes sur la constitution d'un savoir épidémiologique et sur ses critères

⁴ Pierre Bourdieu, *Sur l'État. Cours au collège de France (1989-1992)*, Paris, Seuil, 2012, p. 351.

⁵ Michel Foucault, *Sécurité, territoire, population. Cours au Collège de France 1977-1978*, Paris, Seuil/Gallimard-Hautes études, 2004.

⁶ Didier Fassin, Boris Hauray (dir.), *Santé publique. L'état des savoirs*, Paris, La Découverte, 2010.

de délimitation des populations, mais aussi et surtout sur le travail des agents de santé publique et les trajectoires qui les y ont conduits.

Prenant quelque distance avec des concepts classiques en sociologie de la santé, j'ai délibérément choisi un terrain où il est bien difficile de démêler le « *cure* » du « *care* », l'objectif thérapeutique du travail relationnel, et où les agents abusivement assimilés à l'une ou l'autre de ces deux dimensions du travail de soin (les infirmières au « *care* », les médecins au « *cure* ») font le même travail. J'ai inclus également dans l'analyse celle du travail de salariés associatifs non-professionnels de santé, afin de distinguer les effets de la trajectoire sociale et ceux de la professionnalisation. Cette construction de l'objet permet de saisir deux mouvements de « déprofessionnalisation » et de « médicalisation » qui ne sont contradictoires qu'en apparence⁷. Pour autant, cette recherche s'inscrit moins dans une sociologie des professions, peu opérante sur ce terrain où l'on trouve des segments professionnels variés et aux limites très floues dans le cas des salariés associatifs, que dans une sociologie de l'action publique. L'objet amène également à analyser le monde médical comme un champ afin d'éviter les erreurs des monographies par profession⁸ et de penser les évolutions du poids respectif de l'État, de la médecine et du monde associatif dans l'espace social du sida⁹.

Cette recherche analyse le travail de santé dans sa dimension interindividuelle comme une relation de service, répondant ainsi à l'invitation d'Erving Goffman¹⁰ et prolongeant d'autres travaux d'inspiration interactionniste en sociologie du travail (tels ceux de Howard Becker sur la relation entre professeur et élève¹¹ ou ceux de Fred Davis sur les chauffeurs de taxi¹²). Cependant, suivant les travaux de Vincent Dubois sur la relation administrative, on ne réduira pas l'objet à une micro-sociologie des interactions et on montrera en quoi les « interactions au guichet » (ici, du dépistage) révèlent la contribution des savoirs d'État (ici, épidémiologiques) aux « procédures d'identification sociale »¹³. L'analyse porte notamment sur les opérations de classement des publics au guichet, et mobilise l'étude des pratiques de classement menée par la sociologie des classes sociales¹⁴,

⁷ Danièle Carricaburu, Marie Ménoret, *Sociologie de la santé. Institutions, professions, maladies*, Paris, Armand Colin, 2004, pp. 180-182.

⁸ Pierre Bourdieu, *La distinction. Critique sociale du jugement*, Paris, Minuit, 1979, p. 403.

⁹ Patrice Pinell, « A propos du champ médical : quelques réflexions sur les usages sociologiques du concept de champ », in Frédéric Lebaron, Gérard Mauger (dir.), *Lectures de Bourdieu*, Paris, Ellipses, 2012, pp. 305-318.

¹⁰ Erving Goffman, « Les hôpitaux psychiatriques et le schéma médical-type (quelques remarques sur les vicissitudes des métiers de réparateurs) », in *Asiles. Études sur la condition sociale des malades mentaux*, Paris, Minuit, 1968, pp. 375-438.

¹¹ Howard S. Becker, « Social-Class Variations in the Teacher-Pupil Relationship », *Journal of Educational Sociology*, 1952, 25 (8), pp. 451-465.

¹² Fred Davis, « The Cabdriver and His Fare: Facets of a Fleeting Relationship », *American Journal of Sociology*, 1959, 65 (2), pp. 158-165.

¹³ Vincent Dubois, *La vie au guichet. Relation administrative et traitement de la misère*, Paris, Economica, 2003, pp. 14-15.

¹⁴ Voir l'ensemble du numéro : « Qu'est-ce que classer ? », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 1983, n°50.

en l'étendant aux opérations de classement des publics dans des catégories de genre, de sexualité, et raciales. S'il importe de rendre visible l'invisible qui structure l'interaction, cela suppose également de construire l'espace social du dépistage, les enjeux de définition du dépistage et les luttes pour la définition du bon dépistage, qui varient selon la position des agents dans l'espace social. Ce qui est invisible dans l'interaction entre le prestataire et le destinataire du dépistage, ce n'est pas seulement la position sociale de chacun d'entre eux, mais les jeux sociaux autour du dépistage.

Ce travail s'inscrit donc dans une « sociologie politique de l'action publique » en matière de santé, analysant l'action publique non comme une « production étatique », mais comme une « construction collective », dont l'analyse suppose la mobilisation de sources documentaires et une « sociographie des acteurs des politiques publiques »¹⁵. Une telle approche « par le haut » et « par le bas »¹⁶ de l'action publique permet de rendre compte des enjeux de la division du travail de santé publique et de la place dévolue aux associations dans le dispositif de santé publique, comme l'ont montré pour d'autres objets les recherches sociologiques sur l'action associative, menées, entre autres, par Mathieu Hély et Maud Simonet¹⁷. Les associations sont donc appréhendées dans ce travail comme « des acteurs à part entière des politiques publiques », dont « [le] poids dans celles-ci ne peut se comprendre qu'en interaction »¹⁸.

Attentive au développement d'une politique publique, de son élaboration à son déploiement en passant par sa critique interne, cette thèse s'appuie sur les travaux qui explorent la distance qui séparent les programmes de leur mise en œuvre au contact du public et les différenciations qui s'y opèrent, tels ceux de Nicolas Belorgey sur l'action publique hospitalière¹⁹, Yasmine Siblot sur les services publics²⁰, Alexis Spire sur les guichets de l'immigration²¹ ou Delphine Serre sur le dispositif de protection de l'enfance²². Un tel

¹⁵ Patrick Hassenteufel, *Sociologie politique : l'action publique*, Paris, Armand Colin, 2011, p. 25.

¹⁶ Hassenteufel, *ibid.*, pp. 94 et 111.

¹⁷ Mathieu Hély, Maud Simonet (dir.), *Le travail associatif*, Nanterre, Presses universitaires de Paris Ouest, 2013.

¹⁸ Hassenteufel, *op. cit.*, p. 211.

¹⁹ Nicolas Belorgey, « De l'hôpital à l'État : le regard ethnographique au chevet de l'action publique », *Gouvernement et action publique*, 2012, 2 (2), pp. 9-40.

²⁰ Yasmine Siblot, « Stigmatisation et intégration sociale au guichet d'une institution familiale. Le bureau de poste d'un quartier populaire », *Sociétés contemporaines*, 2002, 47, pp. 79-99.

²¹ Alexis Spire, « Histoire et ethnographie d'un sens pratique : le travail bureaucratique des agents du contrôle de l'immigration », in Anne-Marie Arborio, Yves Cohen, Pierre Fournier, Nicolas Hatzfeld, Cédric Lomba et Séverin Muller, *Observer le travail. Histoire, ethnographies, approches combinées*, Paris, La Découverte, 2008, pp. 61-76.

²² Delphine Serre, « Travail social et rapport aux familles : les effets combinés et non convergents du genre et de la classe », *Nouvelles Questions Féministes*, 2012, 31 (2), pp. 49-64.

cadre d'analyse permettra de questionner empiriquement la « sélectivité sociale des services » au-delà de leur revendication d'universalisme et d'égalitarisme²³.

La perspective adoptée sur l'action publique est ici ethnographique, et fait une large place à l'observation directe des interactions de guichet, qui m'a permis de rendre compte du « travail de qualification » des situations par les enquêtés et mettre en évidence « les schèmes de perception sociaux et moraux » de ces derniers, comme l'écrit Vincent Dubois dans un article où il définit « l'ethnographie critique de l'action publique » et souligne qu'« une entrée décisive [...] est la question des catégorisations des populations ». Attentive « aux pratiques et [...] relations au travers desquelles l'action publique se réalise »²⁴, cette approche a connu plus de postérité dans les enquêtes sociologiques sur diverses catégories du travail social, précédemment citées, que dans celles portant sur le travail médical, où ce cadre d'analyse reste sous-utilisé au regard d'approches inspirées des travaux interactionnistes d'Anselm Strauss. Cependant la thèse de Dorothee Prud'homme, soutenue alors que je terminais la mienne, travaille le cadre d'analyse proposé par Vincent Dubois pour analyser la racialisation à l'œuvre dans le travail des personnels hospitaliers²⁵. Ma recherche s'inscrit dans cette veine de travaux, et fait, à leur suite, le pari que « la portée scientifique comme l'utilité sociale de telles recherches n'atteignent leur pleine mesure que lorsqu'elles tendent à la fois à déconstruire les catégories d'entendement dominantes et à dévoiler les rapports de domination qui structurent les situations observées. »²⁶

2. Problématique : comment les agents de santé publique délivrent-ils des services socialement différenciés ?

Le constat d'inégalités face à la maladie et la mort fait consensus dans le champ scientifique, sociologique comme épidémiologique. En France, les inégalités sociales de santé sont plus importantes que dans les autres pays d'Europe occidentale : un ouvrier sur quatre et une ouvrière sur dix meurent avant 65 ans, contre un cadre sur huit et une cadre sur quinze²⁷. Chez les femmes, les écarts sociaux sont moins marqués, mais l'effet du niveau

²³ Marie Cartier, « Perspectives sociologiques sur le travail dans les services : les apports de Hughes, Becker and Gold », *Le Mouvement Social*, 2005, 2011 (2), pp. 37-49, notamment pp. 44-48 qui invitent à mettre en évidence les effets et les formes des rapports de classe dans les relations de service.

²⁴ Vincent Dubois, « Ethnographie l'action publique. Les transformations de l'État social au prisme de l'enquête de terrain », *Gouvernement et action publique*, 2012/1, n°1, pp. 83-101.

²⁵ Dorothee Prud'homme, « La racialisation en urgence. Représentations et pratiques des professionnels hospitaliers à l'égard des patients présumés roms (2009-2012) », Sciences Po Bordeaux, dir. Yves Déloye, thèse de science politique soutenue le 8 décembre 2015.

²⁶ Vincent Dubois, *loc. cit.*, 2012, p. 85.

²⁷ Éric Jouglu, Stéphane Rican, Françoise Péquignot, Alain Le Toulllec, « La mortalité », in Annette Leclerc, Didier Fassin, Hélène Grandjean, Monique Kaminski, Thierry Lang, *Les inégalités sociales de santé*, Paris, La Découverte, 2000, pp. 147-162.

de diplôme est prédominant²⁸. En 2008, Didier Fassin, s'interrogeant sur ce que l'on entend par « social » lorsqu'on parle d'« inégalités sociales de santé », invitait à inclure dans l'analyse, aux côtés de la classe sociale, du genre et du territoire (comme cadre de vie), l'origine nationale réelle ou supposée²⁹. La thèse adopte cette acception large du « social ». Depuis, des travaux s'accumulent pour rendre compte de discriminations croisées et des voies par lesquelles elles opèrent, tels ceux de Marguerite Cognet sur le suivi des traitements des malades atteints de sida et tuberculose³⁰ et sur la racialisation des rapports sociaux dans les soins. Ces travaux invitent à ne pas limiter l'analyse des inégalités de santé à leurs déterminants sociaux et à l'accès aux soins.

La thèse explore donc le rôle de l'offre et de la qualité des soins dans la reproduction des inégalités sociales face à la maladie et la mort (voire leur aggravation). Si l'on reprend la terminologie indigène, il s'agit ici de soins préventifs plus que curatifs, mais en termes sociologiques on peut les rassembler sous la notion de « biens de santé » pour désigner les « productions symboliques et matérielles résultant de la division du travail médical »³¹. Dans la veine des travaux d'Anne-Chantal Hardy³², la thèse s'écarte donc d'une sociologie de la profession médicale et d'une définition *a priori* du soin pour faire la sociologie de l'offre des biens de santé, et plus précisément de ce qu'on nommera travail de santé pour désigner l'activité des professionnels de santé analysée au prisme de la sociologie du travail.

Comment le travail de santé fabrique-t-il de l'inégalité ? Pour tenter de répondre à cette question sur la différenciation de l'offre médicale dans le cadre même de la consultation médicale, j'ai choisi pour ma thèse un terrain qui permet de neutraliser la question de la demande et celle des freins financiers à l'accès aux soins, pour observer l'offre de biens de santé. En effet les individus y consultent tous pour le même motif, et dans un cadre de consultation anonyme et gratuit : le dépistage du sida. Ce cadre permet d'observer comment des soignants classent les usagers des services de santé et comment ils font la différence parmi ceux-ci. Comment, sans rien savoir des individus, ils les classent dans des catégories sociales/genrées/sexuelles/raciales et comment ce classement implicite débouche sur l'offre de biens de santé différenciés. Il s'agit de rendre compte de pratiques de classement et de leurs effets sociaux.

²⁸ Isabelle Robert-Bobbée et Christian Monteil, « Différentiels sociaux et familiaux de mortalité aux âges actifs : quelles différences entre les femmes et les hommes ? », *Economie et statistique*, 2006, n° 398-399, pp. 11-28.

²⁹ Didier Fassin, « Les impensés des inégalités sociales de santé », in Christophe Niewiadomski et Pierre Aïach (coord.), *Lutter contre les inégalités sociales de santé. Politiques publiques et pratiques professionnelles*, Rennes, EHESP, 2008, pp. 21-28.

³⁰ Marguerite Cognet, Céline Gabarro, Émilie Adam-Vezina, « Entre droit aux soins et qualité des soins », *Hommes & Migrations*, n° 1282, novembre-décembre 2009, p. 54-65.

³¹ Patrice Pinell, « À propos du champ médical : quelques réflexions sur les usages sociologiques du concept de champ », in Frédéric Lebaron, Gérard Mauger (dir.), *Lectures de Bourdieu*, Paris, Ellipses, 2012, pp. 305-318 et p. 310.

³² Anne-Chantal Hardy, *Travailler à guérir. Sociologie de l'objet du travail médical*, Rennes, EHESP, coll. « Recherche santé social », 2013.

Si l'interrogation qui a donné naissance à cette recherche porte sur la contribution des services de santé à la reproduction des inégalités sociales face à la maladie et à la mort, il est clair que l'ethnographie du dépistage ne peut répondre à cette question, puisqu'il s'agit d'un service ponctuel qui prend place, par définition, en amont de l'entrée dans la maladie, et *a fortiori* bien avant la mort. Ce ne sont pas les centres de dépistage qui fabriquent de l'inégalité devant la mort. En revanche, de par le caractère ponctuel et anonyme des interactions qui s'y déroulent, les centres de dépistage représentent un observatoire privilégié des opérations mentales de catégorisation sociale des publics par les agents du dépistage, et des pratiques de différenciation du service rendu qui en découlent. Pour plus de 99 % des tests de dépistage réalisés dans ce cadre, le résultat est négatif. Le travail des agents du dépistage est alors essentiellement préventif : il s'agit pour eux de fournir des informations et explications adaptés à la situation des usagers, afin de réduire les risques de contamination. Dès lors, s'il y a production d'inégalités par l'organisation, les services et les agents du dépistage, il s'agit d'inégalités en matière de diffusion d'informations sur les outils préventifs (préservatifs « masculin » et « féminin », traitement post-exposition au VIH, pratiques de « réduction des risques sexuels ») en matière d'explications quant aux niveaux de risque de contamination associés à telle ou telle pratique sexuelle ou d'injection. En somme, les inégalités que sont susceptibles de produire les agents du dépistage concernent le travail pédagogique qu'ils fournissent. L'objectif de cette recherche consiste à mettre en évidence la différenciation du travail pédagogique fourni par les agents du dépistage et les pratiques de classement des publics qui la rendent possible.

L'hypothèse principale de la recherche pose que l'opération de classement est centrale dans le travail de santé, tant dans sa composante collective (épidémiologie, santé publique) que dans sa composante interindividuelle (relation soignante). Parmi les travaux sociologiques portant sur l'articulation entre santé et inégalités sociales et qui reconnaissent le rôle déterminant des inégalités sociales dans la production d'inégalités de santé (Pierre Aïach³³, Didier Fassin³⁴), ma recherche vise à prolonger ceux qui explorent le rôle de l'offre de soins et de l'institution médicale dans la permanence et l'aggravation des inégalités sociales face à la maladie et la mort. Antoinette Chauvenet a ainsi montré comment la spécialisation croissante du champ médical contribue à produire des filières de soins différenciées (institutionnelle pour les classes populaires, à la carte pour les classes dominantes) et de qualité inégale³⁵. Jean Peneff, suite à son enquête sur les personnels³⁶ et les malades³⁷ des urgences hospitalières, a mis en évidence l'effet des appartenances de classe sur les pratiques de travail des salariés des urgences et sur le type de recours aux soins des usagers. Il a prolongé ce travail par le dévoilement d'une « redistribution à l'envers » : parce que l'offre médicale est à la fois publique et privée, mais financée par la

³³ Pierre Aïach, *Les inégalités sociales de santé. Écrits*, Paris, Economica, 2010.

³⁴ Didier Fassin, *L'espace politique de la santé. Essai de généalogie*, Paris, PUF, 1996.

³⁵ Antoinette Chauvenet, *Médecines au choix, médecine de classes*, Paris, PUF, 1978.

³⁶ Jean Peneff, *L'Hôpital en urgence*, Paris, Métailié, 1992.

³⁷ Jean Peneff, *Les Malades des urgences. Une forme de consommation médicale*, Paris, Métailié, 2000.

protection sociale dont le financement est socialisé, les classes populaires contribuent davantage à financer un système qui profite surtout aux classes dominantes³⁸. Des recherches en santé publique cherchent à explorer « la boîte noire de l'interaction médecin-malade » pour comprendre « comment et où sont produits certains aspects des inégalités sociales de santé », et montrent que les médecins surestiment l'état de santé des patients ayant un faible niveau d'éducation, et ne leur proposent dès lors pas les traitements ou conseils adaptés à leur état de santé³⁹. Ma recherche entend contribuer à une sociologie de l'offre des biens de santé, au-delà de la seule profession médicale, et à la compréhension de la contribution de l'offre de biens de santé à la reproduction des inégalités sociales, en observant les effets des appartenances sociales au-delà de la seule appartenance de classe. Il s'agit d'explorer la « boîte noire » de la relation de soin, qu'on considèrera à la suite d'Anne Jusseaume, Paul Marquis et Mathilde Rossigneux-Meheust comme « une entrée possible pour examiner les relations ordinaires, de face-à-face, qui lient les malades à tous ceux qui ont la charge de comprendre, soigner ou apaiser leurs maux »⁴⁰, mais aussi et surtout comme une relation de service. Ce cadre d'analyse sociologique s'est en effet révélé plus pertinent pour explorer une relation ponctuelle nouée en dehors de tout contexte pathologique avéré : les soins dont il s'agit ici sont avant tout préventifs.

Parce que son objectif est pensé à l'échelle d'une population, le dépistage est une intervention sociale autant que médicale, et soulève des dilemmes sociaux⁴¹. En faire la sociologie suppose d'analyser ce qui se passe au niveau de la consultation, des politiques publiques, des publics particuliers⁴². Comment la production de savoirs d'État et la conception de l'action publique influent-elles sur sa mise en œuvre ? Et dans quelle mesure les agents du travail de santé publique en modifient-ils les orientations politiques ?

L'enquête a eu pour objectif de déterminer par qui et comment les groupes visés par l'action publique sont délimités, c'est-à-dire comment les épidémiologistes et les agents du dépistage classent les individus et comment ce classement oriente leurs pratiques, mais aussi dans quelle mesure les nomenclatures savantes reprennent des catégories du sens commun et contribuent à créer ou consolident des catégories qui font exister des populations. En mettant en évidence l'effet du développement de traitements efficaces sur l'action publique en matière de prévention et de dépistage du sida, cette recherche éclaire les arbitrages opérés par des agences et administrations d'État entre bénéfiques collectifs (ici en termes de réduction des contaminations) et individuels (pour les malades) des actions de santé publique.

³⁸ Jean Peneff, *La France malade de ses médecins*, Paris, Les Empêcheurs de penser en rond / Le Seuil, 2005.

³⁹ Michelle Kelly-Irving, Cyrille Delpierre, Anne-Cécile Schieber, Benoit Lepage, Christine Rolland, Anissa Afrité, Jean Pascal, Chantal Cases, Pierre Lombrail, Thierry Lang, « Do general practitioners overestimate the health of their patients with lower education ? », *Social Science and Medicine*, 2011, 73, pp. 1416-1421.

⁴⁰ Anne Jusseaume, Paul Marquis et Mathilde Rossigneux-Meheust, « Le soin comme relation sociale : bilan historiographique et nouvelles perspectives », *Histoire, médecine et santé*, 2015, 7, pp. 9-15.

⁴¹ Natalie Armstrong, Helen Eborall, « The sociology of medical screening: past, present and future », *Sociology of Health and Illness*, 2012, 34 (2), pp. 1-16 et notamment p. 1.

⁴² Armstrong and Eborall, *Ibid.* p. 8.

Autant de questions qui ouvrent sur une généralisation possible à d'autres enjeux de santé et qui permettent de penser le rôle du travail de santé et d'un dispositif de santé publique dans la fabrique des inégalités. La thèse choisit d'investiguer le dépistage du sida pour contribuer à explorer ce problème sociologique, qu'on formulera, suivant Charles Wright Mills, de façon à traduire l'indifférence (des structures) en jeux et le malaise (des individus) en épreuves⁴³. Quels jeux institutionnels fondent l'indifférence pratique aux inégalités sociales face à la maladie et la mort ? Quelles épreuves individuelles empêchent les soignants de les réduire ?

Afin de répondre à ces questions, cette recherche prend pour objet l'organisation du dépistage en France et ses évolutions entre 1997 et 2014 comme réponse à un problème public, ainsi que les trajectoires et pratiques de médecins et infirmiers, salariés du secteur public et associatif, et de salariés associatifs non-professionnels de santé, tous agents du dépistage du sida, et les catégories qu'ils mobilisent pour classer les individus qu'ils prennent en charge. À travers l'étude d'un objet de travail commun (le dépistage du sida), l'enquête permet donc de saisir les variations interprofessionnelles et intraprofessionnelles des pratiques de travail, ainsi que les variables extraprofessionnelles, c'est-à-dire les « appartenances passées ou présentes [qui] ont des effets sur les pratiques et le rapport au travail »⁴⁴.

L'exploration de ces pratiques de travail se concentrera ici sur leurs effets différenciateurs et sur les médiations par lesquels ils opèrent. S'il est avéré que la majeure partie des inégalités sociales de santé n'est pas réductible à l'accès aux soins et relève de déterminants sociaux, des recherches indiquent en effet que le travail médical produit ou augmente les inégalités sociales de santé, telles que les recherches sociologiques précédemment citées⁴⁵, ou des études épidémiologiques sur le dépistage de la trisomie 21⁴⁶, sur les accidents cardio-vasculaires⁴⁷, sur le dépistage des lésions pré-cancéreuses du col utérin⁴⁸.

Ces études portent sur le travail médical fourni lors de consultations médicales, où différents éléments cliniques ont pu perturber l'application des recommandations. Ce peut

⁴³ Charles Wright Mills, *L'imagination sociologique*, Paris, La Découverte, 2006, p. 134 [*The Sociological Imagination*, Oxford University Press, New York, 1959].

⁴⁴ Christelle Avril, Marie Cartier, Delphine Serre, *Enquêter sur le travail. Concepts, méthodes, récits*, Paris, La Découverte, Paris, 2010, p. 121.

⁴⁵ Chauvenet, Cognet, Peneff, *op. cit.*

⁴⁶ Babak Khoshnood, Catherine De Vigan, Véronique Vodovar, Gérard Bréart, François Goffinet, Béatrice Blondel, « Advances in Medical Technology and Creation of Disparities: The Case of Down Syndrome », *American Journal of Public Health*, 2006, Vol 96, n° 12, pp. 2139-2144.

⁴⁷ Thierry Lang, Pierre Ducimetière, Dominique Arveiler, Philippe Amouyel, Jean Ferrières, Jean-Bernard Ruidavets, Michèle Montaye, Bernadette Hass, Annie Bingham, « Is hospital care involved in inequalities in coronary heart disease mortality ? Results from the French WHO-Monica Project in men aged 30-64 », *Journal of Epidemiology and Community Health*, 1998, 52, pp. 665-671.

⁴⁸ Francesca Grillo, Julie Vallée, Pierre Chauvin, « Inequalities in cervical cancer screening for women with or without a regular consulting in primary care for gynecological health, in Paris, France », *Preventive Medicine*, 2012, vol. 54, n° 3-4, pp. 259-265.

être par exemple le cas lorsqu'un motif de consultation urgent oblitère l'indication d'un acte préventif, comme lorsqu'une consultation pour entorse de cheville amène le médecin à s'occuper de la cheville, au détriment de la discussion sur la baisse de la consommation de tabac. Or on sait, notamment depuis l'enquête sociologique de Luc Boltanski, que les consultations à but purement préventif sont plus souvent le fait des membres des classes supérieures, ce qu'il rapporte à leur *ethos* de classe, marqué par l'anticipation de l'avenir et donc, entre autres, par la prévision à long terme de la probabilité de la maladie⁴⁹.

C'est pour tenter de purifier l'étude de la relation médicale de ce genre de contingences cliniques que j'ai choisi pour objet un type de consultation ponctuelle dans lequel le motif de consultation est nécessairement la demande d'acte préventif (un centre de dépistage). Ici, pas d'interférence clinique retardant ou empêchant la réalisation du test de dépistage, systématiquement pratiqué (avec cependant parfois la prescription complémentaire d'autres tests, par exemple de dépistage des hépatites virales ou de la syphilis), y compris lorsqu'un délai trop court entre l'exposition au risque de contamination et la réalisation du test de dépistage du sida conduit le médecin à en recommander un deuxième quelques semaines plus tard. Ce type d'interaction, dont le résultat en termes d'acte médical est indépendant des interférences cliniques, permet d'observer l'effet « pur » des propriétés sociales (et non cliniques) des demandeurs sur le service fourni. Lorsque le dépistage est effectué dans un cadre anonyme, comme c'est le cas en CDAG, chaque usager est dépouillé par le dispositif de ses appartenances sociales, hormis celles que le dépisteur peut inférer de son apparence, de son attitude et de son langage. Ce dispositif de dépistage permettra donc de rendre compte de la sociologie spontanée des agents du dépistage, et de mettre en évidence les effets de « la gueule du client » sur la délivrance d'un service.

J'ai fait l'hypothèse que le rapport entre les propriétés sociales des demandeurs du dépistage et les schèmes de perception du monde social des agents du dépistage (produits de leur trajectoire et de leur socialisation), avait des effets sur le déroulement des interactions, sur l'exploration d'éventuelles difficultés préventives, sur le type d'informations et de conseils préventifs donnés. L'exploration des schèmes de perception des agents du dépistage renvoie à la dimension visible des propriétés sociales des destinataires du dépistage. Parmi d'autres dispositifs de dépistage existants, j'ai choisi le dépistage du sida car il s'agit d'une maladie pour laquelle les propriétés sociales des personnes dépistées, intervenant dans l'objectivation médicale du risque qu'elles soient atteintes, combinent les appartenances de genre, de sexualité, de nationalité réelle ou supposée, et pour laquelle la position de classe peut faire partie des éléments intervenant dans l'objectivation médicale d'un risque plus élevé de décès, à pathologie égale⁵⁰. L'enquête ethnographique cherche à mettre en évidence les conditions dans lesquelles l'une de ces propriétés prime sur les

⁴⁹ Luc Boltanski, « Les usages sociaux du corps », *Annales. Économies, Sociétés, Civilisations*, 1971, 1, pp. 205-233.

⁵⁰ Rosemary Dray-Spira, France Lert, « Social health inequalities during the course of chronic HIV disease in the era of highly active antiretroviral therapy », *AIDS*, 2003, 17, p. 283-290.

autres, dans le travail de classement médical des usagers du dépistage selon leur exposition au risque VIH.

L'exploration des pratiques de classement des publics par les agents du dépistage permet ainsi de saisir, au ras du sol, les effets de la raison épidémiologique. On verra ainsi que les dispositifs d'objectivation de ce travail de classement, c'est-à-dire les dossiers médicaux et fiches statistiques remplies par les agents pour chaque dépistage, sont en général très incomplètement remplis, sélectionnant une propriété sociale (en l'occurrence, sexuelle et raciale) et non d'autres. Les appartenances de classe et de genre sont en effet très peu mobilisées pour classer les publics ; plus exactement, elles sont fondues dans les catégories sexuelles et raciales : la classe sociale n'est, aux yeux des agents du dépistage, pas invisible mais colorée. Or le degré de précision de recueil de ces propriétés dans les dossiers, c'est-à-dire le degré de précision de leur objectivation, modifie (renforce ou distend) le rapport entre les propriétés sociales du destinataire du dépistage et les schèmes de perception de l'agent du dépistage. Là où Vincent Dubois a mis en évidence les effets de la « désobjectivation des catégories collectives » sur la responsabilisation des individus par les agents en charge du « contrôle des assistés sociaux »⁵¹, on verra que la désobjectivation des catégories collectives favorise la différenciation sociale des pratiques des agents du dépistage, alors même qu'il n'y a ici aucun enjeu de contrôle sur la délivrance d'une prestation (le test de dépistage), systématiquement et inconditionnellement pratiqué sur demande de l'utilisateur. De plus, les effets produits par les schèmes de perception des agents sur le contenu de l'interaction sont, sur mon terrain, d'autant plus marqués que le temps de l'interaction est réduit.

Si j'ai choisi pour objet le dépistage du sida, c'est aussi parce qu'il fournissait un comparateur non médical à l'enquête, puisque depuis 2010 les militants d'association de lutte contre le sida sont autorisés à pratiquer le dépistage du sida. Cette approche comparative permet de dégager ce qui, dans la relation médecin-malade, tient à la position professionnelle du médecin de ce qui tient à la relation avec l'utilisateur.

Hughes dit des « non professionnels » qui participent aux côtés des professionnels à la fourniture de nombreux services : « ces autres travailleurs apportent dans le cadre institutionnel leurs propres conceptions de la nature des services offerts, de leurs droits et privilèges, de leur carrière et de leur destin. La philosophie – de la maladie, de la délinquance, de l'éducation surveillée, de la santé mentale, etc. – qu'ils y introduisent est souvent la philosophie d'une classe ou d'une partie de la population différente de celle à laquelle appartiennent ou désirent appartenir les membres des professions établies. Comme toujours en pareil cas, ils n'acceptent pas complètement la définition du rôle qui leur est imposée d'en haut, mais élaborent leur propre définition en communiquant avec leurs pairs et en interagissant avec les populations qu'ils servent, supervisent ou traitent. Ils construisent un ethos et un système de rationalisation des comportements qu'ils jugent

⁵¹ Vincent Dubois, *loc. cit.*, 2012, p. 99.

appropriés, compte tenu des risques et des aléas de leur propre position. »⁵² L'enquête a donc cherché à déterminer dans quelle mesure la participation de non professionnels au service modifie l'éthos professionnel, et en particulier dans quelle mesure les principes savants de classement des publics s'imposent ou non aux principes ordinaires de classement social.

Il s'agit de travailler, à travers le cas du dépistage du sida, deux questions sociologiques plus générales que l'on formulera ainsi : quels sont les effets sociaux du classement des publics par des agents qui travaillent pour/sur eux ? Comment et pourquoi classent-ils leurs publics ?

La première question impose d'abord de rendre compte des effets des catégories de l'action publique sur les pratiques des agents qui la mettent en œuvre d'une part, et d'autre part de la sociologie spontanée des agents de santé publique. Il convient ensuite de montrer comment ceux-ci font la différence, dans les deux sens du terme : comment ils classent leurs interlocuteurs dans le monde social ; et comment ils produisent des soins différenciés en fonction de leur classement. La seconde question amène à mettre en évidence les fonctions pratiques du classement des publics, et le cas échéant ses variations selon les propriétés sociales des agents du dépistage. La diversification des structures et catégories de personnel enquêtées permet en effet d'interroger les liens entre les pratiques de classement et la position et la trajectoire sociales de ceux qui le mettent en œuvre.

Anne Paillet et Delphine Serre notent que les professions très qualifiées échappent à l'investigation sociologique de « la manière dont les caractéristiques des travailleurs [...] sont susceptibles de spécifier les façons d'exercer » car ces professions « semblent souvent vues comme neutralisant les effets des socialisations antérieures ou parallèles »⁵³. Ma recherche porte sur le travail d'agents de niveau de qualification variable (médecins, infirmières et infirmiers, agents associatifs venus du travail social ou d'autres secteurs) qui effectuent une tâche similaire, et permet donc de saisir par l'ethnographie, comme l'ont fait Serre et Paillet dans leur enquête auprès de juges des enfants, les « façons de travailler, [les], contextes, [les] multiples dimensions des trajectoires et [les] médiations concrètes par lesquelles agissent les facteurs de différenciation des pratiques »⁵⁴.

Dans ma recherche, l'objet de l'investigation « par le bas » de l'action publique n'est pas seulement celles des trois catégories d'agents qui la mettent en œuvre, mais des configurations différentes entre des populations, des institutions et des agents. Au-delà des spécificités des associations étudiées, les sites choisis pour l'enquête rendent ainsi possible une comparaison entre des structures associatives ciblant des populations homogènes

⁵² Everett C. Hughes, « Division du travail et rôle social » (1956) », *Le regard sociologique. Essais choisis*, Paris, EHESS, 1996 [*The sociological eye : selected papers*, Transaction Books, 1984], pp. 67-68.

⁵³ Anne Paillet, Delphine Serre, « Les rouages du genre. La différenciation des pratiques de travail chez les juges des enfants », *Sociologie du travail*, 2014, 56, pp. 342-364 et notamment pp. 343-344.

⁵⁴ Paillet et Serre, *ibid.*, p. 361.

(hommes homosexuels et/ou personnes migrantes) et des structures publiques recevant la population générale. Signalons d'emblée que sur ce terrain, dans les propos des enquêtés comme dans la plupart des publications épidémiologiques étudiées, le terme « migrants » désigne en réalité des individus nés étrangers à l'étranger, c'est-à-dire des « immigrés » selon la définition de l'INSEE, dont certains deviennent français par acquisition. Dans d'autres publications épidémiologiques étudiées, c'est la nationalité qui est mentionnée, et on distinguera alors dans l'analyse « français » et « étrangers ». Cette précision faite, on écrira « migrants » sans guillemets afin de ne pas alourdir la lecture.

Les secteurs public et associatif sont soumis à des contraintes spécifiques, qui influent fortement sur les catégories d'entendement des agents et sur les pratiques de classement des publics. Les associations reçoivent des financements publics conditionnés à leur capacité à cibler et atteindre les publics surexposés au risque de contamination et considérés comme insuffisamment dépistés (gays et migrants), quand le financement des services publics fait l'objet d'arbitrages indépendants de leur rendement en termes de dépistage. La contrainte du financement pèse donc plus lourdement sur les associations et durcit les catégories de classement des publics, puisqu'elles sont l'outil du ciblage requis. En revanche, les contraintes de temps pèsent plus lourdement sur les agents du service public, où la charge de travail (estimée par le nombre d'usagers dans la salle d'attente) est bien plus importante, et les conduit à écarter l'objectivation des caractéristiques sociales de leur public : le classement des publics est alors plus implicite qu'explicite, mais non moins producteur d'effets en matière de différenciation du service rendu.

L'enquête met en évidence une contradiction commune aux agents publics et associatifs du dépistage, mais dont les conséquences diffèrent selon qu'ils travaillent dans une structure publique ou associative. Il existe en effet une contradiction profonde entre, d'une part, la réorientation du dépistage, après les années 2000, vers la recherche d'un maximum de séropositifs, et, d'autre part, les intérêts communs des agents du dépistage pour un travail pédagogique et préventif. On montrera en effet en quoi la conception de la politique publique du dépistage s'oppose à la conception que les agents du dépistage se font d'un bon dépistage. La contradiction entre les intérêts préventifs des agents et les objectifs d'action publique conduit les agents du dépistage à trier les usagers avec lesquels ils pourront mener un travail pédagogique conforme à la conception qu'ils en ont (les « bons clients ») et ceux avec lesquels ils se contenteront de faire un dépistage « à la chaîne », qu'ils estiment insatisfaisant.

Or les agents publics et associatifs ne sont pas placés dans les mêmes conditions de repérage des usagers à qui ils vont fournir ce service : les CDAG ont à faire avec la population générale, et on montrera comment les agents du dépistage y opèrent un tri implicite afin de repérer les « bons clients », ceux qui sont les plus susceptibles de tirer profit du travail pédagogique fourni ; au contraire, les associations font un tri en amont de la délivrance du

public, en délimitant les publics (gays pour l'une, gays ou migrants selon les actions organisées par l'autre association - AIDES) qu'elles cherchent à atteindre.

La division du travail produit des effets sur le rapport au travail, y compris dans ses dimensions les plus difficiles à saisir et à objectiver, par exemple dans sa dimension morale. Anne Paillet l'a montré au travers son enquête en réanimation néonatale, en cherchant au ras des pratiques (qui fait le geste d'extuber ? qui passe le temps le plus long au contact des parents ?) les raisons des prises des positions différentielles des médecins et des infirmières en matière d'arrêt de réanimation⁵⁵. Il s'agit alors de la division du travail entre groupes professionnels dans un même service. Le dépistage du sida permet d'élargir l'analyse à la division du travail de santé publique entre structures publiques et associatives. Mon enquête cherche ainsi à rendre compte des effets de la division du travail de santé publique sur le rapport au travail dans une autre dimension difficile à saisir : il s'agit de comprendre comment des soignants rattachent (ou non) des individus à un groupe social et quels effets cela produit sur le service qu'ils leur délivrent.

3. Choix et limites méthodologiques : faire l'ethnographie du dépistage du sida pour observer les effets de la « gueule du client »

L'enquête s'est appuyée sur l'observation des interactions et sur des entretiens semi-directifs avec les agents du dépistage, c'est-à-dire avec des médecins, infirmières et infirmiers, et salariés associatifs, observés dans leur travail, afin de mettre en évidence l'effet des trajectoires sociales de ces agents de santé publique sur leurs pratiques de classement. Mais cela ne suffisait pas à rendre compte de la genèse sociale des principes et des pratiques de classement mis en évidence : « la science sociale [...] se donne pour objet [...] de décrire la *genèse sociale* des principes de construction » du monde social par les agents, et « cherche dans les distributions objectives des propriétés des agents « le fondement des systèmes de classement qu'[ils] appliquent à toute chose. »⁵⁶ Ici, aux malades.

L'enquête a donc également porté sur les pratiques de classement et de délimitation des populations en amont de l'interaction interindividuelle, c'est-à-dire par les directions administratives des structures publiques et associatives enquêtées, et encore en amont par des agences d'État et par une science d'État : l'épidémiologie.

Depuis les années 2000, l'épidémiologie comme le monde associatif s'accordent pour définir comme principaux groupes exposés au VIH les hommes homosexuels, parmi lesquels l'épidémiologie comme le monde associatif distinguent les gays qui s'identifient comme tels

⁵⁵ Anne Paillet, *Sauver la vie, donner la mort. Une sociologie de l'éthique en réanimation néonatale*. Paris, la Dispute, 2007, pp. 225-243.

⁵⁶ Pierre Bourdieu, *La distinction. Critique sociale du jugement*, Paris, Minuit, 1979, p. 545.

et des « hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes » (HSH)⁵⁷, et les personnes immigrées d'Afrique subsaharienne (notamment Cameroun, Côte d'Ivoire et République Démocratique du Congo), qui représentent 42 % et 38 % des nouvelles contaminations en 2012⁵⁸. Dans le même temps, comme pour d'autres pathologies, l'arrivée de traitements efficaces a creusé les inégalités sociales vis-à-vis de la mortalité, du fait, entre autres, de la plus grande fréquence de diagnostics tardifs chez les malades vivant en situation de précarité sociale⁵⁹. Cependant, à la différence des données de mortalité, les données sur les nouvelles contaminations (ou données d'incidence) n'incluent pas la catégorie socioprofessionnelle. Un volet quantitatif de l'enquête interroge cette construction statistique pour comprendre ce que cet objet nous apprend de l'oubli des classes sociales dans la statistique d'État⁶⁰. On verra notamment qu'il contribue à consolider deux équations exagérément simplificatrices mais productrices d'effets sur les pratiques des agents du dépistage : gays = classes supérieures et femmes migrantes = classes populaires.

Le dispositif de dépistage contribue ainsi à construire des catégories oubliées, plus transversales, notamment les classes populaires, plus exposées au décès précoce et qui recourent moins au dépistage⁶¹. Il en résulte une limite importante aux résultats de ma recherche : celle-ci ne permet de répondre qu'à une partie de la question de la contribution d'un service de santé à la (re)production des inégalités sociales face à la maladie et la mort.

La première raison en est que les rares expériences de dépistage qui cherchent à atteindre les classes populaires, menées dans les services d'urgence et sur lesquelles on reviendra plus longuement, n'ont pas été généralisées. On peut également mentionner le travail discret d'une association qui mène des actions de dépistage dans des supermarchés ou lieux de rencontre publics où se rencontrent des hommes homosexuels ou bisexuels d'origine plus populaire que ceux qui fréquentent des lieux plus connus de sociabilité gays (boîtes de nuit, saunas). Mais cette association n'a pas répondu à ma sollicitation d'accès à ce terrain, ce que d'autres enquêtés, militants de AIDES, m'ont dit pouvoir être lié aux conditions particulières de ce travail. Retenons donc qu'à l'exception de ce type d'expériences, les membres des classes populaires recourent peu au dépistage, sont

⁵⁷ Dans la suite de la thèse, on trouvera le plus souvent mention des deux groupes « gays et migrants », car c'est ainsi qu'ils sont désignés le plus souvent par les enquêtés, et on ne distinguera les groupes « gays » et « HSH » que lorsque la description des actions menées l'exige. Par exemple, les actions de dépistage menées dans des boîtes de nuit ciblent spécifiquement des « gays », quand les actions menées dans des lieux de drague ouverts (centres commerciaux, bois, boulevards) ciblent des « HSH ».

⁵⁸ Françoise Cazein, Florence Lot, Josiane Pillonel, Yann Le Strat, Cécile Sommen, Roselyne Pinget, Stéphane Le Vu, Sylvie Brunet, Damien Thierry, Denys Brand, Marlène Leclerc, Lotfi Benyelles, Clara Da Costa, Francis Barin, Caroline Semaille, « Découvertes de séropositivité VIH et sida – France, 2003-2012 », *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, 2014, 9-10, pp. 154-162.

⁵⁹ Rosemary Dray-Spira, France Lert, « Social health inequalities during the course of chronic HIV disease in the era of highly active antiretroviral therapy », *AIDS*, 2003, 17, p. 283-290.

⁶⁰ Emmanuel Pierru, Alexis Spire, « Le crépuscule des catégories socioprofessionnelles », *Revue française de science politique*, 2008, 58 (3), pp. 457-481.

⁶¹ Véronique Massari, Annabelle Lapostolle, Emmanuelle Cadot, Isabelle Parizot, Rosemary Dray-Spira, Pierre Chauvin, « Gender, socio-economic status, migration origin and neighborhood of residence are barriers to HIV testing in the Paris metropolitan area », *AIDS Care*, 2011, 23 (12), pp. 1609-1618.

diagnostiqués plus tardivement et meurent plus précocement, et échappent aux actions associatives ciblées sauf s'ils sont identifiés comme migrants ou gays.

La seconde raison de relativiser les résultats de ma recherche tient à l'intérêt inégal, pour répondre à la question des pratiques et des effets sociaux du classement des publics, de l'enquête dans les deux principaux types de centres de dépistage retenus (publics et associatifs). En effet, s'appuyant sur les seules données d'incidence, le dispositif de dépistage promu par le Plan national VIH 2010-2014⁶² pour réduire le nombre de diagnostics tardifs articule d'une part un dispositif de dépistage ciblé des catégories de populations les plus exposées (hommes homosexuels et migrants), notamment en développant des expériences dites « communautaires » (qui entendent mettre en œuvre les actions de dépistage « pour, par et avec » les personnes concernées⁶³), et d'autre part un renforcement du dépistage de la population dans son ensemble. La clientèle des CDAG (publics) ne recoupe que partiellement les cibles du dépistage, où consultent, comme on le verra, beaucoup d'hétérosexuels inquiets, et très peu (par définition) les groupes de population qui meurent précocement, puisque ceux-ci ne sont précisément pas dépistés (*i.e.* identifiés avant l'apparition de symptômes) mais diagnostiqués lorsque des symptômes de l'infection par le VIH apparaissent. Or le dépistage ne parvient à toucher que ceux qui viennent se faire dépister, sauf à développer des actions mobiles (associatives) allant au-devant des publics, principalement gays et migrants, puisque ce dispositif d'actions mobiles est plus adapté à la recherche de séropositifs dans les groupes où il est plus probable de les trouver. Dès lors, la question du classement des publics se pose de façon plus aiguë dans les CDAG, qui accueillent une population socialement très hétérogène, contrairement aux centres de dépistage associatifs qui ciblent des populations sélectionnées. Dans ces derniers cas, l'essentiel des opérations de classement des publics est mené en amont de l'interaction, et les agents du dépistage ont moins de marge pour libérer leurs propres critères de classement. L'analyse distinguera donc les spécificités, enjeux et contraintes des secteurs publics et associatifs sur le terrain du dépistage du sida, tout en dégagant les pratiques communes à leurs salariés.

La proportion de sérologies positives est de 2,2 pour 1000 au niveau national, avec de fortes variations régionales, les plus élevées étant celle de la Guyane (11/1000) et, pour la France métropolitaine, celle d'Île-de-France (4,5/1000), raison pour laquelle j'ai choisi cette région pour terrain d'enquête. La proportion de sérologies positives est plus élevée en CDAG (3,3/1000, 16/1000 en Guyane, 6/1000 en Île-de-France)⁶⁴.

L'enquête ethnographique s'est déroulée dans deux types de centres de dépistage, publics (trois hospitaliers et un municipal) et associatifs (deux locaux de AIDES et le Kiosque

⁶² Ministère de la Santé et des Sports, *Plan national de lutte contre le VIH/sida et les IST 2010-2014*.

⁶³ Pierre Fournier, Louise Potvin, « Participation communautaire et programmes de santé: les fondements du dogme », *Sciences sociales et santé*, 1995, vol. 13, n°2, pp. 39-59.

⁶⁴ Françoise Cazein, Stéphane Le Vu, Josiane Pillonel, Yann Le Strat, Sophie Couturier, Betty Basselier, Florence Lot, Caroline Semaille, « Dépistage de l'infection par le VIH en France, 2003-2009 », *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, 2010, 45-46, pp. 451-454.

Infos Sida). Les sept sites choisis pour l'enquête sont situés dans la région parisienne car c'est la région de France métropolitaine où l'épidémie est la plus importante : deux Centres de Dépistage Anonyme et Gratuit (CDAG) hospitaliers de deux communes populaires (Grainde et Fondange⁶⁵) de la banlieue Nord de Paris, un CDAG hospitalier du XVIII^e arrondissement de Paris (choisi car c'est l'un des plus anciens et considéré comme exemplaire par les représentants d'administrations d'État enquêtés), un CDAG de la Mairie de Paris situé dans le quartier du Marais, et deux associations choisies car étant parmi les premières à participer au dépistage en région parisienne : AIDES, dont les actions ont été observées à Grainde et à Paris, et le Kiosque Infos Sida, qui a développé en 2010 un centre de dépistage dans la Marais, appelé Checkpoint.

Les noms des communes de Grainde et Fondange ont été modifiés, afin d'éviter que les directions hospitalières et associatives n'utilisent cette recherche pour évaluer le travail de leurs équipes et le comparer entre deux sites. Avec l'accord des salariés du Checkpoint, le nom de cette structure n'a pas été modifié, car il est aisément identifiable. Les noms et prénoms des enquêtés ont été modifiés, sauf ceux des témoins institutionnels de l'évolution du dispositif de dépistage, car ils ont dit et écrit publiquement leur position sur cette question. Afin que les prénoms des enquêtés ne perdent pas, dans l'opération d'anonymisation, leur statut de « puissants indicateurs de position sociale », ils ont été choisis, pour les enquêtés nés dans les années 1990, dans la base de données constituée par Baptiste Coulmont pour les bacheliers des années 2012 à 2015⁶⁶. Pour les enquêtés nés dans les années 1960-1970, j'ai utilisé une base de données plus adaptée, issue de l'enquête Emploi, sur laquelle Baptiste Coulmont a effectué un travail similaire (non publié à ce jour). Les noms de famille ont été choisis parmi d'autres noms courants dans la région ou le pays de naissance des enquêtés. Lorsque c'était possible, j'ai demandé aux enquêtés s'il leur aurait semblé plausible que leur frère ou leur cousine portent le nom et le prénom que je me proposais de leur attribuer. C'est ainsi par exemple qu'un enquêté né en Kabylie m'a fait une autre proposition que le nom, arabe, auquel j'avais d'abord pensé. Certains enquêtés portent uniquement un prénom (modifié) : ce sont celles et ceux avec qui je n'ai pas fait d'entretien approfondi et dont j'ignore le nom de famille, mais que j'ai rencontrés sur le terrain lors d'observations et avec qui j'ai eu des entretiens plus informels, éventuellement répétés. Le choix de conserver ou non le nom de famille des enquêtés est en effet, comme l'assume Nicolas Jounin dans son enquête parmi les travailleurs du bâtiment, une façon de « prolonger dans le récit le rapport que j'avais avec eux dans la vie »⁶⁷ : ici, d'autant plus formel que l'entretien l'était.

Le choix de la commune de Grainde et du quartier du Marais à Paris permet d'observer, sur un même territoire et avec une même population, les pratiques de deux

⁶⁵ Les noms de ces deux communes ont été modifiés.

⁶⁶ <http://coulmont.com/bac/>, page consultée le 20 novembre 2015.

⁶⁷ Nicolas Jounin, *Chantier interdit au public. Enquête parmi les travailleurs du bâtiment*, Paris, La Découverte, 2008.

types de structures participant au dépistage : publique et associative. Le quartier du Marais est un quartier bourgeois, et habité et/ou fréquenté par une proportion importante de gays⁶⁸. J'y ai enquêté au Checkpoint et au CDAG de la Mairie de Paris, situés à quelques rues l'un de l'autre.

La commune de Graine est une commune urbaine populaire : parmi les actifs occupant un emploi, 25,8 % sont ouvriers et 35,1 % sont employés, 21,7 % appartiennent aux professions intermédiaires, 13,2 % sont cadres ou membres des professions intellectuelles supérieures, et 4,1 % sont artisans, commerçants ou chefs d'entreprise (au niveau national on compte 21,2 % d'ouvriers, 28,1 % d'employés, 25,5 % de professions intermédiaires, 17 % de cadres et 6,4 % d'artisans, commerçants et chefs d'entreprise). 36,6 % des habitants de Graine sont nés hors de France (au niveau national on compte 8,7 % d'immigrés). 28,6 % des personnes immigrées vivant à Graine sont nées dans un pays d'Afrique subsaharienne, donc particulièrement touché par l'épidémie de sida (c'est le cas de 13,6 % des immigrés vivant en France)⁶⁹. À Graine, j'ai enquêté auprès du CDAG de l'hôpital, et de l'association AIDES.

Une autre association (Afrique Avenir), implantée à Paris, et le cabinet d'un médecin généraliste libéral du XVIII^e arrondissement parisien ont fait l'objet d'observations plus ponctuelles afin de préciser les hypothèses sur la sélection des publics par les agents du dépistage. Ce choix vise à rendre compte de la variété des structures impliquées dans le dispositif de santé publique, et de l'éventuelle variation des pratiques des agents du dépistage selon la composition des publics.

Les sources utilisées sont de quatre ordres : sources documentaires et archivistiques, analyse quantitative, entretiens semi-directifs approfondis et observation directe.

La recherche documentaire et archivistique a porté sur :

- des documents internes de l'association AIDES : comptes-rendus de conseil d'administration de 1997 à 2011, protocoles de recherche, demandes de financements ;
- les archives de l'association AIDES (AN 20030474/1, 2, 3, 23, 49, 50) ;
- les comptes-rendus de réunion du groupe Dépistage de l'Agence nationale de la Recherche sur le Sida (ANRS) de 2009 à 2011 ;
- le bilan des projets financés par l'ANRS ;
- les textes législatifs et réglementaires (décrets de 2010 et 2011) ;
- des notes internes de la Direction Générale de la santé (DGS).

L'analyse quantitative porte sur la base de données constituée par le Centre

⁶⁸ Colin Giraud, *Quartiers gays*, Paris, PUF, 2014.

⁶⁹ INSEE, recensement de la population, 2012.

d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDC) de l'Inserm sur les 44666 décès liés au VIH/sida de 1987 à 2011. Il s'agit de données brutes, non publiées à ce jour.

J'ai réalisé 53 entretiens semi-directifs avec les médecins, infirmières et infirmiers des CDAG enquêtés et avec des salarié·e·s des associations enquêtées, ainsi qu'avec des témoins des évolutions du dispositif entre 1997 et 2014 : des épidémiologistes, l'ancienne responsable du bureau sida à la Direction Générale de la Santé, une formatrice, des dirigeants associatifs. Les entretiens, enregistrés avec l'accord des enquêtés et menés pour la plupart sur le lieu de travail puis intégralement retranscrits, ont duré 1h30 à 2h, hormis quelques entretiens plus courts (un peu moins d'une heure) car interrompus par le travail des enquêtés. Le guide d'entretien (en annexe 1) explorait la trajectoire sociale et professionnelle, les expériences militantes, l'expérience personnelle du système de santé, l'évolution des conditions de travail et des revenus depuis le début de la vie professionnelle, les projets professionnels ; puis il invitait les enquêtés à préciser ce qu'ils aimaient et n'aimaient pas faire dans leur travail, ainsi que ce qu'ils considéraient comme des bonnes ou mauvaises pratiques en matière de dépistage, à décrire les usagers du dépistage, et, par diverses formulations, à raconter le type d'interaction qu'ils appréciaient ou non avec les usagers du dépistage. Ces dernières questions visaient, suivant une « ficelle » éprouvée en sociologie du travail, à « saisir la définition de l'activité » en délimitant les figures du « client idéal » et du « mauvais client »⁷⁰. Les anecdotes, « révélateur[s] et analyseur[s] de situations sociales »⁷¹, racontées par les enquêtés pour illustrer leur propos ont ainsi permis de contourner l'auto-censure des enquêtés sur la différenciation de leurs pratiques en fonction des caractéristiques des usagers, expression d'un « surmoi républicain »⁷² objectivé et contourné par des méthodes très proches dans la thèse de Dorothee Prud'homme⁷³.

Enfin, entre 2012 et 2014, j'ai observé 214 interactions : la plupart en milieu hospitalier et associatif dans cinq des sites enquêtés, et une dizaine en cabinet libéral. La grille d'observation (en annexe 2) comportait des notations sur la position du bureau et des fauteuils (face-à-face ou côte-à-côte), l'affichage aux murs, l'entrée en matière (présentations, première question posée, documents ou dossier personnel posés sur le bureau), l'âge, le sexe, l'habillement, l'accent, la couleur de peau de l'utilisateur et du prestataire du dépistage, le recueil de données objectives par le prestataire sur l'âge, le sexe, la profession, le niveau d'études, le pays de naissance et la sexualité de l'utilisateur, ainsi que des notations sur le nombre et le type de questions (ouvertes ou fermées), le motif de

⁷⁰ Christelle Avril, Marie Cartier, Delphine Serre, *Enquêter sur le travail. Concepts, méthodes, récits*, Paris, La Découverte, Paris, 2010, pp. 62-64.

⁷¹ Stéphane Beaud, « L'usage de l'entretien en sciences sociales. Plaidoyer pour l'«entretien ethnographique» », *Politix*, 1996, vol. 9, n° 35, pp. 226-257 et notamment pp. 242-243.

⁷² Pap Ndiaye, *La condition noire. Essai sur une minorité française*, Paris, Gallimard, 2008, p. 223.

⁷³ Dorothee Prud'homme, « La racialisation en urgence. Représentations et pratiques des professionnels hospitaliers à l'égard des patients présumés roms (2009-2012) », Sciences Po Bordeaux, dir. Yves Déloye, thèse de science politique soutenue le 8 décembre 2015, pp. 45-68.

recours au dépistage, l'évocation de conduites préventives, les conseils donnés, la durée de l'interaction. Les interactions n'ont pu être enregistrées pour des raisons liées à la centralité de l'anonymat dans la définition et l'histoire des centres de dépistage, mais j'ai toujours pu prendre des notes détaillées lors des interactions, où les enquêtés me présentaient comme une stagiaire ou « une collègue en formation ».

Comment savoir quand le corpus est suffisant ? À la saturation des données, bien sûr, mais à des fins de comparaison, peut-être est-il pertinent de tenir compte de la quantité de matériau empirique accumulé pour des travaux portant sur des objets proches. Vincent Dubois a mis la barre très haute en observant plus de 900 interactions, portant sur des motifs variables, au guichet de caisses d'allocations familiales⁷⁴. Au terme de combien d'interactions les sociologues observateurs de consultations médicales ont-ils estimé que la saturation des données était atteinte ? Howard Waitzkin a observé 336 consultations médicales⁷⁵. Ici, le motif de consultation étant toujours le même (un test de dépistage), il n'était pas nécessaire d'en faire autant. L'enquête présente s'est fortement inspirée de la méthode de celle que Luc Boltanski a menée, en 1967 et 1968, au moyen de 30 entretiens auprès de médecins, pharmaciens, assistantes sociales, vulgarisateurs et chroniqueurs médicaux, et pour laquelle il a observé 70 consultations médicales⁷⁶. David Silverman a observé 195 entretiens menés pour un dépistage du VIH/sida dans les années 1990⁷⁷ (c'est-à-dire avant la commercialisation des trithérapies). Sylvie Fainzang a observé les consultations de 80 malades de cancer et 12 médecins⁷⁸. David Pendleton et Stephen Bochner ont observé 79 consultations de médecins généralistes⁷⁹. Le nombre d'interactions observées pour cette recherche est donc environ deux fois plus élevé que dans ces enquêtes, car il s'agissait ici d'observer au travail, non des représentants d'un seul groupe professionnel (médical), mais de trois catégories (médicale, infirmière et associative non-professionnelle) d'agents de santé publique.

Certains de ces travaux, notamment ceux de Silverman et Pendleton, analysent exclusivement le contenu des interactions, au risque, pour reprendre la critique adressée par Richard Sennett à Erving Goffman, d'analyser des scènes sans intrigue, c'est-à-dire sans les forces qui les ont créées et peuvent les modifier⁸⁰. Au contraire, on adoptera ici une approche interactionniste et dispositionnaliste, cherchant à rendre compte de la forme et du

⁷⁴ Vincent Dubois, *La vie au guichet. Relation administrative et traitement de la misère*, Paris, Economica, 2003.

⁷⁵ Howard Waitzkin, « Information giving in medical care », *Journal of Health and Social Behaviour*, 1985, 26 (2), pp. 81-101.

⁷⁶ Luc Boltanski, *La découverte de la maladie. La diffusion du savoir médical*, Paris, EHESS-Centre de Sociologie Européenne, 1968, p. 54.

⁷⁷ David Silverman, *Discourses of counselling. HIV counselling as social interaction*, London, Sage, 1997, p. 229.

⁷⁸ Sylvie Fainzang, *La relation médecins-malades : information et mensonge*, Paris, PUF, 2006, p. 18.

⁷⁹ David Pendleton and Stephen Bochner, « The communication of medical information in general practice consultations as a function of patients' social class », *Social Science and Medicine*, 1998, 14A, pp. 669-673.

⁸⁰ Richard Sennett, *Les tyrannies de l'intimité*, Paris, Seuil, 1979 [*The Fall of a Public Man*, Knopf, 1974], p. 35.

contenu du service rendu au public, mais aussi, comme l'ont fait Christelle Avril⁸¹ et Yasmine Siblot⁸² sur d'autres terrains, des trajectoires sociales, des dispositions, du rapport au travail et de la position dans l'espace social qui déterminent l'attitude des agents par rapport au public.

Les travaux de sciences sociales qui explorent la relation de soin en mettant l'accent sur les traitements socialement inégaux auxquels elle donne lieu mettent en évidence des inégalités en matière de protocoles de soins, comme le montrent Marguerite Cognet, Céline Gabarro et Émilie Adam-Vezina pour les traitements de la tuberculose et du sida⁸³, mais aussi en matière de délivrance d'informations et d'explications, préférentiellement destinées aux membres des classes moyennes et supérieures comme le montrent Luc Boltanski⁸⁴ puis Sylvie Fainzang⁸⁵. Les recherches plus récentes, telles celles de Marguerite Cognet, Céline Gabarro et Émilie Adam-Vezina, ainsi que celles de Priscille Sauvegrain sur les soins obstétricaux⁸⁶ et de Dorothée Prud'homme qui analyse de façon très précise l'accueil des roms à l'hôpital⁸⁷, soulignent la prégnance de catégories raciales dans les représentations des soignants et leurs effets sur la délivrance de soins de qualité inégale. Ma recherche s'inscrit dans cette veine de travaux qui cherchent à mettre au jour les processus qui (re)produisent des inégalités de classe, de genre, raciales en matière de santé, tout en explorant les effets des conditions de travail et des positions et trajectoires sociales des soignants sur ces mécanismes. La comparaison de secteurs d'activité (public et associatif) sur lesquels pèsent des contraintes spécifiques, et de segments professionnels divers (médecins, infirmiers, non-professionnels de santé) permet en effet de repérer les enjeux d'organisation du travail qui sont souvent tus dans les discours des professionnels, tels les enjeux de contrôle des cadences mis en évidence par Danièle Carricaburu dans son enquête sur l'accouchement⁸⁸.

Les enquêtés n'ont pas souhaité que les interactions soient enregistrées. Ils me présentaient comme stagiaire ou comme « un deuxième médecin » - ce que j'étais effectivement - aux usagers du dépistage, et ceux-ci ont tous accepté que j'assiste aux

⁸¹ Christelle Avril, *Les aides à domicile. Un autre monde populaire*, Paris, La Dispute, 2014.

⁸² Yasmine Siblot, « Stigmatisation et intégration sociale au guichet d'une institution familiale. Le bureau de poste d'un quartier populaire », *Sociétés contemporaines*, 2002, 47, pp. 79-99.

⁸³ Marguerite Cognet, Céline Gabarro, Émilie Adam-Vezina, « Entre droit aux soins et qualité des soins », *Hommes & Migrations*, n° 1282, novembre-décembre 2009, p. 54-65.

⁸⁴ Luc Boltanski, *Prime éducation et morale de classe*, Paris, EHESS, Cahiers du Centre de Sociologie Européenne, 1984 (1969).

⁸⁵ Sylvie Fainzang, *La relation médecins-malades : information et mensonge*, Paris, PUF, 2006.

⁸⁶ Priscille Sauvegrain, « La santé maternelle des "Africaines" en Île-de-France : racisation des patientes et trajectoires de soins », *Revue Européenne des Migrations Internationales*, 2012, 28 (2), pp. 81-100.

⁸⁷ Dorothée Prud'homme, « La racialisation en urgence. Représentations et pratiques des professionnels hospitaliers à l'égard des patients présumés roms (2009-2012) », Sciences Po Bordeaux, dir. Yves Déloye, thèse de science politique soutenue le 8 décembre 2015.

⁸⁸ Danièle Carricaburu, « De la gestion technique du risque à celle du travail : l'accouchement en hôpital public », *Sociologie du travail*, 2005, 47, pp. 245-262.

consultations, calepin et stylo en main, en prenant des notes aussi précises que possible sur ce qui s’y déroulait.

Il existe des précédents célèbres, en sociologie du travail (notamment d’inspiration interactionniste), de doctorants en sociologie choisissant d’enquêter sur le métier qu’ils ont exercé pour financer leurs études. Howard Becker jouait du piano dans des bars pour payer son loyer avant d’en tirer les trouvailles sociologiques que l’on sait⁸⁹. Fred Davis conduisait des taxis avant d’en faire un objet de recherche⁹⁰. Odis Bigus parle d’observation participante sociologiquement naïve⁹¹ pour désigner une pratique professionnelle qui précède le travail d’objectivation sociologique. Un tel rapport chronologique entre l’exercice d’un travail et sa constitution ultérieure en objet d’enquête ne garantit cependant pas la qualité de la thèse, et impose quelques explications. J’ai exercé la médecine avant et pendant le master puis la thèse de sociologie. J’ai été étudiante en médecine de 1995 à 2004, médecin généraliste dans un centre municipal de santé situé en banlieue parisienne et dans deux centres d’interruption volontaire de grossesse, également situés en banlieue parisienne, de 2004 à ce jour. J’ai débuté mes études de sociologie cinq ans après ma prise de poste comme médecin, avec un master de sciences sociales de 2009 à 2011, puis une thèse de sociologie de 2011 à ce jour.

Le fait d’être médecin a incontestablement facilité l’accès au terrain : alors que j’avais d’abord choisi de ne pas le dire aux enquêtés, j’ai changé de stratégie après avoir essuyé quelques refus d’accès au terrain pour cause de « secret médical ». Là où mes explications sur l’anonymisation des données de l’enquête sociologique ont échoué à lever les réticences, le fait d’être « du métier » a ouvert toutes les portes. À l’hôpital on m’a parfois demandé de porter une blouse. En revanche, les observations en cabinet médical libéral n’ont pas pu être étendues du fait de difficultés d’accès au terrain, ma formation médicale initiale ayant soulevé plus de résistances chez les médecins libéraux rencontrés que dans des structures collectives.

Le fait d’être médecin est ensuite devenu un obstacle, y compris dans les structures collectives, lorsque mes demandes d’explication sur les pratiques que j’observais ont d’abord reçu des réponses évasives : « mais tu sais bien pourquoi on fait ça ! » Il m’a fallu alors suivre les enquêtés les moins expérimentés, plus généreux en commentaires sur leur propre pratique et leur apprentissage en cours, montrer que j’ignorais tout du terrain sur lequel j’enquêtais (« ce que je vous vois faire, c’est aussi nouveau pour moi que si vous opéreriez une appendicite »), poser des questions de débutante (« pourquoi cocher cette case et pas celle-là ? »), raisonner par l’absurde (« et si vous aviez dit le contraire à ce patient,

⁸⁹ Howard S. Becker, *Outsiders. Étude de sociologie de la déviance*, Paris, Métailié, 1985, pp. 103-125 [*Outsiders*, Glencoe, 1964].

⁹⁰ Fred Davis, « The Cabdriver and His Fare : Facets of a Fleeting Relationship », *American Journal of Sociology*, 1959, 65 (2), pp. 158-165.

⁹¹ Odis Bigus, « The Milkman and his Customer : A Cultivated Relationship », *Journal of Contemporary Ethnography*, 1972, 1, pp. 131-165.

que ce serait-il passé ? »), écouter les conversations au café (« celui-là je préfère que ce soit le collègue qui s'en occupe parce qu'il me gonfle »), partager et exprimer les sentiments interdits (« moi aussi il y en a qui me gonflent, et toi c'est lesquels ? ») pour faire oublier la blouse derrière le calepin.

À qui les enquêtés croient-ils s'adresser lorsqu'ils parlent à l'ethnographe ? demande Olivier Schwartz⁹². Ici, ils ont parfois cru s'adresser à une évaluatrice. Il a donc fallu désarmer les soupçons, exprimés principalement par les salariés associatifs, de voir leur travail évalué, de participer à une enquête commandée par leur direction. Mais ils ont rapidement compris que mes questions n'avaient rien à voir avec les critères (chiffrés) que leur direction leur demandait de remplir.

À quel lecteur s'adresse l'ethnographe ? pourrait-on aussi demander. Au jury de thèse ? Aux enquêtés ? Aux collègues ? Cette question s'est imposée au cours de l'écriture, notamment à travers des choix de vocabulaire. C'est donc par ce biais que je vais la traiter.

Pour commencer par le point le plus facile, le moins chargé d'enjeux théoriques et politiques, c'est à dessein que j'utiliserai plutôt les termes indigènes (« consultants » au Chekpoint et en CDAG, « personnes » à AIDES) lorsque je décrirai les interactions, et plutôt les termes « client » ou « usager », ou « destinataires » et « prestataires du service » pour désigner les deux membres de l'interaction, lorsque l'analyse appelle la généralisation et la comparaison avec d'autres relations de service⁹³. La confusion entre « client » et « usager » relevant d'un coup de force symbolique de la contre-réforme libérale (qui suscite des résistances parmi les salariés des services publics), on réservera le terme « client » aux discussions de la littérature sociologique anglophone, où ce terme est d'usage courant et semble moins connoté.

Ensuite, les noms communs ne seront pas systématiquement féminisés lorsqu'ils désignent les enquêtés, qui ne seront donc pas des enquêté-e-s, car ce choix aurait imposé des modalités d'écriture différentes (et peu cohérentes) pour chaque catégorie d'enquêtés : médecins (nom commun non féminisable bien que la plupart des médecins de l'enquête soient des femmes), infirmières et infirmiers (rares dans une profession infirmière très féminine, mais nombreux sur ce terrain), salarié-e-s d'associations, les salarié-e-s de l'une des ces associations (le Kiosque Infos Sida) étant elles-mêmes et eux-mêmes médecins, infirmières ou infirmiers. En revanche, lorsqu'il s'agira des malades, notamment dans le chapitre 3, on retrouvera cette modalité de féminisation des noms communs, car on verra que l'appartenance de genre joue un rôle déterminant (et méconnu) pour le risque de décéder précocement du sida.

⁹² Olivier Schwartz, « L'empirisme irréductible. La fin de l'empirisme ? », postface à Nels Anderson, *Le Hobo. Sociologie du sans-abri*, Paris, Armand Colin, 2014 [1^{ère} ed. en français Nathan, 1993 ; ed. originale Chicago, 1923], pp. 335-384.

⁹³ Pour une synthèse théorique, voir Jean Gadrey, « Les relations de service et l'analyse du travail des agents », *Sociologie du travail*, 1994, 36 (3), pp. 381-389.

On trouvera parfois mention du « dépistage du VIH/sida », parfois du « dépistage du VIH », parfois « dépistage du sida », selon que je reprends les termes employés par les enquêtés ou les documents étudiés. La rigueur imposerait de parler de dépistage du VIH, puisque le sida correspond au stade plus avancé de l'infection, mais la facilité de compréhension invite plutôt à parler de dépistage du sida. Écrire « dépistage du VIH/sida » permet de ne pas trancher cette question, qui, si elle a quelque signification clinique et biologique, n'a aucune incidence pour une recherche sociologique.

Enfin, les rares fois où ce terme apparaîtra, on trouvera « race » entre guillemets. En dépit de l'accumulation de travaux qui, notamment à la suite de ceux de Colette Guillaumin⁹⁴, traitent la « race » comme une catégorie critique, elle reste une arme de guerre pour les militants politiques qui en usent comme pour ceux qui la combattent. J'écris avec l'arrière-pensée que les enquêtés, ou certains de leurs collègues que je n'ai pas rencontrés, dans d'autres villes et dans services de santé, puissent se servir des paragraphes qu'ils jugeront utiles pour animer une réunion d'équipe, voire remettre en cause certaines routines institutionnelles auprès de leur direction. Ils pourront désapprouver telle ou telle partie de l'analyse, ou regretter que des pans entiers d'une réalité qu'ils connaissent bien soient laissés dans l'ombre par la construction de l'objet de recherche. Mais s'ils jugent utile de se servir de cette recherche pour améliorer les conditions de travail des soignants ou d'accueil des malades, ils n'auront pas à rougir de son vocabulaire. Pour autant, ceux qui croiront trouver dans ces pages un texte militant seront déçus, en particulier s'ils s'attendent à y trouver une critique en règle de la médecine. La critique de la médecine, je m'y suis livrée comme médecin⁹⁵ et continue à la mener avec d'autres. Je n'avais plus besoin d'accomplir ce geste libérateur dans une thèse de sociologie. J'avais besoin de la sociologie pour comprendre la médecine, non pour la juger.

4. Plan de la thèse

Dans une première partie, je construirai l'espace social du dépistage, en rendant visibles les luttes pour la définition du bon dépistage, leurs acteurs et les outils scientifiques qu'ils ont mobilisés. Je m'appuierai sur des sources de seconde main pour faire une socio-histoire du dépistage du sida et des politiques de prévention du sida en France de 1983 à 1996, puis je montrerai, à travers l'analyse d'archives associatives et de documents institutionnels et règlementaires produits entre 1997 et 2011, comment la mise sur le marché de traitements efficaces à partir de 1996 a réorienté l'action publique vers le ciblage des groupes les plus exposés à l'infection par le VIH (hommes homosexuels et personnes

⁹⁴ Colette Guillaumin, *L'idéologie raciste. Genèse et langage actuel*, Paris, Mouton & Co, 1972.

⁹⁵ En particulier dans ma thèse de médecine, où la tentation sociologique est patente mais maladroite et sans méthode : Maud Gelly, *Avortement et contraception dans les études médicales: une formation inadaptée*, L'Harmattan, Collection « Bibliothèque du féminisme », Paris, 2006.

migrantes) et la délégation aux associations du dépistage de ces groupes (chapitre 1). En rendant compte conjointement des opérations de dénombrement des populations (ici, par l'épidémiologie), des connaissances et méconnaissances qu'elles produisent, et des interventions qui s'y adossent, on montrera en effet que les catégories de population qui comptent sont celles dont le repérage peut être confié à des associations pour un faible coût économique et politique et un meilleur « rendement » en termes de dépistages positifs. Les financements publics de ces associations sont en effet conditionnés par l'efficacité du ciblage associatif des populations prioritaires. Si une telle division du travail de santé publique (chapitre 2) répond - en partie, on le verra - à l'objectif de réduction des contaminations parmi les groupes les plus atteints en mettant précocement sous traitements les séropositifs, elle est sans effet sur les inégalités croissantes vis-à-vis de la mortalité : une analyse de première main des données sur les 44666 décès liés au sida entre 1987 et 2011, par catégorie socioprofessionnelle, sexe et nationalité, montrera que les femmes et les étrangers décèdent plus jeunes, notamment du fait de traitement tardifs, discontinus ou interrompus, et que, depuis la commercialisation de traitements efficaces en 1996, la probabilité de décès des malades du sida diminue moins parmi les employés et ouvriers que parmi les autres actifs. Le focus sur les inégalités combinées vis-à-vis de la mortalité par sida amènera à questionner la construction des bilans épidémiologiques annuels de l'infection à VIH. En effet, on montrera que les données sur la mortalité font apparaître des inégalités sociales, ici de classe, de genre, et entre français et étrangers, masquées dans les données d'incidence (chapitre 3).

Si l'action publique avait eu pour priorité la réduction des inégalités devant la mort, elle aurait cherché à améliorer la continuité des traitements, notamment chez les femmes migrantes, et à dépister largement dans les groupes où les diagnostics tardifs restent fréquents, c'est-à-dire hors des populations-cibles. Or cela n'a pas été le cas. Confrontée à la question de l'efficacité du dépistage, l'action publique peut consister soit à cibler les populations où la probabilité de trouver des séropositifs est la plus élevée (hommes homosexuels et personnes migrantes) de façon à contrôler voire éteindre l'épidémie ; soit à étendre le dépistage en population générale, sachant que c'est en dehors des deux principaux groupes-cibles que les diagnostics tardifs sont les plus probables. Le choix d'orienter le dépistage vers les populations les plus fournies en séropositifs fait pression sur les agents du dépistage, notamment associatifs, pour orienter leur action vers le dépistage des groupes-cibles. Dans ces conditions, les orientations de santé publique sont en harmonie avec l'expérience pratique des agents du dépistage, qui ne trouvent que peu de séropositifs en dehors des groupes-cibles.

Après cette première partie qui saisit la santé publique en chiffres, en projets, en organisation, la seconde partie aura pour objet la santé publique en actes. Elle porte sur les agents de santé publique impliqués dans le dépistage du sida, et sur leur travail. Médecins et - depuis le décret de 2010 - infirmiers et salariés associatifs non-professionnels de santé, les agents du dépistage du sida travaillent dans un cadre hospitalier, associatif ou libéral. Qui

sont-ils, d'où viennent-ils et que disent-ils de leur travail ? Leur travail consiste à fournir un service (un test de dépistage), à délivrer un message pédagogique ajusté à la situation du destinataire du service dans un laps de temps variable mais contraint, et à établir des statistiques sur les destinataires du service par des fiches ou dossiers, qui peuvent servir (ou non) de support à l'adaptation du message pédagogique à chaque situation. Ce travail est fourni face à des populations qui n'ont pas les mêmes contours ni les mêmes problèmes : dans les CDAG, une population à l'image du quartier, plutôt jeune, populaire et immigrée dans les CDAG de Grainde et Fondange, plus mixte dans les deux CDAG parisiens ; au Checkpoint, des gays des classes moyennes et supérieures ; à AIDES, des gays et des personnes migrantes. Dès lors, le classement des publics est mis en œuvre sur des populations différentes par des agents différents.

Les entretiens semi-directifs avec les salariés des sites enquêtés mettront en évidence le caractère flou de la frontière entre travail médical et social (notamment pour ce qui concerne les infirmiers et salariés associatifs), les raisons de leur choix de s'impliquer dans le dépistage, entre engagement, ennoblissement du poste et allègement des conditions de travail, et le poids variable de ces raisons selon les trajectoires sociales et les dispositions qu'ils investissent et réactualisent dans leur travail (chapitre 4). Malgré ce qui distingue leurs trajectoires, on verra que l'investissement de la dimension pédagogique de leur travail leur est commun et que cette ambition pédagogique, véritable *illusio* du champ de la santé publique, est au principe de leur « investissement dans le jeu et les enjeux »⁹⁶ du dépistage (chapitre 5). À travers l'observation de leur travail qu'on analysera comme un travail de communication et de pédagogie, on montrera que les catégories de pensée à l'œuvre dans le champ médical produisent des effets sur les pratiques de classement des publics par ces agents, et on montrera comment ils s'exercent en fonction de la position de ces agents dans le champ (chapitre 6). On comprendra alors que leur lassitude voire leur désintérêt vis-à-vis du travail de comptage et de recueil statistique qui leur est dévolu explique d'une part leurs difficultés à identifier les plus fragiles parmi leurs publics, et d'autre part la prééminence (du moins dans leurs discours) de critères épidémiologiques ou psychologiques de classement des publics (chapitre 7). Leurs attitudes d'évitement et de critique vis-à-vis de cette dimension de leur travail amène à y retrouver les traits d'un « sale boulot », bien qu'ici les collectifs de travail diffèrent des institutions hiérarchisées à forte division du travail pour l'analyse desquelles le concept a été forgé. Ce qui rend ce travail de comptage et de description statistique des populations dégradant aux yeux des agents du dépistage, c'est que les exigences d'évaluation des financeurs les obligent ainsi à faire un travail qui n'est pas celui pour lequel ils ont choisi ce poste. On analysera ce travail comme un travail d'objectivation, et ce choix terminologique nécessite une explication. Le terme est à comprendre ici dans son acception étymologique : objectiver, c'est rendre objectif ce qui ne l'est pas. Il ne s'agit pas d'un travail d'objectivation sociologique, que l'on ne peut raisonnablement attendre d'agents de santé publique qui n'y sont pas formés. Si le terme

⁹⁶ Pierre Bourdieu, *Le sens pratique*, Paris, Minuit, 1980, p. 111.

d'objectivation s'est imposé pour désigner le travail de recueil d'informations biographiques et sociales sur les publics des services enquêtés, c'est précisément parce qu'il s'agit du « sale boulot » que rechignent à assumer des agents attachés, au contraire, à la dimension intersubjective de leur travail relationnel auprès d'individus singuliers.

Et pourtant, malgré leurs réticences et leurs dénégations, ces salariés du secteur médico-social, public ou associatif, passent leur temps à classer leurs publics. Une troisième partie mettra en évidence les effets des processus de catégorisation sur les pratiques de travail. L'observation des consultations montre en effet qu'elles diffèrent moins selon le type de structure (hospitalière ou associative) que selon les propriétés sociales des usagers, c'est-à-dire des individus qui demandent un test de dépistage. Les médecins, infirmiers et salariés associatifs mènent leurs entretiens de façon relativement standardisée, et ce d'autant plus qu'ils rattachent leur interlocuteur à un groupe perçu comme homogène (« gays » ou « migrants »), les hétérosexuels supposés français bénéficiant d'entretiens dont le trait commun réside dans l'attention plus marquée aux biographies singulières. La comparaison des critères de classement explicites mobilisés sur chaque site d'enquête (dans les dossiers et questionnaires utilisés par les structures enquêtées) amènera à mettre en évidence l'effet, sur le contenu et la durée des entretiens, de la variabilité des critères de classement considérés comme pertinents par la structure collective. C'est en CDAG que les enjeux de classement des publics sont les plus forts, parce qu'ils accueillent une population socialement plus hétérogène que les associations. On verra également que, à la variabilité des critères explicites du classement (d'une structure à l'autre, et entre agents) s'oppose la constance d'un critère implicite de classement, qui ne se rapporte pas tant à l'inégale distribution sociale de l'épidémie qu'à une figure classique en sociologie du travail : le « mauvais client ». Cependant, le « mauvais client », celui qui met en échec *l'illusio* pédagogique, étant ici celui qui ne parle pas, il conviendra de s'interroger sur ses propriétés sociales les plus fréquentes ou probables, et sur ce que ses caractéristiques nous apprennent des intérêts professionnels (non nécessairement convergents) des médecins, infirmiers et salariés associatifs impliqués dans le dépistage. On verra ainsi que, sauf lorsque les enquêtés mènent un effort conscient de compensation d'un niveau d'information qu'ils estiment inégal entre usagers, les interactions des agents du dépistage avec les migrants des classes populaires sont plus courtes, plus standardisées, plus riches en conseils voire en ordres, et plus pauvres en explications qu'avec les autres usagers du dépistage. Or on peut considérer qu'il s'agit, pour un service de santé qui se veut préventif, d'un indice de moindre qualité du service fourni : trier selon « la gueule du client », c'est repérer l'utilisateur avec qui on va faire un travail long et mener un travail pédagogique approfondi susceptible de porter ses fruits (chapitre 8). Afin de dégager de ces analyses une caractéristique généralisable au travail de soin (au-delà du cas du dépistage et d'une relation ponctuelle), je m'appuierai sur les travaux de Michael Lipsky pour l'analyser comme une « épidémiologie du niveau de la rue » : qu'est-ce qui rend la surexposition au risque mortel invisible aux soignants ? Quels rôles jouent leurs contraintes de travail et la construction en amont des catégories épidémiologiques dans leurs pratiques de classement ? On verra ainsi que les conditions de travail de ces

agents rendent leur idéal pédagogique inaccessible dans un certain nombre de situations, et que c'est en particulier pour les « migrants » que les conditions d'exercice du métier peuvent être préjudiciables à l'ambition préventive de l'interaction (chapitre 9).

Si la nature et le contenu du travail de santé publique varient davantage en fonction des publics visés par l'action publique qu'en fonction des structures et des personnels, qui la mettent en œuvre, alors le travail de délimitation et de catégorisation des publics exerce des effets puissants sur les pratiques des agents de santé publique, et les savoirs d'État (ici, épidémiologiques) contribuent à différencier les pratiques en fonction des publics. On comprendra alors comment, en dépit de leur connaissance théorique et pratique des inégalités sociales face à la maladie, et malgré leurs intentions éventuelles de les combattre par leur pratique professionnelle, les agents du travail de santé publique contribuent à les reproduire.

Première partie

La fabrique de catégories utiles à l'action : « gays » et « migrants »

Toute politique publique suppose la préconstruction de catégories pour identifier ses cibles, et toute nomenclature porte la trace d'un projet : « décrire le monde et agir sur lui »⁹⁷. En matière de santé publique, les objets de description et d'action sont des maladies et des morts, dont les causes de survenue et la probabilité d'occurrence sont très inégalement distribuées dans le monde social. En France, les inégalités sociales face à la maladie et la mort sont anciennes, profondes, et le système de santé est, dans une large mesure, impuissant à les réduire, quand il ne les creuse pas⁹⁸. Comment rendre compte des effets de l'action publique en la matière ?

Afin d'explorer cette question, du travail de conception de l'action publique aux différents échelons de sa mise en œuvre, on choisira un objet qui rend particulièrement manifestes les différents rapports sociaux à l'œuvre dans la production d'inégalités complexes : le sida. En France, les hommes homosexuels et les personnes migrantes d'Afrique subsaharienne sont particulièrement exposés au risque d'infection par le VIH, et les membres des classes populaires et les femmes étrangères en décèdent plus précocement (on y reviendra). « Qu'est-ce que le social lorsqu'il est abordé à partir des inégalités sociales de santé ? » demande Didier Fassin en dénonçant vigoureusement l'oubli des discriminations raciales dans la littérature sur les inégalités sociales de santé⁹⁹. L'objet d'enquête oblige ici à adopter une conception du « social » qui cherche à rendre compte des effets combinés, et parfois non convergents, des rapports entre les classes, les sexes, les peuples, les sexualités.

L'épidémie de sida est un objet de prédilection pour les sciences sociales. Plus précisément, les mobilisations d'associations et de malades ont particulièrement retenu l'attention des sociologues et politistes, et ce, avance François Buton, pour des raisons qui tiennent à leur « proximité d'habitus avec le pôle intellectuel et politique » de ce mouvement¹⁰⁰. On renverra notamment aux travaux de Steven Epstein sur les controverses scientifiques dans les années 1980 aux États-Unis¹⁰¹, à ceux de Didier Fassin sur l'héritage de l'apartheid dans la lecture politique de l'épidémie en Afrique du Sud dans les années 1990¹⁰², à ceux de Monika Steffen pour une comparaison internationale¹⁰³ et, pour l'analyse sociologique de la lutte contre l'épidémie en France, à ceux de Michael Pollak, Patrice Pinell,

⁹⁷ Alain Desrosières, *La politique des grands nombres. Histoire de la raison statistique*, Paris, La Découverte, 2010 [1993], p. 9.

⁹⁸ Annette Leclerc, Monique Kaminski, Thierry Lang, *Inégaux face à la santé*, Paris, La Découverte, 2008.

⁹⁹ Didier Fassin, « Les impensés des inégalités sociales de santé », in Christophe Niewiadomski et Pierre Aïach (dir.), *Lutter contre les inégalités sociales de santé. Politiques publiques et pratiques professionnelles*, Rennes, EHESP, 2008, pp. 21-28 et p. 23.

¹⁰⁰ François Buton, « Sida et politique : saisir les formes de la lutte », *Revue française de science politique*, 2005/5, 55, pp. 787-810.

¹⁰¹ Steven Epstein, *Impure Science. Aids, Activism and the Politics of Knowledge*, University of California Press, Berkeley and Los Angeles, 1996.

¹⁰² Didier Fassin, *Quand les corps se souviennent. Expériences et politiques du sida en Afrique du Sud*, Paris, La Découverte, 2006.

¹⁰³ Monika Steffen, « La comparaison internationale comme révélateur des apprentissages institutionnels. L'exemple de la lutte contre le sida », *Revue internationale de politique comparée*, 2004, 3 (11), pp. 389-411.

Michel Thiaudière, Christophe Broqua, Nicolas Dodier, Janine Barbot et Marcel Calvez, sur lesquels on reviendra.

Parmi ces derniers travaux, François Buton¹⁰⁴ distingue ceux qui s'inscrivent dans une sociologie bourdieusienne des champs (ici médical, politique, scientifique) et ceux qui relèvent d'une sociologie pragmatiste des sciences et des mouvements sociaux. Les enjeux théoriques et scientifiques dépassent donc largement l'objet, et traversent une sociologie de la médecine déchirée entre ce qu'on pourrait identifier comme une sociologie des médecins et une sociologie des malades.

À la sociologie des médecins, l'investigation des rapports de la profession médicale avec l'État, avec les autres professions de la santé (infirmières, aides-soignantes) ou de la recherche scientifique fondamentale, et l'analyse de l'organisation du système de santé. À la sociologie des malades, l'investigation de leurs expériences, la critique d'une discipline médicale qui les ignore, le dévoilement d'un pouvoir de prescription de normes sociales autant que de soins médicaux. La sociologie des malades explore préférentiellement les terrains où existe une remise en cause du pouvoir médical, quand la sociologie des médecins montre comment il tient malgré tout. Pour la sociologie des malades, le sida a changé la médecine ; pour la sociologie des médecins, le sida a renforcé les tendances lourdes à l'œuvre dans le champ médical.

Pour une apprentie sociologue découvrant ces enjeux scientifiques au cours de l'enquête et des lectures, médecin de surcroît (donc suspecte de collusion avec ledit pouvoir), et lestée (par compensation ?) d'une sympathie fort peu réflexive pour les militants de tout poil, l'objet est donc pire que rebattu : il est miné.

Plus grave encore : le choix du sida comme terrain d'enquête était pour ainsi dire opportuniste. Le sida n'est ici que prétexte à une sociologie de l'action publique qui cherche à rendre compte du classement des publics dans et par l'action publique en matière de santé. À cet effet, le terrain, bien que miné, parce qu'il était miné, est rapidement apparu meilleur que tout autre.

Meilleur, du fait de l'évolution rapide et récente des traitements en quarante ans, pour comprendre comment les possibilités d'action (c'est-à-dire, ici, de traitement) orientent le classement des publics et ont consolidé deux catégories (« gays » et « migrants ») et oblitéré d'autres découpages du monde social. Ce sera l'objet d'un premier chapitre.

Meilleur, du fait de la force de la mobilisation associative depuis les débuts de l'épidémie, pour analyser l'action associative contemporaine comme une composante de l'action publique, de par ses financements et du fait d'une division du travail de santé publique ajustée aux divisions du monde social. On le comprendra au chapitre 2.

¹⁰⁴ Buton, 2005, *Ibid.*

Meilleur pour rendre compte du travail d'une science d'État, l'épidémiologie, dans la délimitation de catégories ajustées aux possibilités de l'action publique, ou plus exactement aux limites qu'elle se donne. On verra ainsi au chapitre 3 que, comme sur d'autres terrains (par exemple la mortalité routière étudiée par Mathieu Grossetête¹⁰⁵), les données sur la mortalité font apparaître des inégalités de classe et, ici, de genre masquées dans les données d'incidence qui, elles, orientent l'action publique.

¹⁰⁵ Mathieu Grossetête, « L'enracinement social de la mortalité routière », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 2010, 184, pp. 38-57.

Chapitre 1

Sociohistoire des politiques publiques de prévention et de dépistage du sida en France de 1983 à 2011 : la césure des trithérapies

Dans sa généalogie des politiques de dépistage, adossée à une analyse des journaux médicaux du début à la fin du XX^{ème} siècle, David Armstrong inscrit le dépistage dans la « médecine de surveillance ». Le focus n'y est pas le consultant, mais le non-consultant : il s'agit de trouver des malades (*case finding*). C'est pourquoi le dépistage est toujours centrifuge, écrit Armstrong : il va de la clinique vers la maison, la rue, l'usine. Armstrong décrit un premier modèle de dépistage, qui protège les autres, c'est-à-dire la population non malade ou - pour les dépistages chez les enfants - l'adulte en devenir : il s'agit des dépistages développés dans les années 1930 (tuberculose, troubles auditifs et visuels chez les enfants) puis après la Deuxième Guerre mondiale (tuberculose, syphilis, troubles mentaux). Après la Deuxième Guerre mondiale, les maladies acquièrent une autre dimension temporelle, la médecine rend chroniques des maladies incurables, favorisant une extension du dépistage dans deux directions : le dépistage des pathologies elles-mêmes, et le dépistage des facteurs de risque de développer telle ou telle maladie. Ce deuxième type de dépistage s'étend dans les années 1960 suite à la découverte des facteurs de risque cardiovasculaires. Le dépistage en population générale recule alors au profit du dépistage « opportuniste » au cours de la consultation médicale, qui devient le modèle majoritaire de dépistage¹⁰⁶.

Patrice Pinell ajoute deux dimensions à l'analyse : les deux modèles historiques de dépistage se distinguent également par les publics qu'ils visent (ciblés dans le dépistage des fléaux sociaux) et par les intermédiaires qui les mettent en œuvre (médiateurs médico-sociaux dans le dépistage des fléaux sociaux, médecins généralistes dans le dépistage des maladies chroniques). Le premier modèle est celui du dépistage des « fléaux sociaux », tels la tuberculose et la syphilis. Il est assuré par le dispositif de médecine sociale (centres de lutttes anti-tuberculeuse, dispensaires anti-vénériens), dominée dans le champ médical, et qui cible principalement les classes populaires : « tant que l'efficacité des traitements reste médiocre, la protection de la population non infectée occupe le devant de la scène ». Le dépistage de masse requérant des conditions « de recensement, de surveillance et de coercition dont même les dictatures les mieux établies ne disposent pas », « l'hygiène sociale doit [...] limiter ses ambitions à la surveillance de certaines catégories de la population, en prenant d'abord pour cible celles qui, par leurs conditions d'existence et leur mode de vie, seraient les plus exposées et les plus susceptibles de contribuer à la dissémination de l'infection. La politique de dépistage articule la création d'un réseau de structures légères (les dispensaires) au développement de nouvelles professions à vocation sociale (infirmières visiteuses, surintendantes d'usine) dont la mission est tout à la fois d'éduquer et de suivre, en les

¹⁰⁶ David Armstrong, « Screening : mapping medicine's temporal spaces », *Sociology of Health and Illness*, 2012, 34 (2), pp. 177-193.

encadrant, ces populations à risque. » Le second modèle est le dépistage des maladies chroniques (maladies cardio-vasculaires, cancers), assuré par la médecine de ville et hospitalière, dominantes dans le champ médical, et qui s'adresse à l'individu rationnel en lui proposant des actions de dépistage qu'il est supposé libre de choisir en fonction des gains qu'il en espère¹⁰⁷.

On peut synthétiser les caractéristiques de ces deux modèles historiques dans le tableau suivant :

	Dépistage « ciblé »	Dépistage « généralisé »
Pathologie	Tuberculose, syphilis	Cancers, maladies cardio-vasculaires
Cible	Classes populaires	Individu rationnel, non caractérisé socialement
Institution	Médecine sociale, dominée	Médecine libérale et hospitalière, dominantes
Objectif	Diminution de la transmission	Traitement précoce
Contrôle	Contrôle des porteurs	Auto-contrôle

Comment le dépistage du VIH/sida se situe-t-il par rapport à ces deux modèles historiques ? Et que nous apprend l'évolution des politiques de dépistage du VIH/sida sur le statut même de cette maladie ?

En mobilisant des sources historiques et sociologiques secondaires et une recherche archivistique sur le fonds versé par l'association AIDES aux Archives Nationales en 2013, on rendra d'abord compte de l'évolution des stratégies de dépistage du VIH en les resituant dans l'histoire courte de l'épidémie de sida. Si la question du dépistage s'est reposée en des termes nouveaux à l'aube des années 2000, c'est parce que le sida est passé en 15 ans du statut de maladie aiguë infectieuse non curable au statut de maladie chronicisée par la médecine. On verra ensuite que le débat scientifique et politique sur le dépistage du VIH/sida a porté sur les modalités du dépistage (ciblé sur certains groupes de population, ou généralisé) et sur ses acteurs (centres de dépistage hospitaliers, associations de lutte contre le sida, médecins généralistes libéraux).

¹⁰⁷ Patrice Pinell, « Dépistage », in Dominique Lecourt (dir.), *Dictionnaire de la pensée médicale*, Paris, PUF, 2004, pp. 320-324.

1. Du dépistage restreint d'une maladie mortelle au dépistage étendu d'une maladie traitable

D'abord orientée principalement vers l'information du public dans un but de prévention, l'action publique en matière de lutte contre le sida a changé après la commercialisation des trithérapies en 1996. Le dépistage est alors devenu un axe majeur de l'action publique dans ce domaine.

En effet, lorsque les premiers tests de dépistage sont développés en 1985, il n'existe pas de traitement efficace. L'action publique et associative est alors vertébrée par une exigence morale très forte : le refus de la stigmatisation des malades. Le dépistage vise principalement, en informant les personnes séropositives, à éviter de nouvelles contaminations. Après la commercialisation des trithérapies en 1996, le nombre de décès chute rapidement et l'espérance de vie des malades sous traitement rejoint progressivement celle des personnes non infectées. Au point que, dans les années 2010, l'éradication de la maladie, par une prise en charge des « séropositifs qui s'ignorent », n'apparaisse plus hors de portée. Peu importe de savoir ce que cet objectif définitif, la « fin du sida », doit à l'intention rhétorique ou à la visée mobilisatrice des acteurs politiques et associatifs qui le mobilisent dans leurs discours ou leurs tracts : c'est désormais, on va le voir, cet horizon qui oriente l'action publique.

Joseph Gusfield a bien mis en évidence les effets de la rhétorique qui construit une question en problème public, et la dimension dramaturgique et littéraire de la science qui définit un problème public¹⁰⁸. Les diverses estimations du nombre de « séropositifs qui s'ignorent », qui varient selon les modalités de son calcul¹⁰⁹, alimentent ainsi les réflexions sur la délimitation des groupes de population dont le ciblage préférentiel permettrait d'approcher le contrôle de l'épidémie de sida. Depuis une dizaine d'années, environ cinq millions de tests de dépistage sont pratiqués chaque année en France (soit 80 pour 1000 habitants). C'est beaucoup, mais l'objectif d'éradication impose de savoir s'ils sont pratiqués à bon escient, c'est-à-dire de façon à identifier un maximum de personnes séropositives.

Tant que la maladie est grave et incurable, il importe d'enrayer la multiplication des malades ; dès lors que des traitements efficaces sont disponibles, il importe de les trouver, pour les traiter. L'action publique est alors nécessairement articulée à une pensée politique de la population et à son découpage en sous-groupes par une science d'État : l'épidémiologie. Car s'il faut trouver les malades, encore faut-il savoir où et avec qui les chercher.

¹⁰⁸ Joseph Gusfield, *La culture des problèmes publics. L'alcool au volant : la production d'un ordre symbolique*, Paris, Economica, 2009 [*The Culture of Public Problems. Drinking-Driving and the Symbolic order*, Chicago, University of Chicago Press, 1981].

¹⁰⁹ Plan national VIH 2010-2014, *op. cit.*, p. 35.

Les recherches historiques et sociologiques sur l'épidémie de sida en France s'accordent sur une périodisation marquée par :

- l'émergence du sida dans le champ médical entre 1981 et 1983, suite à l'identification des premiers cas en 1981¹¹⁰ ;
- la création d'associations de lutte à partir de 1982 (Arsida, qui correspond en fait à un groupe de médecins cherchant à développer des liens avec le mouvement homosexuel, et qui s'éteindra rapidement), puis 1983 (Vaincre le sida) et 1984 (AIDES), développant des activités sociales d'aide aux malades et de prévention, ainsi que des actions revendicatives¹¹¹ ;
- la mise en œuvre de politiques publiques en France à partir de 1986 et la création par l'État d'agences publiques qui vont organiser les politiques publiques de lutte contre le sida¹¹² ;
- la commercialisation en 1996 de traitements capables de réduire fortement l'évolution de l'infection par le VIH vers le sida, et partant la mortalité : les trithérapies antirétrovirales¹¹³.

Michel Setbon identifie ainsi quatre phases successives dans l'histoire sociale du sida dans les pays développés : indifférence, mobilisation, stabilisation (mise en œuvre de politiques de santé publique dans un contexte d'impuissance thérapeutique) et normalisation (après la commercialisation des trithérapies). La mise en œuvre de politiques publiques de gestion de l'épidémie et leur stabilisation fait suite à une mobilisation associative intense et au développement, en 1985, des premiers tests du dépistage capables d'identifier les anticorps anti-VIH, et donc les individus infectés avant l'apparition de symptômes.

Ni les associations, ni les premiers médecins spécialistes du sida, n'ont d'abord promu une large utilisation des tests de dépistage. Dans les années 1980, AIDES promeut ainsi avant tout la prévention, reléguant la question du dépistage au second plan : que le test soit positif ou négatif, la prévention reste de mise. La position des associations est partagée par les premiers médecins du sida, qui craignent d'être débordés par des malades incurables. En l'absence de traitements efficaces, l'annonce de la séropositivité semble en effet d'abord génératrice d'angoisse et d'isolement¹¹⁴.

Le sida apparaît à un moment historique où les agents de santé publique ont été socialisés dans un modèle de contrôle des épidémies développé dans la seconde moitié du XX^e siècle, avec les maladies chroniques, reposant sur la prévention et le traitement, sur

¹¹⁰ Claude Thiaudière, *Sociologie du sida*, Paris, La Découverte, 2002, pp. 8-19.

¹¹¹ Patrice Pinell (dir.), *Une épidémie politique. La lutte contre le sida en France, 1981-1996*, Paris, PUF, 2002, pp. 27-72.

¹¹² Pinell, *ibid.*, pp. 90-106 et 151-206.

¹¹³ Michel Setbon, « La normalisation paradoxale du sida », *Revue française de sociologie*, 2000, 41 (1), pp. 61-78.

¹¹⁴ Emmanuel Hirsch, *AIDES. Solidaires*, Paris, Le Cerf, 1991, p. 299.

l'éducation thérapeutique plutôt que sur l'imposition autoritaire, et sur des liens renforcés entre clinique et recherche. Ce modèle, que Nicolas Dodier nomme « moderne-libéral »¹¹⁵, se distingue du modèle de contrôle des épidémies de tuberculose et de syphilis par le contrôle des populations en l'absence de traitement, reposant sur le dépistage et la ségrégation des malades.

Dès lors, les agents de santé publique soucieux de contrôler l'épidémie de sida sont confrontés à plusieurs difficultés : l'absence de traitement ; le risque de stigmatisation des malades ; l'idéologie de l'autonomie de l'individu ; l'impossibilité technique de mettre en place un dépistage de masse car pour le VIH on ne peut pas constituer de population captive (comme c'est le cas par exemple pour le dépistage scolaire des déficits sensoriels).

Le dépistage obligatoire n'a jamais été sérieusement envisagé, mais on va voir qu'il joue une fonction politique.

Les politiques publiques développées entre 1986 et 1989 en matière de lutte contre le sida lèvent la méfiance vis-à-vis du dépistage car elles s'inscrivent d'emblée dans un modèle « moderne-libéral »¹¹⁶ qui associe les associations à l'élaboration des politiques publiques et rompt avec le modèle coercitif de lutte contre les fléaux sociaux et de contrôle des populations, et qui inclut, dans les politiques de prévention, alors seul rempart effectif contre l'épidémie, la prévention de la stigmatisation des malades¹¹⁷.

Cependant, l'histoire du dépistage du VIH/sida reste marquée par la mémoire des velléités minoritaires de dépistage obligatoire, dès cette époque. Dans le contexte préélectoral, en 1987 et 1988, le débat sur les conditions du dépistage déborde du champ médical vers le champ politique : en mai 1987, dans l'émission télévisée *L'heure de vérité*, Jean-Marie Le Pen, président du Front National, se prononce pour l'isolement des malades du sida dans des centres fermés¹¹⁸. En décembre 1987, Jacques Crozemarie, président de l'Association pour la Recherche sur le Cancer, lance un appel en faveur du dépistage systématique, avec le soutien notamment de Léon Schwartzenberg, qui devient ministre délégué à la Santé en juin 1988 dans le premier gouvernement de Michel Rocard. La proposition fait une large unité contre elle, alliant des représentants de AIDES, de Médecins du Monde, du Comité Consultatif National d'Éthique, de l'Ordre des Médecins et des élus du Parti Socialiste et du RPR¹¹⁹, et ne sera jamais mise en œuvre.

Le volontariat devient donc, et reste à ce jour, la règle en matière de dépistage du VIH/sida : il ne s'agit pas d'imposer, mais d'inciter la population à se faire dépister. Cette règle s'incarne dans des objets et des institutions nouvelles, avec la création en 1988, au sein

¹¹⁵ Nicolas Dodier, *Leçons politiques de l'épidémie de sida*, Paris, EHESS, 2003, pp. 65-92.

¹¹⁶ Nicolas Dodier, *Leçons politiques de l'épidémie de sida*, Paris, EHESS, 2003, pp. 65-92.

¹¹⁷ Marcel Calvez, *La prévention du sida. Les sciences sociales et la définition des risques*, Rennes, PUR, 2004, pp. 147-173.

¹¹⁸ <http://www.ina.fr/video/I09203636>, consulté le 18 mars 2015.

¹¹⁹ Dodier, *op. cit.*, pp. 127-128.

d'établissements hospitaliers publics et privés participant au service public hospitalier et au sein de dispensaires antivénériens, des Centres de Dépistage Anonyme et Gratuit (CDAG) qui sont actuellement près de 400 centres répartis sur le territoire national¹²⁰. Dans un contexte marqué par l'impuissance thérapeutique, l'action publique articule trois modalités d'action :

- *l'information préventive*, avec une forte participation des associations à son élaboration et à sa mise en œuvre, dirigée d'une part vers l'ensemble de la population, et d'autre part de façon plus ciblée vers les publics alors nommés « groupes à risque », notamment hommes homosexuels et usagers de drogue ;
- le *dépistage volontaire*, intégrant un volet d'information préventive dans le cadre de consultations médicales, notamment en CDAG où l'anonymat et la gratuité visent à faciliter le recours au dépistage ;
- la mise en place de politiques de *réduction des risques* en direction des usagers de drogue, avec les programmes d'échanges de seringues puis de substitution¹²¹.

Le consensus sur le caractère volontaire du dépistage a donc été très précoce, et constitue une condition de l'alliance entre médecins, associations et administrations.

Le dépistage obligatoire ou systématique fait depuis lors figure, dans l'espace social du sida, de contre-modèle absolu, dont l'éventualité refait surface à chaque fois qu'un progrès thérapeutique augmente le bénéfice pour les malades à être diagnostiqués et traités, pour être immédiatement conjurée et repoussée. C'est le cas en 1991 et 1992. Des essais thérapeutiques ayant prouvé que l'AZT réduisait les risques de transmission mère-enfant pendant la grossesse, le dépistage systématique des femmes enceintes est soutenu cette fois par l'Académie de Médecine et le Conseil de l'Ordre, et rejetée par le Conseil National du Sida, le Haut Comité à la Santé Publique, l'Agence Nationale de Recherche sur le Sida, le Comité Consultatif National d'Éthique, les principales associations (AIDES, Act Up-paris, Arcat-Sida, le CRIPS, Médecins du Monde) et des cliniciens et médecins de santé publique (Willy Rozenbaum, Didier Sicard, Claude Got, Jean-Baptiste Brunet)¹²².

Ainsi le Conseil National du Sida publie le 18 décembre 1991 un rapport suivi d'un avis sur le dépistage obligatoire ou systématique du VIH :

Le Conseil National du Sida « s'oppose au caractère obligatoire [...] du dépistage du VIH » et « préfère le vocable "régulier" à celui de "systématique" qui équivaut dans l'esprit du public à la notion d'obligation et à celle d'une médecine non réfléchie. » Il « s'oppose fermement aux propositions d'instituer un dépistage obligatoire ou systématique du VIH à l'occasion de consultations prénatales, prénuptiales et du service national. »¹²³

¹²⁰ Décret n°88-61 du 18 janvier 1988 pris pour l'application de l'article L. 355-23 du code de la santé publique concernant le dépistage de façon anonyme et gratuite du virus de l'immunodéficience humaine, *Journal Officiel de la République Française*, 20/01/1988, p. 944.

¹²¹ Setbon, *op. cit.*, 2000, pp. 66-67.

¹²² Dodier, *op. cit.*, pp. 129-130.

¹²³ Archives Nationales, AN 20030474/49, AIDES Fédération/Actions juridiques/Groupe juridique 1989-1993/Dépistage du VIH, Conseil National du sida, *Rapport sur le dépistage obligatoire ou systématique du VIH*, 18 décembre 1991.

Le dépistage systématique pendant la grossesse ne sera pas mis en œuvre, mais est censé être systématiquement proposé.

L'évolution de la position de l'association AIDES en matière de dépistage témoigne de l'effet des évolutions thérapeutiques sur l'argumentaire politique, qui quitte le lexique de la lutte contre stigmatisation pour celui de la santé publique. Contrairement aux toutes premières années de l'épidémie, les militants associatifs ne doutent plus de l'intérêt du dépistage en tant que tel, comme en témoigne le procès-verbal du Conseil National de AIDES du 16 novembre 1991 :

« Daniel Defert affirme qu'il n'y a pas de raison de rester frileux sur la question du dépistage. Il faut promouvoir le test. »¹²⁴

Seules les tentatives de systématiser le dépistage sont rejetées. Hormis l'éphémère proposition en ce sens de Léon Schwartzberg en 1988, elles viennent de la droite. C'est le cas, en décembre 1991, de l'amendement d'Élisabeth Hubert, médecin et députée RPR. Les députés socialistes et communistes votent contre l'amendement¹²⁵. Dans son communiqué de presse du 13 décembre 1991, l'association AIDES :

« se réjouit que l'Assemblée Nationale ait repoussé, le lundi 9 décembre dernier, l'amendement proposant le dépistage systématique de l'infection au VIH, lors des examens prénuptial et prénatal » mais « s'inquiète [...] du communiqué de presse de Jean-Louis Bianco¹²⁶ en date du 10 décembre. [...] Quand le Ministre parle de dépistage "systématiquement proposé", il nous semble que le "systématiquement" occulte le "proposé". »¹²⁷

Dans une tribune intitulée « Virus VIH : test ou dépistage », publiée dans Libération le 30 janvier 1992, Daniel Defert, président de AIDES, et Pierre Lascoumes, responsable du groupe juridique de AIDES, expliquent la position de l'association. Ils distinguent trois modalités de dépistage selon le degré de contrainte collective et de contrôle social qu'elles impliquent, et défendent pour le dépistage du VIH le choix individuel d'y recourir ou non, dans le cadre de la relation avec un médecin :

« Peut-être est-il utile de rappeler qu'il existe une distinction entre trois formes de dépistage :

- *une forme orientée vers la protection de la collectivité, souvent accompagnée de contrainte, où sont disponibles des traitements immédiats (ex : variole, syphilis) ;*

¹²⁴ Archives Nationales, AN 20030474/3, Conseil national février 1989 – novembre 1991, Procès-verbal du Conseil national de AIDES du 16 novembre 1991.

¹²⁵ Éric Favereau, « Pas de dépistage obligatoire du VIH », *Libération*, 22 décembre 1991.

¹²⁶ Jean-Louis Bianco est alors ministre des affaires sociales et de l'intégration.

¹²⁷ Archives Nationales, AN 20030474/49, AIDES Fédération/Actions juridiques/Groupe juridique 1989-1993/Dépistage du VIH, AIDES communiqué de presse 13/12/1991.

- une forme centrée sur la personne, visant à la protection et au suivi médical de l'individu, et qui s'accompagne de strictes garanties de respect du secret de la vie privée (ex : cancer) ;
- entre les deux, existe une forme qui ne porte ni sur des personnes ni sur des populations mais sur des prélèvements (ex : cellules, tissus, organes). »

La présence de cette troisième forme de dépistage (il s'agit notamment des 4 millions de tests effectués pour les seuls dons du sang, sur les 6.8 millions de tests VIH effectués en France en 1990) dans l'argumentaire peut surprendre, mais peut avoir été choisie précisément pour mettre l'accent sur le caractère volontaire de la deuxième forme de dépistage, défendue pour le VIH par Daniel Defert et Pierre Lascoumes. Ils la distinguent des :

« pratiques de dépistage liées à de vieux réflexes de l'épidémiologie, prisonnière [...] d'un imaginaire des seuils : seuil du territoire (dépistage aux frontières), seuil de la vie (dépistage anténatal) alors que c'est avant la conception que les géniteurs doivent être informés, seuil du mariage (dépistage prénuptial) alors que celui-ci est en général précédé de concubinage et, tout nouvellement proposé, celui de la martialité, (dépistage à l'incorporation). À quand celui du premier emploi ou, d'une façon plus réaliste, celui de la première inscription à l'ANPE ? [...] La différence majeure entre un dépistage systématique et un test régulièrement proposé (plutôt que systématiquement [...]), c'est une relation d'entretien entre le médecin et son patient. »¹²⁸

En 1992, AIDES est donc favorable à la « promotion du test », mais pas à sa systématisation. L'association organise le 8 février 1992 une journée thématique sur le dépistage du VIH, à laquelle elle invite des représentants des pouvoirs publics, des associations et la presse. Rédigé à la suite de cette journée, l'« argumentaire de l'association AIDES sur la politique de dépistage des anticorps anti-VIH » s'oppose à tout dépistage systématique et insiste sur la portée préventive de l'entretien qui le précède et le suit :

« L'accomplissement d'un test n'est pas en lui-même ni un acte de prévention, ni un acte de protection de la collectivité. En revanche, sa réalisation offre l'opportunité d'un échange essentiel entre le demandeur et un professionnel du conseil. Comme le disent les praticiens anglais, mieux vaut un entretien de conseil sans test qu'un test sans entretien de prévention. »

On le verra plus loin, l'argumentaire va basculer dans le sens inverse en 1997, quelques mois après la commercialisation des trithérapies, et en 2009 il sera exactement inversé. Le texte se poursuit par un argument qui s'éteindra avec le développement des traitements efficaces : au niveau individuel, le préjudice social lié à la séropositivité est tel qu'il excède un hypothétique bénéfique sanitaire ; au niveau collectif, le bénéfique tiré du dépistage est davantage politique que sanitaire :

¹²⁸ Daniel Defert et Pierre Lascoumes, « Virus VIH : test ou dépistage », *Libération*, 30 janvier 1992.

« La limitation du dépistage à certains seuils (mariage, grossesse, armée, etc.) relève plus d'une action symbolique (montrer que l'on fait quelque chose, même dérisoire) et d'un affichage politique (non exempt de préoccupation électorale) [...]. C'est [...] la porte ouverte à un dépistage généralisé obligatoire. [...] Objectivement il est aujourd'hui préférable au plan social (emploi, assurances, etc.) d'être dans l'ignorance de sa sérologie. »

Le texte se termine par des revendications visant à faciliter l'accès au dépistage par des personnels formés à cette pratique et par le remboursement à 100 % du test. La question de l'adéquation de la formation médicale sera, elle aussi, exactement inversée vingt ans plus tard, lorsque les institutions de santé publique et le monde associatif (mais pas les représentants des médecins généralistes) s'accorderont pour dire que le défaut de formation ne doit pas conduire les médecins à ne pas proposer le test. En 1992, pour AIDES,

« Ce n'est pas parce que les médecins hésitent ou ne savent pas proposer le test qu'il faut le rendre obligatoire. [...] Les deux-tiers [des CDAG] sont implantés dans des structures hospitalières, ce qui présente de multiples inconvénients notamment du personnel de recrutement tant en quantité qu'en qualité. [Les CDAG] doivent être multipliés et autonomisés. [...] Le remboursement de tout test à 100 % doit être programmé rapidement. »¹²⁹

L'hostilité des associations de lutte contre le sida à la systématisation du dépistage est générale, comme en témoignent d'une part le courrier adressé par 27 d'entre elles à Bruno Durieux, ministre de la Santé, où elles s'inquiètent de la résurgence du débat sur l'obligation de dépistage, qu'elles pensaient « forclos »¹³⁰ ; et d'autre part le communiqué de presse que 40 associations publient le 14 février 1992 suite à leur rencontre avec le ministre. Le communiqué de presse exprime :

« la conviction unanime des associations en ce que l'obligation du dépistage du VIH serait inefficace voire néfaste en termes de santé publique. »¹³¹

La commercialisation des trithérapies en 1996 ne fait pas ressurgir la question du dépistage obligatoire, mais elle met à l'ordre du jour celle de l'élargissement du dépistage. Dans le champ médical comme dans le monde associatif, l'heure n'est plus à la méfiance vis-à-vis des effets pervers du dépistage en matière de stigmatisation des malades, mais à l'espoir de pouvoir les guérir.

¹²⁹ Archives Nationales, AN 20030474/49, AIDES Fédération/Actions juridiques/Groupe juridique 1989-1993/Dépistage du VIH, AIDES, « Argumentaire de l'association AIDES sur la politique de dépistage des anticorps anti-VIH », 8 février 1992.

¹³⁰ Archives Nationales, AN 20030474/49, AIDES Fédération/Actions juridiques/Groupe juridique 1989-1993/Dépistage du VIH, courrier à Bruno Durieux du 13 février 1992.

¹³¹ Archives Nationales, AN 20030474/49, AIDES Fédération/Actions juridiques/Groupe juridique 1989-1993/Dépistage du VIH, communiqué de presse du 14 février 1992.

La lecture des documents internes à l'association AIDES montre que le projet de l'association d'élargir le dépistage du VIH/sida s'affirme peu après l'arrivée de thérapeutiques efficaces, en 1997. Son Groupe National Recherche organise le 22 février 1997 une journée thématique sur les « enjeux du dépistage ». Il en rend compte au Conseil National de AIDES des 15 et 16 mars 1997 :

« Le groupe recommande au CN [Conseil National] de se déterminer pour une politique de dépistage plus incitative par la communauté vers la communauté [...] dans une perspective d'accès plus précoce aux traitements [...]. Si notre discours a été "il vaut mieux du counselling que du dépistage", il pourrait devenir "il vaut mieux un dépistage correctement proposé et correctement effectué qu'un (mauvais) counselling." Le positionnement de la Fédération sur ces questions doit se faire rapidement afin d'occuper le terrain de notre place communautaire avant que d'autres ne l'occupent avec une logique plus coercitive. »¹³²

La réorientation de l'association est rapide car les bénéfices des trithérapies sont immédiats et évidents, ne font de doute pour personne dans l'espace social du sida, et parce qu'il s'agit de ne pas laisser ternir la promotion associative du dépistage par les prévisibles maladresses de sa promotion institutionnelle. Le groupe se positionne même pour les « autoprélèvements, [...] envoyés au laboratoire, interprétés par un professionnel et donnés au patient par téléphone » car ils relèvent de la même « logique incitative ». Cette proposition n'aura pas de suite immédiate, et la commercialisation des autotests ne viendra que près de vingt ans plus tard, en 2015.

Dans le même temps, les institutions de santé publique, quant à elles, critiquent un dispositif de dépistage inégalement déployé en direction des publics les plus fragiles socialement et intervenant de façon trop souvent tardive, et évoluent vers un élargissement du dépistage. Dans une note du 25 mars 1997, Françoise Bélingard-Deybach, médecin et directrice de la division Sida de la Direction Générale de la Santé, écrit à Jean-François Girard, médecin et Directeur Général de la Santé :

« Le diagnostic dès le stade de primo-infection et le diagnostic précoce de la primo-infection asymptomatique nous conduisent à réajuster rapidement les pratiques, au regard des limites actuelles de la politique de dépistage :

- *un accès difficile de certaines populations motivant des dépistages tardifs au stade de la maladie ;*
- *un accès inégal aux soins soulignant les difficultés de relais après le dépistage ;*
- *un lien insuffisant entre dépistage et prévention comme en témoignent les contaminations de personnes dépistées négatives dans un premier temps. [...]*

Si les équipes des CDAG et des CDG [Centres de dépistage gratuit] sont déjà en première ligne, le rôle des médecins "de ville" doit être réaffirmé. Médecins généralistes, certains spécialistes (gynécologues), en ville ou dans les lieux de recours aux soins (dispensaires, PMI...) ont un rôle à jouer, en particulier vis-à-vis de publics qui n'accèdent pas aux

¹³² Archives Nationales, AN 20030474/3, Conseil national de AIDES, 15-16 mars 1997.

structures spécialisées : personnes précarisées, jeunes en voie d'insertion ou population générale, en particulier hétérosexuelle, qui se considère souvent à distance du risque. »¹³³

Étendre le dépistage, c'est donc l'étendre dans le temps, en le rendant plus précoce, et l'étendre dans l'espace social, en direction de publics définis sur des critères non plus sexuels et comportementaux, mais sociaux. C'est aussi l'étendre à des dispositifs de soins non spécifiques (médecine de ville), dans un contexte où les budgets publics consacrés au sida sont remis en cause, comme l'affirme Jean-François Girard, directeur général de la Santé, au groupe de travail ministériel sur le diagnostic précoce de l'infection à VIH de la Division Sida de la DGS le 28 avril 1997 :

« Il faut [...] aujourd'hui affronter la question souvent posée : le Sida est-il terminé ? Il existe, en parallèle, une demande générale de justification du budget et des actions publiques consacrés au sida. »¹³⁴

Étendre le dépistage, c'est aussi prendre le risque de faire ressurgir le spectre du dépistage obligatoire, mais cette fois, il ne dépassera pas le stade de conjecture redoutée, comme en témoigne ce compte-rendu de la réunion du 29 mai 1997 du sous-groupe information-communication du groupe de travail ministériel sur le diagnostic précoce de l'infection à VIH :

« Deux grands enjeux sous-tendent le dépistage précoce : la prévention (réduction des risques de transmission aux partenaires) et la prise en charge (très précisément les traitements). [...] Les modèles de dépistage sous-jacent ramènent :

- *au schéma classique du dépistage des maladies transmissibles hérité de [la] lutte contre les maladies sexuellement transmissibles ou de la lutte contre la tuberculose ;*
- *au schéma des programmes de dépistage lié à la possibilité d'un bénéfice pour les individus et populations en termes de morbidité ou d'incapacités. Ce schéma devient possible. [...]*

Ces évolutions de contexte doublées des évolutions concernant les représentations de la maladie peuvent porter en germe le retour en force des problématiques de dépistage obligatoire, ou de dépistage systématique, et mettent à mal la dimension de prévention que comporte le dépistage. »¹³⁵

La conjuration rituelle de la figure du dépistage obligatoire ne doit pas masquer l'essentiel : cette instance ministérielle associe, comme c'est l'usage depuis les années 1990

¹³³ Archives Nationales, AN 20030474/50, AIDES Fédération/Actions thérapeutiques/Groupe national Information dur les traitements/Groupe de travail ministériel sur le dépistage précoce 1997, note de Françoise Bélingard-Deybach au directeur général de la santé, 25/03/1997.

¹³⁴ Archives Nationales, AN 20030474/50, AIDES Fédération/Actions thérapeutiques/Groupe national Information dur les traitements/Groupe de travail ministériel sur le dépistage précoce 1997, Compte-rendu de la réunion du groupe de travail sur le diagnostic précoce de l'infection à VIH de la Division Sida de la DGS, 28/04/1997.

¹³⁵ Archives Nationales, AN 20030474/50, AIDES Fédération/Actions thérapeutiques/Groupe national Information dur les traitements/Groupe de travail ministériel sur le dépistage précoce 1997, compte-rendu de la réunion du sous-groupe information-communication du groupe de travail ministériel sur le diagnostic précoce de l'infection à VIH de la Division Sida de la DGS, 29/05/1997.

dans le champ de la lutte contre le sida, des représentants de l'État, des médecins et des associations, en l'occurrence de la DGS, de l'Union Régionale des Médecins Libéraux d'Île-de-France et des associations Arcat-Sida et AIDES. L'élargissement du dépistage fait consensus entre les représentants de l'État, des médecins et des associations, de même que l'extension des publics ciblés par l'action publique. En l'absence de traitement efficace, l'action publique la plus efficace pour un coût minimal consiste à réduire la transmission du VIH dans les groupes les plus exposés (gays, migrants, usagers de drogues) ; dès lors que des traitements efficaces sont disponibles, l'action publique la plus efficace pour un coût minimal consiste à traiter un maximum d'individus infectés. La disponibilité des traitements rend plus criante les difficultés d'accès aux soins, notamment parmi les groupes de populations les moins exposés aux campagnes de communication :

« Qui [informer] ?

Le "grand public". [...]

Les "publics ciblés" en fonction du risque d'exposition, ou de la difficulté d'accès reconnue. Tout particulièrement la population précarisée qui renvoie de manière aiguë à la question de la communication à créer et des réseaux qui puissent la véhiculer. »¹³⁶

Dans l'argumentaire de AIDES, les trithérapies mettent fin à l'opposition entre le bénéfice collectif du dépistage, pour la population non infectée, et son bénéfice individuel, pour l'individu atteint, comme le montre un texte d'Hélène Rossert, médecin et directrice générale de AIDES de 1997 à 2007, où elle défend en février 1998 un « accès plus large au dépistage du VIH ». Alors que dix ans auparavant le dépistage risquait d'accroître la stigmatisation des malades, son élargissement lui semble, dans la mesure où des traitements efficaces sont disponibles, de nature à [changer] l'évolution de la perception de la maladie aussi bien par le grand public que par des personnes en contact direct avec l'épidémie ». Dès lors, pour AIDES, « il est nécessaire de revoir notre argumentaire pour y intégrer la réflexion issue des évolutions thérapeutiques et biologiques » :

« Connaître son atteinte par le VIH permet au plan individuel de bénéficier d'un suivi médical adapté et de pouvoir bénéficier des nouveaux progrès thérapeutiques ; de plus au plan de la santé publique, cela comporte aussi l'intérêt de casser la chaîne de contamination si une personne est consciente du caractère transmissible de l'infection dont elle est atteinte. »¹³⁷

Deux mois plus tard, elle soumet au Conseil National de AIDES du 14 mars 1998 une note « pour un accès large aux tests de diagnostic de l'infection par le VIH en France en 1998 ». La note présente les faits nouveaux sur le plan thérapeutique, et les conséquences qui en découlent pour le dépistage. Le traitement dans les semaines qui suivent la contamination apportant « un bénéfice sur le pronostic à long terme de l'évolution de

¹³⁶ *Ibid.*

¹³⁷ AIDES, « Dépistage. Proposition de texte d'Hélène Rossert pour la réunion du 6 janvier 1998 », 1998, pp. 4-5.

l'infection et sur le caractère transmissible de l'infection », la stratégie concernant le dépistage peut être révisée :

« Pourquoi le dépistage ?

Au plan individuel, la promotion du test doit véhiculer un discours d'estime de soi et de prise en charge responsable de sa santé pour un réel gain de quantité et de qualité de vie. Ceci implique, bien sûr, que la prise en charge de sa propre santé arrive en haut de la liste des priorités individuelles (impliquant que les personnes soient moins préoccupées par leur logement ou leur alimentation ou leurs droits sociaux en général). Le test positif [...] est un vrai outil d'accès aux soins et notamment aux meilleurs traitements. [...]

Au plan collectif, le dépistage des personnes atteintes doit permettre de casser la courbe de transmission dans la mesure où il est librement consenti. [...] »¹³⁸

Le procès-verbal enregistre les réticences de Daniel Defert sur une semaine « dépistage » et une proposition d'Arnaud Marty-Lavauzelle de pointer les dysfonctionnements des CDAG. Un point reste en débat dans AIDES, et le restera, on va le voir, jusqu'aux années 2010 :

« Pour qui promouvoir le test ? C'est une question à débattre. Une première réponse serait pour les publics cibles habituels d'AIDES mais ceci est à réfléchir plus longuement. »¹³⁹

Cette interrogation est contemporaine d'un déplacement de l'épidémie vers les catégories populaires. Les « publics cibles habituels » de AIDES, évoqués dans cette archive, sont les hommes homosexuels, qui ont fondé l'association, la font vivre et ont recours à ses services. Or la part des usagers de drogue et des migrants, et surtout migrantes, d'Afrique subsaharienne, pour la plupart d'origine plus populaire que les malades des années 1980, s'accroît rapidement parmi les personnes atteintes. Dès lors, AIDES développe des actions en direction des « populations les plus précarisées ». L'organisation par AIDES, le 1^{er} mars 1998, d'un « Forum Sida Urgences Banlieues » témoigne de cette évolution épidémiologique et des ajustements politiques qui en résultent pour l'association. Le dossier de presse synthétise les données épidémiologiques qui attestent la dégradation de la situation sociale des malades, et revendique des réponses sociales :

« La situation socio-économique des personnes atteintes se dégrade. En 1996, 24 % des patients sont sans profession alors qu'ils étaient 17 % en 1993. Le pourcentage de personnes vivant d'allocations sociales s'est accru, passant de 15 % à 22 %. [...] 34 % des personnes atteintes par le VIH ont un niveau d'instruction inférieur à la troisième en 1996 ; elles étaient 25 % en 1993. [...] Nos revendications : [...] donner à la prévention une vraie dimension de proximité [...] ; [les] actions se doivent d'aller au devant des populations locales et plus particulièrement pour les populations les plus précarisées ; [...]

¹³⁸ Archives Nationales, AN 20030474/3, Conseil national de AIDES, 14 mars 1998 : « note pour un accès large aux tests de diagnostic de l'infection par le VIH en France en 1998. AIDES promoteur du dépistage en 1998. La campagne "Savoir pour Agir" ».

¹³⁹ Archives Nationales, AN 20030474/3, Conseil national de AIDES, 14 mars 1998.

il est nécessaire de pouvoir apporter des réponses sociales aux personnes afin qu'elles mettent au premier plan leurs préoccupations de santé ; favoriser une prise en charge précoce des personnes atteintes. »¹⁴⁰

2. 2010-2014 : l'action publique entre ciblage des populations et universalisme

En 2010, le Ministère de la Santé rédige un plan national de lutte contre le VIH/sida et les IST pour la période 2010-2014 qui détermine cinq « axes stratégiques » de lutte contre l'épidémie. Le deuxième d'entre eux est le dépistage (le premier concerne la prévention, le troisième la prise en charge médicale, le quatrième la prise en charge sociale et la lutte contre les discriminations, le cinquième la recherche).

L'activité de dépistage du VIH en France est alors stable depuis 2006 : 5 millions de tests sont pratiqués chaque année (soit 80 pour 1000 habitants), dont 80 % dans des laboratoires de ville et 8 % en CDAG (400 000 sérologies, soit 6 pour 1000 habitants). La proportion de sérologies positives est de 2,2 pour 1000 au niveau national, avec de fortes variations régionales, les plus élevées étant celle de la Guyane (11/1000) et, pour la France métropolitaine, celle d'Île-de-France (4,5/1000), raison pour laquelle j'ai choisi cette région pour terrain d'enquête. La proportion de sérologies positives est plus élevée en CDAG (3,3/1000, 16/1000 en Guyane, 6/1000 en Île-de-France)¹⁴¹. Suite aux recommandations du Conseil National du Sida en 2006 et de la Haute Autorité de Santé en 2009, le plan national de lutte contre le VIH publié en 2010 entend renforcer le dépistage afin de réduire le nombre de diagnostics tardifs et dépister les 32000 à 68000 personnes (selon les estimations) qui ignorent leur séropositivité. Synthétisant les enquêtes réalisées sur cette question, le plan national identifie deux « profils » de retard au diagnostic : les « personnes appartenant à une population à risque identifiée » n'ayant pas fait de démarche de dépistage, n'ayant pas été en contact avec le système de soins ou n'ayant pas été dépistées lors de ce contact ; et les « personnes à faible risque "apparent" (personnes hétérosexuelles françaises par exemple) »¹⁴².

Le premier « profil » correspond à une groupe d'individus susceptibles d'en contaminer de nombreux autres ; pas le second. Si ces deux groupes auraient un bénéfice individuel équivalent à être dépistés et traités précocement, la réduction du nombre de contaminations à l'échelon collectif est plus importante si le dépistage cible le premier groupe. En d'autres termes, pour atteindre l'objectif de « la fin du sida », il faut renforcer le

¹⁴⁰ Archives Nationales, AN 20030474/23, AIDES Fédération/Comité île-de-France 1997-1998.

¹⁴¹ Françoise Cazein, Stéphane Le Vu, Josiane Pillonel, Yann Le Strat, Sophie Couturier, Betty Basselier, Florence Lot, Caroline Semaille, « Dépistage de l'infection par le VIH en France, 2003-2009 », *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, 2010, 45-46, pp. 451-454.

¹⁴² Ministère de la Santé et des Sports, *Plan national de lutte contre le VIH/sida et les IST 2010-2014*, pp. 35-45.

dépistage parmi les hommes homosexuels et les personnes migrantes d'Afrique subsaharienne (les usagers de drogue ne représentant plus, depuis la mise en place des politiques d'échange de seringues et de substitution, que 1 % des nouvelles contaminations). Le vocabulaire du plan national, bien qu'il évite de désigner des groupes de population, est en fait assez explicite : « à faible risque "apparent" » signifie « ni noir ni gay ».

Afin de dépister ces deux catégories d'individus (« personnes à faible risque "apparent" » d'une part, gays et migrants d'autre part), le plan national promeut un « trépied du dépistage » associant :

- le dépistage de la population générale par une proposition de test plus systématique par les professionnels de santé de premier recours, notamment les médecins généralistes, indépendamment du risque estimé d'exposition au VIH, ainsi que par l'ouverture en 2010 de la possibilité d'être dépisté sans prescription en laboratoire (article L. 6211-10 du CSP) ;
- le « dépistage par les pairs pour les populations à forte incidence » : « il s'agit de développer une offre de dépistage dit communautaire, réalisé par les pairs. Cette modalité de dépistage vise à répondre aux besoins des populations qui ne veulent ou ne peuvent se rendre dans le dispositif "classique". Cette modalité de dépistage s'adresse en premier lieu aux HSH¹⁴³. Elle pourrait également répondre à des besoins spécifiques d'autres populations en situation de vulnérabilité (certaines populations de migrants, personnes se livrant à la prostitution, usagers de drogue...). »
- le dépistage anonyme et gratuit réalisé par les CDAG, c'est-à-dire en réponse à une démarche volontaire des usagers¹⁴⁴.

Résumons : le dépistage du VIH/sida repose sur les médecins généralistes, la « communauté », et les CDAG. En d'autres termes, le secteur privé, le travail associatif et le service public. Mais les médecins généralistes se montrent réticents face à la tâche qui leur est dévolue dans le dispositif : le dépistage généralisé, c'est-à-dire en fait la proposition systématique du dépistage, une fois dans leur vie, à leurs patients. On peut expliquer cette réticence, majoritaire dans la profession, par leur approche purement clinique d'une patientèle limitée. Les représentants de la profession ne la formalisent pas comme telle, mais elle apparaît par contraste avec une autre approche, populationnelle, minoritaire dans la profession, enracinée dans des dispositions spécifiques et dont on va rendre compte à travers l'observation de la pratique d'un médecin généraliste libéral.

¹⁴³ Hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes. Pour une analyse critique de ce terme et de sa migration de l'épidémiologie vers l'espace associatif, voir Gaëtan Thomas, « Définir pour compter », *Revue Monstre*, 2011, 3, pp. 38-42.

¹⁴⁴ *Plan national de lutte contre le VIH/sida et les IST 2010-2014*, Paris, Ministère de la Santé et des Sports, 2010, pp. 35-45.

Les médecins généralistes, sur qui le plan national fait reposer le dépistage généralisé, n'y ont jamais massivement adhéré. En 2009, l'enquête Baromètre généralistes menée périodiquement par l'INPES a mis en évidence, parmi les 1025 médecins interrogés, une pratique minoritaire du dépistage sur proposition du médecin : la majorité des dépistages en médecine de ville étaient attribués par l'enquête à l'initiative du patient ou aux bilans prénataux. 63 % des généralistes interrogés n'étaient pas favorables à la proposition du test à des patients « sans facteur de risque apparent » n'ayant pas fait de test depuis longtemps. Les 18 % de médecins généralistes favorables à l'extension du dépistage ont une pratique préventive et de dépistage plus développée pour d'autres pathologies : dépistage des hépatites B et C, vaccinations, prévention des facteurs de risque cardiovasculaires). Les médecins qui ont une opinion favorable à l'extension du dépistage ont une part plus importante de patients bénéficiaires de la CMU¹⁴⁵, c'est-à-dire qui ont des ressources annuelles inférieures à 8644 euros pour une personne seule. L'enquête de l'Inpes ne permet pas d'avancer d'hypothèses sur la nature du lien entre le faible niveau de revenus des patients et les dispositions de leur médecin aux pratiques préventives et de dépistage, et mon enquête, n'ayant pas été conduite auprès de médecins généralistes libéraux, ne permet pas non plus de répondre à cette question. Il est cependant possible que l'investissement de pratiques préventives et de dépistage témoigne de dispositions pour la santé publique plus répandues parmi des médecins exerçant en quartier populaire¹⁴⁶.

L'observation de la pratique d'André Bertignac, médecin généraliste libéral du XVIII^e arrondissement parisien, particulièrement investi dans l'enseignement médical universitaire et la recherche en soins primaires, en particulier dans le domaine des maladies infectieuses, permet de mettre en évidence les modalités de la proposition systématique de dépistage pour le VIH, et les dispositions à une approche populationnelle de la pratique médicale. Ce médecin généraliste-enseignant, âgé de 56 ans et enseignant à la faculté de médecine, auteur en 1983 d'une thèse d'exercice sur « Le mouvement de mai 68 des étudiants en médecine de Paris », n'est, à plus d'un titre, pas représentatif de sa profession. Mettant en pratique son expérience de l'usage systématique d'un test et de sa rentabilité variable, il se pense comme un médecin de santé publique. Lorsqu'il propose le dépistage du VIH, c'est parmi d'autres examens de dépistage de maladies chroniques : peu lui importe que la sérologie VIH qu'il propose soit plus ou moins rentable, en termes de nombre de décès évités, que le frottis du col utérin ou le dosage du cholestérol ; l'essentiel réside dans la possibilité de traitement d'une maladie chronique et dans l'amélioration de son pronostic par le traitement précoce. Son systématisme pratique fait écho au systématisme théorique défendu dans le champ de la recherche en santé publique par les tenants du dépistage généralisé.

À chaque nouveau patient, il propose le dépistage du VIH en même temps qu'une série d'autres examens sanguins, par prise de sang classique ou par test rapide (Test Rapide

¹⁴⁵ Lert, *ibid.*, pp. 51-54.

¹⁴⁶ Audrey Mariette et Laure Pitti, *Agone*, 2016, à paraître.

d'Orientation Diagnostique, dit TROD), indépendamment de informations personnelles qu'il recueille (ou pas, selon le temps de consultation et le degré d'urgence du motif de consultation). Il le présente ainsi :

« Pour quelqu'un qui vient pour une raison x ou y, je propose toujours un bilan sanguin : les globules, le diabète, le cholestérol, les gammaGT¹⁴⁷ pour parler d'alcool, une sérologie VIH parce que c'est bien que tout le monde ait fait un bilan dans sa vie, VS¹⁴⁸ c'est l'inflammation, hépatites B et C, Chlamydiae non pas pour vous car vous n'êtes pas assez jeune [rires du médecin et de son interlocutrice de 41 ans], syphilis, ALAT pour le foie, créatinine pour le rein, bandelette urinaire, vitamine D parce que tout le monde en manque [...] Et contre le cancer du col votre dernier frottis c'était quand ? »¹⁴⁹

Pour les patients qu'il connaît déjà, quel que soit le motif de consultation, il cherche dans le dossier si des rappels de vaccin sont nécessaires et si le dossier contient les résultats des dépistages (cancer, hépatites, VIH). Il a organisé le dossier informatisé de façon à rendre ces informations immédiatement visibles lorsqu'il l'ouvre.

Ainsi, ce samedi matin, la salle d'attente est pleine. On peut y voir, entre une affiche sur les numéros d'urgence et une table basse portant des livres pour enfants, une affiche informant que le test rapide de dépistage du VIH/sida est disponible dans ce cabinet de groupe et que le résultat est immédiat. Le médecin fait entrer un homme de 42 ans, blanc, père d'une petite fille de 8 mois dont le médecin lui demande des nouvelles au cours de la consultation. Cet homme vient pour une sinusite, dont il a reconnu les symptômes car il en a déjà eu. Après qu'il a décrit ces symptômes, le médecin lui explique qu'il a l'âge où il est recommandé de faire un rappel de vaccin diphtérie-tétanos-poliomyélite, et que lorsqu'on est en contact avec des nouveaux-nés il est recommandé d'y ajouter le vaccin contre la coqueluche :

Consultant : « OK.

André Bertignac : Et sinon vous faites du sport ?

Consultant : Non, les enfants...

André Bertignac : Vous demandez des circonstances atténuantes ? [ils rient] Allez, à poil, jeune homme ! [Pendant qu'il se déshabille :] J'ai regardé dans votre dossier, j'ai constaté que j'avais pas pour vous de sérologie VIH. Vous en avez déjà fait ?

Consultant : Il y a quatre ans.

André Bertignac : La recommandation en France, c'est : actuellement on a 150 000 personnes atteintes par le VIH, on en a dépisté 110 000, il nous en manque 40 000, probablement non dépistés car ils n'appartiennent pas à un groupe à risque –

¹⁴⁷ Enzyme hépatique.

¹⁴⁸ Vitesse de sédimentation, élevée dans de nombreux phénomènes inflammatoires.

¹⁴⁹ Notes d'observation, cabinet médical du XVIII^e arrondissement, 18 mai 2013.

homosexuels, travailleurs migrants, consommateurs de drogue. Donc la recommandation c'est d'en faire un dans la vie.

Consultant : OK.

André Bertignac : Vous préférez une prise de sang au labo ou tout de suite par test rapide ?

Consultant : Tout de suite.

André Bertignac [sort le matériel pour le test] : A priori vous avez pas eu de prise de risques ? Vous avez eu des rapports homosexuels ?

Consultant [tend la main] : Non mais j'ai été jeune.

André Bertignac [prélève une goutte de sang] : Vous avez déjà injecté de la drogue ?

Consultant : Non.

André Bertignac [mélange le réactif avec la goutte de sang] : Un point ça veut dire que le test est bien fait, deux points ça veut dire que vous êtes séropositif, donc y a quand même un petit suspense mais c'est plus [lire : ce n'est plus] des choses très graves aujourd'hui, ce sont des choses qui arrivent dans la vie. [Il verse le mélange sur le buvard : le test est négatif.] Voilà, vous faites pas partie du club des 40 000. »¹⁵⁰

La consultation a duré 35 minutes, comme toutes les consultations de cette matinée qui ont duré environ une demi-heure, qu'il s'agisse d'un suivi de grossesse, de douleurs articulaires, de ganglions persistants chez un enfant. L'approche populationnelle de ce médecin généraliste se traduit par un systématisme pratique, relativement indifférent à la probabilité réelle de trouver des maladies, et cohérent avec l'argumentaire scientifique des tenants du dépistage généralisé.

Cet argumentaire est particulièrement clair dans le discours de Yazdan Yazdanpanah, médecin hospitalier et co-auteur d'une enquête sur les opportunités manquées de dépistage. Cette enquête montre que, sur environ 1000 infections par le VIH récemment diagnostiquées, la moitié des hommes homosexuels et plus de 80 % des individus qui avaient des symptômes de primo-infection ne se sont pas vus proposer de dépistage en médecine générale¹⁵¹. Il relie la défiance médicale vis-à-vis du dépistage à une pensée individuelle plus que populationnelle de la santé :

Maud Gelly : « En lisant les BEH, le rapport Lert-Pialoux, les deux études aux urgences, il me semble que - enfin, notamment depuis le rapport Lert-Pialoux - on revient sur une philosophie "dépistage d'abord des groupes à haut risque"...

¹⁵⁰ Notes d'observation, cabinet médical du XVIII^e arrondissement, 18 mai 2013.

¹⁵¹ Lert, *ibid.*, p. 104.

Yazdan Yazdanpanah : Enfin moi, je ne suis pas d'accord avec ça. [...] Parce que je pense [...] toujours qu'il faut faire un dépistage généralisé. Mais je pense que ce qui se passe - vous avez raison on revient, mais pourquoi on revient ? Parce qu'il y a un problème de faisabilité. C'est un problème de faisabilité. Parce qu'on se rend compte, finalement, que les médecins généralistes ne participent pas à ça. Les études aux urgences - une des études aux urgences - à mon avis, va dans le même sens : ce n'est pas contre le dépistage généralisé. La seule chose, c'est qu'il y a un amalgame entre la médecine individuelle et la médecine collective. Le dépistage, c'est pas pour l'individu. Le dépistage, c'est pour la collectivité. Et donc les chiffres qu'on trouve, on dit que c'est peu, parce que c'est individuel, mais sur un plan collectif, c'est beaucoup. Et donc je pense qu'il y a un problème de médecine individuelle, médecine collective, il y a un problème qu'en France, le médecin généraliste ne se reconnaît pas comme ayant un rôle de médecin de santé publique, il se reconnaît dans un rôle de médecin individuel, donc ça marche pas. Dans les pays où ça marche, c'est des pays où les médecins généralistes sont payés pour un rôle de médecin de santé publique.

Maud Gelly : En Grande-Bretagne notamment, je suppose ?

Yazdan Yazdanpanah : Au Portugal, Grande-Bretagne...

Maud Gelly : [...] Quand vous dites que le médecin généraliste se voit comme médecin d'un patient individuel, c'est-à-dire qu'il évalue les facteurs de risque de son patient et décide ou pas...

Yazdan Yazdanpanah : Voilà, alors que le test, vous ne le faites pas forcément pour lui, vous le faites... vous le dépistez pour la communauté. [...] Et ça, c'est pas compris. Donc, je pense que c'est pour ça. Et après, il faut reconnaître, quand vous faites 1000 tests et que 999 sont négatifs, c'est compliqué. Mais ça veut pas dire qu'il ne faut pas le faire. Parce que quand vous vaccinez, combien de patients vont faire cette maladie ? Très peu, vous vaccinez quand même. Et c'est ça qui n'a pas été compris.

Maud Gelly : Et pourquoi ? Comment ça se fait que c'est compris pour les vaccins et pas pour... ?

Yazdan Yazdanpanah : Parce que c'est pas la même chose : on considère le dépistage comme un acte individuel et pas un acte de prévention collective, en fait. »¹⁵²

Les arguments des organisations professionnelles de médecins généralistes contre la proposition systématique du dépistage donnent raison à l'interprétation de Yazdan Yazdanpanah. En janvier 2012, le Collège National des Généralistes Enseignants prend position contre la proposition systématique de dépistage en médecine générale¹⁵³ en s'appuyant sur une étude conduite aux urgences hospitalières (dite étude Urgences île-de-France) qui retrouvait, sur près de 80 000 dépistages, un seul test positif qui ne soit ni celui d'un homme homosexuel ni celui d'une personne migrante d'Afrique subsaharienne. Une autre étude conduite aux urgences, dite URDEP, retrouve, sur environ 180 000 dépistages, sept tests positifs en dehors de ces deux groupes. La lecture critique de ces deux études par

¹⁵² Yazdan Yazdanpanah, entretien le 23 avril 2013.

¹⁵³ Lert, *ibid.*, pp. 51-54.

l'ANRS conclue que ces expérimentations « divergentes sur leurs conclusions [...] ne soutiennent pas la recommandation d'un dépistage universel de toute la population sur tout le territoire. »¹⁵⁴

Paradoxalement, la stratégie de dépistage ciblé l'emporte avec des logiques diamétralement opposés soutenues chacune par des agents de deux sous-champs médicaux : les agents du « sous-champ de la médecine clinique » misent sur les bénéfices individuels respectifs des stratégies ciblées et généralisées de dépistage, quand ceux du « sous-champ de la médecine sociale »¹⁵⁵, ici représenté par les institutions de santé publique, de veille sanitaire et de recherche épidémiologique, misent sur les bénéfices collectifs respectifs du ciblage et du systématisme en matière de dépistage. À chacune de ces deux logiques de l'action publique correspond un type d'acteur pour la mettre en œuvre : les médecins généralistes pour mettre en œuvre le dépistage généralisé et pour que chaque individu dépisté y gagne une espérance de vie similaire à celle de la population générale, des dispositifs spécifiques pour mettre en œuvre le dépistage ciblé et pour que l'ensemble de la population y gagne un risque de contamination plus faible.

Les défenseurs du dépistage ciblé misent sur la réduction de la transmission du VIH dans l'ensemble de la population par le traitement précoce des individus dépistés plus régulièrement et plus précocement dans les groupes les plus exposés. Des dispositifs spécifiques, publics et associatifs, sont alors nécessaires pour atteindre ces groupes de population. Il s'agit de dépister fréquemment pour traiter avant la contamination des partenaires. L'individu dépisté et traité en retire un bénéfice certain pour sa santé, mais, si le dépistage est avancé de quelques mois, la différence pour lui n'est pas majeure. Elle l'est pour ses partenaires.

Les défenseurs du dépistage généralisé n'excluent pas le dépistage ciblé comme moyen de dépister le plus tôt possible des individus qui sont déjà régulièrement dépistés, mais avancent que le dépistage généralisé est le seul moyen d'atteindre ceux qui ne sont jamais dépistés parce qu'ils ne sont pas identifiés comme appartenant à des groupes surexposés au VIH. Une telle modalité de dépistage, semblable aux dépistages organisés mis en œuvre à l'échelle nationale pour les cancers du sein et du côlon, s'appuierait comme eux sur les médecins généralistes :

Maud Gelly : Quelles sont les priorités actuelles pour le dépistage ?

Yazdan Yazdanpanah : Ah, mais je pense que c'est le médecin généraliste. On parle beaucoup, enfin beaucoup, beaucoup des TROD, mais ça, c'est minime. L'impact est

¹⁵⁴ Lert, *ibid.*, pp. 45-50 et 54.

¹⁵⁵ Le troisième sous-champ médical défini par Patrice Pinell correspond aux sciences accessoires (pharmacie, chimie, etc.) : voir Patrice Pinell, « À propos du champ médical : quelques réflexions sur les usages sociologiques du concept de champ », in Frédéric Lebaron, Gérard Mauger (dir.), *Lectures de Bourdieu*, Paris, Ellipses, 2012, pp. 305-318.

minime. C'est bien de diversifier l'offre, mais la cible principale, c'est le médecin généraliste.

Maud Gelly : Pour toucher tout le monde.

Yazdan Yazdanpanah : Oui.

Maud Gelly : Alors plus les médecins généralistes que les CDAG ou les expériences associatives...

Yazdan Yazdanpanah : Ah oui ! Je ne dis pas qu'il ne faut pas faire, mais en termes d'impact, ça n'a rien à voir. Je pense que les CDAG, c'est plutôt pour dépister fréquemment.

Maud Gelly : Et les assoc' ?

Yazdan Yazdanpanah : Oui les assoc' aussi. [...] L'idée c'est d'essayer de dépister régulièrement et donc plus précocement.

Maud Gelly : Alors que ce que vous dites avec les médecins généralistes, c'est de dépister des gens qui ne sont pas dépistés, c'est ça ?

Yazdan Yazdanpanah : Oui. »¹⁵⁶

Le dépistage généralisé par les médecins généralistes de ville n'ayant donc jamais été mis en œuvre, qu'en est-il des deux autres piliers de la stratégie de dépistage annoncée par le Plan National VIH 2010-2014 ? Il s'agit des Centres de Dépistage Anonymes et gratuits (CDAG) et des associations.

L'organisation et le financement du dispositif de dépistage anonyme et gratuit, créé par décret en 1988, passe avec la loi Hôpital Patients Santé Territoires de 2009 de la responsabilité des préfets à celle des Agences Régionales de Santé, qui doivent créer au moins une consultation de dépistage anonyme et gratuit du VIH par département et en informer le préfet¹⁵⁷. Les CDAG peuvent être gérées par un établissement de santé public ou privé assurant une ou plusieurs missions de service public, un centre de santé, ou encore par un service ou organisme relevant d'une collectivité territoriale ayant conclu une convention avec l'État. Ils sont souvent associés à un Centre d'Information, de Dépistage et de Diagnostic des Infections Sexuellement Transmissibles (CIDDIST)¹⁵⁸.

L'état des lieux de la DGS mené en 2007 dénombrait 382 sites CDAG et/ou CIDDIST sur 99 départements, répartis en :

¹⁵⁶ Yazdan Yazdanpanah, entretien le 23 avril 2013.

¹⁵⁷ Ordonnance no 2010-177 du 23 février 2010 prise pour l'application de loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST).

¹⁵⁸ Circulaire DGS/RI2 n° 2012-222 du 1er juin 2012 relative au financement des consultations de dépistage anonyme et gratuit de l'infection par le VIH, *BO Santé-Protection sociale-Solidarité* n° 2012/7 du 15 août 2012, pp. 339-344.

- 244 sites CDAG/CIDDIST pratiquant à la fois l’activité CDAG et CIDDIST sur le même lieu dont 106 en milieu hospitalier ;
- 108 sites CDAG uniquement dont 74 en milieu hospitalier ;
- 30 sites uniquement CIDDIST dont 18 en milieu hospitalier¹⁵⁹.

Ils sont financés par la branche Maladie de la Sécurité Sociale, qui rembourse à 100 % les tests effectués. L’État finance les salaires des personnels, et les Conseils Généraux financent le dépistage des Infections Sexuellement Transmissibles :

« La base forfaitaire (de 61 790 €) est déterminée pour un « CDAG standard » ouvrant au moins 10 heures par semaine, et assurant une activité entre 1 400 et 2 000 consultations par an. »¹⁶⁰

Il résulte de cette diversité des sources de financement une grande hétérogénéité des services proposés par les CDAG sur le territoire national, qui nuit à l’efficacité de l’action publique. Plus important : si le dispositif est hétérogène et insuffisamment efficace, cela signifie qu’il coûte cher pour pas grand-chose. Une circulaire de juin 2012 relative au financement des consultations de dépistage anonyme et gratuit de l’infection par le VIH témoigne ainsi de l’inquiétude des pouvoirs publics vis-à-vis du coût du dispositif de dépistage. Le directeur général de la santé, Jean-Yves Grall, s’y adresse, « pour la ministre et par délégation », aux directeurs généraux des Agences Régionales de Santé :

« Des difficultés nous ont été remontées concernant le financement actuel des CDAG hospitalières et non hospitalières qui ne leur permettrait pas de réaliser des actions « hors les murs », l’achat de tests rapides d’orientation diagnostique (TROD) du VIH (qui ne sont pas des actes de biologie médicale). De plus, ce financement ne s’étend pas au dépistage d’autres IST alors qu’il est recommandé par le Plan national VIH/sida et IST 2010-2014, tel que le dépistage systématique des chlamydiae chez les jeunes femmes de moins de 25 ans et leurs partenaires ou le dépistage de la syphilis pour certains publics (HSH notamment). Certains conseils généraux ont pris l’initiative de supporter cette dépense, mais cela conduit à des inégalités territoriales et à des difficultés de financement lorsque le conseil général choisit d’abandonner la compétence en matière de lutte contre les IST consécutivement à la loi relative aux libertés et responsabilités locales du 13 août 2004. Les départements ayant conservé la compétence en matière d’IST sont passés de 48 sur 100 en 2004 à 40 à fin 2011. »¹⁶¹

¹⁵⁹ Danièle Jourdain-Menninger, Gilles Lecoq, « Évaluation de la mise en œuvre de la recentralisation de la lutte contre les infections sexuellement transmissibles », *Inspection Générale des Affaires Sociales*, août 2010.

¹⁶⁰ Circulaire DGS/RI2 n° 2012-222 du 1er juin 2012 relative au financement des consultations de dépistage anonyme et gratuit de l’infection par le VIH, *BO Santé-Protection sociale-Solidarité* n° 2012/7 du 15 août 2012, pp. 339-344.

¹⁶¹ Circulaire DGS/RI2 n° 2012-222 du 1er juin 2012 relative au financement des consultations de dépistage anonyme et gratuit de l’infection par le VIH, *BO Santé-Protection sociale-Solidarité* n° 2012/7 du 15 août 2012, pp. 339-344.

Pour l'État, il importe donc de faire mieux pour moins cher. L'ouverture de la pratique du dépistage aux associations, au moyen de tests rapides, s'inscrit dans ce cadre.

Or, à un an du terme du plan national VIH 2010-2014, le bilan quantitatif de sa mise en œuvre met en évidence une stabilité du nombre de sérologies à l'échelle nationale et en CDAG (5 millions dont 367000 en CDAG). La contribution des tests rapides réalisés par des associations est marginale en nombre (4000 en 2011, 31700 en 2012) mais retrouve une plus forte proportion de sérologies positives : 10,5/1000. À titre de comparaison, elle est de 3,5/1000 en CDAG et 2/1000 au niveau national en 2012 (proportions stables depuis 2006 pour les CDAG et les chiffres nationaux). 30 % des personnes dépistées par les associations au moyen de tests rapides n'avaient jamais fait de dépistage au cours de leur vie. Le ciblage des publics par les associations a donc bien été plus efficace, mais sa contribution globale au dispositif de dépistage est de faible ampleur.

Dans les associations, les taux de sérologies positives sont les suivants :

- 16,8/1000 pour les hommes homosexuels et bisexuels,
- 10,6/1000 pour les usagers de drogue,
- 7,3/1000 pour les migrants,
- 24/1000 pour les personnes prostituées,
- 2/1000 pour les « autres publics »¹⁶².

La lecture de ces documents institutionnels et de ces données épidémiologiques donne à voir la traduction, au niveau du dépistage, de l'inégale distribution sociale historique de l'épidémie de sida : un dispositif généraliste pour une maladie inégalement répartie, et des pratiques de ciblage des populations les plus atteintes, parmi lesquelles, depuis 2008, des expériences de dépistage dit communautaire par TROD, légal depuis 2010.

L'ANRS publie en 2013 une synthèse des recherches sur le dépistage du sida. Elles montrent que :

- l'épidémie reste forte en population générale dans les Départements français d'Amérique [Guadeloupe, Martinique, Guyane], notamment en Guyane, alors qu'en métropole l'épidémie est concentrée parmi les hommes homosexuels et les personnes immigrées d'Afrique subsaharienne ;
- la proportion de diagnostics tardifs est stable, « laissant les personnes vivre pendant plusieurs mois ou années avec une infection non diagnostiquée, sans prise en charge et avec le risque de transmettre leur infection. » Les diagnostics tardifs sont moins fréquents chez les hommes homosexuels que chez les hommes hétérosexuels, et chez les femmes ils sont plus fréquents parmi les femmes immigrées d'Afrique subsaharienne ;

¹⁶² Françoise Cazein, Yann Le Strat, Jocelyn Dutil, Sophie Couturier, Charly Ramus, Caroline Semaille, « Dépistage de l'infection par le VIH en France, 2003-2012 », *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, 2013, 33-34, pp. 410-416.

- les infections non diagnostiquées apparaissent moins nombreuses dans l'estimation de 2012 que dans celles de 2008, et concentrées pour les deux tiers d'entre elles parmi les hommes homosexuels et les personnes originaires d'Afrique subsaharienne. Cette nouvelle estimation remet en cause le calcul du rapport coût-efficacité sur lequel s'appuient la HAS et le plan national VIH 2010-2014 pour recommander le « dépistage pour tous », c'est-à-dire proposé à tous « sans recherche des facteurs ou des comportements à risque »¹⁶³.

Dès lors, la question du dépistage des « non-consultants » dont parlait David Armstrong devient centrale, et les expériences associatives menées sporadiquement depuis quelques années vont trouver un soutien institutionnel qui ne leur était pas acquis d'avance et qui va permettre leur extension et leur consolidation par la voie de financements publics.

3. Le dépistage associatif dit « communautaire » : extension du domaine de l'action associative ou redéploiement de l'action publique ?

Le rôle du dépistage associatif dit « communautaire » dans le dispositif de santé publique ne peut donc être compris que par l'examen de politiques publiques qui associent d'une part le ciblage de populations surexposées, au moyen de médiations associatives, et d'autre part la mise en œuvre en population générale d'objectifs de santé publique par des acteurs privés tirant leurs revenus de la protection sociale : les médecins généralistes de ville, très majoritairement libéraux, dont on a vu que la majorité s'y montre fort peu disposée.

Malgré le consensus scientifique et politique pour étendre le dépistage à la fin des années 1990, l'action publique en matière de dépistage connaît peu d'évolutions pendant une dizaine d'années. Cependant, les premiers projets de dépistage associatif allant « au-devant » des populations émergent, et sont d'abord développés en direction des gays. Au début des années 2000 se multiplient, dans d'autres pays, des expériences de dépistage au sein de structures associatives menées au moyen de tests rapides, par prélèvement d'une goutte de sang au bout du doigt suivi d'une lecture immédiate du résultat du test. C'est le cas notamment du projet « Checkpoint » mené à Amsterdam depuis 2000¹⁶⁴. La plupart de ces expériences se veulent « communautaires », c'est-à-dire que le dépistage y est mis en œuvre non par des professionnels de santé, mais par des militants associatifs issus du groupe visé, ici des hommes homosexuels.

En 2007, s'inspirant d'expériences associatives de ce type, la délégation départementale AIDES de l'Hérault développe le projet du Checkpoint de dépistage rapide,

¹⁶³ France Lert (dir.), *Dépistage de l'infection VIH en France 2009-2011. Synthèse des études et recherches*, Paris, ANRS, 2013, pp. 11-15.

¹⁶⁴ Laetitia Darmon, « Tests rapides. La France lambine », *Le Journal du sida*, 2008, 202.

qui se veut un projet « de santé publique et de santé communautaire »¹⁶⁵. Les débats dans AIDES opposent alors les tenants d'une position dure, partisans de la « désobéissance civile » prêts à « faire du dépistage rapide, le couteau entre les dents »¹⁶⁶, aux partisans de la négociation avec les pouvoirs publics dans le but de faire reconnaître par l'expérimentation la « plus-value » apportée par les tests rapides et par le dépistage associatif. La résolution sur le dépistage, adoptée par le CA des 24 et 25 février 2007¹⁶⁷, entérine la victoire des tenants de l'expérimentation. L'argument qui tranche le débat tient au fait que le dépistage est légal et en principe accessible à tous, ce qui rend politiquement moins légitime sa pratique militante illégale, à moins de prouver son intérêt pour la santé publique¹⁶⁸. En 1987, un an avant la loi qui crée les centres de dépistage anonymes et gratuits, les associations AIDES et Médecins du Monde organisent les premiers dépistages anonymes et gratuits dans les locaux parisiens de Médecins du Monde, rue du Jura. Lorsque l'association AIDES a commencé en 1989 à pratiquer avec Médecins du Monde l'échange de seringues, illégal jusqu'en 1995, elle l'a fait sans prouver l'intérêt sanitaire de cette pratique, dans un contexte législatif très répressif vis-à-vis de la toxicomanie et où le bénéfice de l'échange de seringues pour la prévention de la transmission du VIH se passait de démonstration. En 2007, les années de fréquentation des instances de la « modernité thérapeutique »¹⁶⁹ ont rendu plus efficace la stratégie de légitimation du dépistage « communautaire » par la recherche. On reviendra plus longuement dans le chapitre suivant sur la stratégie développée par AIDES pour obtenir le droit pour des non-professionnels de santé de pratiquer les tests de dépistage, en faisant valider cette pratique « communautaire » par la recherche.

Retenons pour l'instant que les expérimentations de dépistage associatif hors pratique médicale, dit « communautaire », relèvent alors d'un double compromis. Pour AIDES, il permet de satisfaire une des revendications de l'association tout en consolidant sa position dans le champ médical. Quant aux pouvoirs publics, il leur permet d'une part d'accéder à une revendication associative sans paraître lui céder dans un contexte où il leur faudra convaincre les instances professionnelles médicales soucieuses de leurs prérogatives, d'autre part de déléguer à moindres frais un acte de santé publique à des militants bénévoles ou salariés sur les fonds de l'association. Car les enjeux financiers sont sans appel : le salaire des salariés associatifs interrogés est de 1700 euros nets pour un temps plein, celui des infirmières enquêtées en CDAG en début de carrière étant de 1800 euros, celui des médecins contractuels de CDAG de 3000 euros en équivalent-temps plein, et celui des médecins hospitaliers titulaires assurant une partie de leur temps de travail en CDAG est de 4000 euros.

¹⁶⁵ AIDES, « Note sur l'ouverture d'un Checkpoint de dépistage à la délégation départementale de l'Hérault » (document préparatoire au CA des 8 et 9 septembre 2007), 2007.

¹⁶⁶ Entretien avec des membres de la Mission Innovation Recherche et Expérimentation de AIDES le 5 avril 2012.

¹⁶⁷ AIDES, CA 24-25 février 2007, point 8, « Projet de résolution dépistage ».

¹⁶⁸ Bruno Spire, président de AIDES, entretien le 10 septembre 2012.

¹⁶⁹ Nicolas Dodier, *Leçons politiques de l'épidémie de sida*, Paris, EHESS, 2003.

L'espace social du sida est saturé de grilles de lecture héroïques de sa propre histoire : les associations contre l'État, les malades contre les médecins, Act Up contre AIDES, etc. L'investigation d'un objet désormais approprié par ces différentes catégories d'acteurs, tel que le dépistage, met au contraire en évidence les compromis tactiques, les convergences d'intérêts¹⁷⁰ et les vecteurs de la division du travail de santé publique entre les acteurs du champ.

Après la mise sur le marché des trithérapies en 1996, les militants de toutes les associations de lutte contre le sida se font moins nombreux et les différentes composantes du monde associatif optent pour des stratégies différentes, allant du rapprochement avec d'autres mouvements sociaux pour Act Up-Paris à un investissement accru de l'aide aux malades ou d'autres domaines de la santé publique pour AIDES et d'autres associations¹⁷¹. L'histoire des débats qui ont entouré entre 2007 et 2012 la question du dépistage du sida et de l'inclusion des associations dans le dispositif de dépistage permettra, dans le chapitre 2, de rendre compte de l'approfondissement des liens entre des agents du champ médical et du monde associatif à l'ère des antirétroviraux, mais aussi les effets de la chronicisation de la maladie sur la différenciation sociale de l'épidémie et de sa gestion, le dépistage des publics difficiles à atteindre étant délégué aux associations.

Plus que de nouvelles conquêtes du mouvement associatif, la recherche communautaire et le dépistage communautaire sont des témoins de l'évolution contemporaine des rapports entre l'action publique et l'action associative, dans un contexte de stabilisation de l'épidémie, de faiblesse des mouvements sociaux et de restriction des budgets publics.

La question du dépistage associatif se pose à des associations en perte de vitesse et en crise, qui se sont d'abord spécialisées dans la prévention, et elle se pose dans une période où l'action publique se déplace de la prévention primaire (éviter les contaminations) vers le traitement, qui suppose le dépistage. La question du dépistage devient donc un enjeu pour les associations, mais il s'agit nécessairement d'un dépistage ciblé : pour les mêmes raisons que celles pour lesquelles l'administration ne savait pas faire de prévention en milieu gay et déléguait ce travail aux associations, elle ne sait pas y faire de dépistage.

Mais les conditions dans lesquelles les associations peuvent être autorisées à pratiquer cet acte médical vont être négociées dans un rapport de forces qui s'est nettement déplacé en faveur des institutions médicales : on va le voir, il aura fallu que les associations présentent des garanties, qui passent par une forme d'expertise scientifique permettant d'éliminer les petites associations.

¹⁷⁰ Sébastien Dalgalarro, *Sida : la course aux molécules*, Paris, EHESS, 2004, notamment pp. 279, 203, 323 et 341-358.

¹⁷¹ Claude Thiaudière, *Sociologie du sida*, Paris, La Découverte, 2002, pp. 40-45.

4. Conclusion : des victimes de la maladie aux porteurs du virus

Au début du XXI^e siècle, les hésitations du dépistage du sida, entre dépistage ciblé et généralisé, en disent long sur la représentation sociale de l'épidémie et son évolution. Vingt ans de traitements efficaces ont fait du sida une maladie chronique, mais, contre le programme voulu par l'État en 2010, les organisations professionnelles de médecins généralistes et le monde de la recherche médicale ont conduit à abandonner le volet universel du dépistage sans même qu'il ait été mis en œuvre. Dès lors, l'extension du dépistage repose principalement sur des expériences de dépistage hors des institutions de soin, qu'elles soient nommées « dépistage hors-les-murs » lorsqu'elles sont menées par des professionnels de santé (de CDAG, en général) ou « dépistage communautaire » lorsqu'elles sont l'œuvre d'associations. Ces deux modalités de dépistage visent à atteindre, par l'intermédiaire de médiateurs (qu'ils soient salariés ou militants associatifs, premiers à faire les frais de la baisse des financements publics aux associations¹⁷², ou salariés d'institutions de soin) les groupes les plus exposés au VIH, définis principalement par leur sexualité et leur origine nationale.

En dépit des discours plaçant le traitement précoce des malades au même niveau que la réduction de la transmission du virus parmi les deux objectifs du dépistage du sida, les modalités de son organisation sociale le rapprochent des dépistages des fléaux sociaux, qui visent avant tout à diminuer la transmission. De façon significative, les groupes les plus exposés sont d'ailleurs souvent nommés « groupes de transmission » dans la littérature épidémiologique, puis, plus récemment, « populations-clés »¹⁷³, c'est-à-dire clés de contrôle de l'épidémie. Le dépistage du sida au début du XXI^e siècle relève donc du dispositif de sécurité décrit par Michel Foucault, où les groupes d'individus « ne sont pertinents que comme instrument, relais ou condition pour obtenir quelque chose au niveau de la population »¹⁷⁴. En 2014, au terme du plan national VIH 2010-2014, les orientations stratégiques prises pour le dépistage du VIH en font un dispositif plus efficace pour dépister ceux qui transmettent le virus que ceux qui meurent de la maladie.

La priorité accordée au dépistage et au traitement des « population-clés » se soutient d'une rhétorique largement publicisée lors des trente ans de l'épidémie : la « fin du sida » serait à portée de main¹⁷⁵. Dans son étude sur le traitement préventif de la maladie du

¹⁷² AIDES, « Dans une situation économique difficile, AIDES annonce la mise en place d'un projet de Plan de sauvegarde de l'emploi (PSE) », communiqué de presse, 17 décembre 2013 : l'association annonce la suppression de 65 postes sur les 460 que compte l'association, suite à la baisse des financements publics ; une intersyndicale Sud, CGT, CFDT, FO met en cause les responsabilités de la direction de AIDES dans ces difficultés financières : <http://aideslaverite.free.fr/>, page consultée le 25 mars 2015.

¹⁷³ Annabel Desgrées du Loû et Bruno Spire, « Éditorial. Des études essentielles pour adapter la prévention et la prise en charge des populations clés », *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, 2013, 39-40, pp. 494-495.

¹⁷⁴ Michel Foucault, *Sécurité, territoire, population. Cours au Collège de France. 1977-1978*, Paris, Gallimard/Seuil, 2004, pp. 44-45.

¹⁷⁵ ONUSIDA, *Accélérer la riposte. Mettre fin à l'épidémie de sida d'ici à 2030*, 2014.

sommeil (et ses ratés) mis en œuvre par la médecine coloniale en Afrique dans les années 1950, Guillaume Lachenal met en évidence les caractéristiques de la théorie « éradicationniste » des « maladies sociales » (dont la définition englobait à l'époque la tuberculose, la syphilis, la malaria, la lèpre et la maladie du sommeil). Leur « prévention [...] passe par la réduction, voire par l'élimination, du "réservoir de virus" constitué par les porteurs de germes : le traitement des cas individuels se justifie par l'œuvre préventive entreprise à l'échelle collective. » Lachenal note que « l'écho avec les politiques contemporaines de *Treatment-as-Prevention* contre le VIH n'est pas accidentel ». On y retrouve en effet l'horizon de l'éradication de la maladie, un certain « messianisme technologique », la dialectique individu/masse et le découpage de la population en masses dont le traitement suffirait à éradiquer la maladie¹⁷⁶, ainsi que la part d'irrationnel que mobilise toujours, selon Jean-Pierre Dozon, la médecine préventive¹⁷⁷.

Pour ce qui concerne l'épidémie de sida, après l'innovation technologique qu'ont représenté les trithérapies en 1996, l'objectif d'éradication s'appuie sur l'extension du traitement et sur l'extension du dépistage, grâce à deux autres innovations : les tests rapides (dits TROD, pour Tests Rapides d'Orientation Diagnostique), par prélèvement d'une goutte de sang au bout du doigt, et tout récemment les autotests, par autoprélèvement d'une goutte de sang au bout du doigt, commercialisés en France en septembre 2015. Ces nouvelles modalités techniques de dépistage sont promues, on l'a vu, pour les groupes de populations qui ne se font pas spontanément dépister, mais les actions de dépistage développées depuis la commercialisation des tests rapides visent principalement les « populations-clés »¹⁷⁸, afin que les traitements précoces fassent baisser la « charge virale communautaire »¹⁷⁹ et enrayerent la progression de l'épidémie. Les instruments de dépistage ont donc, comme ceux mis en œuvre aux États-Unis pour dépister l'usage de drogues au travail, contribué à « [réduire le] problème à sa solution » et à « naturaliser, par les usages dont ils font l'objet, les contours des problèmes qu'ils sont amenés à traiter »¹⁸⁰.

Quant au découpage des populations en groupes dont le dépistage et le traitement suffirait à protéger l'ensemble de la population, il varie avec les connaissances épidémiologiques et avec la légitimité politique des principes de classement des publics : découpage racial dans l'Afrique coloniale des années 1950 étudiée par Guillaume Lachenal, découpage de classe dans les États-Unis du début du XX^e siècle. Dans son étude de

¹⁷⁶ Guillaume Lachenal, *Le médicament qui devait sauver l'Afrique. Un scandale pharmaceutique aux colonies*, Paris, La Découverte, 2014, pp. 61-62, pp. 134-135, pp. 221-228, p. 104 et sa note malicieuse p. 265.

¹⁷⁷ Jean-Pierre Dozon, « Quatre modèles de prévention », in Jean-Pierre Dozon et Didier Fassin (dir.), *Critique de la santé publique. Une approche anthropologique*, Paris, Balland, 2001, pp. 23-46.

¹⁷⁸ Annabel Desgrées du Loû et Bruno Spire, « Éditorial. Des études essentielles pour adapter la prévention et la prise en charge des populations clés », *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, 2013, 39-40, pp. 494-495.

¹⁷⁹ Renaud Persiaux et Gilles Pialoux, « La charge virale communautaire, nouvel outil pour enrayer l'épidémie ? », *Transcriptases*, 2011, 146, pp. 33-36.

¹⁸⁰ Renaud Crespin, « Quand l'instrument définit les problèmes. Le cas du dépistage de drogues dans l'emploi aux États-Unis », in Claude Gilbert et Emmanuel Henry (dir.), *Comment se construisent les problèmes de santé publique*, Paris, La Découverte, 2009, pp. 215-236.

l'organisation de la lutte contre la typhoïde par la ville de New York en 1915, John Andrew Mendelsohn montre en effet comment la priorité donnée par la ville au contrôle des porteurs sains du bacille de la typhoïde la conduit à négliger les soins aux malades de la typhoïde, majoritairement pauvres. Il en tire les conclusions suivantes :

- la gestion des porteurs sains n'est pas la gestion des déterminants sociaux de la maladie étendue au groupe social des porteurs sains, mais la gestion du microbe ;
- la continuité entre l'individu et son groupe social a été brisée par la théorie bactériologique ;
- dans son combat pour s'établir, la santé publique appuie son autorité sur le laboratoire et renonce à sa responsabilité pour ce qui concerne les déterminants sociaux des épidémies ;
- il ne suffit pas de cibler les pauvres pour faire de la médecine sociale¹⁸¹.

Bien que le terme de « porteurs sains » n'a jamais été utilisé pour le VIH, l'histoire de Mary Typhoid, « la plus célèbre des "porteuses saines" de la santé publique américaine »¹⁸², faite par Mendelsohn apporte un éclairage sur d'autres politiques de santé publique. L'étude du dépistage du sida en France dans les années 2000 retrouve en effet des traits communs :

- la continuité entre l'individu et son groupe social a été brisée par le développement des traitements, comme en témoigne l'absence, en dépit des discours prônant le développement par la santé communautaire de solidarités entre personnes exposées, de pratiques de ce type dans les deux associations observées ;
- il ne suffit pas de cibler les « communautés » (ou les groupes sociaux pensés comme tels) pour faire de la santé communautaire (ou du moins ce qu'elle dit vouloir être).

Mais des différences importantes distinguent les contextes politiques, et partant la gestion sanitaire de ces deux épidémies à un siècle d'intervalle. En 1915 à New York, le contrôle des porteurs sains repose sur le développement de mesures de police, ce qui permet à Mendelsohn d'écrire qu'il existe des limites politiques au développement de programmes sociaux à des fins sanitaires, mais pas de limites légales au développement de mesures de police à des fins sanitaires, qu'elle s'exerce contre des individus ou des groupes sociaux. En 2010 en France, il existe des limites politiques au développement de mesures de police à des fins sanitaires, comme en témoigne le consensus politique contre les mesures de dépistage obligatoire du VIH et de police sanitaire réclamées par la seule extrême-droite au milieu des années 1980¹⁸³ et par la droite au début des années 1990. Quant aux limites au développement de programmes sociaux à des fins sanitaires, elles résultent :

- de l'organisation de la profession médicale, dominée par une médecine libérale historiquement arrimée au « colloque singulier » et peu disposée à penser la santé à

¹⁸¹ John Andrew Mendelsohn, « "Typhoid Mary" Strikes Again. The social and the Scientific in the Making of Modern Public Health », *Isis*, 1995, 86, pp. 268-277.

¹⁸² Lachenal, *op. cit.*, p. 134.

¹⁸³ Pinell, 2002, *op. cit.*, pp. 88-94

l'échelle populationnelle, ce qui peut expliquer le refus par les organisations professionnelles de médecins généralistes de proposer systématiquement un test de dépistage qui reviendra très rarement positif ;

- des points aveugles de la connaissance épidémiologique des déterminants sociaux des contaminations et de la mortalité, comme le montrera le chapitre 3 ;
- de choix économiques, organisant une division du travail de santé publique qui délègue à moindres frais à des associations le dépistage dans les groupes où il sera plus « rentable » en termes de découverte de séropositifs, comme on va le voir dans le chapitre 2.

Chapitre 2

Entre champ médical et espace associatif : la division du travail de santé publique

Depuis que des traitements efficaces sont disponibles, l'action publique en matière de lutte contre le sida a donc pour principal objectif de trouver des malades qui s'ignorent, comme en témoigne l'argumentaire qui soutient l'extension du dépistage prônée par la Haute Autorité de Santé en 2009 et par le Plan national VIH 2010-2014. Mais si ces malades ne sont pas identifiés, c'est qu'ils ne recourent pas spontanément aux services dédiés au dépistage du VIH, les CDAG, et ne sollicitent pas de test de dépistage auprès de leur médecin traitant. Les trouver suppose alors de développer des services mobiles de dépistage et par contre-coup d'avoir recours à une main-d'œuvre volontaire pour le dépistage mobile. Cette main-d'œuvre est rare dans le service public, plus abondante et volontaire dans les associations de lutte contre le sida, qui cherchent à développer des actions pérennes dans un contexte où elles sont en difficulté financière.

Ce chapitre retrace donc l'histoire récente de l'investissement associatif dans le dépistage du VIH/sida, afin de dégager des éléments d'analyse générale sur la division du travail de santé publique à l'ère du « nouveau management public » en matière de santé¹⁸⁴. Dans un « monde de la santé publique que l'on sait structuré par la tension entre contestations du magistère médical et redéploiement de la profession médicale »¹⁸⁵, on verra notamment quels types de produits intellectuels et quels agents portent ces deux dynamiques qui n'ont de contradictoire que l'apparence.

Alors que l'histoire de la lutte contre le sida a souvent été écrite à la fin des années 1990 comme spécifique et exemplaire de l'émergence d'une contre-expertise¹⁸⁶, on la relira à l'aune des travaux sociologiques développés dans les années 2000 sur l'action associative. En particulier, Yves Lochard et Maud Simonet-Cusset, dans leur enquête sur l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale, qu'ils analysent comme un cas emblématique de « l'entrée critique des associations sur le front du savoir », mettent en évidence la « conversion institutionnelle de la contestation associative » et le « loyalisme critique » de ces dernières¹⁸⁷. La composition de l'instance qu'ils étudient est identique à celles dont il va être question ici : ces instances associent des représentants

¹⁸⁴ Nicolas Belorgey, *L'hôpital sous pression. Enquête sur le « nouveau management public »*, Paris, La Découverte, 2010.

¹⁸⁵ François Buton, Frédéric Pierru, « Instituer la police des risques sanitaires. Mise en circulation de l'épidémiologie appliquée et agencification de l'État sanitaire », *Gouvernement et action publique*, 2012/4, 4, pp. 67-90.

¹⁸⁶ Voir par exemple Janine Barbot, *Les malades en mouvement. La médecine et la science à l'épreuve du sida*, Paris, Balland, 2002.

¹⁸⁷ Yves Lochard et Maud Simonet-Cusset, « La parabole de l'Observatoire ou les limites à l'institutionnalisation d'un "partenariat cognitif" avec les associations », *Politix*, 2005/2, n°70, pp. 51-70.

d'administrations, des chercheurs et des représentants d'associations. À travers le cas du dépistage du sida, on prolongera l'analyse du loyalisme critique des associations en montrant que la critique associative n'est audible dans ces instances que parce que les associations sont loyales dans l'action. Or cette loyauté pratique, à l'œuvre dans la division du travail de santé publique entre associations et services publics, contribue à durcir les catégories épidémiologiques : aux services publics la population générale, aux associations des publics pensés comme spécifiques et homogènes.

1. Le dépistage associatif du VIH/sida : entre contestation et délégation des pratiques médicales

Sans refaire l'histoire de l'action publique et associative en matière de lutte contre le sida, on en présentera les principaux éléments nécessaires à la compréhension de l'évolution récente de la politique de dépistage. La période 1981-1986 est marquée par le développement d'associations diverses, dont AIDES sera la seule à s'implanter dans le temps. La période 1986-1989 est celle de la première politique publique, initiée par Michèle Barzach, et de la scission de AIDES, aboutissant à la création d'autres associations qui n'entameront pas sa position dominante dans le mouvement. La période 1989-1996 correspond à l'institutionnalisation des politiques publiques, avec notamment l'intervention de l'État dans le financement des associations¹⁸⁸. Quand les traitements efficaces sont commercialisés en 1996, l'espace sida est donc stabilisé. En quoi vont-ils le modifier ?

Les associations de lutte contre le sida se sont développées dès les débuts de l'épidémie, en 1982 à New York et à Londres, et en France en 1982 avec l'Association de recherche sur le sida (Arsida), créée par des médecins afin de collecter des fonds pour leurs recherches. Cette association disparaît rapidement. Des militants de l'Association des Médecins Gays créent Vaincre le sida (VLS) en 1983, et deux médecins créent l'Association pour la recherche clinique contre l'AIDS et sa thérapeutique (Arcat-sida) en 1985. Line Renaud fonde l'Association des artistes contre le sida (AACS). Ces deux formes d'action, professionnelle et philanthropique, sont proches des modèles développés dans la lutte contre le cancer et la tuberculose.

Par rapport aux associations de malades existant depuis les années 1950, les spécificités du mouvement associatif qui va se développer autour du sida résident dans la combinaison de la défense des malades et de l'action revendicative, et dans son enracinement dans le mouvement homosexuel (dont elle veillera cependant à rester distincte). C'est la création de AIDES en 1984 par Daniel Defert qui donne à la mobilisation une autre dimension et un autre visage : l'association se veut généraliste - donc prend ses distances avec le mouvement politique homosexuel - et centrée sur des fonctions de soutien

¹⁸⁸ Pinell et al., 2002, *op. cit.*

aux malades (puis d'auto-support) et de médiation entre institutions et malades, ce qui la distingue de l'action philanthropique et professionnelle.

Lorsque Daniel Defert réunit en 1984 le petit groupe qui fondera AIDES, il entend créer contre le sida un mouvement inspiré du Groupe Information Prison (GIP) fondé en 1972 avec Michel Foucault. Le projet initial évolue en quelques mois pour passer d'une logique de confrontation avec les institutions médicales, sur le modèle du GIP, à une logique de médiation entre médecins et malades et à une logique de santé publique, en partie sous l'influence de Jean-Florian Mettetal, médecin et membre du groupe fondateur, qui pousse AIDES à faire des questions de prévention et d'éducation un axe d'intervention aussi important que l'aide aux malades¹⁸⁹ : « pour développer des actions de santé publique, donc faire, à sa façon, de la médecine, AIDES doit éviter une confrontation directe avec les institutions médicales, chercher à établir avec elles une collaboration et pousser à une réforme de leur fonctionnement. »¹⁹⁰ AIDES restera « l'association dominante du mouvement de lutte contre le sida, mais aussi la matrice d'un mouvement social de plus en plus diversifié et spécialisé », différents groupes quittant AIDES pour fonder d'autres organisations après la scission de 1987 avec ARCAT-SIDA¹⁹¹.

La première politique publique est mise en œuvre en 1986 sous la cohabitation, par Michèle Barzach : elle associe des campagnes de sensibilisation destinées à l'ensemble de la population, le financement de la recherche, le remboursement du test de dépistage par la Sécurité sociale, la levée de l'interdiction de publicité pour les préservatifs et la mise en vente libre de seringues dans les pharmacies¹⁹². La forme que prend le processus d'institutionnalisation de la lutte contre le sida suscite des critiques radicales venues d'une association fondée en 1989 par trois journalistes français : Act Up-Paris, qui revendique la visibilité publique de l'homosexualité et de la maladie.

Après la mise sur le marché de traitements plus efficaces en 1996, les militants se font moins nombreux et les différentes composantes du monde associatif optent pour des stratégies différentes, allant du rapprochement avec d'autres mouvements sociaux, pour Act Up-Paris, à un investissement accru de l'aide aux malades ou d'autres domaines de la santé publique, pour AIDES et d'autres associations¹⁹³. L'histoire des débats qui ont entouré entre 2005 et 2012 la question du dépistage du sida et de l'inclusion des associations dans le dispositif de dépistage permet de décrire l'approfondissement des liens entre des agents du champ médical et du monde associatif à l'ère des antirétroviraux, mais aussi les effets de la chronicisation de la maladie sur la différenciation sociale de l'épidémie et de sa gestion. On verra en effet que le souci d'atteindre les populations les moins touchées par le dépistage a

¹⁸⁹ Patrice Pinell (dir.), *Une épidémie politique. La lutte contre le sida en France 1981-1996*, Paris, PUF, 2002, pp. 46-54.

¹⁹⁰ Pinell, *op. cit.*, p. 53.

¹⁹¹ Claude Thiaudière, *Sociologie du sida*, Paris, La Découverte, 2002, pp. 21-33.

¹⁹² Pinell et al., 2002, *op. cit.*, pp. 94-98.

¹⁹³ Thiaudière, *op. cit.*, pp. 40-45.

structuré les argumentaires associatifs comme institutionnels dans les débats et modifications réglementaires.

En France, depuis 1988, le dispositif de dépistage du sida repose sur le volontariat, que les pouvoirs publics cherchent à encourager par la gratuité, notamment dans les Centres de Dépistage Anonyme et Gratuit du Sida (CDAG)¹⁹⁴, et par le remboursement intégral par l'Assurance Maladie si le dépistage est réalisé dans un laboratoire d'analyses médicales. Dans les CDAG, le dépistage est assuré par des professionnels de santé, médecins et infirmiers. Dans les années qui suivent la commercialisation de traitements efficaces en 1996, les instances administratives (associant des représentants d'associations) entendent étendre le dépistage, en même temps que des équipes de AIDES envisagent de faire du dépistage au moyen de tests rapides.

Le test rapide, souvent appelé TROD (Test Rapide d'Orientation Diagnostique), ne nécessite pas la pratique d'une prise de sang classique. Il consiste à prélever une goutte de sang au bout du doigt, au moyen d'une aiguille rétractable. Ce geste, quasiment indolore et ne présentant aucune difficulté technique, est le même que celui que pratiquent certaines personnes atteintes d'un diabète pour mesurer elles-mêmes leur glycémie. Il faut ensuite mélanger la goutte de sang à un réactif, puis déposer le mélange sur un buvard. Cette étape dure deux à trois minutes. Puis le buvard change de couleur selon le résultat du test, immédiatement ou en 30 minutes selon les variantes commerciales du test. La lecture du résultat du test est simple : il peut être positif, négatif, ou invalide. La pratique et la lecture du test ne nécessitent donc pas plus de formation médicale que celle d'un test de grossesse et d'une glycémie capillaire, ce qui a permis que des tests rapides soient utilisés dans des pays d'Afrique subsaharienne par des intervenants communautaires et des militants d'associations de lutte contre le sida.

Les débats sur la pertinence des tests rapides de dépistage du sida, et surtout sur leur utilisation par des militants, non professionnels de santé, se sont développés dans un cadre conflictuel et sur fond de critiques portées contre le dispositif de dépistage développé après 1988 en France. Parce que ces critiques questionnent la définition des « bonnes pratiques » et des rôles légitimes en matière de lutte contre le sida, on en rendra compte au prisme du cadre d'analyse proposé par Luc Boltanski pour faire une « sociologie des opérations critiques ». Il s'agit d'analyser, « avec les mêmes moyens et dans un même cadre, les opérations sociales qui donnent ses contours à la réalité et les opérations sociales qui visent à la mettre en cause », c'est-à-dire « ce que font les *institutions* et ce que fait la *critique* quand elles sont à l'œuvre, dans la société. »¹⁹⁵ Ce cadre d'analyse semble d'autant plus pertinent qu'ici la critique des modalités du dépistage est partagée par des représentants des institutions de santé publique et des associations.

¹⁹⁴ Décret n° 88-61 du 18 janvier 1988.

¹⁹⁵ Luc Boltanski, *De la critique. Précis de sociologie de l'émancipation*, Paris, Gallimard, 2009, pp. 81-82.

On l'a vu, les réticences des associations et des médecins envers le dépistage s'atténuent avec les progrès thérapeutiques, mêmes minimes, de la fin des années 1980. Puis, après la commercialisation des trithérapies en 1996, l'association AIDES accentue sa promotion du dépistage afin de faciliter l'accès aux traitements pour les personnes atteintes. La critique porte alors sur la couverture insuffisante de la population exposée au VIH par le dispositif de dépistage, ainsi que sur le jugement moral dont les usagers des CDAG se plaignent de la part des médecins, notamment les gays du fait de leur recours réitéré au dépistage. L'argumentaire de la recherche conduite par AIDES et l'ANRS en 2008 pour documenter les bénéfices du dépistage associatif en fait état :

« Les enquêtes, les entretiens, les groupes de paroles, les focus-groupes permettent, notamment dans le milieu communautaire et associatif, de mesurer une forte insatisfaction des HSH [hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes] lors de leurs contacts, souvent répétés, avec le personnel médical participant aux dispositifs de dépistage. De manière générale, il existe une difficulté (réciproque) à aborder concrètement la question des pratiques et des comportements sexuels lors des entretiens avec les soignants ainsi qu'une incompréhension voire un jugement moralisateur sur les recours à un dépistage régulier et répété. »¹⁹⁶

La règle tacite que cette critique rend manifeste¹⁹⁷ est donc celle du non-jugement et du refus de la stigmatisation des malades, centrale dans l'espace social du sida. Mais la critique ne produit des effets sur l'organisation du dépistage que lorsqu'elle est articulée à la promesse d'une plus grande efficacité du dépistage associatif pour atteindre les publics qui échappent au dépistage précoce.

On l'a vu dans le chapitre précédent, la lecture des documents internes à l'association AIDES montre que la volonté de AIDES d'élargir le dépistage du sida et, dans ce but, de remettre en cause le monopole médical sur cette pratique s'affirme peu après l'arrivée de thérapeutiques efficaces, en 1997. Les premiers textes qui posent cet objectif sont écrits par Hélène Rossert¹⁹⁸, qui est médecin et directrice générale de AIDES de 1997 à 2007. La remise en cause du monopole médical sur une pratique peut donc être plus aisée lorsqu'elle émane de militants qui sont eux-mêmes médecins et, comme le montreront les trajectoires des défenseurs de la « démedicalisation » du dépistage du sida, la démedicalisation peut être prescrite par des médecins.

La trajectoire professionnelle d'Hélène Rossert, comme celle de Bruno Spire sur laquelle je reviendrai plus loin, est intéressante en ceci qu'elle illustre, plus qu'une remise en question du monopole médical sur une pratique de santé, une opposition interne au champ médical entre les tenants de deux options stratégiques de santé publique. Hélène Rossert

¹⁹⁶ Yazdan Yazdanpanah et Jean-Marie Le Gall, « Étude de la faisabilité d'un dépistage du VIH, communautaire et non médicalisé, utilisant des tests rapides », présentation générale du projet de recherche pour demande de financement à l'ANRS, 2008, p. 9.

¹⁹⁷ Boltanski, 2009, *op. cit.*, p. 113.

¹⁹⁸ AIDES, « Dépistage. Proposition de texte d'Hélène Rossert pour la réunion du 6 janvier 1998 », 1998.

incarne une option qui voit dans l'action associative un moyen de rendre le dispositif de santé publique plus efficace et plus universel. Médecin, titulaire d'un master de santé publique en organisation des services de santé de l'Université de Houston, elle est Directrice Générale de l'association AIDES de 1997 à 2007 et vice-présidente du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme de 2003 à 2005, où elle est entrée comme représentante des « ONG des pays développés ». Chevalier de l'ordre national du Mérite en France et vice-présidente d'honneur du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, elle est, depuis 2011, présidente de zeGogroup, « cabinet indépendant et privé » d'appui à des projets de développement, mettant en avant la formation d'acteurs « communautaires » pour légitimer leur participation au dispositif de santé publique¹⁹⁹.

En 2006 et 2008, deux rapports du Conseil National du Sida²⁰⁰ (CNS) et de la Haute Autorité de Santé²⁰¹ (HAS) déplorent la persistance de diagnostics tardifs de l'infection par le VIH, alors que les données épidémiologiques mettent en évidence les bénéfices individuels et de santé publique associés à l'instauration précoce de traitements devenus plus efficaces depuis 1996. Le CNS recommande donc en 2006 de modifier les pratiques de dépistage afin de mieux atteindre les populations les plus exposées, de faire du dépistage « hors les murs » (des CDAG) et de s'appuyer sur les associations de lutte contre le sida pour faire du dépistage. La HAS souligne en 2008 l'intérêt des tests rapides pour répondre à ces objectifs et recommande de les évaluer par la recherche. Les associations de lutte contre le sida (AIDES, Act Up-Paris et ARCAT-SIDA) sont représentées dans les instances qui ont publié ces rapports, et ont participé à leur écriture. Comme depuis les débuts de l'épidémie de sida, les frontières entre champ médical et espace associatif sont plus poreuses que ne le laisse penser la méfiance réciproque qui s'y exprime, et certains médecins peuvent contourner les obstacles à leurs projets de recherche ou d'innovation technique en les défendant avec les associations²⁰².

En novembre 2007, partant du constat que les tests rapides sont utilisés depuis plusieurs années dans des pays du Sud, en contexte de pénurie médicale, et dans d'autres pays européens (Suisse, Pays-Bas, Grande-Bretagne), l'association Sidaction (renommée ainsi en 2004, mais créée en 1994 sous le nom d'Ensemble contre le sida pour collecter des fonds destinés à la recherche sur le sida) organise une journée de travail, associant des chercheurs et des militants associatifs, réunissant 200 personnes et débattant de l'usage de tests rapides hors des CDAG. Le compte-rendu de cette journée par Sidaction affirme qu'elle a vu émerger « un relatif consensus [...] quant à l'intérêt de l'usage des tests rapides du VIH

¹⁹⁹ <http://www.zegogroup.com/helene-rossert.php>, page consultée le 31 mai 2013.

²⁰⁰ Conseil National du sida, *Rapport suivi de recommandations sur l'évolution du dispositif de dépistage de l'infection par le VIH en France*, 2006.

²⁰¹ Haute Autorité de Santé, *Dépistage de l'infection par le VIH. Modalités de réalisation des tests de dépistage*, 2008.

²⁰² Comme l'avait fait Patrice Meyer, médecin et membre de l'Association des Médecins Gays, en fondant Vaincre Le Sida (première association française de lutte contre le sida) : voir Patrice Pinell (dir.), *Une épidémie politique. La lutte contre le sida en France 1981-1996*, Paris, PUF, 2002, pp. 41-42.

dans le cadre de programme allant à la rencontre des bénéficiaires potentiels. » Le compte-rendu ajoute : « des modifications législatives étant difficilement envisageable avant que la Haute Autorité de la Santé rende son avis sur l'évolution du dispositif du dépistage (avis prévu pour juillet 2008), le seul cadre envisagé de développement de programmes de dépistage à l'aide de tests rapides est celui de **la recherche biomédicale**. Deux groupes de travail ont été amenés à se réunir, à la DGS et à l'ANRS, en vue de suivre l'établissement d'un protocole de recherche devant permettre aux différents projets associatifs de se mettre en place au cours de l'année. »²⁰³ Là encore, des alliances sont nouées entre chercheurs et militants et formalisées par des instances dédiées au projet d'élargissement du dépistage.

Dans les documents associatifs défendant auprès des financeurs les projets de dépistage associatif²⁰⁴, comme dans les débats du groupe « Dépistage » de l'ANRS créé en 2008 pour coordonner les recherches sur le dépistage, il est fait état du fait que chez les gays le dépistage fréquent ne s'accompagne pas d'une plus-value préventive : les consultations médicales qui précèdent et suivent la pratique du test, censées donner lieu à un entretien appelé « counselling » et supposé aider les consultants à adopter des pratiques préventives efficaces, n'ont pas prouvé qu'elles étaient efficaces en termes de réduction des risques de contamination ultérieure, chez les personnes séronégatives pour le VIH. AIDES entend faire une prévention de meilleure qualité que les CDAG, où les entretiens ne débouchent pas sur une modification des pratiques préventives des consultants.

Cette critique met en cause le type de pédagogie pratiquée par les médecins. Elle est partagée par le monde associatif et par les institutions représentant les médecins du sida et l'État. Les projets de dépistage associatif réaffirment la règle de l'entretien non-directif et non-jugeant, le « counselling », et les salariés associatifs qui vont pratiquer les tests vont être formés à cette technique d'entretien. L'organisation de ces formations est mise en avant par les associations, en gage de professionnalisme, auprès des institutions qui vont financer les projets de dépistage associatif (Sécurité Sociale, Direction Générale de la Santé, Agence Nationale de Recherche sur le Sida).

La règle, en matière d'entretien de dépistage du sida, consiste donc à mener un entretien non-directif, appelé « counselling », inspiré de Carl Rogers et recommandé par l'OMS en 1987 comme technique d'entretien autour du dépistage du sida²⁰⁵ (on y reviendra longuement en deuxième partie). Convaincus de pouvoir « transgresser la *lettre* de la règle, sans en trahir l'*esprit* », et de « pouvoir incarner la règle, pour la bonne raison qu'ils la

²⁰³ https://www.sidaction.org/ewb_pages/j/journee_depistage_hors_murs.php, page consultée le 27 mars 2013.

²⁰⁴ Yazdan Yazdanpanah et Jean-Marie Le Gall, « Étude de la faisabilité d'un dépistage du VIH, communautaire et non médicalisé, utilisant des tests rapides », présentation générale du projet de recherche pour demande de financement à l'ANRS, 2008.

²⁰⁵ World Health Organization, Special Programme on AIDS, *Report of the Meeting on Criteria for HIV Screening Programmes*, Geneva, 20-21 may 1987 (WHO/SPA/GLO/87.2); World Health Organization, Special Programme on AIDS, *Counselling in HIV Infection and Disease*, January 1988 (WHO/SPA/INF/88.2).

font »²⁰⁶, les dominants sont définis selon Boltanski par leur rapport à la règle. L'observation des pratiques médicales en CDAG, où le dépistage est parfois assuré par des internes au début de leur internat, considérés par leurs supérieurs comme nécessairement et suffisamment formés au dépistage du sida du seul fait qu'ils sont médecins, montre que les médecins partagent un rapport très détaché à la règle de la formation au dépistage. Au contraire cette règle s'impose aux militants associatifs par l'arrêté de 2010 qui les autorise à pratiquer le dépistage et définit très précisément le cahier des charges de la formation au dépistage²⁰⁷. Ce rapport différencié à la règle montre que l'appropriation militante des outils de la médecine des preuves (la recherche biomédicale) ne modifie pas les rapports de domination dans le champ médical, en dépit de la volonté des militants associatifs de subvertir les pratiques médicales en mettant fin au monopole médical sur le dépistage. Et ce d'autant plus que la légalisation du dépistage « communautaire » va s'accompagner, comme on va le voir, d'une caractérisation du dépistage comme ne relevant pas d'un acte médical. La position médicale permet une distance à la règle, et cette distance est d'autant plus élastique que la pratique du dépistage n'augmente pas le capital symbolique des jeunes médecins de CDAG, alors qu'elle accroît celui des militants associatifs. En effet l'association AIDES valorise les compétences acquises par ses militants dans leur travail de prévention et, depuis septembre 2011, propose avec le Conservatoire National des Arts et Métiers un diplôme d'intervenant en santé communautaire et un diplôme de cadre en santé communautaire.

Quels que soient les gages de formation apportés par les associations, les premiers projets de dépistage associatif devront cependant entrer dans le cadre de la recherche médicale pour être autorisés.

2. Des chercheurs militants et des militants chercheurs

Le CA de AIDES des 24 et 25 février 2007²⁰⁸ engage l'association vers la validation par la recherche du dépistage « communautaire », contre les partisans de la « désobéissance civile » qui envisageait d'utiliser les tests rapides sans attendre la légalisation de leur pratique par des non-professionnels de santé. L'argument qui l'emporte tient au fait que le dépistage est légal et en principe accessible à tous, ce qui rend politiquement moins légitime sa pratique militante illégale, à moins de prouver son intérêt pour la santé publique. Bruno Spire, président de AIDES depuis juin 2007, raconte :

²⁰⁶ Boltanski, 2009, *op. cit.*, pp. 214-219 et p. 224.

²⁰⁷ « Arrêté du 9 novembre 2010 fixant les conditions de réalisation des tests rapides d'orientation diagnostique de l'infection à virus de l'immunodéficience humaine (VIH 1 et 2) », *Journal Officiel de la République Française*, 17 novembre 2010, n° 0266, p. 20499.

²⁰⁸ AIDES, CA 24-25 février 2007, point 8, « Projet de résolution dépistage ».

« Il y avait une partie de AIDES qui était pour qu'on le fasse, et puis qui disait : "Comme on a fait dans les années 80, on a fait des programmes d'échanges de seringues, de façon illégale, on n'a qu'à faire la même chose en termes de dépistage". C'était au moment où moi je devenais président de AIDES, et donc j'avais envie de tirer AIDES sur le côté de : "On fait de l'innovation, mais on doit la valoriser, on doit faire des programmes de recherche par rapport à notre innovation". J'ai plutôt convaincu le conseil d'administration de dire : il faut aller vers une recherche-action, le faire bien entendu, mais apprendre en le faisant, et faire un partenariat avec les chercheurs pour montrer qu'on est capable de le faire ; et du coup, en démontrant que ça marche, on pourra faire que ça devienne légal. »²⁰⁹

Ce choix stratégique s'inscrit également dans des enjeux de financement associatif :

« C'est une nouvelle phase, dans laquelle on est dans la liste des gens "subventionnables", par l'ANRS, au même titre qu'une équipe médicale. »²¹⁰

Cependant, lorsque AIDES fait le choix de s'engager dans la recherche pour obtenir le droit de pratiquer le dépistage du sida, l'association ne choisit pas du même coup le type de recherche envisagé. L'ANRS, qui financera la recherche, distingue les recherches *biomédicales*, « organisées et pratiquées sur l'être humain en vue du développement des connaissances biologiques ou médicales (par exemple essais thérapeutiques, études physiopathologiques, dispositifs médicaux) », et les *recherches en soins courants*, « qui visent essentiellement à comparer des actes, des combinaisons d'actes ou des stratégies de prise en charge du patient, déjà validée et d'utilisation courante. »²¹¹ Considérés comme des dispositifs médicaux, mais s'inscrivant dans des stratégies diagnostiques d'utilisation courante en laboratoire, les tests de dépistage rapide pouvaient relever de l'un ou l'autre de ces deux protocoles de recherche interventionnelle.

Ce sont la Haute Autorité de Santé et le Ministère de la santé qui imposeront la *recherche biomédicale*, plus contraignante que d'autres dispositifs de recherches utilisées en matière de soins, contre l'avis de la DGS qui proposait des modalités de recherche plus souples, notamment la *recherche en soins courants*²¹², comme l'explique Frédérique Delatour, alors responsable du Bureau VIH de la DGS :

« L'avantage en recherche en soins courants, c'est qu'elle permettait de... d'abord c'était plus simple au niveau procédure, je crois, et surtout, ça permettait d'intégrer les gens qui n'étaient pas assurés sociaux. Parce que le problème de la recherche biomédicale, c'est que ça exclut les gens qui ne sont pas assurés sociaux. Or nous, on est typiquement sur un public dont une partie est clandestine, etc. donc on ne pouvait pas faire d'évaluation sur... Donc on a fait ça, mais ça a été retoqué. »²¹³

²⁰⁹ Bruno Spire, entretien au siège de AIDES, 10 septembre 2012.

²¹⁰ Bruno Spire, entretien au siège de AIDES, 10 septembre 2012.

²¹¹ <http://www.anrs.fr/Rubriques-transversales/Outils-pour-la-recherche/France/Recherche-interventionnelle>, consulté le 27 juin 2013.

²¹² Frédérique Delatour, DGS, entretien le 19 avril 2013.

²¹³ Frédérique Delatour, DGS, entretien le 19 avril 2013.

C'est pour des raisons, politiques et économiques, que le ministère a tranché en faveur de la recherche biomédicale :

« Nous, à l'époque, avec la DGS, on a cherché plein d'autres solutions, on a essayé de... [...] Moi, j'étais plutôt très hostile à la recherche biomédicale, parce que j'avais fait partie d'une unité de recherche clinique où on testait de nouveaux médicaments, donc je savais ce qu'était la lourdeur d'une recherche biomédicale, en particulier pour des associations. Et puis je trouvais que ce n'était pas justifié puisque c'était un test qui était utilisé depuis 93, y'avait beaucoup de bibliographie qui était faite un peu n'importe où, etc. Donc je trouvais que c'était mettre un truc énorme pour quelque chose qui était... Mais, il n'empêche, il fallait passer par là, la recherche, le consentement, etc. C'était vraiment très compliqué. [...] Donc on inscrit ça dans la recherche biomédicale, je pense que l'idée, c'était aussi - c'était pas Roselyne Bachelot, je pense que c'était Xavier Bertrand - que ça parte pas dans tous les sens et qu'on encadre. Parce qu'il faut quand même être conscients du fait que tout a un coût, il y a des enjeux bien au-delà du dépistage qui était poussé par les associations, et que si on laissait tout partir dans tous les sens, on risquait de se retrouver avec un double dispositif, en étant pas plus efficace et en ayant un coût augmenté. »²¹⁴

C'est donc pour éviter la multiplication incontrôlée de dispositifs qui augmenterait le coût total de la politique de dépistage que le Ministère de la santé n'a pas suivi la DGS. On peut y lire le résultat d'un apprentissage institutionnel : l'appel d'offres initié par feu l'Agence Française de Lutte contre le Sida (AFLS) en 1990 ayant été suivi d'une prolifération de projets associatifs en matière de prévention et de sensibilisation (227 retenus sur plus de 350 déposés) sans cohérence d'ensemble²¹⁵, les agents des administrations qui ont succédé à l'AFLS pour la mise en œuvre des politiques publiques liées au sida ont pu chercher à garder la main en élevant le coût d'entrée dans le dispositif de dépistage pour les associations.

Le choix stratégique d'expérimenter le dépistage associatif hors pratique médicale, dit « communautaire », relève alors d'un double compromis. En effet, pour AIDES, il permet de satisfaire une des revendications de l'association tout en consolidant sa position dans le champ médical. Quant aux pouvoirs publics, il leur permet d'accéder à une revendication associative sans paraître lui céder dans un contexte où il leur faudra convaincre les instances professionnelles médicales soucieuses de leurs prérogatives :

« Il y avait des enjeux de négociations avec les biologistes, parce que du coup, déjà, au lieu de deux sérologies, on passait plus qu'à une, et en plus, on leur piquait les tests rapides ! »²¹⁶

Après avoir auditionné le Conseil de l'Ordre des Médecins, la DGS conclut à la nécessité de redéfinir le test de dépistage rapide en « test rapide d'orientation

²¹⁴ Frédérique Delatour, DGS, entretien le 19 avril 2013.

²¹⁵ Pinell et al. 2002, *op. cit.*, pp. 178-183.

²¹⁶ Frédérique Delatour, DGS, entretien le 19 avril 2013.

diagnostique », afin que le dépistage « communautaire » ne ressorte plus de l'acte médical et ne tombe pas sous le coup de l'exercice illégal de la médecine :

« Il y avait deux niveaux en fait : d'abord, est-ce que c'est un acte de biologie et ensuite, est-ce que c'est un acte médical qui justifie que ce soit réalisé par des médecins ? [lisant une note de la DGS :] "Dans ces conditions, et afin de protéger les associations qui recourraient à des non-médecins pour réaliser ces tests, contre tout risque de poursuite du chef d'exercice illégale de la médecine" - parce que ça été ça - " il convient de déterminer avec certitude s'il s'agit ou non d'un acte médical. Pour cela la DGS propose de saisir un collègue d'experts autorisés ou l'Académie nationale de médecine, afin de pouvoir se prononcer en connaissance de cause sur la qualification à donner aux TROD VIH et portant sur le choix de l'outil juridique approprié." Donc, on voit bien que dans cette histoire de tests rapides, le CNS a dit : " Il faut l'autoriser", mais après, il s'est posé plein de questions ! Parce que c'est vrai qu'on pouvait l'autoriser, mais qu'on pouvait avoir des recours du Conseil de l'ordre disant que c'est un exercice illégal de la médecine. [Elle continue à lire la note de la DGS :] "Résumé des problématiques juridiques : l'encadrement de l'utilisation des tests rapides, initialement prévu en milieu médical associatif, soulève quelques incertitudes juridiques." Voilà, la question était posée. "La Direction Générale de la Santé considère que les conditions de l'utilisation des TROD du VIH, ainsi que les effets qui peuvent en être attendus, sont de nature à les faire entrer dans la définition de l'acte médical, tant au regard des dispositions... " Ah oui, c'était ça ! " ...tant au regard des dispositions de l'article tant du code de la santé publique, qui définit l'acte médical comme étant le fait d'établir un diagnostic ou un traitement de maladie congénitale ou acquise, réelle ou supposée, par acte personnel, consultation verbale ou écrite, ou par tout autre procédé quel qu'il soit." C'est compliqué, hein ? En fait, oui, c'est ça : le fait de faire un test rapide, pendant un moment, il y avait un débat : est-ce que c'est un acte médical, est-ce que ce n'est pas un acte médical ? Puisque normalement, un acte médical - en particulier un acte de biologie - il y a un temps qui précède l'acte technique, ensuite il y a l'acte technique, ensuite il y a l'explication. Et c'est ça en fait, l'acte médical. Alors qu'est-ce qu'il y a marqué ? Ah, oui : c'est-à-dire qu'une fois qu'on a sorti le test rapide de la biologie médicale, un des arguments en particulier du Conseil de l'ordre, ça a été de dire : mais ça ne peut pas être pris comme test de dépistage rapide puisque c'est un acte médical. Puisque ça nécessite après une prise en charge, etc. Donc, il y a eu tout un débat sur diagnostic et dépistage, et c'est pour ça que dans l'intitulé qui a paru un peu barbare : test d'orientation diagnostique, c'était vraiment pour dire : ça n'est pas un test de diagnostic. On n'est pas dans du médical, c'est simplement une orientation, comme peut l'être une glycémie, comme peut l'être..., voilà. »²¹⁷

Pour que la pratique du test rapide soit possible pour des non-professionnels de santé, il fallait donc au préalable le faire sortir du champ de la biologie médicale, ce qu'a fait l'ordonnance de 2010 sur la biologie médicale²¹⁸.

France Lert, responsable du groupe Dépistage alors créé par l'ANRS pour coordonner les recherches, témoigne des enjeux politiques de l'arbitrage ministériel et de ses conséquences pour les techniciens sommés de le rendre applicable :

²¹⁷ Frédérique Delatour, DGS, entretien le 19 avril 2013.

²¹⁸ Article 6211-3 du Code de la Santé Publique (Ordonnance n° 2010-49 du 13 janvier 2010 relative à la biologie médicale).

« La ministre a dit - parce que les associations VIH, il faut toujours leur dire oui sinon c'est dangereux pour un ministre - donc elle a dit oui. Après elle a dit : "On ne peut pas le faire, mais on peut le faire dans la recherche." Alors on vient voir l'ANRS et on dit : "Faut le faire." »²¹⁹

En fait, c'est à un dispositif technique expert (le groupe Dépistage de l'ANRS, créé dans ce but) qu'a été déléguée la tâche de résoudre les contradictions entre l'engagement pris par le ministère de satisfaire la revendication de AIDES et l'impossibilité légale de le mettre en œuvre, d'où des difficultés pour les agents en charge de résoudre ces contradictions à l'ANRS et à la DGS, exprimées par la responsable du dossier à la DGS :

« J'étais très, très remontée contre ces décisions de passer par la recherche biomédicale, parce que finalement, c'était une décision qui était politique, mais c'est nous qui nous prenions de plein fouet toutes les associations ! »²²⁰

Outre l'arbitrage du ministère en faveur du dispositif le plus complexe, la familiarité de certains militants associatifs avec le monde de la recherche a facilité la marche vers la recherche. Il s'agit ici de médecins, tels Hélène Rossert et Bruno Spire, relativement marginaux dans le champ médical du fait de leurs responsabilités associatives, mais qui défendent leur projet de dépistage associatif en mettant en avant un raisonnement de santé publique.

Bruno Spire, encore étudiant en médecine en stage de virologie, fils d'une professeure d'anglais et d'un chercheur en agronomie, seul étudiant syndiqué à l'UNEF dans sa faculté de médecine (Paris V), fait partie de l'équipe de Françoise Barré-Sinoussi à l'Institut Pasteur depuis 1983. Il soutient sa thèse de médecine en 1985, sur l'inactivation d'un nouveau rétrovirus isolé chez les malades du sida, qui ne s'appelait pas encore VIH²²¹. Si une thèse de médecine n'apporte en général aucun avantage en termes d'acquisition de capital scientifique, cette thèse-là, menée aux débuts de l'épidémie dans le laboratoire français pionnier pour la recherche sur le VIH, a contribué à amener son auteur à entrer dans les instances scientifiques naissantes dédiées au sida.

Il entre à AIDES en 1988 après avoir rencontré l'association à l'occasion de son compte-rendu à AIDES de la conférence de Washington en 1987. Il décrit cette rencontre comme un tournant professionnel et existentiel :

« J'étais homo, j'étais très honteux de mon homosexualité. C'était une époque où ce n'était pas aussi facile que maintenant. J'avais du mal à en parler, et tout d'un coup, je voyais une épidémie... je travaille sur un virus qui justement... Je me disais, c'est pas

²¹⁹ France Lert, Inserm, ANRS, entretien le 15 mars 2013.

²²⁰ Frédérique Delatour, DGS, entretien le 19 avril 2013.

²²¹ Bruno Spire, *Inactivation d'un nouveau rétrovirus humain : le Lymphadenopathyassociated virus (LAV) isolé chez les malades atteints de syndrome lymphadénopathique (LAS) ou du Syndrome d'immunodéficience acquise (Sida)*, Thèse pour le doctorat en médecine, Paris 5 Paris Ouest, 1985.

possible ! [...] J'étais le seul au monde à qui ça arrivait, quoi ! [...] Donc, je suis allé faire le compte-rendu à la place de Françoise et j'ai compris que c'est là que je devais être. En voyant l'association, j'ai compris que c'était ma famille. J'ai compris que c'est là que je dois être. »

Membre du conseil d'administration de AIDES Provence à partir de 1993, puis membre du Conseil d'administration de AIDES unifié en 2002, il devient président de AIDES en 2007, à la suite de Christian Saout. À la fin des années 1990, il réoriente ses recherches de la virologie vers la santé publique, et à la date de l'entretien il est directeur de recherche en santé publique à l'Unité Mixte de Recherche 912 (Sciences Economiques & Sociales de la Santé & Traitement de l'Information Médicale, Inserm/IRD/université Aix-Marseille)²²².

La trajectoire des militants de AIDES impliqués dans la défense du choix de la recherche donne corps aux critiques du cadre d'analyse proposé par Luc Boltanski pour décrire les opérations critiques et de sa tendance à postuler une distribution sociale homogène des compétences critiques²²³. Ainsi la trajectoire de Bruno Spire le situe à la fois au pôle scientifique du champ médical (tourné vers la recherche) et dans l'espace des mouvements sociaux, et rend possible la mobilisation, au service de la cause, des modalités d'administration de la preuve reconnues dans le champ médical. De façon dialectique, sa trajectoire militante - avec son élection à la présidence de AIDES en 2007 - est aussi favorisée par des tendances lourdes qui rapprochent associations et instances de recherche, notamment depuis la création groupe interassociatif du TRT5²²⁴ (Traitements et Recherche Thérapeutique), fondé en 1992 par les représentants de cinq associations de lutte contre le sida²²⁵.

Dans sa recherche sur les controverses thérapeutiques liées à l'épidémie de sida, Nicolas Dodier montre comment les associations de lutte contre le sida ont utilisé les outils de l'expérimentation médicale pour se légitimer auprès des institutions médicales tout en développant une expérience spécifique de l'usage de ces outils²²⁶. Il souligne que les critiques des activistes contre la rigidité des essais contrôlés s'atténuent avec leur fréquentation des institutions médicales et qu'ils finissent par adhérer à la méthode des essais contrôlés au cours des années 1990 ; c'est précisément leur loyauté envers les règles de la « médecine des preuves » qui rend leur critique audible et recevable par les institutions de la « modernité thérapeutique », qui ont cédé sur certains points mais pas sur les règles du champ scientifique. Les quinze ans d'existence du groupe interassociatif TRT 5 témoignent

²²² Bruno Spire, entretien au siège de AIDES, 10 septembre 2012.

²²³ Lilian Mathieu, *L'espace des mouvements sociaux*, Bellecombe-en-Bauges, Croquant, 2012, p. 227.

²²⁴ Janine Barbot, *Les malades en mouvement. La médecine et la science à l'épreuve du sida*, Paris, Balland, 2002 ; Nicolas Dodier, *Leçons politiques de l'épidémie de sida*, Paris, EHESS, 2003 ; Patrice Pinell (dir.), *Une épidémie politique. La lutte contre le sida en France 1981-1996*, Paris, PUF, 2002.

²²⁵ Actions Traitements, Act Up – Paris, AIDES, Arcat Sida et Vaincre Le Sida. En 2013 le groupe TRT 5 rassemble 10 associations : Sida Info Service, Solidarité Enfants Sida, Nova Dona, Dessine-moi un mouton et Act Up – Sud Ouest ont rejoint les cinq associations fondatrices après 1995.

²²⁶ Nicolas Dodier, *Leçons politiques de l'épidémie de sida*, Paris, EHESS, 2003, p. 311.

de la pérennité de cet accord, qui peut expliquer le choix de la voie de la « recherche biomédicale » pour démontrer l'intérêt des tests rapides en milieu associatif à la fin des années 2000.

Christian Saout, président de AIDES jusqu'en 2007, souligne la relative harmonie entre les profils de présidents de AIDES et les orientations de l'association, depuis la fondation politique par Daniel Defert, militant du GIP, et le développement de l'aide aux malades par son successeur Arnaud Marty-Lavauzelle, psychiatre et séropositif, jusqu'à la réorganisation de l'association par le juriste qu'il est et l'investissement accru dans la recherche avec Bruno Spire :

« AIDES a trouvé un truc incroyable, elle a trouvé des présidents à chaque fois pour accompagner des mouvements. Daniel [Defert] a été le sociologue de la fondation. Arnaud [Marty-Lavauzelle], parce qu'il était psychiatre et formé à la dimension psychologie, il a été l'artisan de la voix de l'individu, de la dignité de l'individu, du droit de l'individu. Moi je suis arrivé [...] en qualité de juriste pour la réorganisation de l'association et Bruno [Spire] est arrivé avec sa valise de chercheur, dans ce contexte si difficile où plus rien ne peut être fait si on n'a pas démontré que ça marche. Que la politique ne marche plus, et que donc il faut que la science vienne cautionner ce qu'on a à faire pour pouvoir l'imposer dans l'agenda des politiques. »²²⁷

Plusieurs hypothèses peuvent donc expliquer l'orientation stratégique prise par AIDES avec le recours à la recherche pour conquérir des droits à exercer un acte médical excédant les actions préventives jusqu'alors dévolues aux associations : les années de compagnonnage avec le monde de la recherche au sein du TRT5 ou dans les parcours professionnels des militants, l'affaiblissement des effectifs associatifs après 1995 dans toutes les associations de lutte contre le sida, la nécessité d'obtenir des financements. Mais on va voir que toutes les associations de lutte contre le sida ne sont pas égales face à cette modalité d'exercice de la critique et de conquête de droits, et que le mode de financement de la recherche par projets va mettre les associations en concurrence les unes avec les autres.

3. La marche associative vers la recherche... en ordre dispersé

Suite à la journée de travail sur le dépistage organisée par Sidaction en 2007, plusieurs projets de recherche prennent forme, dont deux dans des services d'urgences hospitalières et un à AIDES. L'ANRS crée un groupe de travail sur le dépistage, associant des représentants de l'Etat, des chercheurs, des médecins et des représentants d'associations, dans le but de coordonner ces recherches, de « les rendre cumulables et plus riches »²²⁸,

²²⁷ Christian Saout, entretien dans les locaux du Collectif Interassociatif Sur la Santé, 4 septembre 2012.

²²⁸ Groupe Dépistage de l'ANRS, compte-rendu de la réunion du 8 janvier 2008.

d'éviter qu'elles soient redondantes, d'harmoniser les questionnaires pour que les résultats obtenus soient comparables :

« C'est dans ce contexte que se réunit ce groupe composé de personnes intéressées par une démarche scientifique d'évaluation de nouvelles stratégies de dépistage. Le groupe doit tenir compte du contexte institutionnel (notamment répondre aux demandes ministérielles et aux pressions associatives) par une recherche pertinente et utile. Sa mission se situe par définition dans une optique de recherche, il s'agit d'établir les questions de recherche prioritaires, de tenir compte des projets déjà engagés, de soutenir les projets en préparation et de coordonner les recherches (faire en sorte que leurs résultats puissent être agrégés et donc que les méthodes soient compatibles, produire des synthèses de résultats). Il s'agit dans un premier temps de favoriser la soumission de projets à l'appel d'offre de mars 2008 (c'est-à-dire dans deux mois) pour un examen par les CSS²²⁹ en mai et juin. [...] Le ministère de la santé souhaite que l'expérimentation du dépistage en outreach²³⁰ se fasse dans le cadre d'une recherche biomédicale qui serait soumise à l'ANRS. »²³¹

La recherche de financements constitue une incitation forte, pour d'autres associations, à inscrire leurs projets dans un cadre expérimental, et l'ANRS, à l'origine de l'appel d'offres de mars 2008, liste une série de critères qui conduisent à homogénéiser les projets qui lui sont soumis dans le cadre de cet appel d'offres :

« Pour parvenir à cet objectif dans un délai de 2 mois il faut que : les associations s'inscrivent dans une démarche de collaboration avec l'ANRS ; une équipe scientifique assure la responsabilité de la partie recherche ; un montage administratif et scientifique [...] permette de réaliser le dépistage hors du cadre légal (lien avec des laboratoires de biologie) ; un cadre technique pour la réalisation des tests rapides (définition des critères d'éligibilité pour assurer la réalisation des tests, formation des personnes, services de référence, organisation de la chaîne du test : réalisation, lecture, confirmation, rendu, orientation). »²³²

Le compte-rendu de la première réunion du groupe confirme l'orientation prise par les premières associations engagées dans les projets de recherche en matière de dépistage, et écarte toute autre modalité d'expérimentation que la recherche biomédicale :

« Les projets associatifs de dépistage par des tests rapides hors établissement de soins ou CDAG ne peuvent démarrer en l'état actuel de la législation que dans un cadre de recherche biomédicale. Le ministère de la santé souhaite que l'ANRS contribue avec les associations, les administrations et les chercheurs à établir un cadre scientifique d'évaluation pour ces projets nouveaux qui peuvent renouveler les stratégies préventives. »²³³

²²⁹ Comités Scientifiques Sectoriels de l'ANRS.

²³⁰ C'est-à-dire le dépistage qui va « au-devant » des personnes pour le leur proposer sans attendre qu'elles le sollicitent.

²³¹ Groupe Dépistage de l'ANRS, note préparatoire à la réunion du 8 janvier 2008.

²³² Groupe Dépistage de l'ANRS, note préparatoire à la réunion du 8 janvier 2008.

²³³ Groupe Dépistage de l'ANRS, compte-rendu de la réunion du 8 janvier 2008.

Les réunions suivantes du groupe Dépistage de l'ANRS font le point sur l'avancement des projets soumis à l'appel d'offres ANRS de mars de 2008 :

« Le Kiosque²³⁴ mènera son projet parisien en dehors du projet de recherche ANRS mais continuera à participer au groupe. ACTIS²³⁵ a un projet reposant sur un personnel de CDAG agissant dans des locaux associatifs. Son projet est promu par le CHU de Saint-Etienne. La question de l'anonymat soulève des questions de la part du CPP²³⁶ local. A la date de la réunion, il n'y a pas d'autres projets prêts à entrer dans une étude commune. Si d'autres projets existent et souhaitent entrer dans cette démarche, ils doivent dans les tout prochains jours, documenter la fiche de description des projets et les faire parvenir à F. Lert ou V. Doré. »²³⁷

Mais les exigences de la recherche biomédicale limitent le nombre de projets associatifs :

« A la suite des mails lancés par France Lert et Véronique Doré, peu de réponses sont arrivées à l'ANRS, ce qui laisse penser que les acteurs de terrain sont dans l'attente des décisions concernant le dépistage et/ou que les projets évoqués ne sont pas encore mûrs et/ou que la voie de la recherche biomédicale est un obstacle trop important. »²³⁸

Cet obstacle semble insurmontable pour les petites associations et pour les associations non associées à un organisme de recherche institutionnel, comme en témoigne la liste des cinq projets retenus par l'ANRS à l'issue de son appel d'offres de mars 2008 : un seul de ces cinq projets implique une association, AIDES, représentée par Jean-Marie Le Gall et désignée comme « laboratoire partenaire de la recherche » dans le projet de recherche²³⁹. Le laboratoire responsable de la recherche est le LEM (Lille Economie et Management), unité mixte de recherche du CNRS. Il est représenté par Yazdan

²³⁴ Créé en 1992 à l'initiative de l'Association des Jeunes Contre le Sida (qui a pour particularité d'être la première association de lutte contre le sida animé par des militants d'un parti de droite : voir Pinell et al., *op. cit.*, p. 134), le Kiosque Infos Sida est une association de prévention et de conseil sur le VIH/sida, qui a ouvert en 2010 un centre de dépistage gratuit et confidentiel, le Checkpoint, à Paris dans le Marais, avec le soutien de la Mairie de Paris.

²³⁵ ACTIS est une association de lutte contre le sida créée en 1989 à Saint-Étienne et restée implantée exclusivement dans la région Rhône-Alpes.

²³⁶ Comité de Protection des Personnes.

²³⁷ Groupe Dépistage de l'ANRS, Compte-rendu de la réunion du 19 février 2008.

²³⁸ Groupe Dépistage de l'ANRS, Compte-rendu de la réunion du 22 avril 2008.

²³⁹ Groupe Dépistage de l'ANRS, Compte-rendu de la réunion du 1^{er} juillet 2008 : « Projets acceptés par l'ANRS à l'appel d'offre de mars 2008 :

Y.Yazdanpanah, K Champenois : Opportunités de dépistage et de diagnostic manquées. Enquête multicentrique (environ 1000 sujets nécessaires) (Projet présenté en séance par Karen Champenois) ;

Y.Yazdanpanah, JM Legall. Faisabilité du dépistage communautaire du VIH par test rapide (4 sites engagés) (projet COM'TEST) ;

A. Velter. PREVAGAY ; surveillance comportementale couplée à un prélèvement biologique ;

Bourse Annabelle Apostolle : déterminants sociaux et territoriaux du recours au test VIH au sein de la cohorte SIRS (V. Massari, P. Chauvin) (projet à représenter en septembre pour la partie enquête, présenté en séance par Pierre Chauvin, inserm U707) ;

AC Cremieux ; C.Choquet : Test rapide dans les services d'urgence en Ile de France : en attente de décision définitive. »

Yazdanpanah, responsable scientifique de cette recherche, professeur des universités et praticien hospitalier, chef du service de maladies infectieuses de Tourcoing jusqu'en 2011, puis de l'hôpital Bichat à Paris²⁴⁰. Docteur en médecine depuis 1996 et titulaire d'une thèse de santé publique soutenue à l'université de Bordeaux 2 en 2002 sous la direction de Roger Salamon et intitulée « Évaluation médico-économique en santé : Prophylaxie des infections opportunistes chez les patients infectés par le virus d'immunodéficience humaine (VIH) : coût-efficacité des stratégies préconisées par les recommandations françaises », il dirige l'unité Inserm U995 « Modélisation et évaluation économiques des interventions en maladies infectieuses ». Il dit ne pas avoir choisi de participer à cette recherche mais avoir été choisi par Jean-François Delfraissy²⁴¹, directeur de l'ANRS. Ce procédé amène deux commentaires : d'une part, ses orientations de recherche vers l'évaluation économique suggèrent que ce choix a pu être guidé par un souci d'évaluation économique de la participation associative au dispositif de dépistage ; d'autre part, la recherche « communautaire » n'est possible que si elle est dûment adoubée (si ce n'est commandée) par des chercheurs légitimes.

Cependant le succès d'un projet associatif au premier appel d'offres semble ouvrir un appel d'air, ou encourager d'autres associations, qui ont alors pu se former à la rédaction de projets de recherche, puisque les projets de dépistage rapide émanant d'autres associations sont plus nombreux lors de l'appel d'offres ANRS de septembre 2008 : ils représentent quatre des cinq projets soumis²⁴². Le choix de faire valider des projets d'action par la recherche met les projets des différentes associations en concurrence pour l'obtention de financements, ce qui a empêché la constitution d'alliance inter-associative pour la légalisation du dépistage non médical. Ainsi, plusieurs associations, notamment le Kiosque Infos Sida, Sidaction et AIDES, ont construit leurs projets séparément.

S'appuyant sur les recherches en cours, AIDES mène seule un travail de négociation avec la Direction Générale de la Santé et le cabinet de Roselyne Bachelot, alors ministre de la santé, pour obtenir par un décret de novembre 2010 la légalisation de la pratique des tests rapides par des non-professionnels de santé²⁴³. À la différence de la mobilisation pour la modification des règles des essais cliniques et pour la mise à disposition des traitements²⁴⁴, il n'y a pas eu d'alliance interassociative. Les militants de AIDES interrogés l'expliquent par

²⁴⁰ Christian Vincent, « Yazdan Yazdanpanah quitte le service des maladies infectieuses et du voyageur », *La Voix du Nord*, 28/06/2011.

²⁴¹ Yazdan Yazdanpanah, entretien le 23 avril 2013 à l'hôpital Bichat.

²⁴² Les cinq projets sont les suivants : Médecins du Monde : étude dans le Lotus Bus (femmes chinoises) ; Le Kiosque : dépistage par test rapide au Kiosque (population gay) ; SIS : centre de santé communautaire gay ; CDAG de Pitié Salpêtrière : intérêt du test rapide en CDAG pour réduire le non rendu des résultats ; Inserm (Bruno Spire) : présentation du projet suite à la faisabilité (en CDAG, communautaire ou médical, rapide ou Elisa classique).

²⁴³ « Arrêté du 9 novembre 2010 fixant les conditions de réalisation des tests rapides d'orientation diagnostique de l'infection à virus de l'immunodéficience humaine (VIH 1 et 2) », *Journal Officiel de la République Française*, 17 novembre 2010, n° 0266, p. 20499.

²⁴⁴ Janine Barbot, *Les malades en mouvements. La médecine et la science à l'épreuve du sida*, Paris, Balland, 2002.

l'impossibilité d'une action unitaire sur les questions de prévention, du fait de l'hostilité d'Act Up à la démarche de « réduction des risques » promue par AIDES²⁴⁵, selon Act Up au détriment de la promotion du préservatif²⁴⁶. Il y a donc des prises de position divergentes dans l'espace associatif, qui n'est pas homogène. Une autre explication possible tient au déclin, depuis l'arrivée de traitements plus efficaces en 1996, des forces militantes de toutes les associations de lutte contre le sida²⁴⁷, aux conséquences plus lourdes en termes d'activité pour l'association plus petite qu'est Act Up. Cette deuxième hypothèse permet d'expliquer pourquoi, dans les années 1990, AIDES ne pouvait se permettre de faire cavalier seul pour l'accès aux traitements, alors qu'en 2010 la stratégie solitaire n'entame pas son efficacité.

4. Une autre recherche est possible, un autre dépistage est possible ?

Dans un communiqué de presse du 19 juillet 2010, l'association AIDES relaie l'annonce par Roselyne Bachelot, ministre de la Santé, d'une prochaine modification réglementaire autorisant le « dépistage démedicalisé hors protocole de recherche ». Le communiqué de presse affirme qu'il s'agit de la reconnaissance du travail mené par l'association dans le cadre de la recherche Com'Test pour « prouver qu'un autre dépistage est possible ». La portée critique de la formule est tempérée par les arguments de santé publique qui lui font suite et qui n'ont, eux, rien d'alternatif puisqu'ils mettent en avant le taux de séropositivité dix fois supérieur à celui retrouvé en CDAG et le pourcentage (38%) de personnes dépistées qui n'avaient pas fait de test depuis deux ans. Ce n'est donc plus au nom d'une critique des pratiques médicales, ni de leur caractère éventuellement normalisateur et stigmatisant, qu'un « autre dépistage » est revendiqué²⁴⁸. En dépit de la « démedicalisation » affichée et de la tradition de critique du pouvoir médical dans laquelle se sont construites les associations de lutte contre le sida, la stratégie dans laquelle s'inscrit la prise en charge associative du dépistage du sida relève d'une position intermédiaire entre deux des trois modes d'expression du mécontentement théorisés par Albert Hirschman²⁴⁹ : entre la *voice*, prise de parole protestataire, et la *loyalty*, loyauté envers les institutions sanitaires et leurs règles. Cette position intermédiaire est rendue possible par la participation associative aux instances scientifiques depuis les années 1990, et se manifeste par une critique, non du savoir médical, mais de certaines pratiques médicales, et par une

²⁴⁵ Christian Saout, entretien 4 septembre 2012.

²⁴⁶ Sur les débats sur la « réduction des risques » entre AIDES et Act Up – Paris, voir Gabriel Girard, *Les homosexuels et le risque du sida. Individu, communauté et prévention*, Rennes, PUR, 2013, pp. 137-184.

²⁴⁷ Olivier Fillieule et Christophe Broqua, « La défection dans deux associations de lutte contre le sida : Act Up et AIDES », in Olivier Fillieule, *Le désengagement militant*, Paris, Belin, 2005, pp. 189-228 ; Pinell et al. 2002, *op. cit.*, pp. 337-338.

²⁴⁸ AIDES, communiqué de presse en direct de la XVIII^e Conférence internationale sida de Vienne, 19 juillet 2010.

²⁴⁹ Albert Otto Hirschman, *Défection et prise de parole*, Paris, Fayard, 1995 [*Exit, Voice and Loyalty. Responses to decline in firms, organisations and states*, Cambridge, Harvard University Press, 1970].

participation formalisée à la production du savoir dans le but de le rendre plus universel. La forme que prend cette participation est celle de la « recherche communautaire », menée, à l'instar des actions de santé communautaire²⁵⁰, « pour, par et avec » les groupes que la santé publique ne parvient pas à atteindre ni à connaître, comme l'explique un guide collectif sur la recherche communautaire rédigé par des militants, notamment de AIDES, et des chercheurs²⁵¹. La production de savoir apparaît donc étroitement liée à la délimitation de populations pour lesquelles ce savoir est valide. Il s'agit en fait d'un savoir pratique, qui consiste à trouver les malades. La recherche « communautaire » relève ici davantage de l'évaluation que de la production de savoir : elle évalue l'efficacité pratique d'un dispositif nouveau. Avec la recherche communautaire Com'test, AIDES joue avec les règles d'un jeu qui lui sont imposées, et dont le respect impose un coût (en temps et en personnel) insoutenable pour des associations plus petites.

Peut-on pour autant parler de propagande par les preuves, ou, avec Vololona Rabeharisoa et Madeleine Akrich, d'*Evidence based activism*, pour mettre l'accent sur la production de savoir comme pourvoyeur privilégié du changement face à un savoir médical contesté²⁵² ? Ce cadre d'analyse ne semble pertinent que s'il n'omet pas d'éclairer les déterminants multiples de ce choix stratégique. Dans le cas du dépistage associatif, le choix de la recherche permet aux associations impliquées de se relancer dans un contexte où les progrès thérapeutiques ont affaibli leurs effectifs²⁵³, et de présenter le dépistage associatif comme un moyen plus universel et plus efficace de faire de la santé publique tout en satisfaisant les critiques des gays vis-à-vis du dépistage. En outre, les instances scientifiques et administratives d'une part, et les associations d'autre part, ont des intérêts communs au succès de l'expérience, qui fragilise l'interprétation de la recherche communautaire comme un geste purement militant ou comme un « répertoire d'action collective »²⁵⁴ basé sur la production du savoir médical. La recherche communautaire relève moins d'un mouvement critique que d'une logique d'évaluation.

Les intentions critiques de la recherche communautaire, tout comme celles du dépistage du même nom, s'adressent aux militants des associations qui s'y impliquent plus qu'aux acteurs institutionnels qu'elle vise à convaincre : entre militants, on s'encourage à innover, proposer, participer à la recherche ; mais face à la DGS, la logique scientifique

²⁵⁰ Pierre Fournier, Louise Potvin, « Participation communautaire et programmes de santé: les fondements du dogme », *Sciences sociales et santé*, 1995, vol. 13, n°2, pp. 39-59.

²⁵¹ Élise Demange, Émilie Henry, Anne Bekelynyck, Marie Préau, « Petite(s) histoire(s) de la recherche communautaire », in Élise Demange, Émilie Henry, Marie Préau, *De la recherche en collaboration à la recherche communautaire. Un guide méthodologique*, Paris, ANRS/Coalition PLUS, Collection Sciences sociales et sida, 2012, pp. 15-24.

²⁵² Vololona Rabeharisoa, Tiago Moreira, Madeleine Akrich, « Evidence-based activism : Patients' organisations, users' and activist's groups in knowledge society », *Papiers de recherche du Centre de Sociologie de l'Innovation*, 2013, n° 33.

²⁵³ Olivier Fillieule et Christophe Broqua, « La défection dans deux associations de lutte contre le sida : Act Up et AIDES », in Olivier Fillieule, *Le désengagement militant*, Paris, Belin, 2005, pp. 189-228.

²⁵⁴ Charles Tilly, « Les origines du répertoire d'action collective contemporaine en France et en Grande-Bretagne », *Vingtième siècle*, 1984, 4 (1), pp. 89-108.

prime. Elle est d'autant plus susceptible de retenir l'intérêt des pouvoirs publics que *l'evidence-based policy* a le vent en poupe depuis le début des années 2000²⁵⁵ : ce courant de recherches, impliquant volontiers chercheurs et ONG, fonde l'action publique sur les résultats d'« expérimentations aléatoires » (par ailleurs importées du champ médical) et entend ainsi neutraliser les présupposés idéologiques qui handicaperaient l'action publique²⁵⁶. On peut donc ici parler d'*evidence-based policy* plus que d'*evidence-based activism*.

La première recherche co-conduite par AIDES tient lieu de précédent méthodologique et de modèle promu par les représentants institutionnels pour d'autres dispositifs de dépistage. Ainsi lorsque Frédérique Delatour, représentant la Direction Générale de la Santé au groupe Dépistage de l'ANRS, présente les grandes lignes du plan national sida en préparation, elle définit pour ces dispositifs un cahier des charges calqué sur celui construit par AIDES :

*« Les établissements habilités devront répondre à un cahier des charges (construit sur l'étude Com'Test) justifiant la formation des intervenants, la disponibilité des réactifs et la destruction des déchets. »*²⁵⁷

Après la légalisation par l'arrêté en novembre 2010 de la pratique des tests rapides par des personnes formées mais non professionnels de santé²⁵⁸, la DGS et la Caisse Nationale d'Assurance Maladie lancent un appel à projets pour financer des projets de dépistage, cette fois hors du cadre de la recherche. Quarante projets sont soumis. Dans le groupe Dépistage de l'ANRS, la représentante de la DGS précise :

*« Si le dispositif fait ses preuves, son passage en routine relèvera d'une décision politique. »*²⁵⁹

En 2011, après l'avoir testé dans le cadre de la recherche biomédicale Com'Test, l'association AIDES met en place un dispositif dit de « dépistage démedicalisé » ou « non médicalisé », ou « dépistage communautaire », utilisant une technique de dépistage rapide (TROD). Se revendiquant de l'approche de la « santé communautaire », le dépistage est alors réalisé par des militants de l'association, et non par des professionnels de santé. La

²⁵⁵ Sophie Divay, « Être sociologue et évaluateur », *Genèses*, 2013, 90, pp. 133-146.

²⁵⁶ Arthur Jatteau, « Expérimenter le développement ? Des économistes et leurs terrains », *Genèses*, 2013, 93, pp. 8-28.

²⁵⁷ Groupe Dépistage de l'ANRS, Compte-rendu de la réunion du 22 octobre 2010.

²⁵⁸ « Arrêté du 9 novembre 2010 fixant les conditions de réalisation des tests rapides d'orientation diagnostique de l'infection à virus de l'immunodéficience humaine (VIH 1 et 2) », *Journal Officiel de la République Française*, 17 novembre 2010, n° 0266, p. 20499.

²⁵⁹ Groupe Dépistage de l'ANRS, Compte-rendu de la réunion du 9 septembre 2011 : « Point sur l'appel à projets DGS/CNAMTS « Soutien aux activités de dépistage communautaire de l'infection à VIH » - Frédérique Delatour : « L'appel d'offres s'adressait aux associations et avait pour objet un soutien au dépistage du VIH par test rapide (sur la base de 25 €/test) à l'occasion d'une session de prévention (soutenue par l'ARS) pour toucher des populations qui ne vont pas se faire dépister (donc pas de concurrence avec CDAG ou CAARUD). La date limite de réception des dossiers était le 29/07/2011. Environ 40 projets ont été envoyés. »

réalisation du test est précédée et suivie d'un entretien avec un militant, et parfois d'un entretien collectif avec d'autres personnes souhaitant se faire dépister. Les entretiens qui précèdent et suivent la réalisation du test de dépistage visent à évaluer les risques de contamination et à favoriser l'adoption de conduites préventives.

Les militants de AIDES fondent leur revendication du caractère « alternatif » du dépistage associatif sur les caractéristiques de l'entretien qui précède et suit la réalisation du test : il s'agit d'un « entretien de prévention mené par des intervenants reconnus par les HSH²⁶⁰ (pairs) »²⁶¹, conformes aux « principes de l'entretien motivationnel ». L'entretien motivationnel vise à favoriser chez la personne « la perception de l'importance de changer » son comportement, à l'aider « à explorer et résoudre son ambivalence ». Cette approche se distingue d'un « discours qui semble moraliser ou juger ses comportements », ce qui est décrit comme d'autant plus important pour « une population pour qui la sexualité a pu être vécue de manière répressive »²⁶².

Cependant l'observation ethnographique des entretiens menés par les militants de AIDES et leur comparaison avec les consultations en CDAG met en évidence des convergences quant aux thèmes abordés. Les questions posées par les militants dans l'entretien revêtent plus fréquemment une tournure ouverte et sont moins injonctives qu'en CDAG : « si vous êtes d'accord, on peut parler de votre sexualité ? », demande une militante à la personne venue se faire dépister. Mais les informations recueillies sont celles qui ont une pertinence clinique au vu de l'interprétation du test : date du dernier rapport sexuel non protégé, date du dernier test de dépistage, explications sur le délai de séroconversion, vérification des connaissances quant aux modes de transmission, information sur le traitement post-exposition au VIH, information sur le vaccin contre l'hépatite B... Le contenu des entretiens diffère principalement par l'anticipation systématique, à AIDES, d'un test positif, et du soutien que pourrait trouver la personne autour d'elle et si besoin auprès de l'association : « et si le test était positif, qui autour de vous pourrait vous soutenir ? Si vous le souhaitez, nous on est une association, on peut vous accompagner après... »

C'est en amont du test que les pratiques diffèrent considérablement : alors qu'en CDAG les usagers viennent consulter dans un bureau, à AIDES les militants vont chercher les personnes dans la rue, aux abords du métro, sur le terre-plein central d'un lieu parisien de drague et de prostitution (démarche dite d'*out reach* par les militants). Les lieux d'action choisis visent à toucher les groupes sociaux les plus exposés : gays et migrants.

²⁶⁰ Hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes.

²⁶¹ AIDES, « Bilan et analyse critique de la recherche action ANRS Comtest. Étude de la faisabilité d'un dépistage du VIH, communautaire et non médicalisé, utilisant des tests rapides, réalisé par l'association AIDES auprès des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes », 2011 (document préparé pour la réponse à l'appel à projet « Soutien aux activités de dépistage communautaire » DGS/FNPEIS 2011), p. 11.

²⁶² AIDES, « ANRS DRAG. Dépistage rapide auprès des gays. Protocole de recherche biomédicale », 14 août 2009 : cette recherche compare le dépistage par des militants de AIDES et en CDAG.

Les deux associations observées pour mon enquête, AIDES et le Kiosque Info Sida, développent des activités spécifiques afin de cibler les groupes les plus exposés au sida : gays pour le Kiosque Info Sida qui a ouvert un centre de dépistage, le Checkpoint, installé à Paris dans le Marais et dont on verra que les usagers sont très majoritairement membres des classes sociales supérieures et urbaines ; gays et migrants pour AIDES, qui développe des activités dans ses locaux et des activités mobiles, afin d'aller au contact de personnes qui ne se font spontanément pas dépister.

Les orientations stratégiques d'associations s'appuyant sur des alliés internes au champ médical sont concordantes avec les stratégies de santé publique déléguant aux associations les publics difficiles à atteindre. La « logique de collaboration à visée réformatrice »²⁶³, majoritaire dans AIDES depuis 1984, se rejoue ici sur la question du dépistage : il s'agit d'atteindre ceux que la santé publique n'atteint pas.

5. La division du travail de santé publique, enjeu et sanction des rapports de force dans le champ de la santé

La division du travail de santé publique n'est pas spécifique à la lutte contre le sida, et la division du travail en matière d'action publique n'est pas limitée aux enjeux de santé. Abordant le monde associatif comme un monde du travail, Mathieu Hély et Maud Simonet observent que « les frontières entre travail et engagement [n'y] sont ni totalement stabilisées ni forcément les mêmes », et invitent à étudier le travail associatif « à ses frontières, dans le commerce qu'il entretient avec l'État et la fourniture de service public comme dans les rapprochements qu'il construit et développe de façon croissante avec le monde de l'entreprise. »²⁶⁴

Sur le terrain étudié, l'activité de dépistage développée par l'association Kiosque Infos Sida au Checkpoint relève en effet autant du travail associatif que de l'entrepreneuriat social : le Checkpoint est une activité de l'association Kiosque Infos Sida, qui a rejoint le Groupe SOS en 2005 avec ses 15 salariés. Elle a pour directrice Ève Plenel, qui dirige également l'association Arcat, qui a rejoint le Groupe SOS en 2002 avec ses 30 salariés. Le Groupe SOS est fondé en 1995 par trois associations (SOS Drogue International, Habitat et Soins, et Insertion et Alternatives, existant depuis 1984, 1985 et 1994) qui créent alors un Groupement d'Intérêt Économique (Alliance Gestion). Il est en partie financé par des fonds publics, et dirigé par Jean-Marc Borello. Depuis les années 2000, le groupe SOS a développé la « filialisation » d'associations en difficulté qui souhaitent rejoindre le groupe.

²⁶³ Patrice Pinell (dir.), *Une épidémie politique. La lutte contre le sida en France 1981-1996*, Paris, PUF, 2002, p.53.

²⁶⁴ Mathieu Hély, Maud Simonet (dir.), *Le travail associatif*, Nanterre, Presses universitaires de Paris Ouest, 2013, p. 9.

Le site internet du Groupe SOS présente ainsi aux associations les avantages qu'elles auraient à rejoindre ce « groupe d'entrepreneuriat social » :

« Nous répondons aux besoins fondamentaux de la société : éducation, santé, logement, emploi... Ainsi, nos équipes s'impliquent au quotidien pour offrir des soins d'excellence pour tous, relever le défi du grand âge, lutter contre les exclusions (logement et hébergement des plus démunis, accompagnement de personnes en situation de handicap, atteintes du VIH ou souffrant d'addictions), garantir les mêmes chances à chaque enfant, favoriser l'accès aux savoirs et savoir-faire, insérer par l'activité économique, délivrer des conseils et services en développement durable, promouvoir nos valeurs à travers nos médias et développer une autre idée de la finance. [...] De par sa taille et la diversité de ses financeurs, le Groupe SOS dispose d'une solidité financière suffisante pour rétablir l'équilibre financier d'une association qui rencontre des difficultés et permettre sa restructuration. Les associations du Groupe SOS bénéficient aussi de son service de recherche de fonds propres. Il est plus facile d'innover et se développer au sein du Groupe SOS que seul. Ses sept pôles d'action permettent une vision transversale et efficace de l'ensemble des problèmes sociaux et des synergies entre tous les acteurs. Son accès plus aisé à des emprunts moins coûteux permet de financer des projets de développement qu'une petite association ne pourrait pas assurer seule. »²⁶⁵

Lorsqu'une association se « filialise », « les trois associations fondatrices se substituent aux personnes physiques membres, formant ainsi la nouvelle assemblée générale. » En d'autres termes, l'association abdique de son organe décisionnel : l'assemblée générale. Pour qu'une association accepte cette condition, il faut que ce soit une association sans militants. Le groupe SOS rachète donc des associations sans militants, qui, selon la directrice du Kiosque Infos Sida, y trouvent « le moyen de limiter la dépendance à l'État », en s'affiliant à un groupe qui a « anticipé sur le désengagement de l'État en matière de travail social »²⁶⁶. SOS a intégré des associations de professionnels du secteur médico-social, mais pas d'associations de malades. Des militants de AIDES critiquent sa politique qui consiste à « racheter des associations » et à « ne jamais [faire] de plaidoyer sur les droits »²⁶⁷.

Si l'investissement des militants de Aides dans le dépistage a suscité des débats et des résistances au sein de l'association, c'est parce qu'il prend place au sein d'autres activités telles que l'accompagnement des malades et de leurs proches, les actions de réduction des risques et de prévention, les actions de « plaidoyer », qui dénotent une volonté de prendre le contrepied des pratiques médicales, de combler leurs insuffisances, et de construire ce qu'on peut décrire comme une contre-culture de santé. L'association recrute délibérément des salariés non professionnels de santé pour participer au dépistage.

²⁶⁵ <http://www.associations.groupe-sos.org/rejoignez-groupe-sos>, page consultée le 15 avril 2012.

²⁶⁶ Entretien au Checkpoint le 22 mars 2012.

²⁶⁷ Entretien avec des membres de la Mission Innovation Recherche et Expérimentation de AIDES le 5 avril 2012.

En revanche, les trajectoires du responsable du Checkpoint et de la directrice d'Arcat et du Kiosque Infos Sida, sont des trajectoires de professionnels du secteur médico-social et de militants de la lutte contre le sida. Le premier a été assistant social dans le service de maladies infectieuses de l'hôpital Bichat à Paris, puis membre d'Arcat, puis a travaillé dans un CHRS²⁶⁸ de SOS Habitat. La seconde, après des études en science politique, a été trésorière d'Act Up-Paris, puis salariée à la Cimade, puis responsable des projets sociaux du 104 (lieu culturel de la Mairie de Paris), puis directrice financière du Comede²⁶⁹, puis directrice du Kiosque Infos Sida²⁷⁰. Il s'agit donc de deux carrières dans le secteur médico-social associatif, progressant vers des postes de direction.

Les frontières entre travail associatif et entrepreneuriat social sont donc poreuses, les passerelles nombreuses et les viviers de recrutement communs, à des degrés divers selon les stratégies associatives.

D'autre part, l'enquête sur les débats qui ont précédé la légalisation du dépistage du sida par des salariés associatifs non-professionnels de santé a mis en évidence, malgré la tonalité critique de la revendication associative initiale, l'accord des institutions d'État en charge d'y répondre.

Mais la critique a pu être perçue par des professionnels du secteur comme une remise en cause de leurs pratiques, comme l'indiquent les questions récurrentes posées, au début de l'enquête de terrain, par les infirmières et médecins de CDAG quant aux pratiques que je pouvais observer dans les associations : « alors ils font comment ? », « c'est vraiment différent ? », « ils ont du monde ? », etc. Leur curiosité inquiète témoigne d'une « situation typique de concurrence professionnelle », telle qu'Olivier Louail l'a mise en évidence dans son enquête sur la participation des Enfants de Don Quichotte aux opérations de relogement des personnes sans-abri du Canal Saint-Martin à Paris en 2006-2007 : l'association qu'il étudie, et celles revendiquant de participer au dépistage du sida, « fondent précisément leur légitimité sur leur proximité sociale ou territoriale avec leurs publics », quand « les professionnels installés [...] [revendiquent] leur maîtrise de la "bonne distance" avec l'utilisateur, acquise en formation initiale ou via l'expérience professionnelle. »²⁷¹

Dans le cas du dépistage du sida comme dans celui du relogement des personnes sans-abri, des groupes d'agents sociaux professionnels et militants prétendent représenter les bonnes pratiques, conformes aux normes et valeurs en vigueur dans le champ considéré : la santé publique ou la politique du logement. Dans les deux cas, des instances d'État arbitrent, et accordent aux acteurs associatifs des prérogatives des professionnels. Sur ces

²⁶⁸ Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale.

²⁶⁹ Comité médical pour les exilés.

²⁷⁰ Entretien au Checkpoint le 22 mars 2012.

²⁷¹ Olivier Louail, « Les Enfants de Don Quichotte face au travail de relogement des SDF du canal Saint-Martin : une politisation ambiguë », in Mathieu Hély, Maud Simonet (dir.), *Le travail associatif*, Nanterre, Presses universitaires de Paris Ouest, 2013, pp. 175-189 et notamment pp. 185-186.

deux terrains, des groupes militants se livrent à une « [remise] en cause de la différenciation des espaces d'activités », à laquelle Jacques Lagroye reconnaît la « politisation » (définie comme « requalification des activités sociales les plus diverses, requalification qui résulte d'un accord pratique entre des agents sociaux enclins, pour de multiples raisons, à transgresser ou à remettre en cause la différenciation des espaces d'activité »²⁷²). Dans les deux cas, la critique vise les professionnels plus que l'État, arbitre des financements publics attribués aux services publics et versés aux associations et « banque centrale de capital symbolique »²⁷³ qui délègue une « qualification [...] technique [...] supportée avant tout par une reconnaissance morale »²⁷⁴.

La délégation du travail de santé publique au secteur associatif va de pair avec un partage des publics et une spécialisation associative : gays pour le Checkpoint, gays et migrants pour AIDES, personnes transgenre pour Pari-T, immigrés africains pour Afrique Avenir, etc. Les supports de communication du Checkpoint (annexe 4), de AIDES (annexes 5 et 6) et d'Afrique Avenir (annexe 7) témoignent de cette spécialisation par publics, en ce qu'ils s'adressent « aux hommes qui aiment les hommes qui aiment les hommes... » pour le Checkpoint, aux « gays, migrants, usagers de drogue, travailleurs du sexe » pour AIDES, et aux personnes nées en Afrique subsaharienne pour Afrique Avenir (« vous êtes nés en Afrique subsaharienne... »). Mais les données sur les « diagnostics tardifs » d'infection par le VIH laissent penser que ce découpage des publics ne permet pas de réduire massivement la proportion de diagnostics tardifs.

En effet, en 2006, 2008, et 2009, trois rapports du Conseil National du Sida et de la Haute Autorité de Santé soulignent la pluralité des caractéristiques associées aux diagnostics tardifs, qui rend très difficile le ciblage de populations spécifiques :

« Bien que l'activité de dépistage soit particulièrement importante à l'échelle nationale [...], il persiste un retard au dépistage de l'infection par le VIH, qui concerne plus particulièrement certains groupes de populations ou individus. Ainsi, selon les données issues du système de notification obligatoire du VIH/Sida²⁷⁵, sur la période 1997-2005, 47% des sujets pour lesquels un diagnostic de Sida a été porté présentaient un retard au dépistage. [...] Certains facteurs liés à un retard au dépistage ont été mis en évidence à partir de l'analyse des données issues du système de notification obligatoire de l'infection par le VIH et du Sida : un âge supérieur à 40 ans, la nationalité étrangère (notamment Afrique sub-saharienne) et le mode de contamination par rapports hétérosexuels. De même, plusieurs caractéristiques étaient associées au dépistage tardif dans les cohortes et études multicentriques françaises : un âge supérieur ou égal à 30 ans, le mode de transmission autre que par rapports homosexuels, le statut de femmes migrantes, le sexe masculin, le fait d'être en couple et le fait d'avoir des enfants. Certains de ces facteurs

²⁷² Jacques Lagroye, « Les processus de politisation », in Jacques Lagroye (dir.), *La politisation*, Paris, Belin, 2003, pp. 359-372 et notamment pp. 360-361.

²⁷³ Pierre Bourdieu, *Sur l'État. Cours au Collège de France. 1989-1992*, Paris, Raisons d'Agir/Seuil, 2012, p. 210.

²⁷⁴ Yves Lochard, « L'association, un monde à part ? », in Mathieu Hély, Maud Simonet (dir.), *Le travail associatif*, Nanterre, Presses universitaires de Paris Ouest, 2013, pp. 143-157 et notamment p. 151.

²⁷⁵ Au moyen de la fiche de notification anonyme figurant en annexe 3.

permettent d'identifier des individus à risque augmenté de retard au dépistage qui ne font pas partie des sous-populations parmi lesquelles la prévalence de l'infection par le VIH et le nombre de découvertes de séropositivité au VIH sont les plus élevés. »²⁷⁶

De même, les connaissances épidémiologiques sur le non-recours au dépistage mettent en évidence des déterminants sociaux transversaux : en région parisienne, les facteurs associés au fait de ne jamais avoir fait de dépistage sont, pour les femmes, l'âge supérieur à 44 ans, le fait de ne pas avoir été enceinte dans les 15 dernières années, un faible niveau d'études, le chômage ou l'inactivité, le fait de n'avoir eu aucune ou qu'une seule relation amoureuse stable, le fait d'avoir une appartenance religieuse et le fait de vivre dans un quartier pauvre. Pour les hommes, les facteurs associés au fait de ne jamais avoir fait de dépistage sont l'âge inférieur à 30 ans ou supérieur à 44 ans, le fait d'avoir eu aucune ou une seule relation amoureuse stable, le fait d'avoir une appartenance religieuse, le fait de vivre dans un quartier pauvre, le fait d'être étranger ou né d'au moins un parent étranger²⁷⁷.

L'inégale répartition sociale des diagnostics tardifs est donc cohérente avec l'inégal recours au dépistage. En d'autres termes, les groupes dans lesquels les dépistages tardifs sont les plus fréquents (personnes migrantes et/ou hétérosexuelles) et donc la mortalité plus élevée, ne sont pas ceux dans lesquels les nouvelles contaminations sont les plus fréquentes (hommes homosexuels).

Ce rapport de la HAS relie sa recommandation d'extension du dépistage aux bénéfices individuels et de santé publique associés à l'instauration précoce de traitements devenus plus efficaces depuis 1995 :

« Alors que les bénéfices individuels du dépistage de l'infection par le VIH ont longtemps été limités en l'absence d'interventions efficaces, l'apparition de nouveaux moyens thérapeutiques ou prophylactiques a renforcé l'intérêt d'un diagnostic précoce de l'infection par le VIH au niveau individuel comme au niveau collectif. Les bénéfices individuels du dépistage de l'infection par le VIH sont apparus très clairement depuis la mise à disposition de multithérapies antirétrovirales hautement efficaces. En particulier, l'impact sur la mortalité d'une prise en charge tardive (définie comme un diagnostic d'infection par le VIH au stade Sida et/ou avec un taux de lymphocytes T CD4 inférieur à 200/mm) a été mis en évidence à partir des données de la FHDH pour les patients inclus entre 1997 et 2005 : le risque relatif de décès associé à une prise en charge tardive a été estimé à 13,2 pendant les 6 premiers mois après l'inclusion dans la base de données et restait significativement supérieur à 1 pendant les 4 premières années après la prise en charge, en comparaison avec les sujets pris en charge moins tardivement. Le dépistage peut ainsi permettre l'instauration précoce d'un traitement antirétroviral (multithérapie) dont l'efficacité sur la réduction de la morbidité et de la mortalité a été démontrée [...]. Enfin, le dépistage peut être utilisé comme un outil de prévention et favoriser le changement des attitudes et comportements. Au niveau collectif, les bénéfices du

²⁷⁶ Haute Autorité de Santé, *Dépistage de l'infection par le VIH en France. Stratégies et dispositif de dépistage*, octobre 2009, pp. 5-6.

²⁷⁷ Véronique Massari, Annabelle Lapostolle, Emmanuelle Cadot, Isabelle Parizot, Rosemary Dray-Spira, Pierre Chauvin, « Gender, socio-economic status, migration origin and neighborhood of residence are barriers to HIV testing in the Paris metropolitan area », *AIDS Care*, 2011, 23 (12), pp. 1609-1618.

dépistage de l'infection par le VIH ont également été soulignés. Le dépistage pourrait ainsi réduire les taux de transmission de l'infection par le VIH par deux biais : directement par une diminution des pratiques à risque ; indirectement par l'identification de personnes infectées supplémentaires remplissant les critères de mise sous multithérapie antirétrovirale, elle-même à l'origine d'une réduction de l'infektivité des personnes contaminées. »²⁷⁸

Le groupe de travail de la Haute Autorité de Santé qui publie ce rapport en 2009 est composé d'une quinzaine de médecins cliniciens (médecins généralistes, infectiologues), biologistes et épidémiologistes, d'un salarié de l'association AIDES, d'une démographe et d'une économiste. Il plaide pour l'inclusion des associations de lutte contre le sida dans le dispositif de dépistage :

« Une place nouvelle pourrait être reconnue aux structures associatives au sein du dispositif de dépistage de l'infection par le VIH. Sur le modèle des expériences développées aux USA et dans certains pays européens, il s'agit-là d'élargir l'offre de dépistage, notamment en direction des populations les plus exposées, afin de mieux répondre à leurs besoins. Les structures associatives ne devraient pas être considérées comme en concurrence avec les dispositifs dédiés existants mais plutôt comme les relais de réponses spécifiques visant à atteindre une population qui ne se fait pas ou insuffisamment dépister et à intégrer le dépistage dans le continuum des actions de prévention associatives. Dans le cadre du premier volet des présentes recommandations en santé publique [HAS 2008], la HAS a reconnu la place des structures associatives, considérant notamment que l'utilisation des TDR²⁷⁹ pouvait être envisagée dans des structures alternatives décentralisées au plus près de la population cible. Elle a ainsi appelé de ses vœux la mise en place de projets reposant sur le recours aux TDR au sein de ces structures afin d'évaluer la faisabilité et les bénéfices de ces nouveaux modèles de dépistage. »²⁸⁰

Le soutien des institutions de santé publique au dépistage associatif est donc conditionné à la capacité des associations à atteindre les publics visés, notamment du fait de la proximité sociale et de la communauté d'expériences :

« Lorsque les membres d'une association ont reçu une formation ou lorsqu'ils exercent déjà des fonctions d'accompagnement sur le thème de la prévention et de la sexualité, ils sont de fait des prestataires d'un counseling défini comme un conseil communautaire, pouvant se décliner sous la forme de groupes de paroles, de séances de co-conseils réalisées par des pairs. Il a pour intérêt de faciliter d'emblée l'entrée en relation entre des personnes exposées au même type de risques dans un environnement donné, partageant en partie des normes, des appartenances communes. Les associations, à condition qu'elles adoptent une charte de qualité du counseling, sont des leviers puissants de reconnaissance sociale et porteuses d'un regard positif inconditionnel, d'écoute active, de changement et de soutien. Le counseling proposé par les associations et pratiqué par des

²⁷⁸ Haute Autorité de Santé, *Dépistage de l'infection par le VIH en France. Stratégies et dispositif de dépistage*, octobre 2009, pp. 6-7.

²⁷⁹ Tests de Diagnostic Rapide (qui n'étaient pas encore appelés TTROD).

²⁸⁰ Haute Autorité de Santé, *Dépistage de l'infection par le VIH en France. Stratégies et dispositif de dépistage*, octobre 2009, pp. 15-16.

volontaires formés aux dimensions multiples de la prévention pourra répondre à un objectif nécessitant un travail d'accompagnement sur plusieurs séances au bénéfice de personnes s'exposant ou exposées à un cumul de vulnérabilités ou à un déficit de bien-être les empêchant d'adopter des comportements de prévention. »²⁸¹

L'histoire de l'une des associations rencontrées lors de l'enquête, Afrique Avenir, montre que les pouvoirs publics peuvent même, par l'octroi et le retrait de subventions, orienter l'action associative, ici tournée d'abord vers la solidarité internationale, vers le travail de santé publique. L'association Afrique Avenir existe depuis 1993 (déposée en préfecture en 1995). Elle a été fondée par des étudiants de plusieurs pays africains venus faire leurs études en France. L'un de ses militants, biologiste de formation, raconte :

« Arrivé ici, moi, au niveau d'Afrique Avenir, j'étais tombé sur la plupart des gens, les fondateurs d'Afrique Avenir, c'était des gens qui étaient en formation, d'autres personnes qui étaient de passage, mais c'était pour préparer le retour au pays, sur le continent. Donc tout était dirigé vers le pays. Et moi, je m'occupais beaucoup de tout ce qui regardait les problèmes de santé, ici. Et on a fait beaucoup de réflexions et beaucoup de conférences, à l'époque, si bien que, je ne sais pas, aux alentours des années [19]95, la DDASS – à l'époque c'était les DDASS [...] – et avait dit, bon quand même, c'est bien tous les réflexions, les séminaires que tu organises, mais il faudrait aussi faire du travail de terrain, alors ils m'avaient demandé d'écrire un projet, mais qui, comme il y avait des choses qui étaient faites sur l'Afrique de l'Ouest, faut aussi mener des actions aussi sur l'Afrique centrale. D'où le nom du projet : ZAC, Zone d'Afrique Centrale. Enfin qui a évolué d'Afrique Centrale à Zone d'Action Communautaire. »²⁸²

Comme le font remarquer Marie Loison-Leruste et Matthieu Hély au terme de leur enquête sur le rôle des associations dans le dispositif de « lutte contre l'exclusion », les fonds versés par une administration dans ce cadre relève de la « commande » plus que de la « subvention », et transforment des associations en « opérateurs de politiques publiques ». Mais les associations ne se comportent pas « comme des institutions du service public notamment en termes d'égalité de traitement des usagers, d'universalité des prestations et des territoires et de continuité du service »²⁸³.

À la date de l'entretien, l'association reçoit des subventions du ministère de la Santé, de l'Agence Régionales de Santé de l'Île-de-France, de l'INPES, de Sidaction. Elle participe au dépistage du sida par tests rapides depuis 2012, pratiqué par des militants non-professionnels de santé (à l'exception de ce biologiste) malgré leurs craintes initiales :

« À l'époque, on se disait : "Il faut qu'on recrute dans l'équipe, une infirmière, pour le faire..." J'ai dit : "Non, l'arrêté dit que ce sont des militants associatifs qui vont le faire, »

²⁸¹ Haute Autorité de Santé, *Dépistage de l'infection par le VIH en France. Stratégies et dispositif de dépistage*, octobre 2009, p. 29.

²⁸² Mathieu Ndombe, entretien le 20 février 2014.

²⁸³ Marie Loison-Leruste et Matthieu Hély, « Des entreprises associatives en concurrence : le cas de la lutte contre l'exclusion », in Mathieu Hély, Maud Simonet (dir.), *Le travail associatif*, Nanterre, Presses universitaires de Paris Ouest, 2013, pp. 191-207 et notamment pp. 196 et 206.

*donc les pairs, donc il faut qu'ils le fassent", donc il a fallu former, former, pour qu'ils puissent s'adapter aux techniques, et avant de faire la technique, aussi conduire les consignes. »*²⁸⁴

Mais la diversité des déterminants sociaux documentés du non-recours au dépistage (âge, absence de grossesse récente, faible niveau d'études, chômage, notamment²⁸⁵) met en difficulté la politique de ciblage des publics et souligne le rôle de l'inégale distribution géographique des dispositifs de soins de premier recours. La délégation de certains publics aux associations ne concerne donc pas tous les publics que la santé publique n'atteint pas, mais ceux que les associations sont mieux à même d'atteindre, du fait de leur implantation géographique et de leur recrutement de salariés issus des rangs du public visé : gays, migrants, personnes transgenres.

6. Conclusion

L'examen de la mobilisation, par des associations militantes, de la recherche médicale pour légitimer leur appropriation du dépistage du sida montre donc que le succès de la critique par les preuves a tenu pour beaucoup à des négociations entre acteurs institutionnels et associatifs et à l'action d'instances intermédiaires les réunissant, telles le groupe Dépistage de l'ANRS. La comparaison de ce processus avec d'autres terrains pourrait inviter à élargir un concept des *science studies*, celui de « style de pensée » proposé par Ludwik Fleck²⁸⁶, à l'analyse de mobilisations émanant de certains secteurs internes au champ médical ou de ses marges.

En effet, le travail de Laure Pitti²⁸⁷ sur l'alliance entre médecins critiques et ouvriers pour démontrer les dangers du plomb à l'usine Penarroya et celui de Sandrine Garcia²⁸⁸ sur les médecins investis dans la lutte pour la légalisation de l'avortement accréditent l'hypothèse d'un « style de pensée » propre à une frange critique du champ médical, où la participation active des militants à la production du savoir fait partie du mode d'administration de la preuve.

La délégation du dépistage aux associations pour couvrir des groupes sociaux peu dépistés a été opérée dans une relative concorde quant à l'ampleur de l'épidémie cachée, ce qui n'était pas le cas pour les dangers du plomb ni pour ceux de l'interdiction de

²⁸⁴ Mathieu Ndombe, entretien le 20 février 2014.

²⁸⁵ Massari, *op. cit.*

²⁸⁶ Ludwik Fleck, *Genèse et développement d'un fait scientifique*, Paris, Flammarion, 2008, [*Entstehung und Entwicklung einer wissenschaftlichen Tatsache*, Benno Schwabe & Co, 1935] pp. 60, 66, 74, 79-80, 166, 179.

²⁸⁷ Laure Pitti, « Experts "bruts" et médecins critiques. Ou comment la mise en débats des savoirs médicaux a modifié la définition du saturnisme en France durant les années 1970 », *Politix*, 2010, 23 (91), pp. 103-132.

²⁸⁸ Sandrine Garcia, « Expertise scientifique et capital militant. Le rôle des médecins dans la lutte pour la légalisation de l'avortement », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 2005, 158, pp. 96-105.

l'avortement. Cette différence importante du degré de conflictualité, qu'il convient également de rapporter à une période politique moins marquée par les luttes sociales dans les années 2000 que dans les années 1970, n'interdit cependant pas de dégager des caractéristiques communes des alliances entre médecins et militants, et du type de démonstration qu'ils produisent ensemble. Le « collectif de pensée », « porteur communautaire du style de pensée » selon Fleck, serait alors un groupe disparate mais partageant certaines positions sociales, situé aux frontières entre le champ médical et l'espace des mouvements sociaux : les dispositions de médecins militants leur permettent de mobiliser leurs capitaux scientifiques acquis dans le champ médical au service de leur cause politique, et de mobiliser leurs capitaux militants pour affermir leur position dans le champ médical (souvent marginale comme l'a montré Sandrine Garcia pour ce qui concerne l'avortement ou Laure Pitti pour les médecins du travail et médecins généralistes, moins marginale pour les médecins du sida dans les années 2000 que dans les années 1980-1990).

Ces médecins, qui sont partie prenante de mobilisations sociales, ont en commun de s'appuyer sur des mouvements sociaux, si ce n'est pour les intégrer dans les dispositifs de santé publique, du moins pour élargir ceux-ci à des catégories de population qu'ils négligent ou maltraitent (ouvriers, femmes, gays) et rendre la santé publique plus inclusive et universelle. Cependant, à la différence des mouvements pour la liberté de l'avortement et contre le saturnisme, les institutions médicales étaient plus disposées à être convaincues que les associations pouvaient rendre le dépistage du sida plus efficace, et il n'y a pas eu de mouvement social en faveur de l'élargissement de la pratique du dépistage aux associations, ni de résistance durable contre ce redéploiement de la division du travail de santé publique.

La politique de ciblage des publics, mise en œuvre principalement par les associations, amène à faire l'hypothèse d'une division du travail de santé publique, qui permet d'apaiser la critique portée contre les pratiques médicales tout en les laissant intactes et inchangées. La participation à la recherche médicale et au dépistage a inclus dans le champ médical un groupe d'agents associatifs qui était présent dans l'espace social du sida depuis le début de l'épidémie. Pour obtenir un élargissement de leur périmètre d'action au sein de cet espace, les associations ont dû adopter le mode d'administration de la preuve admis dans le champ médical et ont été amenées à prouver qu'elles atteignent mieux que le système de soins les groupes qui y ont peu recours. Comme l'a montré le développement successif d'actions de prévention associative en direction de publics difficiles à atteindre, « l'espace de la lutte contre le sida se développe en se différenciant, comme s'il répondait à des exigences de division sociale du travail. »²⁸⁹ Si les associations ont pu entrer dans ce jeu pour ce qui concerne cette fois une technique médicale - le dépistage du sida -, c'est parce qu'elles y étaient préparées par l'histoire des relations que le mouvement associatif entretient avec les instances biomédicales depuis les débuts de l'épidémie de sida.

²⁸⁹ Patrice Pinell (dir.), *Une épidémie politique. La lutte contre le sida en France 1981-1996*, Paris, PUF, 2002, p. 137.

Dans sa note sur les apports de l'analyse de la médecine en termes de champ²⁹⁰, Patrice Pinell distingue trois sous-champs, correspondant aux « espaces de production spécialisés » du champ médical (médecine clinique, médecine sociale et sciences accessoires), et les « espaces spécialisés mixtes », caractérisés par « l'existence de plusieurs logiques de production de biens, propres à des champs différents, se combinant et se concurrençant, sans que l'une s'impose comme plus légitime que les autres dans la définition de l'espace ». L'espace social du sida, articulé autour des trois pôles politique, associatif et médical, est un de ces espaces mixtes, mais il est possible que le développement des thérapies ait abouti à un rééquilibrage entre le pôle clinique (faible au début de l'épidémie) et le pôle social du champ médical (d'abord limité à la prévention), caractérisé par sa contribution au « bon gouvernement de la société » de par l'apport de réponses médicales à des demandes sociales.

L'investissement associatif dans les instances régulant les essais thérapeutiques dans les années 1995 et l'histoire de la recherche « communautaire » sur le dépistage « communautaire » à la fin des années 2000 témoignent en effet de l'accroissement de la légitimité de la logique médicale de production du savoir, mais il s'agit d'un savoir pratique, consistant à évaluer la capacité des associations à atteindre des populations que le système de santé public et libéral n'atteint pas. L'extension à des agents non médicaux de la production de ce type de connaissances, plus marquée avec la recherche « communautaire » qu'avec la participation associative aux institutions thérapeutiques, est concomitante d'un élargissement des populations visées par les « biens de santé légitimes » produits par le champ (trithérapies, dépistage). Si les champs tendent « à se développer en se différenciant », multipliant ainsi les espaces hybrides où des agents « [jouent] simultanément plusieurs parties dans plusieurs champs », alors c'est bien sur un développement du champ médical, et sur une médicalisation accrue de la gestion sociale de l'épidémie de sida, que débouche la participation d'agents non médicaux au dispositif de dépistage et de production du savoir.

Enfin, leur attribution de territoires et populations que les médecins n'atteignent pas, sur fond de régulation par l'État et de concurrence professionnelle (du moins dans les discours), doit être replacée dans l'histoire des relations entre la médecine, ses différentes composantes, et l'État, et dans une perspective qui, suivant les travaux notamment de Marie Jaisson, prenne pour objet, non la médecine comme profession, mais « la structure de l'espace des pratiques médicales »²⁹¹. Non seulement la répartition des territoires et des populations entre agents médicaux et associatifs est cohérente avec l'histoire courte de l'épidémie de sida, mais elle l'est avec l'histoire longue de la médecine en France : elle témoigne en effet de la rémanence, sous des formes diverses et occupées par des agents

²⁹⁰ Patrice Pinell, « À propos du champ médical : quelques réflexions sur les usages sociologiques du concept de champ », in Frédéric Lebaron et Gérard Mauger (dir.), *Lectures de Bourdieu*, Paris, Ellipses, 2012, pp. 305-318.

²⁹¹ Marie Jaisson, « L'honneur perdu du généraliste », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 2002, 143, pp. 31-35.

variables selon le sous-champ considéré, d'une « position homologue de celle des officiers de santé du XIX^e siècle »²⁹², occupée par les médecins généralistes dans l'espace des spécialités médicales, et par les salariés associatifs dans l'espace social du sida à l'ère post-trithérapies marquée par l'extension du dépistage.

Lorsqu'en 1803 le Consulat instaure les écoles de médecine, il distingue deux diplômes : celui d'officier de santé, délivré par des jurys départementaux, et celui de docteur en médecine, délivré par les écoles de médecine. Les officiers de santé faisaient des études moins longues et pouvaient bénéficier d'une bourse. Leur recrutement était donc plus populaire. Ils étaient plus nombreux à travailler en milieu rural, peu prisé par les docteurs en médecine. L'élite médicale, notamment parisienne, n'a eu de cesse de réclamer la suppression du corps des officiers de santé, et l'obtient avec la loi Chevandier en 1892, qui « [consacre] le monopole médical et [pose] les bases de l'organisation de la profession »²⁹³. Les mouvements successifs de différenciation et de concentration dans le champ médical ont donc, depuis son organisation, partie liée avec la définition des territoires et populations à atteindre. On va voir en quoi l'exemple du sida permet de rendre compte du travail scientifique de définition de ces populations par l'épidémiologie, et des connaissances et méconnaissances qu'elle produit.

²⁹² Jaisson, *ibid*, p. 33.

²⁹³ Anne-Chantal Hardy, *Travailler à guérir. Sociologie de l'objet du travail médical*, Rennes, EHESP, 2013, pp. 75-79.

Chapitre 3

Des savoirs d'État produits pour orienter l'action publique : connaissances et méconnaissances des déterminants sociaux de la santé

Les savoirs d'État peuvent être définis comme « des savoirs produits par les agents de l'État ou [...] comme des constructions savantes imaginées à l'extérieur de l'État et jugées conformes aux besoins de l'État. »²⁹⁴ En matière de santé des populations, la discipline scientifique qui informe et oriente l'action publique est l'épidémiologie, définie comme « l'étude de la fréquence des pathologies et de la distribution des états de santé dans des populations humaines, et de leurs déterminants »²⁹⁵. Luc Berlivet décrit l'institutionnalisation de l'épidémiologie comme discipline scientifique au cours du XIX^e siècle en Europe et aux États-Unis, et met en évidence l'émergence, à la fin des années 1940, d'une épidémiologie dite « moderne » par ses promoteurs : articulée autour de la notion de « risque », elle utilise des techniques statistiques complexes afin de dégager, non les « causes », mais les « facteurs de risque » des maladies et des décès²⁹⁶.

En France, les institutions qui contribuent à la surveillance épidémiologique sont les services du ministère de la Santé (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques : DREES), l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm), l'Institut national d'études démographiques (INED), l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) et l'Institut national de veille sanitaire (InVS). François Buton rapporte les origines de l'InVS à la volonté, née d'« affaires » comme celle du « sang contaminé », d'externaliser la surveillance épidémiologique afin de « dégager la responsabilité éventuelle des acteurs politiques et administratifs ». Créé en 1993 sous la forme juridique d'un groupement d'intérêt public, le Réseau national de santé publique devient InVS en 1998. Il est l'œuvre d'un groupe de médecins et d'épidémiologistes de la Direction Générale de la Santé et du directeur général de la santé, Jean-François Girard, ainsi que de « différents acteurs, marginaux autant dans le système de santé, que vis-à-vis de l'administration », comme des médecins humanitaires ou de santé publiques et des fondations philanthropiques américaines et françaises, qui créent l'Institut pour le Développement Appliquée sur le modèle des Centers for Disease Control (CDC) américains. Nommé directeur du RNSP à sa fondation, puis de l'InVS en 1998, Jacques Drucker a une trajectoire exemplaire de celle des médecins souvent spécialisés en maladies infectieuses

²⁹⁴ Colloque international du projet de recherche ANR-DFG « Euroscientia », *Classer et nommer les savoirs d'État (1750-1850)*, Strasbourg, Maison interuniversitaire des sciences de l'homme – Alsace, 27 et 28 novembre 2013 (programme sur la page : http://euroscientia.univ-paris1.fr/fileadmin/euroscientia/P_final_VS_fr_11_06_2013.pdf, consultée le 5 mai 2015).

²⁹⁵ Élodie Giroux, « Contribution à l'histoire de l'épidémiologie des facteurs de risque », *Revue d'histoire des sciences*, 2011, 64 (2), pp. 219-224.

²⁹⁶ Luc Berlivet, « Déchiffrer la maladie », in Jean-Pierre Dozon et Didier Fassin (dir.), *Critique de la santé publique. Une approche anthropologique*, Paris, Balland, 2001, pp. 75-102.

et/ou ayant travaillé à l'étranger, qui « s'orientent vers la santé publique et l'épidémiologie (éventuellement en terrain exotique) puis, faute de débouchés sur le marché hospitalo-universitaire français, vers l'international (humanitaire, industrie pharmaceutique) ou l'administration (centrale ou déconcentrée) »²⁹⁷.

L'InVS est le maître d'œuvre de la surveillance épidémiologique de l'infection par le VIH depuis 2003, date de mise en place de la déclaration obligatoire de l'infection par le VIH/sida (annexe 3) et de son recueil par l'InVS. Il en publie chaque année les résultats dans sa publication : le Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire. Par une analyse de la fabrication de ces données épidémiologiques et par leur mise en perspective avec d'autres données, portant sur les décès liés au VIH/sida recueillis par une unité de l'Inserm, beaucoup moins publiées et commentées dans l'espace social du sida, on rendra compte du type de connaissances, mais aussi de méconnaissances que produit la surveillance épidémiologique. En effet, la surveillance des nouvelles infections annuelles, appelées données d'incidence et publiées chaque année par l'InVS, mettent en évidence la surexposition des hommes homosexuels et des personnes migrantes d'Afrique subsaharienne, quand les données de mortalité recueillies par l'Inserm mettent en évidence les décès plus précoces des membres des classes populaires, des femmes et des étrangères, comme on va le montrer par une analyse statistique de la base de données constituée par le Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDC) de l'Inserm sur les 44666 décès liés au VIH/sida de 1987 à 2011.

Dans le sillage des travaux de Paul-André Rosental et de François Buton, on envisagera ici « l'intelligence épidémiologique »²⁹⁸ dans sa double acception cognitive et pratique, comme production de connaissances et comme ressort de l'action publique. Paul-André Rosental désigne sous le terme d'« intelligence démographique » la « construction simultanée qui unit théories et politiques démographiques »²⁹⁹. On montrera ainsi que les critères de description et de délimitation des populations par le travail scientifique dépendent étroitement des objectifs et des ressources de l'action publique, mais aussi de l'action associative qu'elle mobilise, qu'ils orientent en retour l'action publique et l'action associative, et qu'ils soutiennent la division du travail de santé publique entre services publics, acteurs associatifs et médecine libérale de premier recours.

La taxinomie oriente l'action : Alain Desrosières en a donné des exemples dans le cas de la justice, de la médecine et de l'école³⁰⁰. Mais elle détermine aussi, on le verra, un certain degré d'inaction, ici quant aux déterminants de classe et de genre des inégalités face à la mort. Dans un texte devenu important pour ce qui ne s'appelait pas encore histoire

²⁹⁷ François Buton, « De l'expertise scientifique à l'intelligence épidémiologique : l'activité de veille sanitaire », *Genèses*, 2006, 65 (4), pp. 71-91.

²⁹⁸ Buton, 2006, *ibid.*, p. 72.

²⁹⁹ Paul-André Rosental, *L'intelligence démographique. Sciences et politiques des populations en France (1930-1960)*, Paris, Odile Jacob, 2003, p. 160.

³⁰⁰ Alain Desrosières, *La politique des grands nombres. Histoire de la raison statistique*, Paris, La Découverte, 2010 [1993], pp. 302-305.

sociale des sciences ni sociologie des sciences, Ludwik Fleck (1896-1961), bactériologiste et immunologiste, recourt à la métaphore du mouvement musculaire pour décrire la dialectique entre la découverte scientifique et l'erreur : la connaissance est indissolublement liée à l'erreur, puisqu'elle est rendue possible par l'impasse faite sur les hypothèses alternatives. Le « style de pensée » d'une communauté scientifique donnée (que Fleck définit comme l'ensemble des concepts et pratiques partagés par cette communauté) est une disposition d'esprit qui associe une « aptitude à ressentir de façon sélective » et « une autre à agir de façon correspondante et dirigée »³⁰¹.

Le « style de pensée » en vigueur dans l'espace social du sida, élaboré par des agents médicaux, associatifs et des représentants de l'État, est orienté prioritairement vers la réduction de la contamination et la connaissance de ses déterminants, et fait l'impasse sur les déterminants de classe et de genre des décès précoces, jugés plus inaccessibles à l'action.

En témoigne l'analyse d'un fait inhabituel au regard des données connues sur la mortalité en France : pour le sida, les femmes décèdent plus jeunes que les hommes. L'étude des exceptions épidémiologiques, lorsqu'elle articule les rapports sociaux, est riche d'enseignements quant aux mécanismes qui produisent de l'inégalité face à la maladie et la mort³⁰². Le cas du VIH/sida permet de dépasser le constat habituel que les inégalités sociales de santé sont moins marquées entre femmes qu'entre hommes. Il oblige à ne pas restreindre l'acception du mot « social » à la position de classe³⁰³, conduit à penser qu'entre femmes, les politiques migratoires et l'accès effectif à des soins pérennes déterminent davantage l'inégalité que l'appartenance de classe, ou plus exactement que l'appartenance nationale l'emporte sur l'appartenance de classe pour expliquer la moindre efficacité des soins apportés aux femmes.

1. Surmorbidity masculine et précocité des décès féminins : quand l'exception éclaire la règle

Pour beaucoup de maladies, dans la France contemporaine, la surmorbidity féminine (c'est-à-dire la plus grande fréquence de maladies chez les femmes) et la plus grande précocité des décès masculins sont la règle. Ainsi, dans les Enquêtes Santé et Protection Sociale (ESPS) menées tous les deux ans en France par l'IRDES depuis 1988, les femmes déclarent systématiquement plus de maladies que les hommes, quel que soit l'âge : en

³⁰¹ Alain Desrosières, *La politique des grands nombres. Histoire de la raison statistique*, Paris, La Découverte, 2010 [1993], pp. 60 et 172.

³⁰² Kate Hunt, Sally Macintyre, « Genre et inégalités sociales en santé », in Annette Leclerc, Didier Fassin, Hélène Grandjean, Monique Kaminski, Thierry Lang, *Les inégalités sociales de santé*, Paris, La Découverte, 2000, pp. 363-375.

³⁰³ Didier Fassin, « Les impensés des inégalités sociales de santé », in Christophe Niewiadomski et Pierre Aïach (dir.), *Lutter contre les inégalités sociales de santé. Politiques publiques et pratiques professionnelles*, Rennes, EHESP, 2008, pp. 21-28.

moyenne trois maladies quand les hommes en déclarent deux³⁰⁴. Mais la mortalité dite « prématurée », c'est-à-dire avant 65 ans³⁰⁵, est deux fois plus fréquente chez les hommes que chez les femmes³⁰⁶. Cela n'a pas toujours été le cas : la période de l'Ancien Régime est marquée par une surmortalité féminine aux âges de la procréation³⁰⁷. Mais depuis le milieu du XX^e siècle, en France, les femmes sont plus malades que les hommes qui, eux, décèdent plus tôt.

Pour expliquer la coexistence d'une surmorbidity féminine et d'une surmortalité masculine, l'hypothèse la plus fréquemment avancée repose sur la gravité différentielle des maladies déclarées par les femmes et par les hommes, et sur la plus grande sensibilité des femmes aux questions de santé. L'enregistrement d'une morbidité féminine plus élevée serait due au fait que les femmes déclarent plus souvent des maladies non mortelles que les hommes (pathologies de la thyroïde, infections urinaires, migraines, anxiété, problèmes veineux, arthrose³⁰⁸) et à leur plus grande « disposition à percevoir » des symptômes non liés à une atteinte organique : « tous ces troubles, symptômes, maladies, de loin les plus fréquents, sont plus fréquemment déclarés par les femmes pour des raisons qui tiennent à une perception différentielle de leur présence et à une interprétation davantage pathologisante de leur manifestation », avance ainsi Pierre Aïach, qui rapporte cette plus grande sensibilité des femmes à leur « rapport au corps [...] aux questions de médecine et de santé ». Aïach rapporte ce rapport genré au corps et à la santé à une socialisation familiale qui inculque aux garçons la répression des manifestations de faiblesse et à une division sexuelle inégale du travail domestique qui fait reposer sur les femmes la gestion de la santé familiale³⁰⁹. On pourrait alors lire la surmorbidity féminine, non comme la résultante d'un excès féminin, mais d'un manque masculin de sensibilité aux dysfonctionnements corporels (de soi et des autres). Outre que cette formulation offre l'avantage d'arracher l'interprétation sociologique à la paraphrase du sens commun (et du sens commun médical) qui veut que « les femmes s'écoutent trop » et ne sont « pas vraiment malades », elle est cohérente avec deux faits qui troublent l'hypothèse d'une surmorbidity féminine déconnectée de « l'état de santé "réel" (au sens médical du terme) ». Le premier réside dans la plus grande durée de vie avec handicap pour les femmes (y compris à âge égal, elles souffrent plus souvent d'incapacités³¹⁰), le second dans l'existence du même gradient social entre femmes qu'entre hommes pour la morbidité déclarée. Au sein de la classe de sexe, les femmes ne se trompent pas : les cadres se sentent deux fois moins malades que les

³⁰⁴ DREES, *La santé des femmes en France*, Paris, La Documentation française, 2009, p. 85.

³⁰⁵ Limite d'âge retenue pour les comparaisons internationales, notamment au niveau européen.

³⁰⁶ DREES, *op. cit.*, p. 80.

³⁰⁷ Dominique Tabutin, « La mortalité féminine en Europe avant 1940 », *Population*, 1978, 1, pp. 121-148.

³⁰⁸ DREES, *op. cit.*, pp. 84-87.

³⁰⁹ Pierre Aïach, « Femmes et hommes face à la mort et à la maladie, des différences paradoxales », in Pierre Aïach, Dominique Cèbe, Geneviève Cresson et Claudine Philippe (dir.), *Femmes et hommes dans le champ de la santé. Approches sociologiques*, Rennes, ENSP, 2001, p. 120, 127, 136.

³¹⁰ Emmanuelle Cambois, Aline Désesquelles, Jean-François Ravaud, « Femmes et hommes ne sont pas égaux face au handicap », *Population et Sociétés*, 2003, 386, pp. 1-4.

employées³¹¹, et effectivement elles meurent plus tard³¹². On retrouve le même gradient de classe chez les hommes.

L'hypothèse classiquement proposée pour rendre compte du paradoxe apparent entre une surmortalité masculine avérée apparaît donc insatisfaisante pour expliquer certains faits empiriques. Elle est de surcroît naturalisante dans la mesure où elle élude les écarts de santé entre femmes selon leur position de classe et leurs conditions de travail. Elle débouche enfin sur une impasse théorique lorsqu'elle amène son auteur à conclure qu'« aujourd'hui bien plus qu'hier, la domination masculine est surtout symbolique »³¹³, ce qui fera sourire quiconque connaît les écarts de salaire persistants entre femmes et hommes, la permanence du déséquilibre de la répartition du travail domestique au détriment des femmes ou celle des violences masculines contre les femmes³¹⁴.

On entreprendra donc de reprendre à nouveaux frais l'exploration des inégalités face à la maladie et la mort à partir d'un « cas négatif », de ceux qui amènent à reconsidérer la théorie pour qu'elle rende compte de l'ensemble du réel³¹⁵ : pour le VIH/sida, les hommes sont plus souvent malades et les femmes meurent plus jeunes. Pourtant la pratique du dépistage par les femmes est élevée, notamment pendant la grossesse (environ 75 % des femmes d'après les enquêtes Périnatalité 2003 et 2010), et les trithérapies ont permis de ramener la mortalité des personnes séropositives à un niveau comparable à celle de la population générale³¹⁶. On pourrait alors s'attendre à une mort plus tardive des femmes atteintes par le VIH, puisqu'en population générale les femmes décèdent plus tard. On montrera qu'il n'en est rien.

L'exceptionnalité de ce fait, au regard de la précocité habituelle des décès masculins, en fait un objet intéressant pour la compréhension des mécanismes qui produisent les inégalités de classe et de sexe face à la santé. L'hypothèse de la surinterprétation des symptômes corporels est inopérante sur ce terrain, tant pour expliquer les différentiels de morbidité que les différentiels de mortalité. En effet le diagnostic de l'infection par le VIH ne fait ici pas de doute dès lors qu'il est avéré par un examen biologique. Le décès est

³¹¹ DREES, *op. cit.*, p. 84.

³¹² DREES, *op. cit.*, p. 82.

³¹³ Aïach, *op. cit.*, p. 143.

³¹⁴ Margaret Maruani, *Femmes, genre et sociétés. L'état des savoirs*, Paris, La Découverte, 2005.

³¹⁵ Howard S. Becker, *Les ficelles du métier*, Paris, La Découverte, 2002, pp. 142-150.

³¹⁶ Charlotte Lewden, Geneviève Chêne, Philippe Morlat, François Raffi, Michel Dupon, Pierre Dellamonica, Jean-Luc Pellegrin, Christine Katlama, François Dabis, Catherine Lepout, the ANRS CO8 APROCO-COPILOTE Study Group, the ANRS CO3 Aquitaine Study Group, « HIV-infected adults with a CD4 cell count greater than 500 cells/mm³ on long term combination antiretroviral therapy reach same mortality rates as the general population », *Journal of AIDS*, 2007, 46, pp. 72-77.

également un élément objectif, de même que l'âge au décès, reconnu comme un marqueur puissant des inégalités de santé entre classes sociales³¹⁷.

Si la surexposition masculine au VIH est liée à la part des hommes homosexuels dans l'épidémie (40 % des nouvelles contaminations de 2003 à 2012³¹⁸), comment rendre compte du fait que les femmes en décèdent plus tôt (et - on va le voir - sont contaminées plus jeunes) ? En quoi l'âge au décès et ses variations entre femmes et hommes, mais aussi entre femmes, éclairent-ils les effets combinés des différents rapports sociaux sur la production d'inégalités face à la santé ? Il faut ici articuler les rapports sociaux entre eux et ce dans une perspective matérialiste, c'est-à-dire en arrimant l'interprétation aux connaissances accumulées sur les conditions d'existence des groupes sociaux concernés.

Ces questions seront explorées au travers d'une analyse statistique de la base de données constituée par le Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDC) de l'Inserm sur les 44666 décès liés au VIH/sida de 1987 à 2011.

2. Une analyse des décès liés au VIH/sida en France (1987-2011)

Les données analysées m'ont été transmises par le CépiDC, qui centralise chaque année les certificats de décès. Les variables analysées sont l'âge au décès, le sexe, la nationalité et la profession recodée en catégorie socioprofessionnelle (PCS) figurant sur les 44666 certificats de décès recueillis par le CépiDC entre 1987 et 2011 pour les causes de décès liés au VIH/sida. On présentera dans un premier temps une analyse descriptive des âges aux décès par sexe, nationalité et PCS, et leur évolution entre 1987 et 2011, puis dans un second temps des régressions logistiques³¹⁹ croisant ces variables, avant d'avancer quelques hypothèses sociologiques explicatives.

Pour l'analyse statistique, il a fallu composer avec la succession de trois nomenclatures différentes depuis 1987, et surtout avec l'incomplétude croissante des données au fur et à mesure des années. Ainsi, la PCS est plus souvent manquante après 2000, date à laquelle apparaît un item « actifs ou demandeurs d'emploi/inactifs/retraités ». La PCS est alors souvent manquante pour les demandeurs et demandeuses d'emploi. Elle est en revanche parfois précisée pour les inactifs et inactives. Chaque fois que la PCS est précisée, c'est elle qui sera prise en compte dans l'analyse, car il est possible que dans les

³¹⁷ Éric Jougl, Stéphane Rican, Françoise Péquignot, Alain Le Toullec, « La mortalité », in Annette Leclerc, Didier Fassin, Hélène Grandjean, Monique Kaminski, Thierry Lang, *Les inégalités sociales de santé*, Paris, La Découverte, 2000, pp. 147-162.

³¹⁸ Françoise Cazein, Florence Lot, Josiane Pillonel, Yann Le Strat, Cécile Sommen, Roselyne Pinget, Stéphane Le Vu, Sylvie Brunet, Damien Thierry, Denys Brand, Marlène Leclerc, Lotfi Benyelles, Clara Da Costa, Francis Barin, Caroline Semaille, « Découvertes de séropositivité VIH et sida - France, 2003-2012 », *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, 2014, 9-10, pp. 154-62.

³¹⁹ Réalisées avec la version 3.1.2 du logiciel R, et avec l'aide précieuse de Camille François.

cas où elle est précisée pour les inactifs et inactives, l'inactivité soit due à la maladie. De même, lorsque la PCS des retraité·e·s est précisée (ce qui est rare), c'est elle qui est prise en compte dans le modèle. Le codage des nationalités a également évolué entre 1987 et 2011. Les effectifs par nationalité étant trop faibles pour permettre des comparaisons fines par groupes nationaux, l'analyse comparera les français·e·s et les étranger·e·s. On gardera cependant à l'esprit que, pour le VIH/sida, la plupart des étranger·e·s décédé·e·s ont une nationalité d'un pays d'Afrique subsaharienne.

La PCS des enfants étant non renseignée, les enfants ne peuvent augmenter artificiellement la proportion d'inactifs. En revanche, les enfants décédant jeunes, ce point peut expliquer en partie les décès plus précoces en cas de PCS non renseignée. Pour la même raison, les âges au décès des retraité·e·s sont beaucoup plus élevés que ceux des autres groupes. Cependant certain·e·s « retraité·e·s » sont décédés entre 23 et 60 ans, ce qui peut être lié à un codage erroné comme « retraité·e·s » d'individus qui étaient peut-être en invalidité. Le groupe « retraité·e·s » sera analysé séparément.

3. Construction des données et problèmes méthodologiques

La surveillance épidémiologique de l'épidémie de VIH est assurée en France par l'Institut de Veille Sanitaire, qui publie annuellement dans le Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire les données d'incidence (c'est-à-dire le nombre annuel d'infections par le VIH diagnostiquées), recueillies par la déclaration obligatoire. Mise en place en 2003, la déclaration obligatoire est remplie par tout laboratoire de biologie (et complétée par le médecin prescripteur) pour une sérologie positive pour le VIH.

Les données sur la mortalité sont recueillies par le CépiDC de l'Inserm, qui collecte les certificats de décès remplis pour chaque décès. Cette source n'est pas exhaustive, car certains décès liés à une cause non liée à l'infection par le VIH sont codés comme liés au VIH dès lors que la personne en est atteinte. Aucune des sources sur les décès liés au VIH n'est exhaustive mais, avec 76 % des décès identifiés par le CépiDC, elle reste la plus complète actuellement disponible³²⁰.

Les renseignements fournis par la déclaration obligatoire sont différents de ceux que fournit le certificat de décès, ce qui rend très difficile la comparaison entre les données d'incidence³²¹ (fournies par la déclaration obligatoire) et les données de mortalité (fournies par les certificats de décès). En particulier, la déclaration obligatoire précise le mode de

³²⁰ Charlotte Lewden, Éric Jouglu, Ahmadou Alioum, Gérard Pavillon, Laurence Lièvre, Philippe Morlat, Dominique Salmon, Thierry May, Geneviève Chêne, Dominique Costagliola, « Number of deaths among HIV-infected adults in France in 2000, three-source capture-recapture estimation », *Epidemiology and Infection*, 2006, 134, pp. 1345-1352.

³²¹ L'incidence correspond au nombre de nouveaux cas annuels.

contamination : rapport homosexuel, hétérosexuel, usage de drogues, transmission materno-fœtale. Ce n'est pas le cas du certificat de décès, puisqu'il s'agit d'un certificat standard quelle que soit la cause du décès. La profession est très irrégulièrement mentionnée sur la déclaration obligatoire, au point que les publications épidémiologiques sur l'incidence du VIH ne traitent pas cette variable³²². En revanche elle figure sur le certificat de décès. Il est donc impossible de mettre en relation les données d'incidence et de mortalité par PCS, sauf à développer des études longitudinales³²³.

La fiche de notification obligatoire anonymisée de l'infection par le VIH et du sida (en annexe 3) a été mise en place en 2003, modifiée en 2007 puis en 2011, après avis favorable de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés. Les évolutions récentes de la déclaration obligatoire montrent comment la construction des données statistiques est déterminée par les priorités de l'action publique et de l'action associative.

En effet, en 2011, aux modalités « homme » et « femme », la variable « sexe » ajoute celles de « transgenre H vers F » et « transgenre F vers H ». La notice d'accompagnement présentant les arguments en faveur de cette modification explique que cet ajout vise à « identifier les découvertes de séropositivité dans la population transgenre, [...] une des cibles du plan national de lutte contre le sida et les IST 2010-2014, [...] afin d'adapter les programmes de prévention ».

Interrogé sur l'origine de la commande de la modification des catégories de la surveillance de l'épidémie, un épidémiologiste de l'InVS met en avant le rôle conjugué du monde associatif et des pouvoirs publics :

« Quand on fait des restitutions de résultats [...] telle association nous dit : "Nous, on n'est pas représentés dans vos catégories et ça ne va pas, du coup on ne peut pas faire notre plaidoyer après, parce qu'on n'a pas de chiffres à mettre sur notre problématique". Ça existe, pour les trans. Ça peut venir des pouvoirs publics, du ministère. Mais en général, ça ne vient pas d'eux directement. Ils ont été aiguillés par telle association, justement, qui les a convaincus qu'il fallait travailler là-dessus et ils se retournent vers nous : "Vous avez des données là-dessus ?", "Non, on n'en a pas ou pas assez", donc la commande peut venir de là. »

Il souligne également l'influence des possibilités d'action en direction des groupes sur l'opération scientifique de délimitation de ces mêmes groupes, de sorte que l'action projetée précède la mesure des besoins :

« Je me suis efforcé de considérer la catégorie "usager de drogue injectable" [...] même si numériquement, il y a très peu de monde. Statistiquement, je n'aurais pas dû les isoler, ça aurait dû être groupé dans une espèce de "autres" mais parce qu'on a besoin de produire

³²² Épidémiologiste, Institut de Veille Sanitaire, entretien le 26 février 2013.

³²³ Grégoire Rey, Stéphane Rican, Danièle Luce, Gwenn Menvielle, Éric Jouglu, « La mesure des inégalités sociales de mortalité par cause en France : Comparaison des approches chaînée et non chaînée », *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, 2013, 61(3), pp. 221-231.

un chiffre pour cette catégorie-là, par exemple parce que la problématique est totalement différente et que la réponse après, les mesures de contrôles, vont être totalement différentes. »³²⁴

La lecture du Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire met en évidence l'hétérogénéité des catégories mobilisées pour la surveillance épidémiologique. Contrairement à d'autres objets de surveillance (dépistage des cancers, consommation de tabac...) qui incluent des variables telles que la catégorie socio-professionnelle et le niveau d'études, et bien que la profession figure sur la fiche de déclaration obligatoire de l'infection par le VIH, la surveillance épidémiologique mobilise d'abord exclusivement des catégories sexuelles et comportementales (usage de drogues), puis d'origines nationales. La catégorie « migrants », longtemps considérée comme problématique dans un contexte de montée du Front National, se stabilise progressivement à la fin des années 1990, sous la pression des associations concernées³²⁵. Les groupes ainsi délimités sont définis comme des groupes de transmission et des cibles d'intervention pour l'action publique, comme l'explique très clairement l'argumentaire en faveur de l'inclusion de la variable « trans ».

Dans la déclaration obligatoire de 2011, la variable « lieu de naissance » distingue la France métropolitaine, les Départements Français d'Amérique (DFA) du fait de « l'ampleur de l'épidémie chez les personnes nées dans les DFA et vivant en France métropolitaine », les autres pays (à préciser en texte libre). Par rapport à la fiche de 2007, elle ajoute l'année d'arrivée en France, afin de « pouvoir faire la part entre les infections acquises en France de celles acquises dans le pays d'origine, savoir dans quel délai a été fait le diagnostic de l'infection après l'arrivée en France, interpréter les tendances de l'épidémie chez les migrants en fonction de leur migration (migration plus ou moins récente) ». La variable « nationalité » est supprimée car trop mal renseignée puisque « pas recueillie dans la pratique quotidienne des cliniciens »³²⁶.

Il est possible que la mise sur le marché de traitements plus efficaces en 1995, augmentant les bénéfices individuels et collectifs du dépistage précoce, ait contribué à consolider des catégories sexuelles et nationales. En effet ces catégories délimitent des populations plus faciles à cibler par les politiques de dépistage que les individus entrant dans le système de soins à un stade tardif de l'infection par le VIH, répartis de façon plus diffuse dans la population générale, mais partageant une condition sociale plus défavorable³²⁷. L'entretien avec l'épidémiologiste de l'InVS confirme cette hypothèse :

³²⁴ Épidémiologiste, Institut de Veille Sanitaire, entretien le 26 février 2013.

³²⁵ Élise Marsicano, *Genre, expérience migratoire et condition minoritaire. Les trajectoires sexuelles et préventives des migrant·e·s d'Afrique subsaharienne vivant en France*, Thèse de sciences humaines et sociales, Université Paris Sud XI, 2012, pp. 33-82.

³²⁶ http://www.invs.sante.fr/surveillance/vih-sida/PDF/modif_fiches_vih_sida_2011.pdf, page consultée le 17 mars 2013.

³²⁷ Rosemary Dray-Spira, France Lert, « Social health inequalities during the course of chronic HIV disease in the era of highly active antiretroviral therapy », *AIDS*, 2003, 17, pp. 283-290.

« Si on veut consacrer un euro, aujourd'hui, il vaut mieux le consacrer à aller dans des populations évidemment plus fournies en positifs non diagnostiqués. C'est là qu'il peut y avoir un choix de priorité d'action publique. C'est de se dire - un positif est un positif et du coup, tout se vaut - qu'il vaut mieux screener beaucoup moins de personnes pour trouver plus de positifs, dans une population dont on sait qu'elle est plus fournie en positifs. Ça pourrait être ça le dilemme, et ne pas screener cinquante millions d'adultes. »³²⁸

La dimension pratique du classement est donc double : le classement des individus dans des groupes de transmission permet de déterminer ce qu'il est nécessaire de faire (parce que certaines populations sont plus touchées que d'autres), et ce qu'il est possible de faire (parce que certains populations sont difficiles à atteindre). C'est donc en partie leur propension à être accessibles au ciblage qui détermine la probabilité que les individus soient constitués en groupes d'intervention par et pour l'action publique, et en groupes de transmission par l'épidémiologie. Cette connaissance de la surexposition au risque s'accompagne d'une méconnaissance des déterminants sociaux du risque, mais suffit à agir. Ce constat sur le terrain du VIH corrobore l'hypothèse avancée par François Buton dans son histoire de la veille sanitaire³²⁹ : comme l'« intelligence démographique » analysée par Paul-André Rosental, l'« intelligence épidémiologique » fait science tout en se rendant utile, et son épistémologie probabiliste la contraint à subordonner l'ambition de connaissance à son utilité, puisque les faits qu'elle met au jour permettent d'agir sans nécessairement comprendre.

Quant aux certificats de décès, la proportion de ceux qui ne renseignent pas la PCS augmente fortement entre 1996 et 2008, passant de moins de 10 % à environ 40 % des certificats de décès, ce qui interroge sur les causes du « crépuscule des catégories socioprofessionnelles »³³⁰ et sur ses effets. Emmanuel Pierru et Alexis Spire datent du milieu des années 1980 le recul des catégories socioprofessionnelles (CSP) dans les publications de l'INSEE, au profit d'autres variables (le diplôme, le niveau de revenu, la nationalité à partir de 1999) et surtout d'une autre vision du monde social : au milieu des années 1990, le thème de la précarité supplante l'analyse en termes de classes sociales dans les publications qu'ils étudient. Ils mettent également en évidence l'effet, sur l'analyse de la différenciation sociale, de la pression européenne pour l'harmonisation internationale des nomenclatures d'une part, et d'autre part du déclin de la sociologie au profit de l'économétrie et du raisonnement « toutes choses égales par ailleurs »³³¹ dans la formation des statisticiens. L'épidémie de sida est donc contemporaine d'une tendance lourde, et l'appareillage statistique dont elle est l'objet porte la marque de son temps.

³²⁸ Épidémiologiste, Institut de Veille Sanitaire, entretien le 26 février 2013.

³²⁹ Buton, 2006, *op. cit.*

³³⁰ Emmanuel Pierru et Alexis Spire, « Le crépuscule des catégories socioprofessionnelles », *Revue française de science politique*, 2008, 58 (3), pp. 457-481.

³³¹ Isolant des variables dont l'indépendance est discutable.

En effet le déclin des CSP dans les publications de l'INSEE est exactement contemporain des débuts de l'épidémie, au milieu des années 1980. L'émergence de la précarité comme cible des politiques publiques et grille de lecture théorique commence au milieu des années 1990, c'est-à-dire quand sont commercialisées les trithérapies qui améliorent considérablement le pronostic de la maladie... à condition de disposer de la protection sociale et du logement qui permettent de prendre ces traitements régulièrement. Les obstacles face à l'accès effectif aux traitements, pour des malades ayant perdu leur emploi du fait de la maladie, usagers de drogue, ou étrangers sans titre de séjour, ont mis en évidence les effets de la précarité administrative et sociale sur les soins. Cependant, au lieu de remettre en cause des politiques sociales et migratoires qui fabriquent la précarité, la réponse des politiques publiques a consisté à développer des dispositifs spécifiques, tels la Couverture Maladie Universelle et l'Aide Médicale État, qui sont devenus des marqueurs de précarité³³². Enfin, en 1999, de façon concomitante, la nationalité devient plus visible dans les publications de l'INSEE et dans les publications épidémiologiques sur le sida³³³.

En définitive, « première grande épidémie qui ne fait pas des problèmes posés par la pauvreté un thème central »³³⁴, le sida est devenu objet d'étude scientifique dans les années où les classes sociales n'en étaient plus un, et avant que le genre acquière droit de cité dans la recherche scientifique³³⁵. Les données sur la mortalité liée au VIH/sida permettent de réintroduire les rapports de classe et les rapports sociaux de sexe sur un terrain où la focalisation sur les données d'incidence et sur les progrès thérapeutiques contribue à les évacuer.

4. Une évolution différenciée de l'âge au décès des femmes et des hommes

La chute rapide du nombre de décès après la mise sur le marché des trithérapies en 1996 est connue : le nombre total des décès annuels passe d'environ 4500 au début des années 1990, à 1000 après 1996, et passe à moins de 500 après 2010. Cette baisse spectaculaire est attribuée à la plus grande efficacité des traitements et à la plus grande précocité du diagnostic.

³³² Caroline Izambert, « Les limites de l'universel. L'accès des sans-papiers à une couverture maladie en France depuis 1999 », in Guillaume Lachenal, Céline Lefève, Vinh-Kim Nguyen (dir.), *La médecine du tri*, Paris, PUF, 2014, pp. 199-215.

³³³ Sandrine Musso, « Faire preuve par l'épidémiologie : lectures "indigènes" des chiffres du sida en France », *Quaderni*, 2009, 68, pp. 71-82.

³³⁴ Patrice Pinell, « Mobilisation associative et pauvreté », in *Sida et Pauvreté*, 38^e session de la Commission de la population et du développement de l'ONU, Contribution détaillée de la France, 2005, pp. 99-106, cité par Sandrine Musso, *loc. cit.*

³³⁵ Roland Pfefferkorn, *Inégalités et rapport sociaux. Rapports de classes, rapports de sexes*, Paris, La Dispute, 2007.

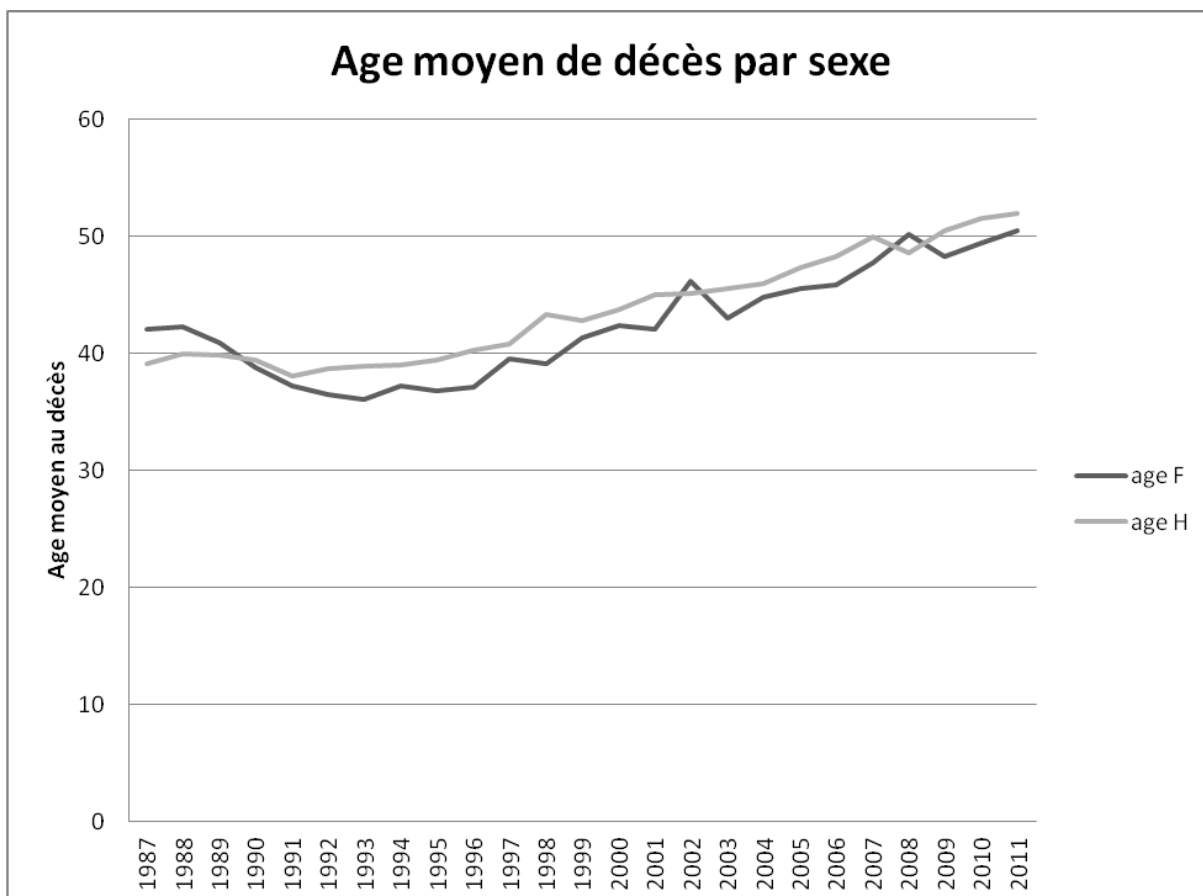
L'évolution de la proportion de décès de femmes et d'hommes est, quant à elle, moins bien connue : à partir de 1987, la proportion de décès de femmes augmente de façon régulière et continue, passant de 12,5 % des décès à 26 % en 2010 et 2011. Cette hausse est parallèle à l'augmentation progressive de la proportion de femmes diagnostiquées chaque année pour l'infection par le VIH, qui double entre 1987 et 2006 (de 14% à 31%³³⁶). Plusieurs hypothèses sociologiques ont été avancées pour expliquer la plus grande vulnérabilité des femmes vis-à-vis de l'infection par le VIH, parmi lesquelles leur dépendance économique, les violences sexuelles, et les « scripts sexuels »³³⁷ (concept sociologique qui décrit les conduites sexuelles comme produits de scénarios culturels délimitant le possible et le déviant) où l'initiative sexuelle féminine est peu légitime³³⁸. Mais si ces hypothèses permettent d'expliquer la progression de l'incidence du VIH chez les femmes, elles ne suffisent pas à rendre compte de la progression des décès de femmes, et surtout du fait qu'elles sont infectées plus jeunes et décèdent plus jeunes que les hommes. L'analyse des différences des âges au décès par sida entre femmes et hommes, mais aussi entre femmes, oblige alors à articuler les différents rapports sociaux pour rendre compte des inégalités face au décès.

Ainsi, alors que les femmes meurent plus tard que les hommes pour la plupart des causes de mortalité étudiées, ce n'est pas le cas quand elles meurent du sida. L'écart s'est même inversé depuis le début de l'épidémie (Graphique 1) : jusqu'en 1989 elles meurent significativement plus tard que les hommes, puis significativement plus tôt à partir de 1990. De plus, l'élévation de l'âge au décès en 25 ans est plus importante pour les hommes : l'âge moyen des hommes au décès par VIH/sida passe de 39,1 ans en 1987 à 52 ans en 2011, quand celui des femmes passe de 42,1 ans en 1987 à 50,5 en 2011. L'âge des femmes au décès diminue entre 1987 et 1996 (année de mise sur le marché des trithérapies) pour augmenter ensuite, alors que celui des hommes est stable entre 1987 et 1996 et augmente ensuite.

³³⁶ DREES, *La santé des femmes en France*, Paris, La documentation française, 2009, pp. 144-145.

³³⁷ John Gagnon, *Les scripts de la sexualité. Essais sur les origines culturelles du désir*, Paris, Payot, 2008.

³³⁸ Nathalie Bajos et Michel Bozon (dir.), *Enquête sur la sexualité en France. Pratiques, genre et santé*, Paris, La Découverte, 2008, principalement pp. 359-407.



Graphique 2 : âge moyen au décès liée au VIH/sida entre 1987 et 2011 par sexe (source CégiDC, 44666 certificats de décès).

La première explication de la précocité des décès de femmes tient au fait qu'elles sont infectées plus jeunes, mais ce fait n'explique pas que le gain d'années de vie soit de neuf ans pour les hommes et cinq ans pour les femmes entre 1987 et 2006, ni que la mortalité régresse plus fortement pour les hommes que pour les femmes (respectivement – 36 % et – 17 % entre 2000 et 2006³³⁹). L'âge au diagnostic peut suivre d'un temps variable (quelques semaines à plusieurs années) l'âge à l'infection, et ce délai ne peut qu'être estimé. L'âge au diagnostic peut être recueilli de façon plus fiable que l'âge à l'infection, notamment par la déclaration obligatoire. En revanche les enquêtes VESPA 1 et 2 (VIH : Enquête sur les personnes atteintes), menées sur un échantillon représentatif de personnes suivies à l'hôpital, permettent de connaître l'âge médian au diagnostic. En 2011, il est de 36 ans, avec des variations importantes : 37 ans pour les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, 38 ans pour les hommes immigrés d'Afrique subsaharienne, 33 ans pour les femmes immigrées d'Afrique subsaharienne, 44 ans pour les « autres hommes » (c'est-à-dire hétérosexuels et, pour la plupart, français), 39 ans pour les « autres femmes » (c'est-à-dire

³³⁹ Albertine Aouba, Françoise Péquignot, François Laurent, Jean Boileau, Gérard Pavillon, Éric Jouglà, « Mortalité par VIH en France : tendances évolutives depuis les années 1980 », *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, 2008, 45-46, pp. 447-452.

hétérosexuelles et, pour la plupart, françaises)³⁴⁰. Les femmes sont donc diagnostiquées, et vraisemblablement infectées, plus jeunes que les hommes.

Dans son enquête sur « le choix du conjoint » en France, conduite dans les années 1970, Alain Girard montre que les âges « souhaitables » (d'après les enquêtés) et réels au mariage sont de 23 à 25 ans pour les hommes, et de 20 à 22 ans pour les femmes³⁴¹. Conduite dans les années 2000, l'enquête « Contexte de la sexualité en France » met en évidence un allongement de l'intervalle entre les premiers rapports sexuels et la mise en couple chez les femmes depuis les années 1950, mais l'intervalle qui sépare les premiers rapports sexuels de la mise en couple reste plus long chez les hommes³⁴². Le plus jeune âge des femmes lors de la mise en couple peut donc contribuer à expliquer qu'elles soient contaminées plus jeunes par le VIH.

Par ailleurs, les femmes immigrées d'Afrique subsaharienne sont diagnostiquées plus jeunes que tous les autres groupes. Dans la cohorte Vespa2, elles représentent le quart de l'effectif, les hommes homosexuels environ la moitié, et les hommes immigrés d'Afrique subsaharienne, les autres hommes hétérosexuels et les autres femmes hétérosexuelles représentent chacun environ un dixième de l'effectif. Les femmes immigrées d'Afrique subsaharienne contribuent donc en grande partie à un âge au diagnostic plus jeune pour les femmes, et donc à un âge au décès plus jeunes. La plus grande vulnérabilité des femmes a été rattachée à des causes biologiques et sociales : biologiques, parce que la plus grande surface de muqueuse sexuelle exposée et la plus grande concentration de virus dans le sperme rendent un rapport sexuel deux fois plus contaminant pour une femme que pour un homme ; sociales, parce que l'inégalité entre femmes et hommes et la dépendance économique vis-à-vis d'un partenaire masculin, souvent plus âgé, limite les capacités des femmes à négocier l'usage d'un préservatif³⁴³.

Mais la plus grande vulnérabilité des femmes à l'infection, leur infection plus précoce et leur dépistage plus précoce (car quasi systématique pendant la grossesse³⁴⁴), n'expliquent pas une évolution de l'âge au décès moins favorable aux femmes après la commercialisation des trithérapies. Il est donc nécessaire de chercher à comprendre les évolutions différenciées entre le diagnostic et le décès, c'est-à-dire quant à l'accès aux traitements et leur suivi. Or, dans la cohorte Vespa2, le délai d'entrée dans les soins après le diagnostic est

³⁴⁰ Rosemary Dray-Spira, Kayigan Wilson d'Almeida, Cindy Aubrière, Fabienne Marcellin, Bruno Spire, France Lert et le groupe Vespa2, « État de santé de la population vivant avec le VIH en France métropolitaine en 2011 et caractéristiques des personnes récemment diagnostiquées. Premiers résultats de l'enquête ANRS-Vespa2 », *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, 2013, 26-27, pp. 285-292.

³⁴¹ Alain Girard, *Le choix du conjoint. Une enquête psycho-sociologique en France*, Paris, PUF/Ined, 1981 (3^{ème} édition), cahier n°70, p. 145.

³⁴² Laurent Toulemon, « Entre le premier rapport sexuel et la première union : des jeunesses encore différentes pour les femmes et pour les hommes », in Nathalie Bajos et Michel Bozon (dir.), *Enquête sur la sexualité en France. Pratiques, genre et santé*, Paris, La Découverte, 2008, pp. 163-195.

³⁴³ Alice Desclaux et Annabel Desgrées du Loû, « Les femmes africaines face à l'épidémie de sida », *Population et Sociétés*, 2006, 428, pp. 1-4.

³⁴⁴ Desclaux et al, *loc. cit.*

plus long pour les immigré-e-s d'Afrique subsaharienne, dont environ les trois quarts sont des femmes. Ce fait peut contribuer à un âge au décès plus jeune pour les femmes, y compris à âge égal lors de la contamination³⁴⁵. Par ailleurs, les femmes hétérosexuelles étrangères sont moins souvent traitées que les hommes hétérosexuels étrangers et que les femmes hétérosexuelles françaises, qui sont moins souvent traitées que les hommes hétérosexuels français³⁴⁶. Ces enquêtes ne permettent pas d'en comprendre les raisons.

Une analyse par catégories socioprofessionnelles et par nationalités permet d'avancer des éléments d'explication.

5. Des inégalités entre classes sociales qui s'accroissent

L'évolution de la proportion de chaque CSP dans le total des décès (Graphique 3) est d'interprétation difficile, car la part de certificats de décès ne renseignant pas la PCS augmente fortement durant la période étudiée, passant de moins de 10 % avant 1996 à 40 % entre 1996 et 2008.

L'augmentation importante de la proportion d'inactifs et d'inactives parmi l'ensemble des décès peut être liée à l'augmentation de la reconnaissance en invalidité lorsque les malades ne peuvent plus travailler, mais aussi à la fragilité propre des inactifs et inactives, c'est-à-dire au fait que ce soit l'inactivité elle-même qui favorise l'aggravation de la maladie. La surmortalité des inactifs et inactives fait l'objet d'explications concurrentes depuis que sont documentées des inégalités sociales face à la maladie et la mort : leurs décès sont-ils plus précoces du fait de la plus grande gravité de leur maladie ? Ou les formes plus graves d'une même maladie conduisent-elles plus précocement les malades à l'inactivité³⁴⁷ ? Aux nombreux travaux qui penchent pour la première hypothèse, la surreprésentation des femmes inactives parmi les décès par sida ajoute un élément de preuve supplémentaire en faveur de la fragilité propre des inactifs et inactives : si c'est la maladie qui conduit à l'inactivité et aux décès précoces des malades devenus inactifs, alors il n'y a pas de raison pour que la proportion de femmes et d'hommes parmi les inactifs au décès diffère de la proportion de femmes et d'hommes parmi les décès ; les hommes, qui occupent plus souvent des emplois ouvriers, pourraient même être conduits plus vite à l'inactivité du fait de leur maladie ; or la proportion de femmes parmi les décès d'inactifs (presque la moitié) est supérieure à celles des femmes parmi l'ensemble des décès.

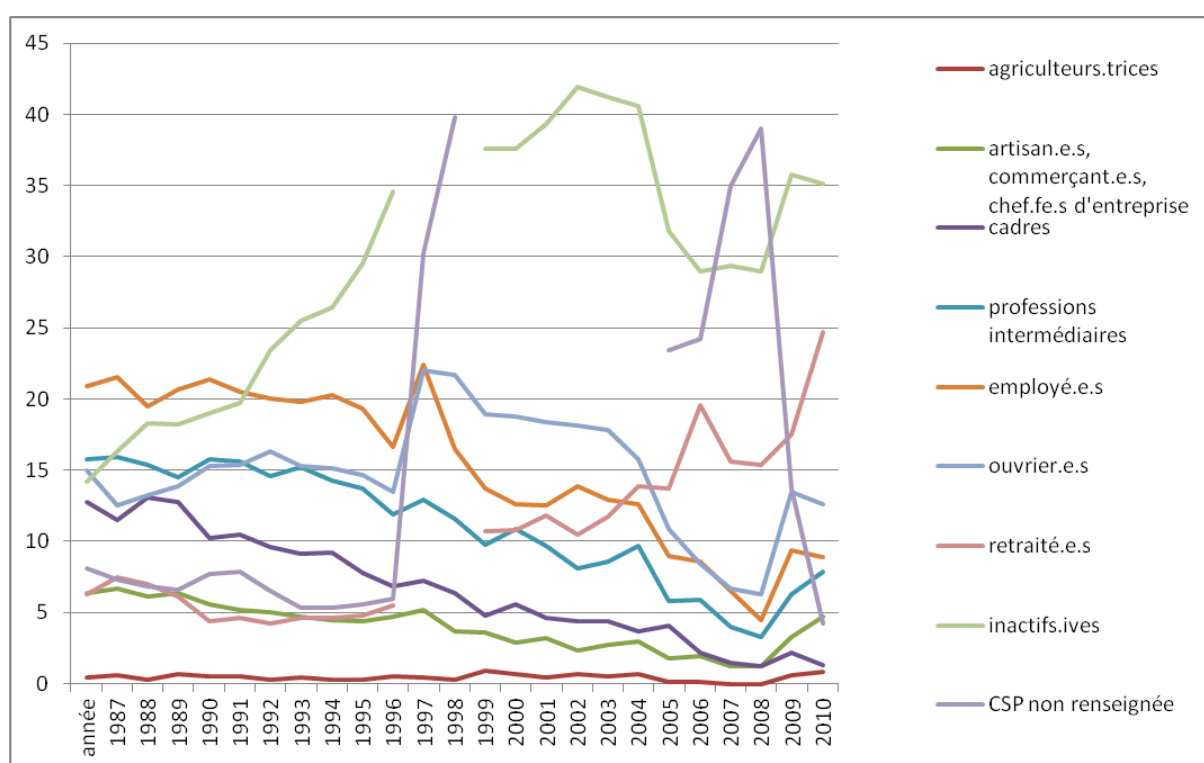
³⁴⁵ Dray-Spira et le groupe Vespa2, *loc. cit.*

³⁴⁶ Virginie Supervie, « Le TasP (Treatment as Prevention) dans le contexte actuel de l'épidémie d'infection à VIH en France. État des lieux, succès actuels et futurs défis », communication à l'International AIDS Society le 11 avril 2013.

³⁴⁷ Annette Leclerc, Monique Kaminski, Thierry Lang, *Inégaux face à la santé*, Paris, La Découverte, 2008, pp. 78-80.

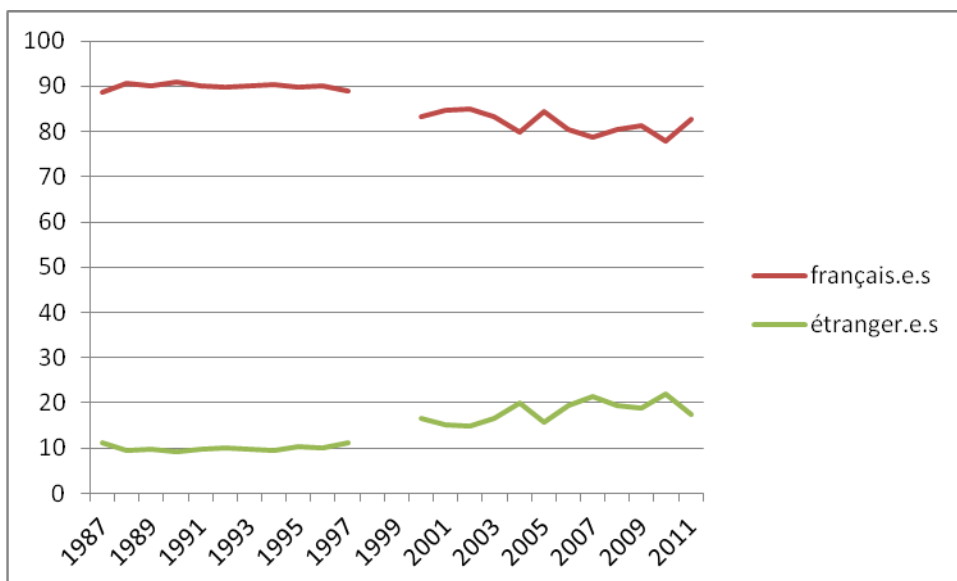
L'augmentation de la proportion des retraité·e·s parmi les décès après 1995 est probablement liée à l'augmentation rapide de la durée de la vie des personnes infectées après la commercialisation des trithérapies.

Malgré ces difficultés d'interprétation, on constate que la catégorie socioprofessionnelle dont la proportion diminue le plus rapidement parmi les décès, avant même la commercialisation des trithérapies, est celle des cadres, quatre fois moins nombreux parmi les décès en 2011 qu'en 1987. Les professions intermédiaires, après avoir suivi une pente décroissante plus lente jusqu'en 2004, parallèle à celle des chef·fe·s d'entreprise, commerçant·e·s et artisan·e·s, rattrapent les cadres. Au contraire, la diminution de la proportion des employé·e·s et ouvrier·e·s parmi les décès est plus faible que celle des autres catégories d'actifs et d'actives.



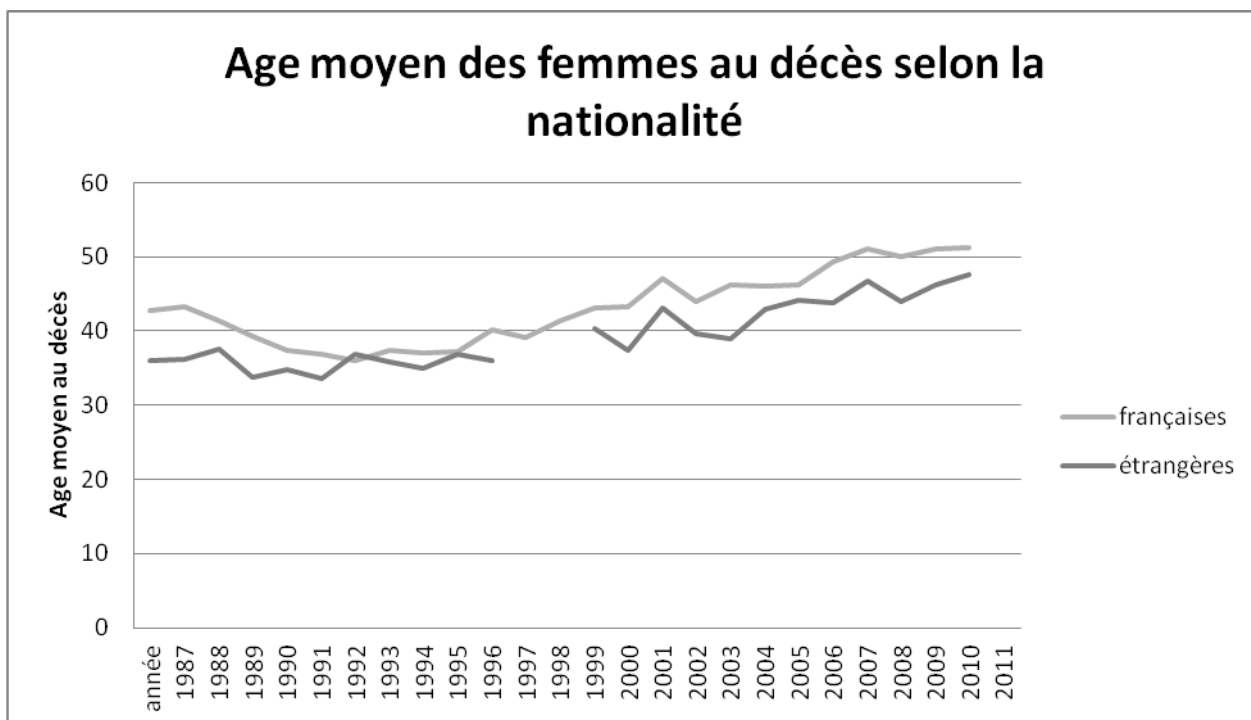
Graphique 4 : âge moyen au décès lié au VIH/sida par CSP entre 1987 et 2011 (source CépiDC, 44666 certificats de décès).

Dans le même temps, la proportion d'étrangères et d'étrangers augmente, passant d'environ 10 à 20 % des décès (Graphique 5).



Graphique 6 : proportion de français.e.s et d'étranger.e.s parmi les décès liés au VIH/sida entre 1987 et 2011 (source CépiDC, 44666 certificats de décès).

Enfin, l'analyse de l'âge au décès par nationalité (Graphique 7) montre que les écarts entre femmes françaises et étrangères se creusent après la commercialisation des trithérapies, suite à cinq années pendant lesquelles ils n'étaient pas significatifs.



Graphique 8 : âge moyen au décès par VIH/sida des femmes françaises et étrangères entre 1987 et 2011 (source CépiDC, 8272 certificats de décès). En 1997 et 1998, la nationalité n'est pas renseignée dans les certificats de décès recueillis.

Le Tableau 1 donne un aperçu de la progression de l'âge au décès avant et après la commercialisation des trithérapies pour chacune des variables considérées (sexe, CSP, nationalité).

Tableau 1 : Âges moyen et médian au décès par sexe, CSP et nationalité et période (avant/après commercialisation des trithérapies en 1996). Source CépiDC, 44666 certificats de décès. Les catégories « activité non renseignée » et « nationalité non renseignée » n'existent pas avant 1996 dans les données transmises par le CépiDC.

		Âge médian au décès		Âge moyen au décès	
		1987-1995	1996-2011	1987-1995	1996-2011
Ensemble des décès		36	42	38.81	44.19
		38		40.73	
CSP	Agriculteurs et agricultrices	47	43	49.02	45.81
	Chef·fe·s d'entreprise, Commerçant·e·s, Artisan·e·s	40	43	41.6	43.91
	Cadres	40	43	41.01	43.94
	Professions intermédiaires	38	41	39.1	42.14
	Employé·e·s	35	40	37.21	40.72
	Ouvrier·e·s	35	41	37.3	42.25
	Actifs et actives sans PCS renseignée	/	45	/	44.91
	Retraité·e·s	65	66	65.25	67.32
	Inactifs et inactives	33	40	35.05	40.89
	Activité non renseignée	33	42	32.29	42.83

Sexe	Hommes	37	43	39.05	44.54
	Femmes	34	40	37.57	42.95
Nationalité	Français·e·s	36	42	38.97	44.21
	Etranger·e·s	35	42	37.36	43.68
	Nationalité non renseignée	/	48	/	50.87

Puisque la médiane est moins sensible que la moyenne au poids des âges extrêmes, c'est la variable dépendante qu'on retiendra pour les régressions logistiques.

6. Effets différenciés des rapports sociaux dans chaque classe de sexe

Si l'on introduit la catégorie socioprofessionnelle et la nationalité dans l'analyse de l'âge au décès (Tableau 2), on constate que la probabilité de décéder jeune est significativement :

- plus forte pour les femmes que pour les hommes (celles-ci meurent donc tendanciellement plus tôt),
- plus forte pour les professions intermédiaires, employé·e·s, ouvrier·e·s, inactifs que pour les cadres,
- plus faible pour les agriculteurs et agricultrices que pour les cadres,
- plus forte avant la commercialisation des trithérapies en 1995.

Elle ne diffère pas significativement entre cadres et chef.fe.s d'entreprise /commerçant·e·s/ artisan·e·s, ni entre français·e·s et étranger·e·s.

En d'autres termes, toutes choses égales par ailleurs, les femmes meurent plus jeunes que les hommes, et les membres des professions intermédiaires, employé·e·s, et ouvrier·e·s meurent plus jeunes que les cadres. En revanche, toutes choses égales par ailleurs, il n'y a pas d'écart significatif entre français·e·s et étranger·e·s, hommes et femmes confondus, pour l'âge au décès. Le sexe et la classe sociale sont donc ici déterminants pour la mortalité précoce.

Tableau 2 : Probabilité de décéder du VIH/sida après 38 ans entre 1987 et 2011 par CSP, sexe, nationalité et période.

		Odds ratio	Seuil de significativité
CSP	C=Cadres	Ref.	Ref.
	A=Agriculteurs·trices	1.91	***
	P=Chef.fe.s d'entreprise, commerçant·e·s, artisan·e·s	1.04	NS
	M=Professions intermédiaires	0.71	***
	E=Employé·e·s	0.51	***
	O=Ouvrier·e·s	0.51	***
	I=Inactifs et inactives	0.40	***
	Ac=Actifs et actives sans PCS précisée	1.51	***
	Nr=PCS non renseignée	0.49	***
Sexe	Hommes	Ref.	Ref.
	Femmes	0.71	***
Nationalité	Français·e·s	Ref.	Ref.
	Etranger·e·s	1	NS
	Nr=Nationalité non renseignée	3.04	***
Période	1996-2011	Ref.	Ref.
	1987-1995	0.36	***

Lecture : la probabilité de décéder après 38 ans des ouvrier·e·s est significativement inférieure à celle des cadres (modalité de référence pour la CSP), celles des femmes significativement inférieure à celle des hommes (modalité de référence pour le sexe), et celle des étranger·e·s ne diffère pas significativement de celle des français·e·s (modalité de référence pour la nationalité).

Seuil de significativité : *** 1 %, ** 5 %, * 10 %, NS non significatif.

Champ : individus décédés du VIH/sida entre 1987 et 2011 (n = 44666).

Source : CépiDC, certificats de décès.

Si l'on resserre l'analyse sur les 8272 femmes décédées par VIH/sida entre 1987 et 2011 (Tableau 3), on ne retrouve plus de différence significative entre CSP, sauf pour les agricultrices qui ont une probabilité significativement plus faible de décéder jeunes. En revanche, on voit apparaître entre femmes une différence significative selon la nationalité : les étrangères meurent plus jeunes. Sans surprise, les femmes décèdent significativement plus jeunes avant la commercialisation des trithérapies en 1995. Les différences entre CSP ne sont pas ici significatives.

Tableau 3 : Probabilité de décéder du VIH/sida après 38 ans pour les femmes et les hommes entre 1987 et 2011 par CSP, nationalité et période.

		Femmes (n = 8272)		Hommes (n = 36394)	
		Odds ratio	Seuil de significativité	Odds ratio	Seuil de significativité
CSP	C=Cadres	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
	A=Agriculteurs·trices	10.42	***	1.71	***
	P=Chef·fe·s d'entreprises, commerçant·e·s, artisan·e·s		NS		NS
	M=Professions intermédiaires		NS	0.72	***
	E=Employé·e·s		NS	0.50	***
	O=Ouvrier·e·s		NS	0.48	***
	I=Inactifs et inactives		NS	0.35	***
	Ac=Actifs et actives sans PCS précisée	2.63	***	1.47	**
	Nr=PCS non	0.67	**	0.51	***

	renseignée				
Nationalité	Français·e·s	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
	Etrangèr·e·s	0.85	**		NS
	Nr=Nationalité non renseignée	3.07	**	2.94	***
Période	1996-2011	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
	1987-1995	0.35	***	0.35	***

Lecture : parmi les femmes, la probabilité de décéder après 38 ans des ouvrières ne diffère pas significativement de celle des cadres (modalité de référence pour la CSP), et les étrangères ont une probabilité significativement inférieure à celle des françaises (modalité de référence pour la nationalité) de décéder après 38 ans. Parmi les hommes, la probabilité de décéder après 38 ans des ouvriers est significativement inférieure à celle des cadres (modalité de référence pour la CSP), et celle des étrangers ne diffère pas significativement inférieure de celle des français (modalité de référence pour la nationalité).

Seuil de significativité : *** 1 %, ** 5 %, * 10 %, NS non significatif.

Champ : femmes décédées du VIH/sida entre 1987 et 2011 (n = 8272) ; hommes décédés du VIH/sida entre 1987 et 2011 (n = 36394).

Source : CépiDC, certificats de décès.

Pour les hommes (tableau 3) c'est le contraire : il n'y a pas de différence significative entre français et étrangers pour la probabilité de décéder jeune, mais les membres des professions intermédiaires, employés, ouvriers et inactifs (dans cet ordre) meurent significativement plus jeunes que les cadres, chefs d'entreprise, commerçants et artisans (les agriculteurs meurent plus vieux). Comme les femmes, les hommes meurent plus vieux après 1995, c'est-à-dire après la commercialisation des trithérapies.

Il existe donc un effet propre de la nationalité sur l'âge au décès des seules femmes : il ne s'agit pas d'un effet de composition de la population.

Les inégalités entre femmes opposent donc les françaises aux étrangères, alors qu'entre hommes les inégalités face à la mort par VIH/sida suivent un gradient de classe. Pour les hommes, la position de classe est déterminante pour comprendre les inégalités face au décès par sida, probablement pour des raisons mises en évidence par d'autres travaux : les maladies cardiovasculaires, de survenue plus précoce en cas d'infection par le VIH/sida, sont plus fréquentes et plus graves dans les classes populaires ; les bénéfiques des traitements

sont moindres en cas de faible niveau d'études ou de résidence dans un quartier défavorisé³⁴⁸.

Après la commercialisation des trithérapies (Tableau 4), l'âge médian au décès est de 42 ans. Les agriculteurs et agricultrices perdent leur avantage. On peut donc supposer que leurs décès plus tardifs étaient liés à des contaminations à des âges plus avancés lors des premières années de l'épidémie. Les inactifs et inactives, membres des professions intermédiaires, employé·e·s et ouvrier·e·s continuent à mourir significativement plus jeunes que les cadres et les chef·fe·s d'entreprise, commerçant·e·s, et artisan·e·s. Quant aux femmes, elles ont une probabilité significativement plus faible de décéder après 42 ans que les hommes. En revanche la situation des étranger·e·s s'améliore après la commercialisation des trithérapies puisque la probabilité que les étranger·e·s décèdent après 42 ans devient supérieure à celle des français·e·s.

³⁴⁸ Rosemary Dray-Spira, France Lert, « Social health inequalities during the course of chronic HIV disease in the era of highly active antiretroviral therapy », *AIDS*, 2003, 17, pp. 283-290.

Tableau 4 : Probabilité de décéder du VIH/sida après 42 ans entre 1996 et 2011 par CSP, sexe et nationalité.

		Odds ratio	Seuil de significativité
CSP	C=Cadres	Ref.	Ref.
	A=Agriculteurs·trices		NS
	P=Chef·fe·s d'entreprise, commerçant·e·s, artisan·e·s		NS
	M=Professions intermédiaires	0.75	***
	E=Employé·e·s	0.55	***
	O=Ouvrier·e·s	0.70	***
	I=Inactifs et inactives	0.60	***
	Ac=Actifs et actives sans PCS précisée	1.68	***
	Nr=PCS non renseignée	0.83	**
Sexe	Hommes	Ref.	Ref.
	Femmes	0.69	***
Nationalité	Français·e·s	Ref.	Ref.
	Etranger·e·s	1.12	**
	Nr=Nationalité non renseignée	1.78	**

Lecture : la probabilité de décéder après 42 ans des ouvrier·e·s est significativement inférieure à celle des cadres (modalité de référence pour la CSP), celles des femmes significativement inférieure à celle des hommes (modalité de référence pour le sexe), et celle des étranger·e·s significativement supérieure à celle des français·e·s (modalité de référence pour la nationalité).

Seuil de significativité : *** 1 %, ** 5 %, * 10 %, NS non significatif.

Champ : individus décédés du VIH/sida entre 1996 et 2011 (n = 15969).

Source : CépiDC, certificats de décès.

Parmi les retraité·e·s (Tableau 5), l'âge médian au décès pour la période 1987-2011 est de 66 ans. Les femmes retraitées décèdent significativement plus tard que les hommes retraités, ce qui peut s'expliquer par les co-morbidités (cardio-vasculaires, cancers) plus fréquentes chez les hommes à cet âge. Les étranger·e·s retraité·e·s décèdent significativement plus tôt que les français·e·s retraité·e·s. L'ensemble des retraité·e·s décèdent significativement plus tard après la commercialisation des trithérapies.

Tableau 5 : Probabilité de décéder du VIH/sida après 66 ans pour les retraité·e·s entre 1996 et 2011 par sexe et nationalité.

		Odds ratio	Seuil de significativité
Sexe	Hommes	Ref.	Ref.
	Femmes	2.05	***
Nationalité	Français·e·s	Ref.	Ref.
	Etranger·e·s	0.69	***
	Nr=Nationalité non renseignée	3.00	**
Période	1996-2011	Ref.	Ref.
	1987-1995	0.72	***

Lecture : la probabilité de décéder après 66 ans des femmes est significativement supérieure à celle des hommes (modalité de référence pour le sexe), et celle des étranger·e·s significativement inférieure à celle des français·e·s (modalité de référence pour la nationalité).

Seuil de significativité : *** 1 %, ** 5 %, * 10 %, NS non significatif.

Champ : retraité·e·s décédé·e·s du VIH/sida entre 1987 et 2011 (n = 2914).

Source : CépiDC, certificats de décès.

Parmi les 663 femmes retraitées, il n'y a pas de différence significative entre françaises et étrangères pour la probabilité de décéder après 66 ans, alors que les hommes retraités étrangers décèdent significativement plus souvent avant 66 ans que les hommes retraités français (***, n= 2251). Ce sont donc les hommes étrangers retraités qui contribuent à la plus grande probabilité pour les étranger·e·s retraité·e·s de décéder avant 66 ans. Ce résultat peut être lié au plus faible effectif de femmes retraitées, ne permettant

pas d'atteindre le seuil de significativité statistique pour les femmes. Quant à l'apparition, à l'âge de la retraite, d'une différence significative entre hommes français et étrangers pour l'âge au décès, elle peut être liée à un fait avéré : la santé des immigré·e·s se détériore à mesure que s'accroît l'ancienneté de leur résidence en France³⁴⁹.

Reste à expliquer le fait que les femmes décèdent plus jeunes que les hommes, y compris après la commercialisation des trithérapies, et que les femmes étrangères décèdent plus jeunes que les françaises, alors que pour les hommes les inégalités pour l'âge au décès suivent avant tout un gradient de classe. Le plus jeune âge à la contamination des femmes, notamment immigrées d'Afrique subsaharienne, le poids majoritaire de ces dernières parmi les femmes infectées par le VIH et leur accès plus tardif aux traitements peuvent expliquer leur plus jeune âge au décès. La répartition des CSP dans chaque classe de sexe permet de comprendre les effets combinés des rapports sociaux. En effet, dans la cohorte Vespa2, les femmes appartiennent plus souvent aux classes populaires que les hommes (82 % d'employées et ouvrières, 47 % d'hommes employés et ouvriers ; 3 % de femmes cadres, 26.5 % d'hommes cadres³⁵⁰), en particulier les femmes immigrées d'Afrique subsaharienne, qui représentent les deux tiers des femmes. Entre femmes, le gradient de classe existe, mais la nationalité est la variable qui surdétermine l'âge au décès chez les femmes.

Le tableau 6 présente la répartition par sexe et par CSP des individus suivis à l'hôpital pour une infection par le VIH/sida entre 2003 et 2011 (cohorte Vespa2), ainsi que celle des décès par CSP et par sexe pour l'année 2011. La comparaison des données sur les décès avec celles de la cohorte Vespa2 est difficile car le recueil de la PCS y est plus exhaustif, et car la dernière profession exercée par les inactifs et inactives a été prise en compte. On constate cependant que le gradient de classe est plus marqué entre les mort·e·s qu'entre les malades.

Tableau 6 : Sexe et CSP des individus suivis à l'hôpital entre 2003 et 2011 (cohorte Vespa2) et décédés en 2011 (source CépiDC)

	Artisan·e·s, commerçant·e·s, chef·fe·s d'entreprise	Cadres	Professions intermédiaires	Employé·e·s	Ouvrier·e·s
Vespa 2 (n = 1095)	5.2 %	17.4 %	16.1 %	39.1 %	21.7 %
CépiDC 2011 (n = 381)	4.7 %	1.3 %	7.9 %	8.9 %	12.6 %

³⁴⁹ Caroline Berchet, « État de santé et recours aux soins des immigrés en France : une revue de la littérature », *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, 2012, 2-3-4, pp. 17-21.

³⁵⁰ Dray-Spira et l'équipe Vespa2, *loc. cit.*

Hommes Vespa2 (n = 720)	6.7 %	26.5 %	19.7 %	26.4 %	20.3 %
Hommes CépiDC (n = 283)	5.6 %	1.4 %	7.4 %	6.7 %	15.5 %
Femmes Vespa2 (n = 375)	3 %	2.9 %	11.2 %	60.8 %	21.3 %
Femmes CépiDC (n = 98)	2 %	1 %	9.2 %	15.3 %	4.1 %

Sources : Dray-Spira et l'équipe Vespa2, *loc. cit.* ; CépiDC.

7. Quelques hypothèses sur les effets socialement différenciés des politiques publiques

Le travail d'Abdelmalek Sayad sur l'illégitimité des travailleurs immigrés malades l'a montré : « en tant qu'individu dont la seule raison d'être est le travail et dont la présence, pour cette raison, n'est légale, autorisée, légitime que subordonnée au travail, le travailleur immigré fait la double expérience d'une existence réduite au corps qui la matérialise et qui en est aussi l'instrument et, par suite, d'une existence ou, ce qui revient au même, d'un corps, tous deux placés sous l'entière dépendance du travail. »³⁵¹ Le travailleur immigré n'étant légitime que par sa force de travail, il perd sa légitimité lorsque la maladie vient limiter ou interrompre sa capacité à travailler. Il en résulte selon Sayad un rapport à l'institution médicale fait d'incompréhension réciproque, où la revendication de la restauration, par la reconnaissance de la maladie, de la légitimité perdue se heurte à des nomenclatures médicales qui ne codent la plainte qu'en termes de symptômes rattachés à une nosologie.

Or malgré une hausse très nette, depuis les années 1990, de la proportion de femmes migrant pour faire leurs études en France, pour y demander l'asile ou pour y travailler, la plupart des femmes immigrées en France y sont entrées au titre de ce que les lois françaises nomment « regroupement familial »³⁵². Bien que leur taux d'activité tende à se rapprocher de celui de l'ensemble des femmes, elles sont plus souvent inactives, plus souvent au

³⁵¹ Abdelmalek Sayad, *La double absence*, Paris, Seuil, 1999, pp. 257-303 et 290.

³⁵² Cris Beauchemin, Catherine Borrel, Corinne Régnard, « Les immigrés en France : en majorité des femmes », *Population et sociétés*, 2013, 502, pp. 1-4.

chômage et travaillent plus souvent à temps partiel que les femmes non-immigrées et que les hommes immigrés³⁵³. Renvoyées par les politiques d'emploi et de main d'œuvre à la sphère familiale, elles y sont également assignées par leur situation administrative majoritaire, le « regroupement familial ». On peut alors comparer leur situation avec la légitimité conditionnelle éprouvée par le travailleur immigré de Sayad : la légitimité de leur présence sur le territoire est conditionnée par leur travail reproductif³⁵⁴. « Parce que l'immigré n'a de sens, à ses propres yeux et aux yeux de son entourage et parce qu'il n'a d'existence, à la limite, que par le travail, la maladie par elle-même, mais peut-être plus encore par la vacance qu'elle entraîne, ne peut manquer d'être éprouvée comme la négation de l'immigré », écrit Sayad³⁵⁵. Or, si l'infection par le VIH ne compromet plus l'avenir reproductif des femmes depuis la mise sur le marché des trithérapies³⁵⁶, elle entre néanmoins en contradiction avec leur raison (administrative) d'être, diminuant leur légitimité à se soigner et l'intérêt collectif à bien les soigner.

Les recherches montrant que l'absence de possibilité reproductrice détermine chez les femmes un arrêt ou une diminution des consultations médicales³⁵⁷ confirment cette hypothèse : la santé des femmes (leur) importe plus lorsqu'elle est nécessaire au travail reproductif, *a fortiori* lorsque leur titre de séjour officialise par le motif « regroupement familial » leur assignation à la sphère reproductive.

Par ailleurs, les recherches sur la « mortalité prématurée évitable », c'est-à-dire sur les décès survenus avant 65 ans qui pourraient être évités compte tenu des capacités du système de soins, montrent que pour les femmes la plupart de ces décès pourraient être évités en améliorant la prise en charge par le système de soins (dépistage, accès aux soins, qualité des soins), alors que chez les hommes la plupart de ces décès pourraient être évités en limitant la consommation d'alcool et de tabac et les expositions professionnelles³⁵⁸. Une étude épidémiologique récente a ainsi montré que le fait d'avoir plus de 44 ans, de ne pas avoir été enceinte dans les 15 dernières années, d'avoir un faible niveau d'études, d'avoir eu moins d'une relation amoureuse stable dans sa vie augmentaient la probabilité pour une femme de ne jamais avoir fait de dépistage du VIH³⁵⁹. La moindre fréquence des diagnostics précoces pour ces femmes qui échappent à la norme conjugale et maternelle, et le plus long

³⁵³ Jacqueline Perrin-Haynes, « L'activité des immigrés en 2007 », *INSEE Première*, 2008, 1212, pp. 1-4.

³⁵⁴ Pour les notions de « travail reproductif » et de « travail domestique » comme formes historiques de l'assignation prioritaire des femmes à la sphère familiale, voir Danièle Kergoat, « Division sexuelle du travail et rapports sociaux de sexe », in Helena Hirata, Françoise Laborie, Hélène Le Doaré, Danièle Senotier, *Dictionnaire critique du féminisme*, Paris, PUF, 2000, pp. 35-44.

³⁵⁵ Sayad, *op. cit.*, p. 260.

³⁵⁶ Qui ont réduit à moins de 1 % le risque de contamination de l'enfant par sa mère lors de l'accouchement.

³⁵⁷ Monique Membrado, « Les femmes dans le champ de la santé : de l'oubli à la particularisation », *Nouvelles Questions Féministes*, 2006, 25 (2), pp. 16-31.

³⁵⁸ Observatoire régional de la Santé d'île-de-France, *La santé observée en Seine-Saint-Denis*, 2011, p. 11.

³⁵⁹ Veronique Massari, Annabelle Lapostolle, Emmanuelle Cadot, Isabelle Parizot, Rosemary Dray-Spira, Pierre Chauvin, « Gender, socioeconomic status, migration origin and neighbourhood of residence are barriers to HIV testing in the Paris metropolitan area », *AIDS Care*, 2011, 23 (12), pp. 1609-18.

délai d'entrée dans les soins pour les femmes étrangères pourrait donc contribuer, avec leur âge plus jeune à la contamination, à expliquer qu'elles décèdent plus tôt³⁶⁰.

Les inégalités entre femmes et hommes, et entre femmes françaises et étrangères, pour l'âge au décès en cas d'infection par le VIH interrogent alors sur le rôle différentiel du système de soins dans la fabrique des inégalités face à la maladie et la mort. Malgré une socialisation médicale plus marquée des femmes, et une fréquentation plus intense du système de soins en l'absence de maladie grave, elles ne sont pas aussi bien soignées qu'elles pourraient l'être lorsqu'elles ont une maladie grave, surtout lorsque leur légitimité à se soigner est rendue problématique par leur position dans la division sociale et sexuelle du travail, renforcée pour certaines femmes étrangères par leur situation administrative.

Si la nationalité est la variable qui surdétermine l'âge au décès chez les femmes, et que cet effet est médié par un accès plus tardif et moins complet aux traitements, comment l'expliquer ? En amont du contact avec le système de santé, par un moindre recours au dépistage et aux soins³⁶¹ ; puis au cours de la fréquentation d'un système de santé qui privilégie l'efficacité des traitements sur leur tolérance effective par des malades vivant dans des conditions sociales inégales, et « dont les acteurs méconnaissent l'ampleur des inégalités et le rôle de rattrapage qu'ils pourraient jouer »³⁶² ; enfin, par l'existence de discriminations. Marguerite Cognet, Christelle Hamel et Muriel Moisy ont en effet mis en évidence des discriminations liées à l'origine nationale (réelle ou supposée) dans l'accès aux soins, et soulignent qu'elles sont surtout rapportées par des femmes³⁶³. Moindre recours aux soins, cumul de discriminations sexistes et racistes, « inégalités par construction » et « inégalités par omission » sont donc les trois modalités de production d'inégalités, ici dans le cas du sida, qui tue plus précocement les femmes, notamment étrangères, et les membres des classes populaires.

« Les rapports sociaux de sexe sont morbides », écrivent en 2006 les auteures de l'introduction du numéro de la revue *Nouvelles Questions Féministes* consacré à la santé³⁶⁴. En ce qui concerne le VIH/sida, ils le sont à coup sûr pour les hommes homosexuels, comme l'ont montré les travaux documentant les effets du genre et notamment des normes de virilité sur les pratiques sexuelles des gays³⁶⁵ ; mais ils sont plus sûrement mortels pour les

³⁶⁰ Cazein et al., 2014, *op. cit.*, pp. 154-62.

³⁶¹ Michel Grignon et Dominique Polton, « Inégalités d'accès et recours aux soins », in Christine Daniel et Christine Le Clainche, *Mesurer les inégalités. De la construction des indicateurs aux débats sur les interprétations*, Paris, DREES, 2000, pp. 188-200.

³⁶² Pierre Lombrail, « Inégalités de santé et d'accès secondaire aux soins », *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 2007, 55, pp. 23-26.

³⁶³ Marguerite Cognet, Christelle Hamel et Muriel Moisy, « Santé des migrants en France : l'effet des discriminations liées à l'origine et au sexe », *Revue européenne des migrations internationales*, 2012, vol. 28, n° 2, pp. 11-34.

³⁶⁴ Marilène Vuille, Séverine Rey, Catherine Fussinger, Geneviève Cresson, « La santé est politique », *Nouvelles Questions Féministes*, 2006, 25 (2), pp. 4-15.

³⁶⁵ Susan Kippax, Raewyn Connell, Gary Dowsett, June Crawford, *Sustaining Safe Sex: Gay Communities Respond to AIDS*, London, Routledge, 1993.

femmes, en particulier les femmes étrangères. L'effet du genre sur la santé peut alors s'exprimer de façon différentielle selon les maladies considérées, majorant l'exposition des hommes à certaines causes de décès du fait de conduites associées à la virilité (tabac, alcool, conduite automobile, et, pour le VIH/sida, sexualité avec un plus grand nombre de partenaires), réduisant l'efficacité des soins pour les femmes, notamment lorsqu'elles ne sont plus ajustées à leur destin social (reproductif), que ce soit du fait de leur âge ou de la maladie.

Les lois restreignant l'immigration sont également morbides, en ceci qu'elles subordonnent le droit à séjourner sur le territoire à des critères qui favorisent les discriminations dans le système de soins. D'autres auteures ainsi pu mettre en évidence l'effet de la racialisation implicite des protocoles de soins médicaux sur le suivi des traitements pour la tuberculose et l'infection par le VIH, moins bon chez les étranger·e·s³⁶⁶.

Les rapports de classe sont morbides, eux aussi, comme l'ont montré un nombre considérable de travaux. Ce focus sur le VIH permet d'élargir le constat à une maladie pour laquelle l'écrasante supériorité des gays et des migrant·e·s parmi les malades a pu faire écran à une analyse de la différenciation de la mortalité par les rapports sociaux de sexe et de classe. L'analyse d'un cas exceptionnel au regard de ce qu'on connaît des inégalités sociales de santé aura ainsi contribué à en comprendre les mécanismes et à saisir les effets combinés, et non nécessairement convergents, des rapports sociaux sur la santé.

En faisant l'histoire des débats entre statisticiens sur les opérations de classification et de découpage du monde social inhérentes à leur travail, Alain Desrosières montre que « le meilleur découpage est celui qui augmente les différences entre les classes et réduit les différences internes »³⁶⁷. Pour l'épidémie de VIH/sida en France dans les années 2000, le meilleur découpage n'est manifestement pas le même selon que l'on s'intéresse aux nouvelles contaminations ou aux décès. La sexualité et la migration sont les critères déterminants pour augmenter les différences entre groupes d'individus inégalement exposés à la contamination, et les appartenances de genre et de classe sont déterminantes pour augmenter les différences entre groupes d'individus inégalement exposés au décès en cas de contamination.

La connotation morale des politiques préventives encadrant la sexualité et l'usage de drogues d'une part, et les offensives politiques contre l'immigration d'autre part, ont également pu contribuer à monopoliser l'attention de militants rompus à la critique des discriminations sur les groupes les plus exposés aux nouvelles contaminations et à la détourner des groupes les plus exposés aux décès. Mais, comme Alain Cottureau l'a montré au travers de son étude de l'épidémiologie de la tuberculose pendant la révolution industrielle, la vraie nature du pouvoir réside moins dans les croisades de prophylaxie sociale

³⁶⁶ Marguerite Cognet, Céline Gabarro, Émilie Adam-Vezina, « Entre droit aux soins et qualité des soins », *Hommes et migrations*, 2009, 1282, pp. 54-65.

³⁶⁷ Desrosières, *op. cit.*, pp. 333-334.

que dans la production des connaissances (dans ce cas, de la tuberculose comme maladie de l'urbanisation) et des méconnaissances (du rôle de l'usure au travail dans le développement de la tuberculose) par l'appareil statistique d'État³⁶⁸.

8. Une activité scientifique cohérente avec l'objectif de réduction des contaminations dans les groupes de population les plus exposés

Le dépouillement des projets de recherche en santé publique et en sciences humaines et sociales financés par l'ANRS entre 2006 et 2013³⁶⁹ met en évidence un intérêt scientifique plus marqué, sur cette période, pour le dépistage que pour les traitements. Les conditions de vie et de travail avec le VIH bénéficient d'un intérêt intermédiaire entre le dépistage et les traitements. Ces projets de recherche manifestent également un intérêt marqué et continu sur cette période pour les groupes de population parmi lesquelles l'infection par le VIH est plus répandue en France (tableau 7) : hommes homosexuels, migrants, usagers de drogue, personnes prostituées dans une moindre mesure, habitants de la Guyane et des Antilles. La précarité sociale et les déterminants sociaux de la santé font l'objet de moins de recherches. Les femmes font l'objet d'à peine plus d'investigations que les jeunes, les militaires et les détenus. La mortalité est l'objet d'une seule recherche financée par l'ANRS sur cette période.

Dans son recensement des projets financés en 1990 par l'Agence Française de Lutte contre le Sida, Patrice Pinell mettait en évidence une autre répartition des publics visés :

- Jeunes : 56 projets, dont 38 en milieu scolaire,
- Tout public : 51 projets,
- Formation de professionnels : 37 projets,
- « Milieux défavorisés » : 25 projets,
- Migrants : 12 projets,
- « Milieu de travail » : 8 projets,
- Homosexuels : 7 projets,
- Population « justice » : 7 projets,
- Toxicomanes : 6 projets,
- Séropositifs : 4 projets,
- Prostitué-e-s : 3 projets³⁷⁰.

³⁶⁸ Alain Cottureau, « La tuberculose : maladie urbaine ou maladie de l'usure au travail ? Critique d'une épidémiologie officielle : le cas de Paris », *Sociologie du travail*, 1978, 4, pp. 192-224.

³⁶⁹ Liste publique sur :

<http://www.anrs.fr/VIH-SIDA/Sante-publique-Sciences-sociales/Resultat-des-appels-d-offres>, page consultée le 13 mai 2015.

³⁷⁰ Patrice Pinell (dir.), *Une épidémie politique. La lutte contre le sida en France, 1981-1996*, Paris, PUF, 2002, p. 405.

L'accent mis sur les « jeunes » dans les années 1990 peut traduire une inquiétude pour la jeunesse face à une épidémie naissante et propagée par des activités pensées comme juvéniles (sexualité sans partenaire régulier, usage de drogues). Leur quasi-disparition des recherches des années 2000 confirme que la priorité est alors de traiter les malades, rares parmi les jeunes.

L'augmentation du nombre de projets sur l'homosexualité masculine peut être comprise comme la conséquence de la mobilisation du mouvement gay et du mouvement de lutte contre le sida, mais aussi de la réorientation stratégique, depuis la commercialisation des trithérapies, vers le dépistage renforcé et le traitement précoce des groupes les plus exposés.

Les mêmes éléments peuvent expliquer l'importance croissante du public migrant dans les projets de recherche entre les années 1990 et 2000 : bien que les associations de l'immigration n'aient pas fait de la santé un axe de revendication majeur, le mouvement de lutte contre le sida a défendu les droits des migrants au même titre que ceux des gays, usagers de drogues et personnes prostituées.

Les femmes restent les grandes absentes sur les deux périodes étudiées, et les milieux populaires (nommés « défavorisés » dans les années 1990, « précaires » dans les années 2000) les grands disparus de la transition thérapeutique.

L'activité scientifique des années 2000 est donc cohérente avec l'objectif de réduction des contaminations dans les groupes de population les plus exposés, et contribue à l'invisibilité des inégalités de classe et de genre face à la mort.

Les projets concernant uniquement les hépatites virales ne figurent pas dans le tableau 7, mais ceux qui concernent les hépatites virales et le VIH y figurent. Les noms indiqués sont ceux des porteurs des projets.

Tableau 7 : Thèmes des projets de recherche financés par l'ANRS entre 2006 et 2013.

Année	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Gays, « HSH »	Girard		Velter, Greacen, Spire	Velter, Spire	Lorente	Methy, Molina		Pialoux
Hétérosexuels	Beltzer							
Migrants		Desgrées du Loû, David, Marsicano	Handman	Desgrées du Loû	Desgrées du Loû			Pialoux
Usagers de drogue		Roux	Jauffret- Roustide		Jauffret- Roustide, Le Gall	Jauffret- Roustide, Le Gall		Pialoux

Précarité		Steffen, Maury						Pialoux
Déterminants sociaux de la santé	Lang		Lapostolle, Hamelin	Massari				Nguyen
Prostitution	Campet	David		Nacher	Simonin			Pialoux
Pornographie				Voros				
Transgenres						Beaubatie		Pialoux
Militaires							Moreau	
Femmes	Campet			Ferez, Mulot	Chetcuti (homo- bi)			
Détenus				Michel				
Jeunes	Marchioli	Mergui						
Guyane-Antilles	Nacher		Hamelin	Ferez, Mulot, Nacher	Halfen, Lert		Le Gall	
International	Campet		Baglay					
Prévention	Campet, Marchioli	Lowy	Beltzer	Paicheler, Molina, Beltzer	Chetcuti		Bessin, Yazdanpanah	
Recherche			Franrenet					
Dépistage	Nacher		Choquet, Crémieux, Yazdanpanah (2 projets), Champenois, Lapostolle, Greacen, Spire	Massari, Spire, Suarez- Diaz	Lorente		Fagard, Le Gall	Pialoux
Traitements	Costagliola, Lamiroux	Spire		Lanoy	Lert, Obadia			
Surveillance épidémiologique			Bousquet				Supervie	Boelle, Nguyen
Discriminations					Lert			Hamelin
Troubles psychiques			Carricaburu, Vignes			Vignes	Michel	

Travail et emploi, conditions de vie	Lhuilier		Delmas, Obadia	Préau, Sagaon-Teyssier	Lert, Obadia	Lhuilier		
Mortalité	Lang							

Source : <http://www.anrs.fr/VIH-SIDA/Sante-publique-Sciences-sociales/Resultat-des-appels-d-offres>, page consultée le 13 mai 2015.

Dans son rapport d'activité 2013, l'association Sidaction dresse la liste des actions qu'elle a financées en direction des « populations cibles » :

- Migrants : 527 900 euros,
- Personnes vivant avec le VIH : 472 600 euros,
- Publics précarisés : 445 500 euros,
- Personnes prostituées : 392 400 euros,
- Homosexuels : 300 700 euros,
- Personnes détenues : 261 600 euros,
- Enfants et familles : 195 600 euros,
- Femmes : 117 000 euros,
- Usagers de drogue : 110 000 euros³⁷¹.

Au regard des recherches financées par l'ANRS, la précarité sociale et la prostitution passent donc devant l'homosexualité dans les domaines d'action de l'association Sidaction. L'action associative n'épouse pas nécessairement l'activité scientifique financée par une agence nationale.

Cette discordance suggère qu'il y a un peu de jeu entre la détermination scientifique et politique des priorités de l'action publique d'une part, et les priorités d'acteurs intermédiaires d'autre part.

9. Conclusion

Les savoirs d'État orientent l'action publique, mais ne la dictent pas mécaniquement à toutes les étapes de sa mise en œuvre. Ils documentent une surexposition des hommes homosexuels et des hommes migrants et femmes migrantes à la contamination par le VIH, ainsi qu'une mortalité par sida plus précoce pour les femmes, notamment étrangères, de fait de traitements plus tardifs et moins continus, et les membres des classes populaires. Or, si les femmes font l'objet d'un dépistage quasi-systématique lors de leurs éventuelles grossesses, les membres des classes populaires sont insaisissables en tant que telles pour les

³⁷¹ Sidaction, *Rapport d'activité 2013*, p. 21.

agents du dépistage. La délimitation des cibles de l'action publique met l'accent sur le dépistage des gays et migrants. On va voir que ce ciblage de l'action publique produit des effets sur sa mise en œuvre, par les agents de santé publique, au contact des publics.

Si l'appartenance de classe rend compte de la plus grande part des inégalités entre hommes, c'est donc par la médiation des conditions de travail et d'expositions à divers toxiques ; entre femmes, c'est l'appartenance nationale qui est la plus productrice d'inégalités, par l'intermédiaire d'une efficacité inégale du système de soins. Dès lors, comment et pourquoi le système de soins n'est-il pas en mesure de se doter d'un projet de rattrapage des inégalités sociales de santé ?

Dans son enquête sur le dépistage et le traitement de la tuberculose en France et en Allemagne dans les années 2000, Janina Kehr montre que les déclarations allemandes et françaises de l'infection par la tuberculose sont pauvres en données sociales : l'épidémiologie de surveillance, contrairement à l'épidémiologie morale du XIX^e siècle et à l'épidémiologie sociale contemporaine, ne fait pas de lien entre la situation sociale et la santé. Elle montre que les acteurs de terrain sont outillés pour orienter le dépistage de la tuberculose vers les populations les plus vulnérables, et développent pour certains des collaborations entre institutions de santé publique et organisations humanitaires pour atteindre ces populations, quand bien même la lutte contre la tuberculose n'est pas cadrée, en amont, en termes de réduction des inégalités sociales de santé³⁷².

Qu'en est-il sur mon terrain ? Comment les acteurs du premier rang de l'action publique composent-ils avec la délimitation des actions et publics prioritaires par les concepteurs de l'action publique ?

³⁷² Janina Kehr, « Blind spots and adverse conditions of care: screening migrants for tuberculosis in France and Germany », *Sociology of Health and Illness*, 2012, 34 (2), pp. 90-104.

Deuxième partie

La santé publique en actes : se donner sans compter

Le décor est donc planté : une maladie qui, comme toutes les autres, ne frappe pas au hasard dans le monde social. Celle-ci atteint davantage les hommes homosexuels et les femmes migrantes et hommes migrants, et tue plus précocement les femmes et les membres des classes populaires.

À la régie, des agences d'État, qui mettent l'épidémie en chiffres et en cibles d'action : Institut de Veille Sanitaire, Agence Nationale de Recherche sur le Sida, Haute Autorité de Santé, Conseil national du Sida, Direction Générale de la Santé, Ministère de la Santé. L'heure n'est plus à éviter la panique sociale face à l'épidémie, comme à son émergence en France dans les années 1980. Les enjeux politiques sont moindres, les institutions créées pour lutter contre l'épidémie sont désormais stabilisées et, surtout, des traitements efficaces sont disponibles depuis 1996. L'heure est à l'action : trouver les malades qui s'ignorent, les traiter, et ainsi arrêter l'épidémie. « Les malades qui s'ignorent sont plus nombreux parmi les gays et les migrants », ont dit, écrit, calculé les agences de recherche (InVS, ANRS). « Très bien, allons les chercher », répondent les administrations (DGS, Ministère). « Mais c'est ce que font les services de santé depuis des années et manifestement nous n'y parvenons pas », constatent les groupes d'experts (HAS, CNS).

Le souffleur fait une entrée discrète. Il milite dans une association de lutte contre le sida : « moi, je peux. » Mais comment ça, qu'est-ce qu'il dit ? Et qu'est-ce qu'il fait, surtout ? Ce n'est pas le rôle d'un souffleur, de faire quoi que ce soit. Qu'il reste dans son rôle ! Qu'il continue à parler, à râler si les acteurs savent mal leur texte, mais qu'il ne joue pas dans la pièce ! Quand il nous a soufflé l'idée de faire de l'aide à domicile pour les malades, c'était très bien, mais qu'il ne s'avise pas de faire du dépistage. De toute façon il n'est même pas acteur, il ne pourra pas. Le souffleur insiste. Il parle doucement, avec respect, il ne fait pas de manif, il ne rameute pas la presse, il sort une étude, sérieuse, bien ficelée, ce sont lui et ses camarades qui l'ont faite, beaucoup sont gays et ils sont allés parler à leurs amis qui ont parlé à leurs amis qui... L'étude s'appelle Com'test : « Regardez : vous, les vrais acteurs, vous avez fait de bonnes écoles, mais il y a des soirs où le public regarde ailleurs. Nous, on connaît les publics qui ne viennent pas au théâtre, et on connaît bien ceux qui n'y vont plus. Ce sont nos copains. On sait leur parler. Lisez l'étude et laissez-nous essayer. » La ministre trouve que ça ne serait pas idiot d'essayer. Elle est de droite mais elle a déjà fait preuve d'indépendance d'esprit, et de vote, sur l'avortement et sur le PACS, par exemple. Les autres acteurs ne sont pas contre, d'ailleurs certains étaient souffleurs dans leur jeunesse. Évidemment il va falloir convaincre le Conseil de l'Ordre des Acteurs, pas commode celui-là. Mais ça peut marcher... et ça marche !

Le metteur en scène est fatigué : voilà qu'il va falloir composer avec les souffleurs. Il appelle la régie, qui lui envoie de la documentation. Les souffleurs ont de bonnes idées, quand même. Certains veulent aller travailler la nuit sur des lieux de drague, d'autres proposent d'aller parler de santé à la sortie d'une église parisienne fréquentée par des Camerounais. Ok, la régie va leur donner un peu d'argent, pas trop parce qu'ils sont très

motivés donc ça devrait suffire à faire tourner la soufflerie. Et on fera un bilan en fin d'année : combien de rappels, combien de tomates pourries, et surtout combien de malades. Les acteurs vont continuer à faire leur travail, et devront rendre des comptes, eux aussi.

Mais qui sont-ils, ces acteurs et ces souffleurs ? D'où vient-elle, justement, leur motivation à toute épreuve pour jouer dans cette pièce un peu dépassée ? Le sida c'est presque fini, non ? Après une première partie portant sur la régie et la mise en scène, écoutons-les.

Le rideau se lève et l'ethnographie de l'action publique suit les niveaux d'analyse proposés par Nicolas Belorgey³⁷³ : après une première partie portant sur les auteurs de normes en matière d'action publique et sur les acteurs de second rang de l'action publique, cette deuxième partie cherchera à comprendre qui sont les acteurs de premier rang de l'action publique en matière de santé. Qui sont-ils ? Quelles sont leurs trajectoires sociales et professionnelles ? Comment travaillent-ils ? Qu'est-ce qui leur plaît et leur déplaît dans leur travail ?

Ce qui leur plaît, c'est parler et écouter, donner d'eux-mêmes dans une relation dont ils croient dur comme fer aux vertus préventives et thérapeutiques.

Ce qui leur déplaît, c'est compter : leur activité, les destinataires de leur activité, leurs résultats.

Faire de la santé publique dans le bureau d'un épidémiologiste, à la régie ou à la mise en scène, c'est, obligatoirement, compter : compter les entrées et les sorties, de public et d'argent. Faire de la santé publique au contact des gens, c'est se donner sans compter. Au risque de donner plus à ceux qui en ont le moins besoin, faute d'avoir objectivé les besoins.

³⁷³ Nicolas Belorgey, « De l'hôpital à l'État : le regard ethnographique au chevet de l'action publique », *Gouvernement et action publique*, 2012, 2 (2), pp. 9-40.

Chapitre 4

Sociographie des agents du dépistage du VIH/sida

Après avoir rendu compte de la production, par des administrations et agences d'État, de savoirs sur l'épidémie et des opérations de délimitation des populations pour l'action publique, on portera le regard sur le travail de santé publique opéré au contact des populations. En quoi consiste-t-il ? On va voir que leur travail associe, à la pratique du test de dépistage proprement dit, un travail de prévention qui suppose des opérations (le plus souvent implicites) de classement des publics, leur permettant de moduler leurs messages préventifs selon les publics. Qui sont les agents de santé publique impliqués dans le dépistage du VIH ? Afin de rendre compte des opérations de classement des publics qu'opèrent ces agents au contact des publics considérés, on explorera leurs trajectoires sociales et leurs motifs d'investissement dans leur travail.

On n'arrive pas par hasard au dépistage du VIH, disent ces salariés. Cette orientation professionnelle vers l'action de terrain en santé publique procède de dispositions et d'histoires professionnelles spécifiques. Histoires d'usure par des années de travail de soin au chevet du malade, amenant à chercher refuge dans un travail relationnel tourné vers la prévention ; histoires de générations de soignants et de militants diversement exposées aux « années de cendre »³⁷⁴ ; histoires de solidarités vis-à-vis de groupes stigmatisés (du fait de l'homosexualité, la migration, la prostitution, l'usage de drogues). Médecins, infirmières et infirmiers, salariées et salariés d'associations, ils participent au dépistage du VIH/sida, et l'enquête met en évidence un rapport au travail qui diffère entre eux, selon deux principes de partition : le segment professionnel (médecins, infirmières et infirmiers, non-professionnels de santé) et le statut de l'employeur (service public ou association). Ces deux principes de partition se recoupent incomplètement. En effet, dans l'une des associations enquêtées (le Checkpoint), le dépistage est assuré par des médecins et par des infirmiers.

Il faut prendre la mesure des dispositions et de l'histoire de ces agents pour comprendre comment elles déterminent leurs pratiques de classement des publics. Dans son enquête sur les aides à domicile, Christelle Avril montre comment la trajectoire sociale oriente le rapport au travail et les pratiques de travail³⁷⁵ : elle montre en particulier que le travail relationnel est davantage investi par les aides à domicile d'origine très populaire, étrangères ou filles d'immigrés, ayant obtenu des diplômes qu'elles n'ont pu faire valoir sur le marché du travail, et que Christelle Avril nomme « promues » ou « déclassées mobiles », tandis que les aides à domicile ayant des origines populaires plus diversifiées, désignées comme « déclassées autochtones », investissent plutôt la dimension manuelle et physique de leur travail. Sur le terrain du dépistage du sida, la valorisation du travail relationnel, paré

³⁷⁴ Expression utilisée par plusieurs enquêtés (et répandue dans l'espace social du sida), les « années de cendre » désignent les premières années de l'épidémie, marquée par une mortalité élevée de malades jeunes.

³⁷⁵ Christelle Avril, *Les aides à domicile. Un autre monde populaire*, Paris, La Dispute, 2014.

de vertus préventives par les enquêtés, est très largement partagée, mais le travail de classement des publics dont il s'accompagne est d'autant plus dénié que la participation au dépistage est vécue comme une promotion sociale par ces salariés. On montrera ainsi comment le rapport au travail des agents de santé publique oriente leurs pratiques de classement : selon que le travail de santé publique occupe dans leur activité une place périphérique, tient lieu de refuge ou s'appuie sur la proximité sociale avec les populations, leurs pratiques de classement varient, de même que les justifications dont elles s'entourent et surtout les zones de méconnaissance qu'elles laissent dans l'ombre.

L'analyse des trajectoires des agents du dépistage met en effet en évidence trois modalités d'investissement dans cette pratique. Pour certains, en général infirmiers et infirmières, suivant une trajectoire sociale ascendante, il s'agit d'échapper aux contraintes du travail hospitalier et des soins curatifs. Pour d'autres, tous médecins, membres des classes supérieures occupant des positions relativement dominées dans le champ médical, le dépistage tient une place généralement périphérique dans leur travail, mais répond à leur goût pour une « médecine globale », ou « santé globale », qui mette « le patient au centre » sans se limiter aux soins curatifs et techniques. Quant aux salariés associatifs, qu'ils soient médecins, infirmiers ou non-professionnels de santé, c'est la solidarité avec un groupe dont ils font partie (gays, migrants, trans) qui motive leur investissement, et ce quels que soient leurs capitaux sociaux et professionnels. Cependant, leurs trajectoires sociales, et surtout les rétributions qu'ils retirent de leur travail associatif, les distinguent : le travail le plus contraignant et le moins rémunéré, on va le voir, est assuré par les non-professionnels de santé. La comparaison des trajectoires de ces salariés des secteurs public et associatif met en évidence la valeur inégale des savoirs pratiques et des titres scolaires dans un sous-champ commun au champ médical et au monde associatif, la « santé communautaire », qui prétend leur reconnaître une légitimité égale. Il est donc nécessaire d'articuler le segment professionnel et le type de structure (publique ou associative) pour rendre compte du rapport au travail des agents du dépistage du sida.

Cette typologie ne cherche en aucun cas à mettre en cause la sincérité de ces salariés, mais à saisir les effets des motifs de leur investissement au travail sur leurs pratiques de classement. Ces trois motifs d'investissement dans le travail de santé publique, qu'on analysera comme un investissement pour soi, pour les siens ou pour l'Autre, rendraient en effet indifférent aux différenciations internes aux groupes de population, qu'il s'agisse de différenciations de classe, de genre, de sexualité, ou liées à l'origine nationale.

1. Échapper aux contraintes du travail hospitalier : les infirmiers

Lorsque Danièle Catineau postule à 43 ans au CDAG des Vignes, elle a déjà, à tous les sens du terme, 24 ans de travail infirmier « dans le dos ». Titulaire d'un BEP sanitaire et

social, elle a commencé sa carrière à 19 ans comme auxiliaire de puériculture avant d'entrer à l'Institut de Formation en Soins Infirmiers (IFSI). Après avoir obtenu son diplôme d'infirmière, elle travaille pendant 15 ans en service de réanimation dans deux hôpitaux parisiens, c'est-à-dire dans des conditions de travail particulièrement lourdes, du fait des gardes, de la sollicitation émotionnelle continue dans un secteur hospitalier où la mortalité est élevée, mais aussi de l'investissement physique impliquant des tâches de manutention répétée auprès de malades inconscients. « J'étais fatiguée, mal au dos », dit-elle. Quand elle passe le concours de la fonction publique territoriale de la Ville de Paris, c'est d'abord parce qu'elle se sent usée par ses conditions de travail à l'hôpital. Mais, suite à sa réussite à ce concours, on lui « fait voir trois postes » où elle craint de « [s']ennuyer ». Elle ne connaissait pas les CDAG, n'avait pas envisagé d'y travailler, mais lorsque la Mairie de Paris lui propose le poste au CDAG des Vignes, situé en plein Marais, elle estime que « ça a l'air de plus bouger qu'ailleurs ». Et puis « ça a accroché avec Pascal Lunel »³⁷⁶, directeur du CDAG. Affaire d'usure et affaire de personnes, donc. Ses revenus accusent pourtant le coup et, après une vingtaine d'années d'ascension régulière jusqu'à 2500 euros nets à la fin de sa carrière hospitalière, ils diminuent de 200 euros avec le recrutement au CDAG. Mais qu'importe, elle s'y sent bien et n'envisage pas de quitter ce poste. Il serait erroné de rapporter son choix à un arbitrage entre contraintes familiales et professionnelles : Danièle Catineau est célibataire et n'a pas d'enfant. C'est entre le niveau de salaire et le niveau d'usure au travail qu'elle a choisi. Née à Aurillac d'un père artisan et d'une mère sans emploi, elle a trouvé à l'hôpital puis à la Mairie de Paris, comme son unique frère, employé, à EDF, la garantie d'un emploi et les droits attachés à la fonction publique, hospitalière puis territoriale pour ce qui la concerne. Mais ces droits ne compensent pas les journées de douze heures, les gardes de nuit et les « coups de feu ».

Témoin de l'importance de l'usure des infirmières hospitalières, leur attitude vis-à-vis du reclassement en catégorie A de la fonction publique qui leur a été proposé en 2010³⁷⁷ : toutes les infirmières travaillant à l'hôpital rencontrées pour l'enquête ont alors préféré rester en catégorie B, associée à des salaires plus faibles mais à un départ en retraite plus précoce que la catégorie A. En revanche, toutes les infirmières et tous les infirmiers qui ont quitté l'hôpital pour travailler en CDAG ou dans d'autres structures ont accepté le reclassement en catégorie A car leur travail, devenu moins contraignant, rend envisageable un départ en retraite plus tardif et leur donne ainsi accès à des salaires et à des pensions de retraite plus élevés qu'en catégorie B. Au CDAG des Vignes, les deux infirmières et les deux infirmiers font des journées de huit heures et travaillent un samedi par mois, ont un salaire net d'environ 2300 euros après une vingtaine d'années de carrière, et apprécient de prendre des responsabilités en pratiquant les tests de dépistage et les entretiens auxquels ceux-ci donnent lieu, tâches dévolues aux médecins dans la plupart des autres CDAG. La délégation

³⁷⁶ Danièle Catineau, entretien au CDAG des Vignes le 31 octobre 2013.

³⁷⁷ Circulaire N°DGOS/RH4/2010/361 du 30 septembre 2010 relative à la mise en œuvre de la nouvelle grille de catégorie A des personnels infirmiers de la fonction publique hospitalière (F.P.H.) suite à la reconnaissance de leurs diplômes au grade de licence.

à des infirmières de tâches médicales s'inscrit, comme l'intégration des associations au dispositif de dépistage décrite au chapitre 2, dans une division sociale du travail qui permet de dégager du temps médical pour d'autres tâches en confiant la pratique du dépistage à des catégories de personnel moins rémunérées. On reviendra sur ce point.

La trajectoire de Danièle Catineau est exemplaire de celles des infirmières et infirmiers du corpus. Le mode de recrutement diffère entre eux, allant de changements de postes au sein de la fonction publique à des recrutements par interconnaissance dans des associations et lieux de sociabilité gays en ce qui concerne les infirmiers travaillant dans le centre de dépistage associatif de Kiosque Infos Sida. Mais ils partagent des trajectoires sociales ascendantes et des arbitrages permettant de réduire les contraintes liées à un travail hospitalier usant.

L'examen des trajectoires infirmières amène à faire un sort à un lieu commun de la lutte contre le sida : celui qui veut que les soignants y soient tous des militants. Les ressorts de l'engagement dans la lutte contre le sida ont été documentés pour les médecins témoins des débuts de l'épidémie et pour les militants associatifs, mais restent peu connus pour les catégories non médicales de personnel hospitalier.

Ainsi, si l'expérience préalable du militantisme à l'extrême-gauche est commune à nombre des premiers médecins du sida et des fondateurs des premières associations (notamment AIDES)³⁷⁸, il est possible que les « capitaux militants »³⁷⁹, voire les « dispositions contestataires »³⁸⁰, n'aient pas le même poids dans les choix de carrières infirmières, et qu'ils ne soient ni nécessaires ni suffisants pour susciter l'investissement dans des structures de soin liées au VIH/sida. Ceci amène à prolonger les analyses de Julie Pagis, tirées de son enquête auprès de « soixante-huitards ordinaires », sur les effets différenciés de l'évènement historique sur les trajectoires de ses acteurs, selon l'origine sociale, l'appartenance de genre et le capital scolaire³⁸¹. L'investigation des carrières professionnelles et militantes des médecins et infirmières des services hospitaliers investis dans la prise en charge du sida met en évidence les effets différenciés d'un même évènement considéré comme source de mutations majeures dans le champ médical, l'émergence de l'épidémie de sida, sur les trajectoires d'agents occupant des positions différentes dans le champ. Pour la gauche médicale des années 1980, le sida a pu constituer une sorte de niche (parmi d'autres : toxicomanie, avortement³⁸², médecine du travail³⁸³) dans un environnement professionnel hostile, le moyen de travailler avec des collègues qui

³⁷⁸ Patrice Pinell (dir.), *Une épidémie politique. La lutte contre le sida en France, 1981-1996*, Paris, PUF, 2002, pp. 27-54.

³⁷⁹ Frédérique Matonti et Franck Poupeau, « Le capital militant. Essai de définition », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 2004, 155, pp. 4-11.

³⁸⁰ Lilian Mathieu, *L'espace des mouvements sociaux*, Bellecombe-en-Bauges, Le Croquant, 2012, pp. 185-206.

³⁸¹ Julie Pagis, *Mai 68. Un pavé dans leur histoire*, Paris, Presses de Sciences Po, 2014.

³⁸² Sandrine Garcia, « Expertise scientifique et capital militant. Le rôle des médecins dans la lutte pour la légalisation de l'avortement », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 2005, 3, 158, pp. 96-115.

³⁸³ Pascal Marichalar, *Médecin du travail ou médecin du patron ?* Paris, Presses de Sciences Po, 2014.

avaient été ou auraient pu être des camarades, un secteur où il fait bon travailler malgré la mortalité élevée des premières années. Pour les infirmières des années 2000, le sida représente également une niche parmi d'autres (PMI, hôpitaux de jour, pour les propositions d'emploi évoquées par les enquêtées) dans un environnement professionnel épuisant, le moyen de dormir la nuit depuis que de nombreux services hospitaliers transforment leur unité dédiée au sida en hôpital de jour, un secteur où il fait bon travailler depuis que la mortalité y a considérablement diminué depuis la commercialisation des trithérapies en 1996.

Pour Murielle Monlouis, qui n'a pas hérité des dispositions familiales à la contestation, c'est l'allègement progressif des contraintes de travail qui détermine ses choix de service au fur et à mesure de l'avancement de sa carrière professionnelle. À la différence de sa mère, militante au Parti Communiste, et de son père et de son mari, syndiqués à la CGT, Murielle Monlouis n'a jamais été militante politique ni syndicale. Elle a fait toute sa carrière d'infirmière dans la fonction publique hospitalière : dix ans de travail de nuit dans le service d'hématologie d'un hôpital public de la région parisienne ; puis pendant dix ans en gérontologie à l'hôpital de Grainde, où elle travaille par roulement, c'est-à-dire en alternant trois tranches horaires sur les sept jours de la semaine (6h30-14h30, 8h30-17h, 13h-21h ; les jours de repos varient au cours du roulement et ne correspondent pas nécessairement au week-end). Âgée de 52 ans lors de l'entretien, elle travaille dans le service de maladies infectieuses de l'hôpital de Grainde depuis dix ans, cinq jours par semaine de 9h à 17h30 et un samedi matin sur six. Elle envisage d'y finir sa carrière. En 2010, elle a refusé le reclassement en classe A, qui aurait signifié une augmentation de salaire mais aussi de l'âge de départ en retraite³⁸⁴.

Pour Murielle Monlouis comme pour sa collègue Chantal Djian³⁸⁵, l'accueil des usagers du CDAG, intégré au service de maladies infectieuses de Grainde (et appelé Consultation d'Information et de Dépistage Anonyme et Gratuit dans ce service), fait partie de leur fiche de poste au même titre que les soins aux malades hospitalisés. Lorsque quelqu'un se présente à cette consultation pour un dépistage, elles l'accueillent dans un bureau et remplissent une fiche informatique anonyme sur laquelle figure la date de naissance de la personne et son pays de naissance, parfois le motif du dépistage. Puis elles lui donnent un questionnaire à choix multiples portant sur les modes de transmission du VIH, que les consultants sont invités à remplir en salle d'attente. Certains des médecins utilisent ensuite ce questionnaire lors de l'entretien dans le bureau médical pour ouvrir le dialogue sur les modes de transmission, les représentations de la maladie, les méthodes de prévention ; d'autres ne l'utilisent pas, notamment la cheffe de service, car elle a constaté au cours de sa longue pratique de ces entretiens que les connaissances sont souvent correctes et que l'important est ailleurs. Pour elle, l'objectif des entretiens qui précèdent le dépistage consiste principalement à favoriser l'entrée dans les soins en cas de test positif.

³⁸⁴ Murielle Monlouis, entretien le 11 octobre 2013.

³⁸⁵ Chantal Djian, entretien le 11 octobre 2013.

Après l'entretien médical, les consultants retournent dans le bureau des infirmières, qui effectuent la prise de sang.

Le fonctionnement du CDAG de l'hôpital de Fondange était similaire jusqu'en 2011. Depuis le développement des tests de dépistage rapides (Tests Rapides d'Orientation Diagnostique, dits TROD), les infirmières sont encouragées par l'équipe médicale à pratiquer aussi les entretiens, dans un contexte où l'objectif de réduction des coûts rend les directions hospitalières favorables à ce type d'expériences de délégation de tâches médicales à des catégories de personnel moins rémunérées. Deux d'entre elles sont réticentes vis-à-vis de cette extension de leur domaine de compétences, notamment parce qu'elles craignent de devoir annoncer un résultat positif. Deux autres infirmières, après avoir éprouvé les mêmes craintes, ont accepté de prendre en charge le dépistage du VIH de l'accueil à la réalisation du TROD, incluant l'entretien et l'annonce du résultat quel qu'il soit. Pour Séverine Jecker, infirmière à l'hôpital de Grainde, qui a gravi rapidement tous les échelons du bas de la hiérarchie hospitalière, comme pour Nedjma Khelifi, aide-soignante qui prépare le concours d'infirmière, la prise en charge de tâches qui excèdent leur fiche de poste s'inscrit dans une trajectoire marquée par une ascension sociale et une succession de promotions dans la hiérarchie des postes hospitaliers non médicaux. Le surcroît de travail qui résulte de la prise en charge intégrale du dépistage du VIH peut alors valoir la peine d'être accepté.

La trajectoire rapidement ascendante, par la fonction publique hospitalière, de Séverine Jecker est emblématique (bien que probablement devenue plus rare) de celles de jeunes de classes populaires entrés à l'hôpital comme agents hospitaliers, puis devenus aides-soignants et enfin infirmiers. C'est le cas d'autres infirmiers du corpus, dont la carrière suit les mêmes inflexions. On notera que ces inflexions sont communes aux hommes et aux femmes. Si elles sont plus volontiers rapportées par les femmes aux naissances d'enfant, selon des logiques de division du travail domestique qui les assigne prioritairement aux soins aux enfants, elles semblent plutôt déterminées par des stratégies de promotion professionnelle et de réduction des contraintes de travail communes aux hommes et aux femmes.

Après son baccalauréat en Sciences Médico-sociales, Séverine Jecker devient agent de service hospitalier à 18 ans. Son père est ouvrier, sa mère « gardienne d'enfants au black », sa sœur est aide-soignante. Elle a reçu une éducation catholique. Il n'y a aucun militant dans la famille. Après avoir deux ans de travail d'agent de service hospitalier, Séverine fait l'école d'aides-soignantes puis travaille pendant deux ans à Lyon comme aide-soignante. Entrée à l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris (AP-HP) en 1998, elle travaille ensuite en maison de retraite, puis est reçue à l'IFSI en promotion professionnelle (c'est-à-dire que sa formation est payée par l'AP-HP). Son premier enfant a alors six mois. Elle obtient son diplôme d'infirmière en 2005 après un mémoire de fin d'études portant sur le toucher. Elle devient infirmière aux Urgences dans un hôpital de l'AP-HP, où elle débute avec un salaire net de 1200 euros et finit à 2000 euros nets avec les gardes. Suite à la naissance

de son deuxième enfant en 2008, elle prend un congé parental d'un an, puis cherche un poste en hôpital de jour pour ne plus travailler la nuit ni le week-end. C'est dans le service de maladies infectieuses de l'hôpital de Fondange qu'elle trouve le poste correspondant à ses attentes, mais l'allègement des contraintes liées aux horaires de travail se paie d'une perte importante de salaire : elle y débute à 1600 euros nets puis gagne un échelon et passe à 1800 euros nets. Elle a 37 ans, son mari est militaire, elle a deux enfants de 12 et 5 ans. Elle aimerait être mieux payée et avoir plus d'autonomie dans son travail³⁸⁶, ce qui la distingue de la plupart des infirmières et infirmiers enquêtés.

Sa collègue aide-soignante, Nedjma Khelfi, suit elle aussi une trajectoire sociale et professionnelle ascendante. Ses parents, algériens, sont arrivés en France dans les années 1960 (avant l'indépendance pour son père, en 1963-1964 pour sa mère), où ils ont d'abord vécu dans un bidonville. Son père était manœuvre, sa mère sans emploi, elle est la huitième de neuf enfants : l'un de ses frères dirige sa société de sécurité, les trois autres sont chauffeur-livreur, salarié d'Emmaüs et comédien, deux de ses sœurs sont nourrices agréées et deux autres sans emploi. Après son baccalauréat F8 (sanitaire et social, c'est-à-dire une filière relativement valorisée de baccalauréat technologique), elle commence l'école d'infirmières sans aller au bout de la formation. Elle travaille ensuite comme secrétaire puis entre à l'école d'aides-soignantes à Villeneuve-la-Garenne. Pendant les dix années suivantes, elle est aide-soignante en gériatrie à l'hôpital de Fondange, puis en hôpital de jour de maladies infectieuses depuis cinq ans. Son salaire net est de 1400 euros, alors qu'en gériatrie elle gagnait 1600 euros nets par mois, du fait du travail le week-end. Elle vient de passer le concours d'infirmière. Nedjma Khelifi est la seule aide-soignante rencontrée lors de l'enquête qui pratique les entretiens et les tests de dépistage par TROD. Elle y a été formée « sur le tas » un jour où sa collègue Séverine Jecker était débordée et où une file d'attente importante attendait encore un test de dépistage du VIH :

« Sur le tas, je veux dire j'ai été formée sur un patient : il est arrivé, c'était un dépistage, j'étais avec Séverine, y'avait trop de monde, elle s'en sortait pas, elle m'a dit : "Tu veux pas dépister ?" J'ai dit : "Ben, oui, pourquoi pas ?" et hop, elle m'a montré une fois et la deuxième personne, c'était avec elle, la troisième, puis après je me suis installée dans un box et j'ai dépisté. J'ai pas été à une journée de formation par-ci ou par-là. »³⁸⁷.

Le récit de cette formation informelle appelle plusieurs commentaires, car il renseigne sur le rapport de ces deux salariées à leur travail, mais aussi sur l'attitude de l'équipe vis-à-vis des délimitations des prérogatives professionnelles. Séverine Jecker s'est sentie légitime à proposer à Nedjma Khelfi de pratiquer les tests et les entretiens de dépistage, et celle-ci s'est sentie légitime à accepter la proposition. Leurs dispositions à l'autonomisation de leurs pratiques vis-à-vis des prescriptions médicales ont vraisemblablement été encouragées par l'équipe médicale et d'encadrement. Dans d'autres

³⁸⁶ Séverine Jecker, entretien le 27 septembre 2013.

³⁸⁷ Nedjma Khelifi, entretien le 19 novembre 2013.

services, si la délégation de la pratique du dépistage à des personnels moins rémunérés que les médecins aurait probablement rencontré un écho favorable auprès de directions hospitalières prises dans des contraintes budgétaires accrues, le caractère improvisé de la décision de Séverine Jecker et Nedjma Khelifi, respectivement infirmière et aide-soignante, aurait pu être sanctionnée par l'équipe d'encadrement. Cela n'a pas été le cas à l'hôpital de Fondange, où l'encadrement infirmier et médical a validé la décision de Séverine Jecker et valorisé celle de Nedjma Khelifi en les encourageant à poursuivre ainsi leur travail en matière de dépistage du VIH. Les médecins du service de maladies infectieuses sont très favorables à la participation des infirmières au dépistage, et ils considèrent qu'une aide-soignante désireuse de s'y investir comme Nedjma Khelifi doit en avoir le droit, car ils y voient un moyen de renforcer l'intégration de l'équipe et la motivation des salariés. Si l'argument budgétaire n'intervient pas dans leur discours, il paraît illusoire d'imaginer que l'omniprésence de l'impératif économique à l'hôpital n'ait pas pesé sur l'évolution de la division du travail médical.

Par ailleurs, Séverine Jecker et Nedjma Khelifi vivent la prise en charge du dépistage du VIH de façon très positive. Au regard de leur trajectoire d'ascension sociale, l'endossement de tâches dévolues aux médecins ennoblit suffisamment leur poste pour qu'elles acceptent le surcroît de travail qui en résulte sans augmentation de salaire. Qu'en est-il dans une autre équipe où les infirmières et infirmiers prennent en charge entièrement le dépistage du VIH, de l'entretien à la pratique du test et à l'annonce du résultat ?

Non seulement Arezki Ramdani, infirmier au CDAG des Vignes, apprécie que le directeur médical ait confié aux deux infirmières et aux deux infirmiers du CDAG la conduite d'entretiens de dépistage et la pratique des tests rapides, mais il aimerait qu'on « lui délègue un peu plus ». Il a été recruté par le directeur du CDAG, Pascal Lunel, en 2003 car celui-ci était intéressé par son « parcours atypique ». On le décrira longuement car l'ascension sociale rapide, commune aux infirmières et infirmiers interrogés, se colore ici d'une tonalité de revanche sociale qui peut éclairer les choix professionnels et le consentement à un surcroît de travail sans compensation financière dès lors qu'il s'accompagne d'une marge d'autonomie accrue et rompt avec la position d'exécutant.

Arzeki Ramdani est né à Champigny-sur-Marne. Ses parents sont nés en Kabylie dans le même village. D'abord cantonnier, son père a fait son service militaire entre 1936 et 1939 dans l'armée française, puis a été rappelé sous les drapeaux en 1942. Les parents d'Arzeki Ramdani arrivent à Champigny dans les années 1950. Son père devient gardien de gymnase, sa mère n'a pas d'emploi. Le père, militant du FLN, est torturé en France par la police. Arezki Ramdani raconte une adolescence marquée par l'expérience du racisme :

« Y avait pas la double nationalité, donc à seize ans, mon père m'a dit d'opter pour la nationalité algérienne. J'ai renoncé à la nationalité française, donc à l'âge de seize ans, je me suis retrouvé avec une carte de résidence, jusqu'à vingt-sept ans. On vivait une espèce de régime d'apartheid, donc quand on t'arrêtait et que tu présentes ta carte de résidence, et qu'ils voient que tu es Algérien, les flics : bonjour les propos et bonjour l'accueil ! »

Il raconte avec amertume la décision de ses professeurs de collège de l'orienter vers la vie active avant la fin de la troisième :

« Au bout de six mois de la troisième, [...] il y avait les premières orientations scolaires à faire et moi, ils m'ont proposé la vie active. Tu vois, à quinze balais, même pas seize ans, ils m'ont dit : "Toi, c'est la vie active", pas un BEP, ni rien. J'aimerais les revoir ces profs, j'ai une licence, un DEUG, un Diplôme d'État d'infirmier... Oh, ces gens-là m'ont condamné, vraiment enfoncé un clou dans la tête terrible. Il te faut des années, voire des décennies pour retrouver, pour trouver une confiance en toi. Puisque ces gens-là te considèrent comme rien du tout, "tu vaux rien, va travailler, c'est tout !" Je leur en veux beaucoup. Profs de collège. Je leur en veux beaucoup. Énormément ! [...] Après, je me suis battu, alors ils ont accepté du bout des lèvres que je fasse un BEP. Que j'ai raté deux fois. J'ai eu des très bonnes notes en matières générales, mais la matière particulière, qui était agent de transport, pffffff ! ça m'intéressait pas. »

Arezki Ramdani est sixième d'une fratrie de onze enfants. Deux sont décédés « de mort violente » (il n'en dira pas plus) ; il a une sœur comptable retraitée, une sœur au chômage après avoir monté une société de transport, un frère photographe, une sœur qui travaille dans une société bancaire, une sœur au chômage après un DEA de chimie, un frère ingénieur à Air France, un frère guide aux Musées Nationaux, une sœur psychologue. Ils n'ont « pas vraiment » reçu d'éducation religieuse :

« Enfin tu sais, c'est de l'Islam où tu vois tes parents mettre le tapis, et nous, on continue à jouer. On nous a jamais appris la prière, je la connais même pas, la prière. T'as un père, qui va faire sa petite prière là-bas, voilà ! Tu lui fous la paix, ma mère aussi, et nous on fait notre vie. »

Adolescent, il crée à Champigny-sur-Marne une association de solidarité internationale avec plusieurs pays d'Afrique. Après avoir arrêté son BEP, il fait « un peu de tout », devient comédien à 19 ans au Théâtre de la Résistance du Chili (créé par des réfugiés politiques après le coup d'Etat de 1973), puis animateur photo, puis régisseur-éclairagiste de spectacles, puis éducateur. Il reprend des études de photographie à Paris VIII (DEUG et licence : « c'était la seule fac à permettre aux travailleurs sans bac, il suffisait de justifier de trois années de salaire. ») et travaille ensuite comme photographe, puis comme éducateur pour des personnes handicapées. Il obtient son diplôme d'infirmier à 36 ans après des études en soins infirmiers subventionnées par les Assedic. Son mémoire de fin d'études s'intitule : « Se comprendre pour mieux soigner ». Devenu infirmier, il travaille pendant sept ans dans un service de neuro-chirurgie à l'AP-HP puis postule à la Mairie de Paris pour travailler dans un dispensaire et trouver un poste moins contraignant :

« Y a un moment tu dois quitter l'hosto. Enfin, physiquement. »

Lors de l'entretien, il a 53 ans. Il est célibataire et a un fils de 18 ans au lycée. Son salaire net est de 2500 euros. Depuis le début de son entrée dans la vie active, ses revenus ont toujours été ascendants, sauf depuis qu'il a quitté l'hôpital puisqu'il a perdu les primes liées au travail hospitalier :

« Tu vas peut-être perdre certaines primes, mais la contrainte hospitalière est telle que franchement, même si tu les perds, t'es bien content. [...] T'as toutes tes soirées, tu n'es pas physiquement fatigué, t'es ni HS [Hors Service], t'as pas des horaires où tu commences à 6h30 et finis à 21h30. Donc tu peux imaginer qu'il n'y a rien de comparable. C'est même pas comparable. Rien n'est comparable au niveau des horaires de travail. Ni de la contrainte physique et professionnelle, on se situe pas du tout dans la même chose. T'es pas au soin, au chevet du patient. »

Son expression résume de façon particulièrement éloquente les caractéristiques du travail infirmier hospitalier et l'usure qui en résulte, et désigne en creux ce qui peut faire l'attrait du travail de santé publique pour les salariés du secteur sanitaire. Quitter le « soin au chevet du patient » pour un CDAG, c'est opter pour l'antithèse, terme à terme, du travail physique auprès de malades alités : le travail de santé publique en direction d'individus *a priori* en bonne santé. Arezki Ramdani est heureux à ce poste et n'a pas de projet de mobilité professionnelle³⁸⁸.

Pour revenir au point évoqué au chapitre 2 sur les ressorts militants de l'engagement professionnel dans l'espace social du sida, ils ne semblent pas non plus fonctionner ici. Ce ne sont pas ses dispositions à la contestation, bien plus marquées que ceux des autres infirmières et infirmiers interrogés, qui ont orienté les choix professionnels d'Arezki Ramdani depuis l'obtention de son diplôme d'infirmier, mais la fatigue accumulée « au chevet du patient ».

À écouter les récits de ces infirmières et infirmiers de CDAG du service public (hospitalier, comme à Fondange et Grainde, ou extra-hospitalier, comme aux Vignes), un constat s'impose : ce n'est pas le VIH/sida qu'ils ont choisi, ni un groupe de population, mais un type de structure. Ni une maladie, ni les malades, mais un cadre de travail qui les protège des aspects les plus usants des soins aux malades. Ce n'est toutefois pas un choix par défaut, et tous auraient pu choisir d'autres structures remplissant cette fonction, par exemple le travail en crèche exercé pendant un an par Joëlle Chassagne³⁸⁹, ou à l'Éducation nationale comme cela a été proposé à l'une des collègues de cette dernière. Si ces infirmières et infirmiers ont choisi le CDAG (et le service de maladies infectieuses pour les infirmières hospitalières) parmi d'autres postes moins contraignants que « le soin au chevet du patient », c'est en raison d'un intérêt manifeste pour la dimension pédagogique de leur travail. Le désir pédagogique est lisible dans la revendication du rôle préventif de leur travail et le goût pour les entretiens avec des adultes sur des questions intimes tournant

³⁸⁸ Arezki Ramdani, entretien le 15 octobre 2013.

³⁸⁹ Joëlle Chassagne, entretien le 10 octobre 2013.

principalement autour de la sexualité (il est beaucoup plus rarement question d'usages de drogues dans les entretiens auxquels j'ai assisté).

« C'est l'éclate, voilà », s'exclame Christophe Couture, infirmier au CDAG des Vignes âgé de 45 ans. Il décrit le travail infirmier, et en particulier la pratique d'entretiens préventifs, comme un « aboutissement » : après son CAP de boulangerie, il fait du commerce au porte-à-porte puis du gardiennage de nuit, puis connaît quelques périodes de chômage avant de passer le concours d'aide-soignant. Il devient aide-soignant en soins palliatifs en 1992 puis en neurochirurgie de 1992 à 1998, date à laquelle il est reçu à l'IFSI. Il devient infirmier en psychiatrie de 2001 à 2007, et postule au CDAG en 2008 sur les conseils d'un collègue car il aime les soins préventifs et les entretiens ponctuels. Comme les autres infirmières et infirmiers qui ont quitté l'hôpital, il accepte le reclassement en catégorie A. Il apprécie de ne plus avoir les horaires de l'hôpital qui « désociabilisent ». Il ajoute à ces motifs d'investissement au CDAG un intérêt pour le travail relationnel, retrouvé chez d'autres infirmières et infirmiers interrogés. Cet intérêt se manifeste ici dans le choix du thème de son mémoire de fin d'études (« L'entretien pré-opératoire : soin à part entière ou outil administratif ? »), d'un poste en psychiatrie puis d'un poste au CDAG. Comme pour les autres infirmières et infirmiers interrogés, ce n'est pas la peur des maladies graves (exprimée uniquement par Séverine Jecker qui ne l'a éprouvée qu'après le décès de ses parents encore jeunes) qui lui fait préférer les soins préventifs :

« L'odeur de l'hôpital, y'a des gens qui détestent, moi, c'est quelque chose... c'est presque fœtal, l'odeur de l'éther, c'est familial, pour moi, c'est mon Chanel. Ça s'explique pas, c'est comme ça... Et donc pour moi, c'est quelque chose, c'est un aboutissement, le fait que je sois infirmier, c'est une fierté personnelle, mais une très grande fierté de mes parents. Je ne l'ai pas fait pour mes parents, je l'ai fait pour moi, mais bon voilà, c'est naturel. Et puis j'ai eu une petite maladie quand j'avais onze ans, où je suis resté quinze jours à l'hôpital, et puis cette ambiance, avec les infirmières de nuit pour les injections, tout ça... Ça me faisait triper, moi... »³⁹⁰

Chez ces infirmières et infirmiers, point de sentiment de peur face aux maladies graves, donc, mais peut-être une préférence pour le travail relationnel et par conséquent pour les cadres de travail où celui-ci n'est pas relégué au second plan derrière les soins vitaux, qui leur permettent d'échapper au rythme hospitalier (c'est-à-dire au travail de nuit) à des postes éprouvants tant physiquement qu'émotionnellement.

L'ennoblissement du poste infirmier par la prise en charge intégrale du dépistage ne tient donc pas seulement à l'appropriation de tâches jusqu'alors dévolues aux médecins, mais aussi au fait que le travail relationnel y acquiert une dimension pédagogique qu'il n'a pas auprès des malades alités. Certains des salariés interrogés, notamment les infirmières et infirmiers du CDAG des Vignes, ne sont pas dupes du rôle qu'ils jouent dans la division du travail de santé publique : ils savent que la délégation de prérogatives médicales, connue par

³⁹⁰ Christophe Couture, entretien le 15 octobre 2013.

les salariés de l'hôpital sous le terme de « glissement de tâches » car il s'effectue de haut en bas entre tous les niveaux de la hiérarchie hospitalière, permet de faire prendre en charge le même travail par des salariés moins bien rémunérés. Ils y trouvent cependant leur compte, à en croire les propos des infirmières et infirmiers rencontrés, de même que la seule aide-soignante interrogée. On verra que ce n'est pas le cas pour les salariés associatifs non-professionnels de santé, pour qui l'ennoblissement du poste ne suffit pas à compenser la faiblesse des salaires (plus bas que ceux de tous les autres enquêtés) et les contraintes horaires plus lourdes que celles des professionnels de santé participant au dépistage du VIH/sida.

2. La « médecine globale » pour horizon : les médecins

Pour la plupart des médecins enquêtés, le travail de dépistage du VIH/sida, qu'il soit assuré en CDAG ou dans le centre de dépistage du Kiosque Infos Sida, ne constitue qu'une part marginale de leur activité, de l'ordre d'une à trois demi-journées par semaine. Le reste du temps, ces médecins sont praticiens hospitaliers ou chefs de clinique dans le service de maladies infectieuses, médecins généralistes libéraux ou plus rarement salariés, médecin du travail, sexologues ou dermatologues libéraux ; leur temps de travail est très variable mais dépasse souvent les 50 heures hebdomadaires, et leurs revenus nets vont de 2100 euros pour une jeune médecin exclusivement salariée en début de carrière à 4000 euros pour les praticiens hospitaliers et 6000 euros pour les médecins libéraux. Bien que quantitativement périphérique dans leur temps de travail hebdomadaire, le travail de santé publique y tient une place qualitative importante et ils y tiennent. Peu gratifiant pour leur carrière, moins rémunérateur que d'autres activités qui leur sont accessibles, ce travail satisfait leur attrait pour une pratique médicale irréductible aux soins curatifs et techniques, qu'ils nomment « médecine globale ». Leur goût pour la dimension préventive et relationnelle du travail les rapproche des infirmières et infirmiers, mais leurs investissements professionnels multiples les en distinguent. Par contraste, les investissements médicaux multiples témoignent des contraintes plus grandes pesant sur le travail infirmier hospitalier, du fait de la division du travail médical et de la hiérarchie hospitalière, ce qui conduit nombre de salariés à s'en écarter définitivement au bout de quelques années de carrière : pour des médecins hospitaliers ou libéraux, le travail en CDAG aide à tenir à l'hôpital ou au cabinet ; pour des infirmières et infirmiers, il aide à en finir avec l'hôpital. Seuls le directeur du CDAG des Vignes et une des médecins de ce CDAG y travaillent à temps plein, mais leur formation en santé publique explique leur investissement professionnel exclusif dans ce poste.

Les critiques de Marie-Claude Paoli et d'Arnaud Baquet, médecins du CDAG de l'hôpital de Fondange, vis-à-vis des réformes hospitalières, permettent de comprendre leur conception de la pratique médicale. Tous deux estiment que l'hôpital ne garantit plus les conditions d'une « prise en charge pluridisciplinaire de qualité » mettant « le patient au

centre » et le regrettent. Lorsqu'Arnaud Baquet passe le concours de l'internat en 1988, il choisit de faire un internat puis un clinicat de médecine interne, non parce que cette discipline relèverait de « l'hyper-spécialité », mais parce qu'il la décrit comme de la « médecine générale hospitalière ». « Probablement parce que je n'avais pas envie de choisir de spécialité », ajoute-t-il³⁹¹. Comme les médecins quinquagénaires du corpus, ceux de l'hôpital de Fondange ont commencé leur carrière en maladies infectieuses pendant les années où le sida était une maladie rapidement mortelle, et, pour Marie-Claude Paoli, parmi les équipes hospitalières qui s'y sont investies les premières : interne à l'hôpital Claude-Bernard aux débuts de l'épidémie, elle rédige une thèse sous la direction de Pierre-Marie Girard sur la pneumocystose, maladie pulmonaire qui peut se développer lors du sida à un stade avancé de l'immuno-dépression et qui est devenue rare depuis le développement des trithérapies ; « praticien hospitalier »³⁹² à la date de l'entretien, elle travaille dans l'unité de pathologies infectieuses de l'hôpital de Fondange depuis sa création en 1988 dans le service de médecine interne. La pratique professionnelle de Marie-Claude Paoli et d'Arnaud Baquet est marquée par une dimension d'engagement, visible dans leur participation active à la création de structures associatives liées à leur champ d'activité professionnelle : Marie-Claude Paoli préside un réseau de santé et d'accès aux soins créé en 1992 et orienté vers le VIH, l'addictologie et la précarité³⁹³ ; Arnaud Baquet a fondé « une association de partenariat Nord-Sud avec l'Afrique », et a travaillé cinq ans au Tchad dans ce cadre.

La « médecine globale » qu'ils appellent de leurs vœux peut alors être décrite comme une façon d'intégrer à leur pratique soignante un travail de prévention, de facilitation de l'accès aux soins, voire de solidarité internationale. En d'autres termes, elle constitue une voie praticable, c'est-à-dire socialement légitime dans le champ médical, pour leurs dispositions à l'engagement, acquises par la socialisation professionnelle contemporaine des débuts de l'épidémie (Arnaud Baquet, Marie-Claude Paoli, Béatrice Guéguen, Pascal Lunel), et/ou par la proximité au mouvement homosexuel (Pascal Lunel), par une socialisation familiale marquée par une éducation catholique (Marie-Christine Ngo) ou par le militantisme communiste (Virginie Jeanne, Marie-Claude Paoli).

Si l'éducation catholique peut sembler à première vue, compte tenu des prises de position de la hiérarchie catholique sur l'homosexualité et les politiques du sida, une matrice improbable pour l'engagement dans cet espace, elle constitue un ressort possible de l'investissement auprès de l'Autre, en particulier des étrangers, comme l'a montré Julie Pagis dans son enquête sur les « soixante-huitards ordinaires »³⁹⁴ et comme l'expriment sur mon terrain les médecins de l'hôpital de Grande. Ainsi, après son baccalauréat série C obtenu à 16 ans, Marie-Christine Ngo fait ses études de médecine à la faculté Paris XIII-Bobigny, passe

³⁹¹ Arnaud Baquet, entretien le 24 septembre 2013.

³⁹² Sur la non-féminisation des noms de professions restées longtemps réservées aux hommes, voir Emmanuelle Zolesio, *Chirurgiens au féminin ? Des femmes dans un métier d'hommes*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes, 2012.

³⁹³ Marie-Claude Paoli, entretien le 27 septembre 2013.

³⁹⁴ Julie Pagis, *Mai 68, un pavé dans leur histoire*, Paris, Presses de Sciences Po, 2014, p. 48.

le concours de l'internat en 1985 et, au cours de nombreux stages à l'hôpital de Grainde, décide d'y rester : « c'est un endroit dans lequel je me sens bien, une population dans laquelle je me sens bien, un bassin de population que j'aime »³⁹⁵. Pour les médecins plus jeunes du corpus, c'est une préférence de cet ordre pour une classe sociale, populaire, et à forte composante immigrée, qui domine les logiques de choix du lieu de travail.

La dimension d'engagement s'exprime donc différemment dans les trajectoires de médecins trentenaires, entrés dans le champ du sida après la commercialisation des trithérapies, et dans celles des médecins quinquagénaires du corpus, marqués par la période des débuts de l'épidémie, comme en témoignent leurs thèses portant sur des pathologies opportunistes devenues rares après la commercialisation des trithérapies (pneumocystose pour Marie-Claude Paoli et Béatrice Guéguen³⁹⁶, toxoplasmose cérébrale pour Marie-Christine Ngo). Si l'on entend la génération comme notion sociologique définie par la communauté d'expériences politiques et biographiques³⁹⁷, la variable générationnelle joue un rôle important dans les motifs et modalités d'engagement de ces médecins dans leur travail. Dans cette génération de médecins, on retrouve en effet l'héritage d'expériences militantes des années 1970 dans le champ de la santé, comme le Mouvement pour la Liberté de l'Avortement et de la Contraception (MLAC). L'avortement comme le sida apparaissent alors comme des terrains où le capital professionnel peut non seulement servir une cause politique, mais aussi la rendre appropriable par des jeunes médecins peu disposés à l'engagement dans un parti :

« Ça procède un petit peu de la même réflexion. C'est-à-dire je suis étudiante en médecine (faut que je vous dise autre chose) et y'a un problème majeur de société, je suis une femme, je suis entourée, dans un milieu, bizarrement, bien que j'aie fait partie de cabinets de droite, il faut dire les choses comme elles sont, je suis plutôt quand même plutôt dans un milieu de gauche, de par tradition familiale, oui, plutôt milieu socio-familial, je dirais ; enfin un milieu de gens qui ont été élevés dans la Résistance, des gens comme ça, si vous voulez, avec des valeurs plutôt : on se révolte et on se bat pour des idéaux, je ne dis pas ça de moi, je dis ça plutôt du milieu qui m'entourne, de mes parents et de leurs familles. Et donc là, c'est exactement ça, c'est un positionnement professionnel. J'aurais pas été militer pour... D'ailleurs mes amis du MLAC m'ont fait visiter à l'époque, je me suis fait traîner rue de... à côté de chez moi, au Parti socialiste, par une nana du MLAC, qui voulait absolument que j'entre au Parti socialiste ; je me suis fait traîner par d'autres potes, qui voulaient absolument que j'entre dans leur groupuscule d'extrême-gauche, c'est-à-dire que, de toute façon, oui... Mais c'est pas un hasard, que je ne suis allée ni chez l'un, ni chez l'autre. Et pourtant, Dieu sait si on voulait m'embrigader dans un truc politique. Et bien [...] ce qui m'a intéressée, et je pense que ça continue à m'intéresser, dans ma vie, c'est aussi le truc qui fait que je bouge, dans mon milieu professionnel, ce qui m'a intéressée, c'est le lien avec mon activité professionnelle. Et dès que ça déconnectait de ça, ça ne m'intéressait plus. »³⁹⁸

³⁹⁵ Marie-Christine Ngo, entretien le 11 octobre 2013.

³⁹⁶ Béatrice Guéguen, entretien le 14 janvier 2013.

³⁹⁷ Karl Mannheim, *Le problème des générations*, Paris, Armand Colin, 2011 [1923].

³⁹⁸ Annie-Claire Rey, entretien le 18 juin 2013.

Pour ces médecins, compagnons de route de nombreux mouvements mais peu organisés politiquement ni syndicalement, il s'agit en fait moins de reconversion des engagements militants que de politisation par la profession³⁹⁹. Quant aux médecins trentenaires enquêtés, le choix du lieu de travail est pour eux (en fait, pour elles) souvent lié à une préférence pour la population qu'ils y rencontrent dans leur travail.

C'est le cas notamment de Céline Bardou et Magali Dubois, qui expriment une préférence pour la population migrante, qui représente 93 % de la file active du service où elles travaillent⁴⁰⁰. Âgées de 38 et 30 ans lors de l'entretien, elles ont pu entendre parler du sida comme d'une maladie grave lorsqu'elles étaient adolescentes, mais en tant que médecins elles n'en ont connu que les années postérieures à la commercialisation des trithérapies en 1996.

Maud Gelly : « Tout à l'heure, tu m'as dit que tu étais revenue à Grainde parce que tu aimais bien la population. Ce que tu as aimé en particulier, c'est quoi ?

Magali Dubois : Et bien c'est une population de migrants, hyper variée, plein de cultures différentes, où il y a plein de trucs à faire d'un point de vue social, d'un point de vue médical, voilà. C'est des gens hyper ouverts, et en même temps, c'est assez agréable parce qu'ils sont souvent hyper reconnaissants de pouvoir être soignés en France, que ce soit gratuit, qu'ils aient accès à ça. Par rapport à certains remplacements que j'ai faits dans Paris, où les gens sont plus agressifs, en disant : "C'est mon droit, j'y ai droit, c'est gratuit". Là, les gens sont hyper... enfin y'a une certaine reconnaissance que je trouve très agréable pour un médecin, il faut dire ce qui est [rire] et voilà, et puis ils sont hyper gentils. Là je vois, avant que je parte en congé maternité, ils m'ont tous fait des petits chaussons, ils m'apportent des mangues, des petits... enfin, et puis ils parlent assez, ils m'amènent toute leur famille, c'est très... Oui, je pense que c'est vraiment le côté Afrique qui... Et puis des histoires de vie incroyables, enfin, ce sont des gens hyper courageux, qui vivent dans des conditions de vie absolument effrayantes, qui ont tous perdu leurs enfants, leurs parents, leur famille, qui sont hyper courageux, qui bossent, pas tous, mais je trouve qu'il y a vraiment de belles histoires... »⁴⁰¹

Que nous apprend la préférence de ces jeunes médecins pour les malades immigrés ? Comment comprendre le fait qu'elle soit partagée par toutes les médecins de ce service, mais pas par les infirmières, et qu'on retrouve chez les salariés associatifs la même préférence pour une catégorie de population (gays, migrants, trans...) ?

La raison principale pour laquelle les infirmières de ce service, comme les autres infirmières et infirmiers interrogés, ont choisi leur lieu de travail tient, on l'a vu, à l'usage éprouvée après plusieurs années de travail hospitalier. Les infirmières du service de

³⁹⁹ Florent Champy, Liora Israël, « Professions et engagement public », *Sociétés contemporaines*, 2009/1, 73, pp. 7-19.

⁴⁰⁰ Service des Maladies Infectieuses et Tropicales, *Rapport d'activité 2010*, Centre Hospitalier de Grainde, 2010, p. 6.

⁴⁰¹ Magali Dubois, entretien le 5 novembre 2013.

maladies infectieuses de Grande ont choisi de travailler d'y travailler parce qu'il fonctionnait en hôpital de jour, c'est-à-dire sans gardes de nuit, et sur des horaires de type 8h-18h.

La plupart des salariés associatifs interrogés, qu'ils soient médecins et infirmiers (dans le centre de dépistage du Kiosque Infos Sida) ou non professionnels de santé, sont mus par un désir de rendre service à une population dont ils se sentent partie prenante, parce qu'ils ont en commun l'expérience de la migration, ou de l'homosexualité, ou de la prostitution. Pour eux, il s'agit de bien traiter une population qu'ils savent parfois maltraitée pour en avoir eux aussi fait les frais, ou pour avoir vu des amis en faire les frais.

Pour schématiser, on peut rapporter ces motifs d'investissement à la volonté de faire de la santé publique *pour soi*, pour se protéger de la dureté du travail fournis dans les structures de soins curatifs lourds (c'est le cas des infirmières hospitalières, presque toutes des femmes), et à faire de la santé publique *pour les siens* (c'est le cas des salariés associatifs, non-professionnels de santé issus des groupes visés – gays, prostituées, migrants - ou infirmiers et médecins gays). Quant à ce qui pousse des femmes médecins trentenaires à travailler auprès d'immigrés pauvres, il pourrait s'agir d'une volonté de faire de la santé publique *pour les autres*, ou peut-être *pour l'Autre*, pour celui ou celle avec qui la distance sociale est la plus grande. On a vu que l'héritage catholique pouvait éclairer cette modalité d'investissement professionnel, proche de celle du missionnaire, mais, en l'absence de comparaison avec d'autres secteurs du champ médical pour ce qui concerne la socialisation politique et religieuse des agents, l'enquête ne peut déterminer ce que cette dimension a de spécifique.

Comprendre les siens et apprendre aux autres : désir de proximité et désir de surplomb seraient alors les deux formes que prend le rapport à l'autorité sociale chez les agents du travail de santé publique, en particulier les médecins. En réalité, elles coexistent souvent, la recherche de la proximité, ou plus exactement d'une « proximité distante qui caractérise cette position sociale de médiateur » décrite par Francine Muel-Dreyfus pour un travail plus proprement pédagogique⁴⁰², permettant ici d'exercer une autorité pédagogique en l'atténuant, voire en la déniait. La prolifération de formes élaborées de « conseil non-directif » dans les formations professionnelles, dont rendra compte le chapitre 5, en témoigne.

Il convient donc de s'attarder sur les trajectoires de ces médecins qui font de la santé publique *pour les autres*, ou *pour l'Autre*, et de chercher où s'enracinent ces dispositions.

Magali Dubois a 30 ans lors de l'entretien. Elle est médecin généraliste, titulaire d'un Diplôme d'Études Spécialisées Complémentaires en maladies infectieuses, d'un Diplôme Universitaire sur le VIH, d'un autre en médecine de voyage, et d'un autre sur le foie et les maladies infectieuses. Sa thèse porte sur « L'abord de la sexualité dans le cadre de la

⁴⁰² Francine Muel-Dreyfus, « Les instituteurs, les paysans et l'ordre républicain », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 1977, 17-18, pp. 37-61.

prévention et du dépistage du VIH en cabinet de médecine générale ». Sa mère est professeure de restauration de livres, son père concessionnaire de bateaux ; elle a une sœur avocate, un frère conseiller en stratégie, et un frère en école de journalisme ; son mari est chargé de communication, ils ont un enfant de deux ans et elle est enceinte du deuxième. Il n'y a aucune pratique religieuse ni militante dans la famille. Elle a remplacé pendant un an un addictologue libéral. Elle a été interne deux fois à l'hôpital de Grainde (en médecine interne et en maladies infectieuses) et a eu envie d'y rester, malgré la division de ses revenus par deux : « j'ai beaucoup aimé la population là-bas, et voilà, et puis Marie-Christine Ngo m'a proposé de revenir comme assistante, donc j'ai sauté dessus avec grand plaisir ». Depuis un an, elle est assistante en maladies infectieuses à l'hôpital de Grainde, où son salaire net est de 2100 euros (en libéral ses revenus s'élevaient à 4000 voire parfois 5000 euros). Elle travaille cinq jours par semaine de 9h à 18h, ainsi qu'un samedi par mois et un dimanche tous les deux mois.

Ici, point besoin d'une condition sociale commune pour fonder l'investissement professionnel. Au contraire, la distance sociale aux usagers du service apporte des gratifications à ces médecins. Pauvres, étrangers, femmes pour presque 60 % de la file active⁴⁰³, ces malades apportent au médecin, par leur seule présence et par les marques de reconnaissance rapportées par Magali Dubois, la preuve de son utilité sociale. D'autant plus que la distance est grande, et que se cumulent les rapports de domination, comme l'explique Céline Bardou lorsqu'elle introduit la notion de « précarité » :

Céline Bardou : « Je me suis un peu renseignée sur le service, et plus que l'équipe, c'était vraiment la patientèle qui m'intéressait.

Maud Gelly : D'accord. À cause de quoi ?

Céline Bardou : Ben, le fait que ce soit des migrants, des précaires, que ce soit le VIH exclusivement, c'était ça qui m'intéressait.

Maud Gelly : D'accord. Migrants, précaires, c'est une vieille histoire d'amour ?

Céline Bardou : Alors un peu. Je suis une fille d'expatriés, donc j'ai vécu une quinzaine d'années en Afrique, j'ai vu le début de l'épidémie de sida en étant ado dans un pays qui a été décimé, bon, avec des angoisses de l'époque où on ne savait pas trop comment ça se transmettait... Donc cette maladie, je l'ai beaucoup suivie, et puis j'avais vraiment l'idée de travailler peut-être avec les pays du Sud, d'une façon ou d'une autre. »⁴⁰⁴

L'entretien avec une de ses collègues, médecin de 30 ans, apporte une clé d'explication à cette préférence médicale pour les étrangers. Elle compare les usagers du service de Grainde, « reconnaissants » envers des médecins qui font « juste leur travail »,

⁴⁰³ Service des Maladies Infectieuses et Tropicales, *Rapport d'activité 2010*, Centre Hospitalier de Grainde, 2010, p. 5.

⁴⁰⁴ Céline Bardou, entretien le 8 novembre 2013.

avec ceux du service hospitalier parisien où elle travaillait auparavant, une « grosse antenne VIH » accueillant une proportion plus importante de gays, blancs, de classes moyennes et supérieures, « plus exigeants » :

Vanessa Stern : « Oui, c'est une des grosses antennes VIH, qui a vachement tourné autour du dépistage et de la prévention, et notamment dans le milieu homosexuel, gay, du showbiz et tout ça... J'ai beaucoup appris. Du coup, c'était une autre patientèle qu'ici.

Maud Gelly : Et quand tu dis : "La patientèle m'a plu." Qu'est-ce qui t'a plu en particulier ?

Vanessa Stern : C'est vrai que la chaleur humaine... Tu vois, je les trouve quand même plus chaleureux. J'aime bien la problématique de l'immigration en fait. Et du coup les liens sont assez vite très forts. C'est vrai qu'il y a un attachement qui peut-être n'est pas très éthique, mais... ni dans un sens ni dans l'autre.

Maud Gelly : Pas très éthique, tu as dis ?

Vanessa Stern : Ouais. Parce qu'on les touche pas mal ; parfois on peut être amené à les prendre dans les bras, ils nous tutoient - moi, je les laisse me tutoyer, y'a pas de problème - ils viennent des fois pour des consultations de médecine généraliste. Enfin, on sent des gens qui sont un peu isolés et on est une sorte de centre référentiel, donc ça, c'est plus intéressant. Et moi, c'est vrai que je suis moins à l'aise, peut-être parce que je suis hétéro, j'en sais rien, avec les homos. Alors je ne suis pas du tout... Moi, ça ne me dérange pas de parler de sexe, de manière détaillée, j'ai pas de gêne particulière avec ça, mais c'est un monde qui est un peu plus abstrait pour moi et du coup, qui est beaucoup plus exigeant sur mes connaissances, qui met un peu plus en porte-à-faux le médecin, j'ai trouvé. Par rapport à ici, où ils peuvent nous trouver extraordinaires, alors qu'on fait juste notre travail. »⁴⁰⁵

Ne pas être mis « en porte-à-faux » par le malade, ne pas être pris en défaut sur ses connaissances par un malade qui en serait mieux pourvu que le médecin, ne pas prendre le risque de voir contesté le pouvoir du savoir : voilà un moteur possible des choix d'investissement professionnel auprès des populations avec laquelle la distance sociale est la plus grande. Mais l'explication est insuffisante si elle manque de rendre compte à la fois de la recherche de la distance de classe et de la proximité de genre. Car les médecins des services hospitaliers enquêtés sont très majoritairement des femmes, et que la patientèle de ces services est majoritairement féminine, étrangère et populaire.

Comment comprendre ce goût de femmes des classes supérieures pour le travail médical auprès d'étrangers pauvres, majoritairement des femmes ? Les propos de ces médecins et l'observation de leurs consultations laissent paraître une démarche d'encouragement à l'émancipation. Dans son enquête auprès d'assistantes sociales, Delphine Serre met en évidence les « pièges de la compassion féminine » et les conditions de possibilité d'une telle injonction à l'émancipation : elle se déploie « entre proximité de

⁴⁰⁵ Vanessa Stern, entretien le 9 octobre 2012.

genre et distance de classe »⁴⁰⁶. La proximité de genre et la distance de classe seraient alors deux conditions de félicité de l'investissement de ces femmes médecins dans des banlieues populaires.

Sur le terrain étudié par Delphine Serre, les assistantes sociales disposent d'informations assez précises sur la situation sociale des familles qu'elles rencontrent. Rien de tel au CDAG, où l'interaction dure une dizaine de minutes et où les seules informations figurant toujours sur la fiche d'accueil sont le sexe et la date de naissance de chaque personne. Les autres informations recueillies sur la fiche d'accueil, et plus encore lors de l'interaction, varient d'une équipe à l'autre et d'un médecin à l'autre. L'observation des consultations montre qu'il n'est pas indispensable que la distance de classe soit objectivée pour qu'elle produise des effets dans l'interaction et, ici, qu'elle fonctionne comme une incitation à promouvoir la norme d'autonomie par solidarité de genre. De façon significative, alors que la plupart des enquêtés répondaient en décrivant la dynamique des consultations lorsque je leur demandais lesquelles leur faisaient se sentir utiles, certains - certaines, presque toujours - rapportaient d'emblée une préférence pour les femmes ou les jeunes :

Maud Gelly : « Quels sont les entretiens où vous vous sentez le plus utile ?

Marie-Claude Paoli : C'est souvent, je l'avoue, auprès des femmes. Pas seulement les jeunes, plutôt les femmes plus mûres, en particulier les femmes africaines qui ont... c'est pareil, qui ont du mal à gérer le fait qu'elles savent que leur homme va à droite à gauche, a de multiples partenaires, et elles savent pas comment faire pour arriver à imposer de mettre un préservatif. Donc voilà, je suis contente quand je leur apprends le fémidon [préservatif féminin] et qu'elles repartent en disant qu'elles vont peut-être essayer. Là, j'ai l'impression d'être utile. »⁴⁰⁷

La préférence de ces femmes des classes dominantes pour des femmes étrangères vivant dans un quartier populaire est donc liée en partie à la dimension pédagogique du travail de santé publique. La distance sociale rend l'autorité pédagogique plus difficile à contester par ses destinataires, et plus facile à assumer par ses dépositaires.

Ici la pédagogie est autant médicale que sociale. Autant que le préservatif, ces médecins prescrivent l'autonomie des femmes. Jean-Claude Passeron et François de Singly montrent que, pour ce qui concerne l'autonomie en matière de sexualité, la distance de classe est plus grande entre filles qu'entre garçons : dans certains groupes sociaux, l'autonomie est une conquête contre le groupe, dans d'autres elle est inscrite au processus de socialisation »⁴⁰⁸. Sur mon terrain, l'injonction à l'autonomie est d'autant plus probable que la distance de classe entre femmes est ici maximale, que le cadre médical se prête à la

⁴⁰⁶ Delphine Serre, « Travail social et rapport aux familles : les effets combinés et non convergents du genre et de la classe », *Nouvelles Questions Féministes*, 2012, 31 (2), pp. 49-64.

⁴⁰⁷ Marie-Claude Paoli, entretien le 27 septembre 2013.

⁴⁰⁸ Jean-Claude Passeron, François de Singly, « Différences dans la différence : socialisation de classe et socialisation sexuelle », *Revue française de science politique*, 1994, 1, pp. 48-78.

prescription de comportements autant que de techniques par des femmes des classes dominantes à des femmes des classes populaires, et qu'une éventuelle sensibilité féministe ne peut, compte tenu des contraintes liées à la rapidité des consultations, s'exprimer que sous forme de conseils.

« Ni [...] activité de *care* homogène et automatique ni [...] contrôle social uniforme exercé par les classes dominantes », écrit Delphine Serre à propos du travail des assistantes sociales. Pour ces médecins travaillant dans des hôpitaux publics de quartiers populaires et à forte proportion de population immigrée, le thème qui traverse leurs propos (et, on l'a vu dans les propos de Marie-Claude Paoli et Arnaud Baquet, leurs critiques du fonctionnement hospitalier) est celui de la « prise en charge globale ». Ni *care* ni contrôle social, et pourtant les deux à la fois. Jamais vraiment définie nulle part, lieu commun des recommandations institutionnelles sur les soins (pour les maladies chroniques notamment⁴⁰⁹) et motif récurrent des utopies médicales⁴¹⁰, la « médecine globale », ou « prise en charge globale » des patients, entend articuler prise en charge sanitaire et prise en charge sociale, soins somatiques et psychologiques, curatifs et préventifs. Parmi les médecins interrogés, celles et ceux qui revendiquent cet objectif expriment un intérêt pour les éventuelles fragilités sociales des malades. Le travail social est particulièrement développé dans le service de maladies infectieuses qui fonctionne en « hôpital de jour » avec une assistante sociale à temps plein.

Il importe de s'attarder sur ce mode de fonctionnement du service, de plus en plus fréquent dans les services de maladies infectieuses depuis la commercialisation des trithérapies anti-VIH, car celui-ci permet de rendre compte des propriétés sociales des salariés du service, et notamment de sa totale féminisation dans une société où les femmes continuent à assurer la plus grande partie du travail domestique. D'une manière générale, les médecins des services hospitaliers enquêtés sont presque toujours des femmes, et ceux des associations enquêtées sont en général des hommes, presque toujours gays. Dans un service d'« hôpital de jour », les patients sont hospitalisés pour une journée afin de faire leurs examens et leurs traitements, selon des périodicités variables, et rentrent chez eux le soir car leur état de santé est bon. La transformation de service de maladies infectieuses en hôpitaux de jour est une conséquence institutionnelle du développement de traitements efficaces du VIH/sida qui peut contribuer à sélectionner ou à retenir dans ces services des femmes jeunes salariées ayant des enfants, mais qui peut être frustrante pour des médecins recherchant les pathologies « lourdes ». On notera, dans les entretiens avec ces médecins et

⁴⁰⁹ En guise d'exemples, on trouve sur le site des Agences Régionales de Santé, un document intitulé « Parcours de soins, parcours de santé, parcours de vie », et sur celui du Ministère de la Santé un autre intitulé « Promouvoir une prise en charge globale du patient en ville et à l'hôpital » :

<http://www.ars.sante.fr/Parcours-de-soins-parcours-de.148180.0.html>

http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Leaflet_Dgos-depliant.pdf (pages consultées le 12 septembre 2014)

⁴¹⁰ Pour un exemple, voir Patrice Muller, « Pour résister, refondons le système de santé », *Pratiques. Les cahiers de la médecine utopique*, 2004, n°27 « Faire autrement pour soigner. Du soin vers la santé, des alternatives, maintenant ! », éditorial p. 3.

les infirmières citées plus haut, des appréciations contrastées vis-à-vis des pathologies « lourdes » ou des malades « lourds » : pour les infirmières qui ont quitté les services de pathologies « lourdes », un malade « lourd » est un malade dont le soin exige une dépense physique importante, c'est - au sens propre - un malade lourd à porter, et ce plusieurs fois par jour ; pour les médecins, une pathologie « lourde » est celle qui appelle de nombreux examens complémentaires et des traitements multiples, dont la combinaison peut entraîner des effets secondaires importants.

Cette différence d'appréciation est à mettre au compte de l'importance de la dépense physique dans le travail et de la division du travail médical. Ce qui est commun aux médecins et infirmières des services de maladies infectieuses de Grainde et Fondange, en revanche, c'est leur intérêt pour ce qu'ils nomment « prise en charge globale », c'est-à-dire attentive aux conditions de vie des malades et à leur retentissement possible sur leur état de santé. Il est avéré que, depuis la commercialisation des trithérapies qui a fait de l'infection par le VIH/sida une maladie chronique, celle-ci a quitté le domaine des « pathologies lourdes », libérant ainsi du temps de travail et de l'attention de ces médecins et infirmières pour prendre en compte les conditions de vie des malades. Il est également possible que cette attention accrue soit devenue non seulement possible, mais aussi nécessaire avec l'amélioration de l'état de santé des malades, impliquant le rétablissement de leur situation vis-à-vis de l'emploi et du logement, en particulier. Il est également possible que la commercialisation des trithérapies, en diminuant drastiquement le taux de décès dans les services de maladies infectieuses, ait contribué à la féminisation du personnel médical, dont Marie Jaisson a montré qu'elle était plus importante dans les spécialités médicales confrontés à un faible taux de décès⁴¹¹.

Une des médecins de l'hôpital de Grainde, Céline Bardou, explicite ce qu'elle entend par « prise en charge globale ». Elle relie le développement de ce mode de pratique à son expérience personnelle « malheureuse » (qu'elle ne détaillera pas davantage) du système de santé :

« Avec un petit sentiment – mais qui est peut-être de la parano complète – d'avoir été maltraitée du fait que j'étais médecin ; c'est-à-dire que on m'expliquait moins de choses parce qu'on considérait que je savais, du coup moi, je m'imaginai des trucs où je ne comprenais pas tout dans le bon sens, et voilà, facteur de stress, etc. Et puis l'impression, ouais, non, d'un système de santé, quand on est de l'autre côté de la barrière, qui est plutôt dur, quoi, plutôt pas aidant. [...] Je pense que ça a influé sur ma pratique, peut-être dans la prise en charge plus globale des gens, de prendre en compte les plaintes qu'ils vont avoir, même si c'est des problèmes de sécu, ou de logement, ou de douleurs rhumato qui n'ont rien à voir avec la raison pour laquelle ils viennent me voir ; c'est-à-dire que je les écoute, que je leur explique que ce n'est pas moi qui suis spécialiste de ça, que je ne vais pas pouvoir les aider pour ça, par contre je leur donne des conseils, sur qui aller

⁴¹¹ Marie Jaisson, « La mort aurait-elle mauvais genre ? La structure des spécialités médicales à l'épreuve de la morphologie sociale », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 2020, 143, pp. 44-52.

voir, dans quel sens, etc. Je pense que ça, ça a joué. Après... je pense que je le faisais déjà avant. Parce que j'avais une idée de prendre le patient un peu en global. »⁴¹²

Marie-Claude Paoli, médecin à l'hôpital de Fondange, déplore elle aussi le « morcellement » de la prise en charge dont elle estime avoir fait l'objet :

« Je me suis rendu compte à quel point on évoluait vers des soins hypertechniques et hyperprotocolisés qui ne laissaient plus beaucoup la place à l'humain, quoi. L'idée c'est que chacun fait un petit bout de quelque chose, et qu'il ne faut surtout pas que quelqu'un soit là pour essayer de coordonner... de prendre en charge la personne. »⁴¹³

Cependant, la « prise en charge globale » que ces médecins regrettent ou appellent de leurs vœux concerne, dans leurs propos, leurs malades, mais pas nécessairement les consultants du CDAG, qu'ils ne rencontrent que de façon rapide, ponctuelle et anonyme, c'est-à-dire dans un cadre peu compatible avec la « prise en charge globale » qu'ils revendiquent. Pour autant, ils attachent de l'importance à leur vacation hebdomadaire au CDAG, quantitativement périphérique dans leur temps de travail, car elle apporte un supplément d'âme préventif à leur activité curative, rapprochant ainsi leur activité professionnelle de la « médecine globale » dont ils se réclament.

Pour les médecins des services de maladies infectieuses des hôpitaux de Grande et Fondange, le dépistage du VIH et le travail au CDAG font partie intégrante de leur travail, et ne constituaient pas leur motivation première à venir travailler dans le service de maladies infectieuses. D'autres médecins, tels Yasmina Slimani et tous les médecins du CDAG des Vignes, ont spécifiquement choisi d'ajouter des vacations en CDAG à leur activité principale. Dans la mesure où ces vacations sont systématiquement moins bien rémunérées que leurs autres activités, qu'est-ce qui les motive à participer au dépistage du VIH/sida (jusqu'au temps plein pour deux médecins du CDAG des Vignes) ? Là encore, le travail relationnel et préventif, et pour certains la solidarité avec les groupes de population les plus touchés par l'épidémie.

Pour Yasmina Slimani, c'est un sentiment de saturation vis-à-vis de la technicité des soins qui détermine l'inflexion de sa carrière. Elle se sent plus utile dans un rôle d'écoute d'histoires intimes que dans le rôle de spécialiste d'organe qu'elle a d'abord endossé. Née en France, elle a fait ses études dans une capitale du Maghreb⁴¹⁴ puis à Paris :

« J'ai fait médecine parce que c'était les études les plus longues, pour pas qu'on me casse la tête pour que je me marie. Je voulais faire pédiatrie mais comme je me mariais je voulais prendre une année, la patronne n'a pas voulu. Elle m'a dit "il faut choisir : les études ou le mariage". Alors j'ai fait cardio. »

⁴¹² Céline Bardou, entretien le 8 novembre 2013.

⁴¹³ Marie-Claude Paoli, entretien le 27 septembre 2013.

⁴¹⁴ Elle ne souhaitait pas que le nom du pays de ses parents figure dans le compte-rendu de l'enquête.

Puis elle en a eu assez des soins purement techniques et a cherché une activité où la technique ne l'emportait pas sur le travail relationnel :

« J'ai fait trois ans de consultation cardiologique en cabinet, j'ai rien appris. J'ai fait six mois à former des délégués médicaux, je gagnais 4000 euros en une semaine, j'en ai eu marre. Ici il y a des consultations très riches, c'est intéressant, des histoires de couples, de tromperies, on peut vraiment aider les gens. »

Elle estime que cette dimension du dépistage est sous-évaluée dans le monde médical et se sent investie d'une fonction de prévention qu'elle juge difficile et méconnue de ses collègues :

« Parce que je fais du CDAG j'ai l'impression que d'autres médecins pensent que je suis médecin de seconde zone, alors que c'est pas donné à tout le monde de pouvoir le faire. »⁴¹⁵

La trajectoire de Yasmina Slimani confirme l'existence, déjà évoquée, d'une variable générationnelle déterminant les engagements professionnels de ces médecins. Dans son analyse des différentes dimensions qui constituent la position professionnelle, Anne Paillet parle d'« âge professionnel » pour désigner le contexte d'entrée dans le métier, la spécialité et le service⁴¹⁶. Ici comme ailleurs, la génération n'est en effet pas qu'une affaire d'âge mais d'évènement fondateur, d'histoire commune et de socialisation. « La génération au sens sociologique suppose qu'on puisse repérer des expériences socialisatrices similaires, intervenues au cours de l'enfance ou dans les années de formation, et au fondement d'une vision du monde commune »⁴¹⁷ : si Marie-Claude Paoli, Arnaud Baquet, Béatrice Guéguen et Marie-Christine Ngo appartiennent, par leur histoire, leur expérience et leurs centres d'intérêts scientifiques, à la génération des premiers médecins du sida, ce n'est pas le cas de Yasmina Slimani. Elle entre après 2000 dans l'espace social du sida et n'a pas le discours d'engagement de ceux qui ont connu les années où la maladie était rapidement mortelle.

Le goût du travail relationnel et préventif peut donc constituer une motivation à participer au dépistage du VIH/sida et à inclure le travail en CDAG parmi d'autres activités, et pour les médecins n'ayant pas connu les premières années de l'épidémie, cette motivation joue un rôle prépondérant. Pour les plus jeunes des médecins interrogés, les derniers arrivés dans le champ sida, à cette motivation s'ajoutent le goût du travail d'équipe et un intérêt pour les maladies infectieuses. C'est ainsi pour l'équipe du CDAG des Vignes, rencontrée lors de ses stages d'internes, que Sébastien Boyet, médecin généraliste de 35 ans, revient y

⁴¹⁵ Yasmina Slimani, entretien le 10 octobre 2013.

⁴¹⁶ Anne Paillet, *Sauver la vie, donner la mort. Une sociologie de l'éthique en réanimation néonatale*. Paris, la Dispute, 2007, pp. 158-159. Les cinq dimensions de la position professionnelle distinguées par l'auteure sont l'affiliation professionnelle, la conjoncture de la profession (qui renvoie à la question de son « mandat » social), l'âge professionnel, la trajectoire professionnelle et les situations de travail (dans la division du travail).

⁴¹⁷ Christelle Avril, Marie Cartier, Delphine Serre, *Enquêter sur le travail. Concepts, méthodes, récits*, Paris, La Découverte, Paris, 2010, pp. 173.

travailler après avoir obtenu son diplôme. Son travail au CDAG représente 45 % d'un temps plein, le reste de sa semaine de travail étant occupé par des remplacements de médecins libéraux. Il envisage de s'installer en libéral en continuant à travailler au CDAG des Vignes car il y apprécie le travail en équipe sans la hiérarchie hospitalière : au CDAG des Vignes, la division du travail médical et le contrôle des médecins sur le travail des infirmiers ne sont pas abolis, mais il s'agit d'une hiérarchie moins verticale⁴¹⁸. Quant à Christelle Cardi, médecin généraliste de 35 ans, le travail au CDAG des Vignes constitue une façon de se rapprocher de la spécialité médicale qu'elle aurait souhaitée à l'internat : les maladies infectieuses. Sa thèse sur la grippe H1N1, ses quatre mois de volontariat dans un hôpital à Phnomh Penh, comme le diplôme de médecine tropicale qu'elle obtient après la fin de ses études et son projet d'intégrer un Centre d'Information, de Dépistage et de Diagnostic des Infections Sexuellement Transmissibles, témoignent de cet intérêt pour les maladies infectieuses. Elle remplace à SOS médecins 25h par semaine depuis 2010 et travaille à 40 % au CDAG des Vignes depuis 2013, où elle gagne 1000 euros nets par mois : « C'est un petit salaire. Enfin, je le fais pas pour l'argent. » Avec SOS médecins, ses revenus bruts annuels s'élèvent à 50 000 euros⁴¹⁹.

Préférence populationnelle (pour les étrangers), intérêt scientifique (pour les maladies infectieuses), goût du travail d'équipe, perpétuation d'un héritage d'engagement, recherche d'un supplément d'âme relationnel et préventif à une activité essentiellement curative, sous-tendent donc les investissements médicaux à temps partiel dans le travail de dépistage du VIH/sida. Quelles sont alors les motivations des deux médecins dont le dépistage du VIH/sida constitue l'unique activité ? Une prédilection pour la santé publique (en tant que pratique tournée vers la santé des populations et en tant que discipline de recherche), y compris lorsqu'elle n'est pas validée par un diplôme.

À la fin de son résidanat de médecine générale, Virginie Jeanne a en effet repassé l'internat pour être médecin de santé publique. Sa thèse porte sur l'information des patients. Elle a choisi la médecine parce qu'à la différence de l'architecture et du stylisme qui la tentaient à la sortie du lycée, ce choix la mettait à l'abri du chômage. Sa mère est institutrice, son père ingénieur, tous deux militants communistes. Elle a une sœur, graphiste. Il n'y a aucune pratique religieuse dans la famille, ce qui est rare lorsqu'on la compare aux autres enquêtés, qui rapportent, si ce n'est une pratique religieuse personnelle (rare), une éducation familiale catholique, un baptême, la fréquentation occasionnelle d'une messe, plus rarement une éducation protestante, musulmane ou juive. Son compagnon est agent immobilier et ils ont deux enfants de 1 et 3 ans. Elle a travaillé aux PASS⁴²⁰ Verlaine et

⁴¹⁸ Sébastien Boyet, entretien le 12 novembre 2013.

⁴¹⁹ Christelle Cardi, entretien le 8 novembre 2013.

⁴²⁰ Les Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS) ont été créées par la loi du 29 juillet 1998 dite de lutte contre les exclusions : elle stipule que les établissements de santé publics et privés participant au service public hospitalier « mettent en place des permanences d'accès aux soins de santé, qui comprennent notamment des permanences d'orthogénie, adaptées aux personnes en situation de précarité, visant à faciliter leur accès au système de santé et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits. » Le

Baudelaire et fait des remplacements en médecine générale (dont certains à Mayotte). Lorsqu'elle passe le concours de la fonction publique, c'est plutôt pour travailler en PMI, mais lors du concours les examinateurs trouvent que son profil correspond plutôt aux centres médico-sociaux. Elle commence donc à travailler au CDAG des Vignes en 2009. Âgée de 36 ans à la date de l'entretien, elle est également chercheuse contractuelle à l'Inserm dans l'unité « Étude des déterminants sociaux de la santé et du recours aux soins ». Son salaire net est de 2600 euros pour ses 80 % au CDAG des Vignes, où elle travaille deux jours par semaine de 11h à 19h, deux autres de 9h à 17h30, et un samedi par mois⁴²¹.

Pascal Lunel, médecin généraliste de 45 ans actuellement directeur du CDAG des Vignes, est arrivé à la santé publique par des voies moins directes et sans passer l'internat de santé publique. Sa trajectoire est marquée par un long compagnonnage avec le VIH/sida, rappelant celles de Marie-Claude Paoli, Arnaud Baquet et Béatrice Guéguen et celles de médecins ayant connu les premières années de l'épidémie. Il a été formé dans les premiers services qui ont soigné les malades du sida et a participé à diverses expériences menées conjointement par des militants associatifs et par les premiers médecins du sida, alors relativement marginaux dans une institution hospitalière où les services de maladies infectieuses n'étaient plus pourvoyeurs d'innovations thérapeutiques majeures. Il est externe dans le service de maladies infectieuses de Willy Rozenbaum, un des « pionniers » du sida, au début des années 1990 puis y revient comme interne. L'envie de faire de la médecine générale lui est venue au cours de ses stages (alors qu'au début de ses études il envisageait la chirurgie). Sa thèse, dirigée par Willy Rozenbaum, porte sur un cas de myélome chez un patient séropositif. C'est au cours de sa rédaction qu'il est embauché à Sida Info Service, ligne téléphonique gratuite créée à la fin de l'année 1990 avec les animateurs de la permanence téléphonique de AIDES et sous le pilotage de l'Agence Française de Lutte contre le Sida, qui entendait transformer cette activité associative en service public d'information et de soutien⁴²² : « on a été formés ensemble dans ce contexte associatif ; ce qui m'a permis, si tu veux, d'apprendre des choses, sur l'écoute, sur les droits des patients ». Pascal Lunel y travaille pendant trois ans et y rencontre des médecins de CDAG. L'activité salariée dans le secteur du sida apparaît alors comme un moyen de satisfaire un intérêt personnel pour le sida, sous-tendu par une volonté de mettre son savoir au service d'une cause dont il se sent solidaire :

« Quelque part, l'engagement de moi, médecin généraliste, sur le VIH et de rester dans le champ d'action en soi est quelque part – bon, bien sûr, on travaille aussi pour vivre – mais quelque part, il y a une orientation de carrière qui en soi est une forme, peut-être, de militantisme [...] et de solidarité. [...] Travailler dans ce champ d'action n'est pas un hasard. »

modèle est celui de la consultation Baudelaire ouverte à l'hôpital Saint-Antoine par un médecin venu de Médecins du Monde, Jacques Lebas.

⁴²¹ Virginie Jeanne, entretien le 29 novembre 2013.

⁴²² Sur l'histoire de Sida Info Service, lire Patrice Pinell (dir.), *op. cit.*, 2002, pp. 190-197.

Pascal Lunel se décrit comme « salarié avec un esprit militant ». Ce que lui, comme d'autres enquêtés, rarement militants eux-mêmes dans une organisation associative, syndicale ou politique, semblent entendre par là, c'est en fait le choix d'un secteur de travail où ils sont en permanence au contact de militants, en l'occurrence de militants d'associations de lutte contre le sida.

Son père était opticien, sa mère faisait « un peu de couture à la maison » ; il a une sœur enseignante en maths. Il a reçu une éducation catholique, mais « ne [croit] pas croire ». Son compagnon est magistrat, ancien militant d'Act Up et du Syndicat de la Magistrature. Lorsqu'à la fin de ses études il hésite entre diverses formes d'activité salariée, c'est d'abord du fait de l'impossibilité pour un jeune médecin généraliste d'origine modeste de s'installer en libéral :

« Que ce soit sur un plan personnel ou sur un plan économique - je le dis très clairement parce que mes parents ne pouvaient pas m'aider à acheter un cabinet, ou même à racheter une clientèle qui à l'époque s'achetait cher - y'avait pas d'argument pour me précipiter. Et comme dans ce champ d'action [du VIH/sida], étant rentré... Suite à cette thèse et suite aux études, étant rentré dans un milieu associatif, c'est là où j'ai connu quelques médecins qui travaillaient en CDAG. »

Face à ces contraintes économiques, il envisage un temps d'être médecin aéronautique et passe une capacité de médecine aérospatiale :

« J'ai rencontré le médecin-chef du service passagers d'Air France, pour un entretien. J'avais envie, mais j'avais pas envie d'un poste de vacataire et il ne me proposait que ça. Je pense que si j'avais dit oui, à l'heure qu'il est, je serais pas en CDAG, je serais haut placé à Air France, et je serais pas forcément heureux d'y être en ce moment. Je gagnerais plus de sous, je serais médecin aéronautique [...]. Mais en fait, si tu veux, y'avait aussi, évidemment, un engagement personnel, un ressenti personnel, des convictions, une envie qui me portait plutôt sur le fait d'orienter ma carrière de médecin généraliste, pas forcément vers juste de la médecine générale, mais une médecine générale orientée sur les pathologies infectieuses et notamment le VIH, tout comme d'autres vont plutôt avoir un violon d'Ingres qui va être la rhumato. »

Recruté comme vacataire dans un CDAG de la Ville de Paris en 1997-1998, il continue à faire des remplacements en médecine générale de ville en banlieue parisienne, puis à Cayenne. Le départ à Cayenne peut témoigner d'une volonté de s'éloigner d'un milieu médical libéral parisien où il savait ses chances d'installation minimales, mais aussi de l'intérêt pour le territoire français où l'épidémie de sida est la plus importante. Il est ensuite recruté au CDAG des Vignes. Parallèlement, il travaille comme praticien attaché (statut de vacataire à l'AP-HP) pendant dix ans à la consultation VIH-IST de l'hôpital Tarnier à Paris. Il passe le concours administratif pour être titularisé à la Ville de Paris en 2005 et devient responsable médical du CDAG des Vignes la même année au départ de son prédécesseur. Il y travaille à temps plein et son salaire est de 4200 euros pour 35 heures hebdomadaires. En 2010 il passe

le magister « Santé publique et gestion des territoires de santé » au Conservatoire National des Arts et Métiers, diplôme créé par Jacques Lebas et Bernard Kouchner ; son mémoire, dirigé par Jacques Lebas, porte sur la consultation infirmière de vaccination développée par l'équipe du CDAG des Vignes dans le but « d'améliorer l'offre de consultations de vaccinations gratuites pour tous et d'en faciliter l'accès, ainsi que de mieux valoriser le rôle propre infirmier » dans le contexte de « la restructuration d'un service à moyens constants ». En 2013 il fait partie du groupe de travail « Prévention et dépistage » d'un rapport d'experts publié tous les deux ans sur le VIH/sida⁴²³.

Les trajectoires des médecins enquêtés sont donc moins marquées par le militantisme proprement dit que par la familiarité avec le militantisme. Ce sont des compagnons de route plus que des militants. Ce compagnonnage produit des effets variables selon une variable générationnelle : prolongé pour les médecins qui ont connu les premières années de l'épidémie, marquées par l'impuissance thérapeutique, il contribue à donner une légitimité intellectuelle et politique à un travail qu'ils ne veulent pas réduire à une pure technique ; plus distant pour les médecins qui n'ont pas connus les « années de cendre », il élargit le cercle professionnel, au-delà de l'hôpital, à des associations décrites comme des « partenaires » plus que comme des mouvements de malades.

La trajectoire de Pascal Lunel est celle d'un vieux routier du VIH, formé par des pionniers et des militants, et passé de l'activité clinique à la santé publique. Son mémoire de 2010 cherche à résoudre pour la vaccination une équation dont on a retrouvé les termes sur tous les terrains de cette enquête sur le dépistage du VIH : comment fournir un service à des publics qui y recourent moins qu'on ne le voudrait lorsqu'on ne peut augmenter l'effectif des personnels habilités à fournir ce service ? La réponse à cette question consiste, sur tous les terrains observés, à faire appel à des médiateurs. Mais le statut des médiateurs diffère selon les terrains, leur histoire, et surtout les ressources humaines à leur disposition : infirmières et infirmiers dans les hôpitaux et centres de santé, salariés associatifs dans les associations. Ces derniers n'ont alors pas nécessairement été au préalable militants associatifs, mais sont de préférence issus des rangs du public visé.

3. L'expérience de la stigmatisation : les salariés associatifs

En ce qui concerne les médecins et infirmiers qui travaillent au centre de dépistage du Kiosque Infos Sida (le Checkpoint), leurs motifs d'investissement dans le dépistage ne diffèrent pas comme on a vu qu'ils différaient entre médecins et infirmières du service public. Leur motivation est ici commune : il s'agit, pour ces médecins et infirmiers gays, de travailler pour et auprès des gays, dont ils connaissent l'expérience parfois douloureuse en CDAG. Ils y sont parfois mal accueillis lorsqu'ils viennent pour des dépistages répétés,

⁴²³ Pascal Lunel, entretien le 29 novembre 2013.

interprétés par les personnels de CDAG comme une preuve de comportements sexuels non conformes aux normes préventives concernant l'usage de préservatifs.

Ce n'est pas l'implication à titre professionnel dans la lutte contre le sida qui a guidé leur carrière médicale ou infirmière : leur emploi principal se trouve dans des services de psychiatrie, de soins à domicile, ou d'assurance. Mais ils décrivent leur décision de travailler au Checkpoint comme une forme d'engagement, et leur recrutement par le Kiosque Infos Sida s'est déroulé via les réseaux associatifs et de sociabilité gay, en particulier par l'intermédiaire de l'Association des Médecins Gays. C'est le cas notamment de Vincent Rueff, biologiste à l'hôpital et sexologue libéral, membre de l'Association des Médecins Gays et de l'Association des Parents Gays et Lesbiens⁴²⁴, et de Xavier Verpoly, médecin généraliste, responsable d'une « antenne d'un centre de santé qui est orienté pour les patients précaires » (qui occupe 60 % de son temps de travail), membre de l'Association des Médecins Gays et médecin fédéral de la Fédération Sportive Gay et Lesbienne⁴²⁵. L'engagement professionnel relève alors de la transposition d'une expérience minoritaire à tous les domaines de l'existence.

Quant à Rémi Buisson, infirmier de 34 ans travaillant au Checkpoint depuis 2011, il raconte qu'il y « avait une forme d'engagement, effectivement, à venir travailler ici ». Par rapport à d'autres infirmiers du corpus, il se distingue par une trajectoire d'ascension sociale moins rapide par rapport à la position sociale de ses parents (mère institutrice, père contrôleur à la Chambre d'agriculture), l'accès à la profession infirmière apparaissant même comme relativement frustrante au regard de ses projets initiaux, et par l'obtention compensatoire de diplômes qui lui permettent finalement d'accéder à un poste d'encadrement lorsqu'il décide de quitter l'hôpital : après avoir échoué deux fois en première année de médecine, il obtient son diplôme d'infirmier, puis passe une licence de sciences sanitaires et sociales à l'université Paris XIII dans le cadre de la formation professionnelle, puis un master de gestion en santé. Il a milité au Mouvement des Jeunes Socialistes. Son compagnon est modéliste. Après avoir travaillé en service de réanimation puis de maladies infectieuses, il quitte l'hôpital à cause des contraintes de travail et de la lourdeur de l'organisation, puis devient coordinateur infirmier de soins à domicile. C'est lors d'une soirée qu'il forme le projet de travailler au Checkpoint, après y avoir rencontré un des accueillants. Son salaire net est de 2600 euros, dont 280 euros pour son activité de 4h30 hebdomadaires au Checkpoint. Contrairement à d'autres infirmières et infirmiers qui ont quitté l'hôpital pour améliorer leurs conditions de travail au prix d'une baisse de salaire, son salaire a augmenté par rapport à l'hôpital où il était de 1800 euros⁴²⁶.

Pour tous les salariés du Checkpoint, ce sont donc les réseaux militants et/ou sociaux gays, produits de biographies homosexuelles, qui ont joué le rôle d'intermédiaires de

⁴²⁴ Vincent Rueff, entretien le 7 mars 2014.

⁴²⁵ Xavier Verpoly, entretien le 11 février 2014.

⁴²⁶ Rémi Buisson, entretien le 28 janvier 2014.

recrutement, et ils décrivent leur travail au Checkpoint comme une forme d'engagement, de pratique solidaire. Pour les médecins, il s'agit, comme dans les CDAG, d'une activité périphérique au regard de leurs activités principales, et au Checkpoint c'est aussi le cas des infirmiers.

Ce centre de dépistage se veut « médicalisé » et « communautaire ». « Communautaire », pour garantir aux usagers du centre qu'ils ne seront pas jugés sur leur orientation sexuelle, voire accueillis par des médecins et infirmiers qui la partagent (bien que ce ne soit pas nécessairement le cas). « Médicalisé », car le dépistage est assuré par des professionnels de santé, ce que l'équipe a conçu comme un moyen de prescrire d'autres tests de dépistage, par exemple pour la syphilis ou les hépatites. « Communautaire » pour se distinguer des CDAG hospitaliers ; « médicalisé » pour se distinguer d'autres associations comme AIDES. La division du travail entre médecins et infirmiers au Checkpoint est identique à celle en vigueur dans la plupart des CDAG (sauf le CDAG des Vignes et de Fondange, peu représentatifs de l'ensemble des CDAG) : aux médecins les entretiens, aux infirmiers la pratique des tests.

On retrouve chez ces médecins, comme chez les médecins travaillant en CDAG hospitalier, la volonté d'être utile à une ou plusieurs catégories de population préférentielles, migrante à Grande, féminine pour certaines des médecins femmes interrogées, gaie pour ces médecins gays. La variabilité de leurs préférences pour tel ou tel groupe de population permet de mieux saisir ce qui fonde leur sentiment d'utilité sociale. À les écouter, il semble que le sentiment d'être utile se trouve renforcé quand l'activité est concentrée sur une ou plusieurs catégories de population, ou que ce sentiment d'utilité se dissout lorsque l'activité est moins explicitement orientée dans le monde social. C'est ainsi la volonté d'être utile qui a conduit Xavier Verpoly à réorienter son activité à 50 ans après le décès de ses deux parents, décrit comme un événement déclencheur d'une baisse d'intérêt pour des activités plus lucratives, bien que cela ait divisé ses revenus par deux :

« Ils sont à peu près moitié de ce que je gagnais y'a quelques années. Aujourd'hui, à mon âge, comme je t'ai dit, cinquante-huit ans, je n'ai plus aucun emprunt à rembourser, je n'ai absolument plus envie de courir après l'argent, donc aujourd'hui, je cherche juste à être utile. Comme je suis utile au Checkpoint, je suis utile dans mon centre où je fais des prestations "précaires", aujourd'hui j'ai complètement changé mon attitude professionnelle, je cherche pas à gagner de l'argent, je cherche à être utile. »⁴²⁷

Pour un médecin comme Xavier Verpoly, le choix du travail associatif peut donc apparaître comme un moyen d'être utile aux siens sans trahir l'idéologie professionnelle du dévouement aux autres, ce qui lui permet de se sentir également utile dans ses deux principales activités. Si les médecins des CDAG de Grande et Fondange expriment un intérêt pour les expériences sociales et les parcours différents des leurs (ceux d'étrangers pauvres), les salariés associatifs éprouvent un intérêt pour des vies proches des leurs (marquées, selon

⁴²⁷ Xavier Verpoly, entretien le 11 février 2014.

les structures associatives, par l'homosexualité, la migration, l'usage de drogues, la prostitution).

Ce sentiment d'utilité sociale peut parfois être contrarié, et ce d'autant plus douloureusement qu'il a guidé les choix professionnels. Ainsi Samuel Ibanez, infirmier de 34 ans travaillant au Checkpoint depuis 2010, est le seul des professionnels de santé interrogés à exprimer une certaine frustration quant à son travail dans le cadre du dépistage du VIH/sida. Sa déception témoigne de la permanence de la division du travail médical hors de l'hôpital. Il aimerait en effet prendre en charge le dépistage de l'accueil des personnes au rendu du résultat, comme le font les infirmières et infirmiers au CDAG des Vignes ou dans celui de l'hôpital de Fondange :

Samuel Ibanez : « Je pense qu'ici la place d'un infirmier, c'est un peu... voilà, quoi, je pense qu'on devrait avoir plus de place, en fait. On est que des personnes qui font des... voilà, on pique, on fait un peu de counselling, mais bon. Ça reste quand même, parce qu'on pourrait profiter beaucoup plus de nous, en fait ; de notre capacité intellectuelle, de nous donner plus de... »

Maud Gelly : Y'a des centres de dépistage où les infirmiers font les entretiens, tu sais ?

Samuel Ibanez : Oui, oui, je sais. C'est pour ça qu'ici, c'était un de mes combats, en fait, mais bon, ça marche pas. Mais moi je pense que pour faire l'orientation diagnostique telle quelle, et pas faire d'ordonnances, moi je pense qu'on est habilités à le faire. »

Sa frustration et la satisfaction des infirmières et infirmiers qui prennent en charge l'intégralité du dépistage ont donc les mêmes ressorts : elles découlent de la gratification retirée de la pratique de l'entretien de prévention qui précède et suit le test, et de l'accompagnement vers les soins en cas de test positif. La frustration de Samuel Ibanez est d'autant plus grande qu'en Espagne, où il est né et a fait ses études, les prérogatives infirmières sont plus étendues. Après son bac scientifique puis son diplôme d'infirmier, il travaille comme infirmier aux Urgences en Espagne pendant un an et demi, puis il vient en région parisienne « avec la pénurie d'infirmiers [en France] ». Il y travaille pendant quatre ans en réanimation cardiaque dans une clinique privée à Versailles, qu'il quitte car « ça [lui] pesait un peu tout ce côté technique ». Il fait ensuite de l'intérim pendant deux ans en soins palliatifs puis au bloc opératoire. « Après, j'ai voulu un peu me poser, arrêter les soins, parce que j'aimais le relationnel, je voulais plus... aller vers une prise en charge globale de la personne » : il devient alors infirmier dans des appartements de coordination thérapeutique à partir de 2009, où il travaille toujours à la date de l'entretien avec un salaire inférieur de 20 % à ce qu'il gagnait en service de réanimation, et est recruté au Checkpoint en 2010 car le directeur de l'époque, qu'il connaissait par la fréquentation commune de lieux de sociabilité gays, lui a proposé d'y travailler. On retrouve donc la recherche d'un travail relationnel et l'usure par le travail hospitalier évoquées par d'autres médecins et infirmiers, mais le motif qui prime dans le choix du cadre de travail est ici la solidarité vis-à-vis d'un groupe stigmatisé, voire parfois – mais pas nécessairement - l'appartenance au groupe.

Samuel Ibanez rapporte ainsi une expérience négative du système de santé après son arrivée en France, vécue comme discriminatoire. Comme on le comprendra en écoutant les autres salariés associatifs, l'expérience de discriminations peut être mobilisée par ces salariés pour rendre compte de leur choix de travailler dans des structures dites « communautaires » destinées à des publics stigmatisés, et il n'est pas nécessaire de partager le même stigmate que le groupe visé pour que l'expérience de discriminations fonctionne comme moteur de l'investissement professionnel. Ainsi, ce n'est pas en raison de son homosexualité que Samuel Ibanez s'est jugé maltraité, mais parce qu'il était étranger :

« Je me suis affronté au racisme en fait. Carrément, parce que me sentir comme si j'étais un étranger, que je venais ici pour me soigner, comme si j'avais pas d'argent, voilà, je me suis senti un peu maltraité en fait. Maltraité par les soignants, maltraité par les gens de l'accueil, vraiment, ç'a été un mauvais souvenir pour moi. »⁴²⁸

C'est pourtant pour sa proximité avec le public (gay) visé par le Checkpoint que Samuel Ibanez a été recruté et qu'il a ajouté cette activité à son emploi principal d'infirmier. Le Kiosque Infos Sida, association qui gère le Checkpoint, projet conçu et financé pour atteindre un public gay, recrute donc des médecins et infirmiers pour leur appartenance au groupe visé.

AIDES fait aussi de la proximité un principe de recrutement des salariés participant au dépistage. La différence entre AIDES et le Checkpoint tient au fait qu'à AIDES la proximité prime sur le diplôme. La détention d'un diplôme d'une profession de santé est même jugée contraire à l'esprit du dépistage « par les pairs », et délétère pour l'établissement d'une relation égalitaire et favorisant l'expression et la construction d'une expertise profane en matière de prévention. En effet les salariés sont délibérément recrutés parmi des non-professionnels de santé. À AIDES la proximité recherchée n'est pas orientée uniquement vers les gays : il s'agit de recruter des salariés partageant avec les groupes visés une expérience de stigmatisation, qu'elle soit liée à l'homosexualité, à la prostitution, à l'usage de drogues, ou à la migration. On parlera donc de proximité expérientielle, car ce terme est moins essentialisant que la proximité « communautaire » invoquée sur le terrain, mais aussi que la proximité « identitaire » que pourrait convoquer l'analyse sociologique, manquant ainsi les effets de l'expérience combinée de la migration et de la prostitution, par exemple.

À la différence des médecins et infirmiers qui font du dépistage du VIH/sida pendant une à deux demi-journées par semaine, pour les salariées et salariés de l'association AIDES, le dépistage du VIH/sida n'a rien de périphérique dans leur travail. Au contraire, depuis que l'arrêté de novembre 2010⁴²⁹ autorise la pratique des Tests Rapides d'Orientation Diagnostique (TROD) par « un salarié ou un bénévole, non professionnel de santé, intervenant dans une structure de prévention ou une structure associative », le dépistage a

⁴²⁸ Samuel Ibanez, entretien le 30 avril 2014.

⁴²⁹ Arrêté du 9 novembre 2010 fixant les conditions de réalisation des tests rapides d'orientation diagnostique de l'infection à virus de l'immunodéficience humaine (VIH 1 et 2), *JORF* n°0266 du 17 novembre 2010.

pris une part croissante dans leur travail, au détriment d'autres activités comme l'explique Virginie Ledru :

Virginie Ledru : « Actuellement comme on nous demande beaucoup de TROD, je trouve que c'est trop. C'est répétitif, c'est physique aussi, parce qu'on doit aller chercher le camion, monter un barnum, tout ça, et au fur et à mesure on est fatigués, quoi. [...] Je ne dirais pas que je les déteste, parce que tu trouves aussi un certain plaisir à échanger avec les gens, parce que je trouve que ça a une utilité, etc. Mais si on en faisait moins, ce serait mieux. Pour moi, ça avait été présenté - quand on avait travaillé là-dessus - comme un outil complémentaire, etc. Entre ce qu'on nous a dit et ce qu'on fait actuellement, ça n'a rien à voir.

Maud Gelly : C'était un outil complémentaire dans la stratégie de réduction des risques, c'est ça ?

Virginie Ledru : Voilà. C'est ça.

Maud Gelly : Et c'était censé s'intégrer à vos actions de réduction des risques ?

Virginie Ledru : Voilà. Mais c'était pas faire du TROD pour en avoir dix mille, et moi, c'est ce que je ressens : aujourd'hui, on fait du TROD pour avoir les subventions. Et comme on n'est pas nombreux, ben voilà... »⁴³⁰

Ancienne auxiliaire de puériculture dans un service de pédiatrie, ce n'est pas par le militantisme que Virginie Ledru est arrivée à AIDES mais en cherchant un emploi dans le secteur médico-social. Comme presque tous les salariés de AIDES interrogés, elle n'a jamais été militante de AIDES, ni volontaire⁴³¹ de l'association, avant d'y être salariée. Comme eux, son temps plein hebdomadaire inclut une à deux soirées par semaine jusqu'à 22 heures et un samedi par mois de 14 à 20 heures, plages horaires principalement dédiées au dépistage sur des lieux de rencontre ou dans des espaces publics, et son salaire net est de 1800 euros. Mickaël Lefranc et Nicolas Darimand, de même que d'autres salariés rencontrés lors des actions de l'association dans des espaces publics et avec qui les entretiens étaient plus informels, ont été recrutés spécifiquement pour les actions de dépistage et lors du développement de celles-ci par AIDES en 2011. Pour ces salariés, le secteur associatif correspond à un travail sans possibilité de carrière, marqué par des horaires plus variables et atypiques que les emplois publics et privés du secteur⁴³², et pour certains sous-payé au regard de leur qualification. C'est le cas d'Irène Ouafo, titulaire d'une maîtrise de gestion et payée 1800 euros. Pour rester longtemps à ces postes il faut avoir la foi, trouver une

⁴³⁰ Virginie Ledru, entretien le 30 septembre 2013.

⁴³¹ Pour l'histoire du volontariat à AIDES et la formation qui mène à cette forme de bénévolat, voir Patrice Pinell (dir.), *Une épidémie politique. La lutte contre le sida en France, 1981-1996*, Paris, PUF, 2002, pp. 60-64.

⁴³² Mathieu Hély, Maud Simonet (dir.), *Le travail associatif*, Nanterre, Presses universitaires de Paris Ouest, 2013.

« motivation intrinsèque » dans le fait de travailler pour une cause⁴³³. Qu'est-ce qui motive à y rester les salariés qui n'avaient pas la foi en entrant à AIDES (puisqu'ils n'y militaient pas)?

Ce qui motive ces salariés, c'est exactement ce qui fait leur intérêt aux yeux des pouvoirs publics qui leur délèguent les publics difficiles à atteindre par les services de santé publics (CDAG) ou privés (médecine libérale) en charge du dépistage : leur proximité avec les publics visés.

La proximité, vue comme communauté d'expérience, est au principe de la santé communautaire. La santé communautaire entend mettre en œuvre les actions de santé « pour, par et avec » les personnes concernées⁴³⁴. Comparant les deux approches du travail social et de la santé communautaire vis-à-vis de la prostitution dans une enquête sur « les animatrices de prévention issues de la prostitution et salariées au nom de leur connaissance pratique du monde du trottoir », Lilian Mathieu observe que les travailleurs sociaux privilégient les références psychothérapeutiques alors que la santé communautaire s'inscrit dans un « registre culturaliste » : « les femmes et hommes prostitués sont en effet perçus comme formant une "communauté", c'est-à-dire un univers social doté de relatives consistance collective et autonomie, possédant des logiques, manières de faire et de percevoir propres, [...] dont il est postulé que l'ensemble des membres sont porteurs. »⁴³⁵

L'enquête ethnographique sur le dépistage du sida permet de rendre compte des usages sociaux de la démarche communautaire sur le terrain, c'est-à-dire par les institutions nationales en charge de la santé publique, par les dirigeants associatifs et par les salariés associatifs.

Afin de saisir sur mon terrain les effets du postulat communautaire, écoutons des salariés associatifs raconter ce qui se passe quand celui-ci fonctionne, et d'autres raconter comment il peut échouer.

Éric Romero est infirmier au Checkpoint, le centre de dépistage du Kiosque Infos Sida, qui se présente comme un centre « médicalisé, associatif et communautaire ». Les brochures de présentation du centre décrivent ainsi les services proposés : « le centre de dépistage du VIH du Kiosque propose aux hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, et âgés d'au moins 18 ans, un dépistage rapide du VIH, gratuit et confidentiel. » La trajectoire et le discours d'Éric Romero, comme celle des médecins et infirmiers du Checkpoint, incitent à ne pas rabattre la typologie esquissée plus haut sur la qualification professionnelle : le choix du travail de santé publique comme refuge protecteur vis-à-vis de

⁴³³ Mathieu Narcy, « Le travail associatif : des salariés intrinsèquement motivés », in Mathieu Hély, Maud Simonet (dir.), *Le travail associatif*, Nanterre, Presses universitaires de Paris Ouest, 2013, pp. 19-32.

⁴³⁴ Pierre Fournier, Louise Potvin, « Participation communautaire et programmes de santé: les fondements du dogme », *Sciences sociales et santé*, 1995, vol. 13, n°2, pp. 39-59.

⁴³⁵ Lilian Mathieu, « De l'inadaptation sociale au professionnalisme : la démarche des associations de "santé communautaire" », in Pierre Chauvin, Isabelle Parizot (dir.), *Santé et expériences de soins. De l'individu à l'environnement social*, Paris, Inserm, 2005, pp. 161-177.

la dureté du travail de soin n'est pas réservé aux infirmières et infirmiers, peut se retrouver chez certains médecins, et les salariés associatifs non professionnels de santé ne sont pas seuls à rechercher un cadre de travail propice à reconnaître et valoriser la connaissance pratique, acquise de l'intérieur, de la population-cible. En effet, si Éric Romero a postulé au centre de dépistage associatif du Kiosque Infos Sida, c'est « pour aider une population à laquelle [il] appartient ». Son compagnon est séropositif. Il est infirmier en psychiatrie depuis 2007, date à laquelle il a obtenu son diplôme d'infirmier après avoir d'abord travaillé pendant sept ans comme vendeur dans un magasin de sport suite à son baccalauréat professionnel Commerce. Il explique en quoi la connaissance pratique qu'il a de l'univers social gay lui permet de délivrer des messages de prévention appropriés et facilitent la communication sur des questions intimes tout en levant la crainte du jugement moral :

« Comme je suis pédé, j'utilise des codes que je connais et qu'ils connaissent. Du coup, je vais leur parler de Grindr⁴³⁶. [...] Je pense aussi que le consultant, il vient chez nous parce que l'information est moins... Elle est plus... Il vient chez nous parce que l'information est déjà adaptée à leurs pratiques, elle est moins moraliste, et surtout, elle est plus vraie, quoi. Aujourd'hui, c'est pas parce que tu vas coucher avec quelqu'un qui est séropositif et qui a une charge virale indétectable, que tu vas être positif. »⁴³⁷

La santé communautaire fait le pari de la culture partagée comme support de communication, mais aussi de solidarité, de valorisation et de lutte contre la stigmatisation, et les salariés associatifs reprennent volontiers cet objectif à leur compte :

Cintia Ortiz : « Ce que je fais, c'est de la santé communautaire.

Maud Gelly : Comment vous la définiriez ?

Cintia Ortiz : La santé communautaire, c'est aider la communauté. Je suis de la communauté, j'aide cette communauté.

Maud Gelly : Et la communauté, c'est la communauté trans ?

Cintia Ortiz : Oui. Pour moi, c'est ça la santé communautaire. [...] J'ai fait la prostitution. Je sais de quoi je parle. [...] C'est un peu méchant de dire : "Je sais de quoi je parle", mais c'est la vérité. Et pour la prostitution, parfois on parle des femmes biologiques... je le sais parce que je me suis informée, sur internet, ou j'ai étudié, on m'a donné des cartes pour m'expliquer comment ça se fait que la problématique, ou des machins comme ça. Mais ce n'est pas communautaire pour moi ça. »⁴³⁸

Cintia Ortiz souligne une des difficultés que pose le postulat communautaire : on peut toujours subdiviser le groupe visé (ici, les personnes prostituées) en sous-groupes (ici,

⁴³⁶ Il s'agit d'une application de géolocalisation pour smartphone qui permet de rencontrer des gays, des bisexuels et des « types curieux ».

⁴³⁷ Éric Romero, entretien le 7 février 2014.

⁴³⁸ Cintia Ortiz, entretien le 5 février 2013.

les femmes et les trans), et si la plus précise des formations théoriques est jugée inférieure au partage d'expériences communes (ici, la prostitution et l'identité trans), la recherche de médiations pour atteindre les groupes ciblés suppose cependant de sélectionner certains des membres du groupe pour assurer le travail de santé publique projeté. Or, en dépit de la valorisation de la connaissance pratique des expériences du groupe par le postulat communautaire, la validation académique de cette connaissance joue un rôle crucial dans la sélection de ces médiateurs.

Sélectionnée, Cintia Ortiz l'a été au terme d'une trajectoire où c'est finalement le diplôme qui lui ouvre la porte du travail salarié de santé publique, quand le savoir acquis par l'expérience ne débouchait que sur un travail bénévole dans le même secteur. Cintia Ortiz est née garçon en Argentine, et voulait être bonne sœur. Sa mère est femme de ménage et son beau-père écrivain public. Après des séances de psychothérapie pour « défaut de genre », elle part à 16 ans de chez sa mère et quitte le lycée avant le baccalauréat en deuxième année de commerce. Elle travaille ensuite comme vendeuse en pharmacie à Buenos Aires et milite dans une association pour les droits des personnes trans. Arrêtée par la police pendant la dictature, elle part en France en 1980, où elle se prostitue et travaille bénévolement dans une association de prévention transgenre. Elle suit une formation à la médiation de santé publique à l'Institut de Médecine et d'Epidémiologie Appliquée à Paris VII et quitte cette première association car la lutte pour les droits des trans lui importait plus que celle pour la reconnaissance de la prostitution, puis devient salariée comme médiatrice de santé publique dans une autre association pour l'insertion des personnes prostituées. Elle a demandé l'asile politique, ne l'a pas obtenu, et a finalement obtenu un titre de séjour pour travail. Sa trajectoire met en évidence une des ambiguïtés de la « santé communautaire », qui prétend valoriser les savoirs expérientiels contre les titres scolaires, mais ne les valorise jamais aussi bien (c'est-à-dire ne les rémunère) que lorsqu'ils sont sanctionnés par un diplôme.

Si la connaissance intime du public recherché et de ses pratiques facilite la communication, elle aide aussi à atteindre les membres du groupe, et c'est cette compétence spécifique que recherchent les institutions d'État organisant l'action publique en matière de santé, telles les Agences Régionales de Santé ou la Direction Générale de la Santé : les institutions sanitaires choisissent les associations qu'elles financent en fonction des publics qu'elles estiment insuffisamment dépistés par les CDAG et la médecine libérale. La description par Mathieu Ndombe des actions de dépistage organisées par son association, Afrique Avenir, rend palpable l'enjeu du dépistage : aller chercher les malades qui s'ignorent, mais où ?

Mathieu Ndombe : « Nous on va là où il y a affluence, là où il y a le... je ne sais pas si il vous l'a dit, Jean, en fait, tout au début, là, quand on faisait ces actes de sensibilisation, on disait : "On va louer une salle, on va se retrouver à tel endroit", et on faisait des communiqués : "On va venir tel jour, on va parler du préservatif, tel jour, on va parler de ceci..." En fait, on s'est rendu compte que ce sont ces mêmes gens... les gens qui venaient, ce sont les convaincus.

Maud Gelly : Oui, d'accord.

Mathieu Ndombe : Ceux qui venaient, on racontait notre histoire, on discutait entre nous. Et finalement, on s'est dit : "Non, ce n'est pas là qu'il faut aller, il faut aller vers les gens", donc on va là où il y a affluence, là où ils se regroupent, et on ne dépense pas beaucoup d'énergie pour ça. Les gens qui viennent à la discothèque, ils viennent danser, les gens qui viennent prier, ils viennent prier, les gens qui viennent dans les salles de fêtes..., les gens qui viennent se faire couper les cheveux dans les salons, ils viennent là-bas, donc on va les rencontrer sur place. Et là, c'était aussi... puisqu'on ne voulait pas faire ce qui était fait à l'époque, même maintenant, puisque chaque fois qu'on parle de mouvement africain, tout le monde voit les foyers. [...] Tout le monde voit les foyers ! Or on sait que 95 % des ressortissants d'Afrique subsaharienne n'habitent pas les foyers. Ça c'est l'INSEE, les chiffres de l'INSEE qu'on a. [...] Dans notre planning de cette année, il est question qu'on en fasse dans quatre foyers du 94, non, dans cinq foyers, on va faire le début des TROD dans le 94. Mais ce n'est pas notre terrain de prédilection. »

Mathieu Ndombe souligne ici le décalage entre sa connaissance du terrain et les représentations qui traversent les documents institutionnels quant au ciblage des migrants d'Afrique sub-saharienne⁴³⁹, supposés concentrés dans les foyers de travailleurs migrants. D'après les données INSEE sur le recensement de 1999, sur plus de 4 millions d'immigrés, 80 000 vivent dans un foyer de travailleurs⁴⁴⁰. L'association de Mathieu Ndombe s'appuie sur cette donnée et sur sa connaissance pratique du public visé pour privilégier les actions de prévention et de dépistage dans les boîtes de nuit, salons de coiffure et lieux de culte.

On nommera *travail rapproché de santé publique* le travail qui consiste à s'appuyer sur la proximité sociale avec le public pour mettre en œuvre l'action publique en matière sanitaire. Parce que l'observation des pratiques dans les sites publics et associatifs de dépistage a mis en évidence plus de convergences que de différences, il m'a semblé en effet nécessaire, au cours des trois années d'enquête auprès de structures se réclamant de la « santé communautaire » avec des interprétations différentes, de mettre l'accent sur ce qui semblait oublié dans les discours sur la santé « par les pairs », à savoir qu'il s'agissait d'un travail, et sur ce qui les rapprochait, à savoir le principe de proximité avec les populations visées par ce travail. En outre, la notion de travail rapproché présente l'intérêt d'être généralisable au travail éducatif, au travail social ou à tout autre domaine où l'action publique entend s'appuyer sur des médiateurs sélectionnés parmi les populations qu'elle cherche à atteindre. Enfin, cette notion permet de ne pas limiter à l'action associative l'analyse de telles pratiques de médiation, et de faire porter l'attention sur les pratiques de services publics ou privés qui s'y apparentent sans nécessairement se réclamer de l' « action communautaire ».

⁴³⁹ Ministère de la Santé et des sports, *Plan national de lutte contre le VIH/sida et les IST 2010-2014*, pp. 88 et 233.

⁴⁴⁰ INSEE, « Population immigrée – population étrangère – Exploitation complémentaire du recensement de la population 1999 en France métropolitaine », *INSEE Résultats*, 2011, n°121.

Car, plus que de membres parmi d'autres du groupe visé, ce sont bien de médiateurs qu'il s'agit le plus souvent. C'est par exemple le cas de Cintia Ortiz, mais dans son cas la connaissance pratique de la prostitution a précédé la reconnaissance académique sous la forme d'un diplôme de médiation en santé publique. En revanche, Christine Guilanec, Irène Ouafou et Nicolas Darimand, qui travaillent à l'association AIDES, et Mathieu Ndombe, salarié de l'association Afrique Avenir, étaient titulaires d'un diplôme du secteur médical ou social avant d'être recrutés par leur association ou de se voir confier l'organisation d'actions de dépistage par leur association. La comparaison de leurs trajectoires entre elles et avec celles d'autres salariés associatifs permet de compléter l'analyse de la valeur inégale des savoirs pratiques et des titres scolaires dans un sous-champ commun au champ médical et au monde associatif, la « santé communautaire », qui prétend les traiter à égalité. En effet, le rendement d'un diplôme du secteur médico-social est toujours meilleur dans le travail associatif, où il permet à AIDES d'accéder à un poste d'encadrement, et dans d'autres associations d'être mieux rémunéré que les autres salariés.

C'est le cas par exemple de Mathieu Ndombe, qui est biologiste. Né en République Démocratique du Congo (alors Congo belge), il y a travaillé pendant dix ans dans un laboratoire de médecine nucléaire. Arrivé en France en 1995, il fait du dépistage néo-natal dans deux hôpitaux parisiens tout en militant à Afrique Avenir. D'abord créée par des étudiants et tournée vers la solidarité internationale, l'association est incitée à la fin des années 1990 par la Direction départementale des affaires sanitaires et sociales (DDASS) à développer des « actions de terrain » auprès de migrants d'Afrique de l'Ouest et d'Afrique centrale installés en France. L'association se professionnalise en 2009, au moyen des subventions du Ministère de la Santé et de l'Agence Régionale de Santé, et Mathieu Ndombe en devient permanent. Il travaille du lundi au vendredi de 9h30 à 17h et deux week-ends par mois pour des actions dans les lieux de culte, et son salaire net est de 3000 euros (contre 2900 euros lorsqu'il travaillait à l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris). En 2014 l'association emploie sept salariés, qui étaient auparavant comptable, chanteuse, conseiller psycho-social, sociologue du travail, biologiste (les deux autres étaient en cours de recrutement à la date de l'entretien)⁴⁴¹. C'est donc sous l'impulsion d'institutions étatiques de santé publique que l'association a réorienté son activité vers le travail de santé publique, d'abord centré autour de la prévention du VIH/sida, puis de son dépistage. Une telle réorientation offre aux plus qualifiés des membres des publics visés une possibilité de combiner leur connaissance pratique du public et leur qualification professionnelle, et d'accroître la valeur de celle-ci par celle-là. L'appartenance au groupe que tel ou tel dispositif d'action publique cherche à atteindre tient alors lieu de capital social, mais il n'est vraiment convertible dans le champ médical que s'il s'ajoute à des capitaux plus légitimes, notamment scolaires.

⁴⁴¹ Mathieu Ndombe, entretien le 20 février 2014.

Les trajectoires de salariés de l'association AIDES et les modalités du recrutement de ces derniers, dans une période où AIDES reçoit des financements publics pour développer le dépistage du VIH/sida, confirment cette hypothèse. Ainsi Irène Ouafu était assureure au Cameroun jusqu'en 2000, et titulaire d'une maîtrise de gestion. Après son arrivée en France, elle fait une formation de deux ans à la médiation en santé publique, aujourd'hui organisée par l'Institut de médecine et d'épidémiologie appliquée (IMEA), rattaché à la faculté de médecine Paris VII. Elle travaille ensuite comme médiatrice en santé publique dans l'association *African Positive Association* de 2000 à 2008, puis comme animatrice à AIDES, où elle devient « déléguée de lieu de mobilisation » (il s'agit d'un poste de coordination des activités d'une antenne locale de l'association), puis chargée de mission. Ces promotions successives s'accompagnent d'une élévation de son salaire, qui reste modeste, avec 1700 à 1800 euros nets pour un temps plein incluant deux soirées et deux samedis (de 14h à 20h) par mois. Elle ne militait pas à AIDES avant d'y être salariée, mais rapporte une « sensibilité féministe » et une envie d'aider les malades à faire reconnaître leurs droits. Elle parle ainsi de son expérience d'usagère du système de santé :

« Je pense que j'ai été bien traitée parce que je suis un peu de nature à aller chercher les choses. J'ai pas l'habitude d'attendre que les choses viennent vers moi, je suis... Par rapport à la France, surtout, en arrivant en France, j'avais une certaine maturité, donc je me suis dit : "Je ne vais pas attendre que les choses viennent à moi". Mais mon combat vient aussi du fait que j'ai vu qu'il y avait des choses qui se passaient mal. Donc c'est un peu ça qui a motivé le fait que je devienne un peu militante et que je travaille pour l'association pour laquelle j'avais commencé mon travail ; c'est que je me rendais compte qu'il y avait des choses qui n'étaient pas faites comme je pensais que ça pouvait le faire, dont j'avais peut-être bénéficié... j'estimais que tout le monde doit bénéficier des mêmes droits. »⁴⁴²

Cintia Ortiz et Irène Ouafu ont suivi la même formation à la médiation en santé publique dans la même institution universitaire : l'Institut de médecine et d'épidémiologie appliquée. Ce diplôme leur permet de convertir leur connaissance pratique de la prostitution des personnes transsexuelles et de l'immigration d'Afrique centrale en atout sur le marché de l'emploi médico-social.

Pour l'association, ou plus exactement pour sa direction des ressources humaines, la valeur du diplôme peut même l'emporter sur la connaissance pratique du public visé. C'est alors le diplôme qui permet au candidat d'obtenir le poste. C'est le cas pour Nicolas Darimand, familier de longue date du monde médical. Son père est médecin généraliste, sa mère médecin de santé publique. Après son baccalauréat scientifique, il fait une première année de médecine, redouble, est reçu à la deuxième tentative sur la liste des sages-femmes, formation dans laquelle il ne souhaite pas s'engager. Il passe alors une licence de biologie, puis un certificat de promotion de la santé à l'École des Hautes Études en Santé Publique. Après un master d'éducation thérapeutique à la faculté de médecine de Bobigny, il

⁴⁴² Irène Ouafu, entretien le 14 mars 2014.

est recruté à AIDES comme « délégué de lieu de mobilisation ». C'est son premier emploi. Il n'a jamais milité à AIDES auparavant. À la date de l'entretien, il a trente ans et y travaille depuis trois ans. Son salaire net est de 1700 euros. Il se plaint d'avoir dû arrêter le sport à cause de ses horaires de travail en soirée et le week-end. Il ne se sent pas reconnu dans son travail et aimerait être mieux payé⁴⁴³.

Le fait que son premier poste à AIDES soit un poste d'encadrement témoigne de la valeur du diplôme dans un espace social qui prétend pourtant lui préférer le savoir pratique acquis par l'expérience. Pour participer aux actions de dépistage dans des boîtes de nuit gaies ou des lieux de prostitution, il est bienvenu de les avoir fréquentés, mais pour organiser ces actions, l'association recherche des détenteurs de titres scolaires attestant de compétences en santé publique, en dépit des discours sur l'organisation des actions par les « personnes concernées ». D'où la frustration de salariés associatifs, tels Nicolas Darimand, mus par une certaine foi dans l'action associative, mais déçus de ne pas y trouver la reconnaissance et le salaire auxquels un tel poste d'encadrement serait associé dans le secteur public.

Cette frustration est exprimée, entre autres, par Christine Guilanec, titulaire d'un DEA de psycho-pathologie et qui était travailleuse sociale dans des structures médico-sociales associatives. Elle est recrutée par AIDES sur le programme d'aide à domicile pour personnes atteintes par le VIH en 2004, et n'était auparavant ni militante ni volontaire à AIDES. Elle dit s'être « conscientisée » à AIDES sur les questions d'« accès aux soins », les « remboursements », et les « enjeux de pouvoir ». Âgée de 43 ans lors de l'entretien, elle est « déléguée de lieu de mobilisation » depuis trois ans, et a suivi en 2012 le certificat de compétence « responsable en santé communautaire » organisé par AIDES et le Conservatoire national des arts et métiers. Elle travaille un soir par semaine et un week-end par mois ; son salaire net, ascendant depuis le début de sa vie professionnelle, est de 2000 euros. Elle aimerait avoir le statut de cadre intermédiaire qui correspondrait à son poste de planification et de coordination d'équipe, et qui lui donnerait droit à une retraite « plus confortable »⁴⁴⁴.

Les modalités de recrutement de Dylan Hénin par AIDES confirment que le diplôme du secteur médico-social prime sur le savoir acquis par l'expérience des conditions de vie des publics visés pour occuper un poste d'encadrement, mais aussi qu'en l'absence d'un tel diplôme, l'appartenance à ces publics peut même conduire à détourner un candidat d'un poste ajusté à sa qualification pour l'affecter au « terrain » qu'il connaît pour l'avoir fréquenté. Âgé de 26 ans à la date de l'entretien, Dylan Hénin a travaillé comme comptable dans une pâtisserie, puis a connu pendant quatre ans une période de chômage et de prostitution pendant quatre ans. Il est syndiqué au STRASS, « syndicat du travail sexuel ». Lorsqu'il postule à AIDES après avoir rencontré un militant de l'association à Amiens, c'est

⁴⁴³ Nicolas Darimand, entretien le 4 octobre 2013.

⁴⁴⁴ Christine Guilanec, entretien le 26 novembre 2013.

sur un poste de comptabilité et ressources humaines car il a commencé un BTS de comptabilité après son baccalauréat scientifique, et a une expérience de comptabilité lorsqu'il travaillait dans une pâtisserie. Lors de l'entretien d'embauche, on lui propose un « poste sur le terrain », supposé ajusté à sa trajectoire mais en réalité inadéquat au regard de son expérience :

Dylan Hénin : « On m'avait proposé le Marais, avec un public plutôt gay, je voulais pas. Quand on m'a proposé ici, en me disant que c'était un public plutôt migrant, ça me va très bien. [...]

Maud Gelly : Qu'est-ce qui fait que tu préfères plutôt un public migrant à un public gay ?

Dylan Hénin : Parce que les pédés m'aiment pas.

Maud Gelly : C'est vrai ? Pourquoi ?

Dylan Hénin : À cause de mon look, parce que je leur fais une mauvaise image de la communauté homosexuelle, qu'ils préféreraient plus hétéronormée.

Maud Gelly : [...] Et les migrants ?

Dylan Hénin : Ils s'en foutent. Pour eux, moi je suis un blanc. Donc d'une fois sur l'autre, ils ne se souviennent pas de moi, ce qui est pas le cas chez les blancs. Parce que pour eux, ils ne voient pas les piercings, pas les tatouages, ils voient juste c'est un blanc, un blanc parmi tant d'autres. »

On a vu plus haut que le postulat de la proximité expérientielle peut échouer en tant que méthode de communication, mais on voit ici qu'il réussit en tant que méthode de gestion des ressources humaines. L'association réservera ainsi aux salariés issus des rangs du public les actions qu'elle lui destine, en misant sur leur acceptation des horaires atypiques associés au travail auprès de publics atypiques. Dylan Hénin travaille ainsi à temps plein, avec deux à quatre soirées par semaine (14h-21h ou 17h-minuit, parfois 22h-4h sur des soirées festives), et ponctuellement les week-ends. Son salaire net est de 1400 euros nets par mois (contre 800 euros lorsqu'il travaillait en pâtisserie).

Comme d'autres salariés associatifs interrogés, Dylan Hénin décrit son travail comme militant, bien qu'il n'ait pas milité dans l'association avant d'y être salarié. La dimension militante du travail réside alors, comme l'expliquait Irène Ouafo, dans la solidarité qu'il manifeste contre la discrimination médicale. Dylan Hénin ajoute qu'il n'est pas nécessaire de partager la même condition pour comprendre et éventuellement éprouver de telles discriminations :

« Le problème, à chaque fois avec les médecins, moi, c'est le look ; ça pose problème, les médecins, je les vois une fois, les généralistes, je les vois une fois, parce que je suis pas malade, et quand je les vois une fois, après, ils me plaisent pas, donc... Le dernier médecin en date, le dernier médecin traitant, c'était 2008, je crois, et c'était : "Je te préviens, j'aime pas les piercings !" , je fais : "Ok, mais tu vois, je m'en fiche un petit peu" et là, le

dernier problème que j'ai eu avec le milieu médical, c'était en dermatologie. [...] Et le problème c'est que j'ai jamais pu aborder les problèmes avec le dermatologue, donc... parce que j'ai des tatouages et des piercings, et que les dermatologues n'aiment pas les tatouages et les piercings, et que donc ils sont toujours focalisés là-dessus. Donc moi, c'est pas une discrimination par rapport à l'orientation, par rapport au genre, etc. [...] J'ai jamais eu de problème, l'homosexualité, tout ça, je m'en fous, j'ai jamais eu l'occasion d'en parler avec le médecin. Mais je peux comprendre que ça freine certaines personnes d'aller voir certains... je sais ce que c'est. Même si je l'ai pas vécu de la même manière. Mais discrimination pour racisme chez un médecin, je comprends très bien. Je comprends un trans ; même pour un pédé, je comprends très bien ce que c'est, vu que moi, on me discrimine pour autre chose. »

D'autre part, ces salariés décrivent comme une dimension militante de leur travail leur habitude de « ne pas compter [leurs] heures », comme le disent Christine Guilanec et Virginie Ledru. Dylan Hénin ajoute une précision qui prend tout son sens au regard de la lassitude générale exprimée par les agents du dépistage vis-à-vis du travail de comptage de leur activité et de dénombrement des propriétés sociales (de classe, de genre, de sexualité, d'origine nationale) des individus soumis au dépistage. Quelle que soit leur profession et le type de structure où ils travaillent, leur discours agacé vis-à-vis des questionnaires et bases de données statistiques qu'ils remplissent à l'occasion de chaque test fait apparaître le travail statistique comme le « sale boulot » de ceux qui font de la santé publique au contact des populations. Quant à Dylan Hénin, il considère cette partie de son travail comme le seul « vrai travail » qu'il effectue, tout le reste de son activité (entretiens avec les usagers, conception des actions, gestes techniques, par exemple) n'étant vécu que comme le prolongement du geste solidaire qui l'a amené à accepter ce poste « sur le terrain » bien qu'il ait d'abord postulé sur un autre :

Dylan Hénin : « Saisir le truc informatique, tout ça, pour moi, c'est du travail, mais le reste, c'est pas vraiment un travail. C'est-à-dire, c'est... Même pendant les vacances, je suis venu, quoi.

Maud Gelly : Ah bon ?

Dylan Hénin : Je suis passé. Je peux pas... [rires]

Maud Gelly : D'accord. Tout à l'heure tu me disais : t'es un salarié-militant ?

Dylan Hénin : Oui, oui, super militant ; à la base, c'est important, je compte pas mes heures, et toujours prêt... Si faut travailler de nuit, faut travailler de nuit, c'est d'abord les usagers, et nous, on s'adapte aux usagers. Et comme on a des volontaires – parce que c'est une association de volontaires, à la base- tu peux pas travailler qu'en journée parce que les volontaires travaillent en journée. Donc, mais c'est pas gênant de travailler en décalé. »⁴⁴⁵

⁴⁴⁵ Dylan Hénin, entretien le 4 mars 2014.

En écoutant ces salariés associatifs, on pourrait être tenté de conclure que le travail de médiation, associé à des horaires atypiques, ne peut être accepté que par des salariés qui se sentent solidaires des populations qu'ils cherchent à atteindre et qui n'ont pas les qualifications requises pour faire le même travail dans le service public. Accepté pour la cause, accepté faute de mieux, et surtout accepté en attendant mieux, comme le disent les salariés de AIDES qui espèrent trouver un poste où la rémunération serait conforme à leur charge de travail et à leur qualification, à AIDES ou ailleurs.

Le fort *turn-over* qui caractérise ces postes à AIDES peut ainsi être considéré comme un indice de l'insatisfaction de ces salariés, comme l'explique Martin Delumeau, salarié à AIDES et délégué syndical à AIDES :

« Ces gens, d'un milieu assez fêtard, ils sont pas très lève-tôt, et puis au bout d'un moment, ils se rendent compte que, ben, en soirées, ils peuvent pas y aller, parce que, en soirée, ils bossent ! Donc en fait, se retrouver finalement en décalage avec tous leurs potes, avec le milieu, etc., Et donc, t'as vraiment des gens qui sont épuisés en un an ou deux, et qui au bout d'un an ou deux sont partis, en disant : "Moi, je peux plus, j'ai plus de vie privée, je vois plus mon mec, je vois plus machin, j'ai... voilà !" Et ça, ça s'est vraiment posé... et t'as eu... l'encadrement du travail en horaires décalés à AIDES, enfin y'a à peu près rien en fait. C'est-à-dire que tout ce qu'on a, c'est que les heures bossées au-delà de 21h, c'est majoré de 25 %. »

La trajectoire de Martin Delumeau permet de dégager ce qui distingue les militants organisés des salariés socialisés au militantisme. Contrairement à d'autres salariés de AIDES qui n'y ont jamais milité, et pour qui la dimension militante de l'association apporte un moteur à leur travail sans y jouer un rôle fondateur, Martin Delumeau décrit son entrée à AIDES en tant qu'objecteur de conscience comme un geste militant et comme un prolongement de ses engagements politiques. Militant d'extrême-gauche depuis le lycée dans quatre organisations politiques successives dont la Ligue Communiste Révolutionnaire, il entre à AIDES à 23 ans pour son service militaire comme assistant du programme de formation des volontaires, puis devient animateur dans un Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD). Il envisage de devenir éducateur spécialisé par Validation des acquis de l'expérience. Le dépistage du VIH/sida occupe une part assez réduite de l'activité des CAARUD. Martin Delumeau explique en effet que la plupart des usagers ont adopté des pratiques d'injection sûres pour réduire le risque de contamination par le VIH, mais pas par le virus de l'hépatite C, dont l'équipe du CAARUD attend la mise sur le marché d'un test de dépistage rapide :

« À la différence des autres actions de AIDES, où ça [le dépistage du VIH] a complètement déporté la manière d'agir de AIDES dans tous les autres domaines d'activité, dans les CAARUD, pas beaucoup. »⁴⁴⁶

⁴⁴⁶ Martin Delumeau, entretien le 12 juin 2014.

Sa connaissance du dépistage et des difficultés rencontrées par les salariés de AIDES qui le pratiquent est donc davantage tirée de son militantisme syndical que de sa propre pratique. Elle l'amène à critiquer les effets, saisis par l'enquête, de la division du travail de santé publique sur les agents auxquels est délégué le travail de proximité : ces salariés ont les horaires les plus atypiques des agents du dépistage, sont les moins bien rémunérés, détiennent moins de capitaux convertibles dans le secteur médico-social. Par contraste, le travail de proximité, lorsqu'il est exercé dans un cadre public, offre plus de rétributions financières et symboliques. Mais il est rare qu'une structure publique emploie un salarié dédié à ce travail, comme les « médiateurs de santé publique », et le seul rencontré sur le terrain est infirmier de formation.

La trajectoire de ce médiateur de santé publique salarié de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris apporte des éléments de comparaison entre le travail de médiation assuré dans un cadre associatif et dans un service public. Saïdou Kaboré a 40 ans. Après avoir obtenu son diplôme d'infirmier en 1996 au Burkina Faso, il est affecté dans un service pédiatrique puis, de 2000 à 2006, dans un Centre de traitement ambulatoire du VIH financés par la Croix-Rouge française. Ses parents sont cultivateurs au Burkina Faso. Il n'y a pas de pratique religieuse dans la famille (« mon papa était... par exemple : "Il ne faut pas croire au marabout, aux fétiches, ils ne vont jamais aller faire ton devoir, c'est ta main qui va écrire avec le bic." »), mais les quatre fils ont été baptisés après leur scolarisation dans un collège où enseignait un curé de Nantes. Au Burkina Faso, Saïdou Kaboré a été pionnier de Thomas Sankara :

Maud Gelly : « Pionnier, c'est une sorte d'organisation de jeunesse...? »

Saïdou Kaboré : Des jeunes qui accompagnaient, dans les écoles - c'est quand j'étais à l'école - les élèves pour leur inculquer la vision de Sankara dans les écoles : quelle est la place d'un élève, d'un étudiant, dans le développement de son pays, et tout ça. »

Il a ensuite milité dans une association de solidarité internationale (l'Etoile africaine), puis dans un mouvement pour la défense de l'hôpital public : « on organisait les mouvements, les grèves, j'étais très, très impliqué. Ce qui m'a coûté un peu... [rires] » Il arrive en France en 2007 et passe un master en éducation thérapeutique à l'université Paris XIII, dans le cadre duquel il fait un stage en médecine interne à l'AP-HP. Depuis 2008 il est médiateur en santé dans ce service, travail qu'il définit ainsi : il s'agit d'« aider les soignants à être plus efficaces auprès d'une population particulière, [...] les migrants originaires de l'Afrique subsaharienne ». Son salaire net est de 1700 euros (il a commencé à 800 euros) et il travaille parfois le soir dans des foyers de travailleurs migrants, sans périodicité régulière. Il envisage de faire une thèse en épidémiologie sociale sur un projet de dépistage couplé du VIH et des hépatites, dans le même service⁴⁴⁷.

⁴⁴⁷ Saïdou Kaboré, entretien le 10 septembre 2013.

Dans le service public, son salaire est donc équivalent à celui des salariés de AIDES occupant un poste de « délégué de lieu de mobilisation », mais supérieur à celui des autres salariés de AIDES participant au dépistage, et ses horaires de travail sont moins atypiques et moins contraignants que les leurs. En revanche, son salaire est inférieur à celui des infirmières et infirmiers travaillant à temps plein dans les CDAG hospitaliers (Grainde et Fondange) ou de la Mairie de Paris (CDAG des Vignes), et à temps partiel en centre de dépistage associatif (le Checkpoint). Il est en effet possible que, n'ayant pas la nationalité française à la date de l'entretien, il lui ait été plus facile d'obtenir un emploi comme médiateur que comme infirmier, du fait de discriminations légales dans la fonction publique, restreignant son accès aux nationaux. C'est le cas également de la compagne de Mathieu Ndombe, infirmière travaillant comme médiatrice, faute d'avoir la nationalité française.

Cependant, pour lui comme pour les autres infirmières et infirmiers interrogés, la délégation de prérogatives médicales est professionnellement payante et satisfaisante. Elle l'est moins pour les salariés associatifs non-professionnels de santé, bien qu'elle débouche sur des financements publics pour leur association.

4. Conclusion

Au terme de ce chapitre, on peut donc distinguer trois modalités d'investissement dans le dépistage du VIH/sida, associés à des trajectoires sociales et professionnelles différenciées. Pour les infirmières et infirmiers interrogés, issus des classes populaires et connaissant une trajectoire d'ascension sociale plus ou moins rapide, l'investissement dans le dépistage du VIH/sida, le travail relationnel et préventif qu'ils y déploient et *a fortiori* la prise en charge de la pratique du test jusqu'à l'annonce du résultat et l'amorçage des soins, s'inscrivent dans une série d'évolutions de leur poste et de promotions dans la hiérarchie des métiers du soin. Pour les médecins, membres des classes supérieures, il s'agit presque toujours d'une activité parmi d'autres, mais qui apporte un supplément d'âme à leur activité principale, par le travail relationnel et préventif auquel elle donne lieu, par l'histoire des équipes médicales impliquées dans le VIH/sida, et du fait des populations visées, décrites par ces médecins comme motivant un geste solidaire pour les siens (gays en général) ou pour les autres (migrants). Pour les salariés associatifs non-professionnels de santé, le dépistage du VIH/sida constitue une activité parmi les autres que leur association inclut dans leur fiche de poste au gré des financements obtenus, et donc des priorités fixées par les institutions de santé publique.

Occupant souvent une position sociale déclassée au regard de celle de leurs parents ou de leur qualification, ils n'ont ni le choix du travail ni le choix des conditions de travail, estiment souvent que le dépistage du VIH/sida a exagérément empiété sur les activités qui motivaient leur embauche, et sont contraints d'accepter les horaires et conditions de travail

qui seuls permettent d'atteindre les publics les moins dépistés. En dépit des principes de valorisation de l'expertise expérientielle dont se revendique la « santé communautaire », cette expertise est d'autant mieux reconnue qu'elle s'accompagne d'un capital académique, et ce n'est pas la proximité de ces salariés avec les publics visés qui fait leur valeur dans le dispositif de santé publique, mais leur éloignement social vis-à-vis des professions qui sont les plus légitimes dans ce dispositif : médecins surtout, infirmiers dans une moindre mesure. C'est parce que les salariés associatifs non-professionnels de santé sont les plus éloignés des positions dominantes du champ médical qu'ils acceptent - voire revendiquent - de développer les actions mobiles et nocturnes de dépistage que les professionnels de santé n'ont pas besoin de mettre en œuvre pour être légitimes dans le champ, et rémunérés conformément à leur qualification. Au contraire, les infirmières et infirmiers⁴⁴⁸ qui trouvent dans une activité de santé publique une protection contre les contraintes physiques et émotionnelles du travail associé aux soins curatifs, au prix d'une perte de salaire, sont peu disposés à développer des actions visant à faciliter l'accès au dépistage pour les publics qui y ont peu recours, car cela supposerait d'étendre les horaires d'ouverture des CDAG et de faire du dépistage « hors-les-murs ».

Après avoir analysé les modalités d'investissement et le rapport au travail de ces différentes catégories d'agents de santé publique, on va voir comment ce rapport au travail de santé publique oriente les pratiques, et en particulier les pratiques de classement des publics. À l'instar des instituteurs de 1900 dont Francine Muel-Dreyfus a décrit la « proximité distante » avec leurs élèves et les effets de celle-ci sur leur travail⁴⁴⁹, il est probable que la proximité de ces salariés avec les usagers de services de santé publique produise des effets, on va le voir, sur leurs pratiques de classement. Ces effets opèrent ici à travers la catégorisation de ces usagers et grâce à un moteur commun aux agents de santé publique : une volonté éducative.

⁴⁴⁸ Et probablement les médecins, bien que sur mon terrain ils soient rares dans cette première catégorie.

⁴⁴⁹ Francine Muel-Dreyfus, *Le métier d'éducateur. Les instituteurs de 1900, les éducateurs spécialisés de 1968*, Paris, Minuit, 1983.

Chapitre 5

Le désir pédagogique : un moteur du travail de santé

La pédagogie des conduites préventives tient un rôle très important dans l'investissement du travail de santé publique par ses agents. Il s'agit pour eux d'utiliser le service proposé (un test de dépistage) comme support, occasion et prétexte pour écouter (des tranches de vie), comprendre (des difficultés), orienter (vers les services adéquats), expliquer (des modes de transmission), soutenir (des comportements préventifs), déconseiller (des comportements moins efficaces ou dangereux), en un mot : enseigner aux usagers du test les moyens de leur protection.

Le constat serait trivial si l'enquête ne mettait au jour cette contradiction : les agents du dépistage sont aussi attachés à la dimension pédagogique de leur travail que sceptiques quant à ses effets.

Une telle contradiction assigne trois tâches à l'enquête sociologique : rendre compte de la motivation pédagogique des salariés, comprendre les raisons de leur scepticisme, et surtout comprendre comment foi et doute peuvent coexister si durablement (au fil d'une carrière professionnelle) et si largement (quelles que soient les filières professionnelles et les trajectoires sociales). Il serait trop rapide et trop commode d'interpréter l'ambition pédagogique de ces salariés comme un moyen de se distinguer parmi les professionnels de santé. Certes – on y reviendra plus longuement – l'attachement des enquêtés à la dimension pédagogique de leur travail leur permet de se distinguer, disent-ils, des « simples techniciens », « prestataires de service » auxquels les ramènent les usagers qui éludent ou écourtent l'entretien. Mais cette dimension de leur travail est suffisamment attestée par d'autres enquêtes sur le travail médical⁴⁵⁰ pour être prise au sérieux : en particulier, les travaux de Luc Boltanski sur la protection maternelle et infantile et ceux de Sylvie Fainzang sur l'information des malades de cancer mettent en évidence l'importance du travail d'explication et d'éducation dans les soins tant préventifs (pour Luc Boltanski) que curatifs (pour Sylvie Fainzang). Situé à l'interface entre les dimensions préventive et curative du soin, le dépistage permet d'observer le déploiement de ce travail pédagogique dans un cadre où, au contraire des situations observées par Luc Boltanski et Sylvie Fainzang où les interactions sont prolongées et répétées, l'interaction est ponctuelle et se déroule ici dans un temps très court, laissant très peu de latitude au salarié pour connaître l'utilisateur.

On trouvera donc dans ce chapitre une présentation des bonnes pratiques professionnelles en matière d'entretien de dépistage, qui inclut dans l'analyse les recommandations institutionnelles et le discours que portent les agents sur leur propre

⁴⁵⁰ Entre autres : Luc Boltanski, *Prime éducation et morale de classe*, Paris, EHESS, Cahiers du Centre de Sociologie Européenne, 1984 (1969) ; Sylvie Fainzang, *La relation médecins-malades : information et mensonge*, Paris, PUF, 2006.

pratique et celles de leurs collègues. On y apprendra qu'un bon entretien est plutôt défini par ce qu'il ne doit pas être : une leçon de morale.

On y découvrira aussi, à travers un exemple d'outil pédagogique utilisé de façon différentielle selon les publics, que l'adaptation du service au public, si elle semble indicible parce qu'elle contredit l'idéal d'universalité revendiqué par ces salariés, n'en est pas moins largement pratiquée. On comprendra alors que la pédagogie de la santé est la fiction qui permet de croire que le travail de santé publique est utile pour *tous* ses destinataires, en dépit de l'accumulation de données empiriques en faveur d'une « disposition différentielle socialement acquise à l'appropriation des ressources et connaissances existantes en matière de soins ou de conduites préventives nouvelles »⁴⁵¹.

Dès lors, si la fiction est efficace (c'est-à-dire si elle satisfait et assure cette croyance), elle a des effets sur l'objectivation de risques inégaux face à la maladie et la mort : si la pédagogie de la santé est utile à tous, peu importe d'identifier ceux qui en ont le plus besoin et les modalités pédagogiques qui pourraient leur être utiles, et peu importe de se tromper en l'orientant vers préférentiellement vers ceux qui sauront le mieux en faire usage.

1. Un mauvais entretien sent la leçon de morale

Lorsqu'on fait parler les agents du dépistage de leur travail, on est frappé par l'harmonie de leurs réponses, qui permettent de dégager un large consensus sur les « bonnes pratiques » en matière d'entretien avec les usagers du dépistage. Après avoir distingué trois catégories d'agents du dépistage en fonction de leur segment professionnel et de leur secteur d'activité (public ou associatif), et avant de mettre en évidence les effets de ces trajectoires diverses sur les pratiques de classement des publics par ces salariés, on traitera donc dans ce chapitre de ce qui leur est commun.

Bien plus qu'un référentiel de bonnes pratiques, telles qu'enseignées par exemple lors des formations organisées par Sidaction pour une semaine de dépistage dite « Flash test » (guide d'entretien de dépistage en annexe 8), c'est une caricature des mauvaises pratiques qui guide les enquêtés dans leur travail. La définition de ce qu'un bon entretien de dépistage ne doit pas être est en effet beaucoup plus claire que celle de ce qu'il doit être. Tous disent qu'un bon entretien ne doit pas « juger », « culpabiliser ». Un entretien « jugeant », « trop intrusif » (Nicolas Darimand, salarié de AIDES) leur semble contre-productif dans la mesure où il risque de dissuader l'usager de parler ou de revenir se faire dépister s'il l'estime nécessaire. C'est pourquoi un bon entretien ne doit pas « laisser paraître des sentiments d'horreur ou de rejet » (Chantal Djian, infirmière à l'hôpital de

⁴⁵¹ Pierre Aïach, « Processus cumulatif d'inégalités : effet d'amplification et disposition à l'appropriation sociale », *Santé, société et solidarité*, 2004, 2, pp. 39-47.

Grainde). Ces mauvaises pratiques sont toujours associées à d'autres équipes ou d'autres collègues :

« Ce que j'aime pas dans ce que font les gens dans le dépistage, oui, par exemple, c'était mon ancien interne, mais je pense que c'est pareil, parce qu'il ne connaissait pas, mais qui était vraiment, genre à s'offusquer des réponses des gens, ou vraiment avec une sorte de jugement qui me dérangeait quand même. "Mais tu devrais les féliciter de venir, enfin ça sert à rien de les engueuler." Moi, je pars du principe qu'engueuler les gens, c'est pas constructif, donc voilà, j'essaie de positiver, d'encourager, de voir le côté positif, en leur disant : "C'est déjà très bien d'être venu, après c'est vrai que vous avez fait n'importe quoi." »⁴⁵²

On le perçoit dans les propos de cette médecin, la frontière est en fait ténue entre le conseil et le reproche. D'ailleurs l'observation des consultations montre que les agents du dépistage mettent en œuvre une pédagogie des pratiques préventives, en valorisant certaines et en déconseillant d'autres. La mise en scène de la neutralité morale est plus affaire de forme que de fond, il s'agit du ton de la voix plus que des mots qu'elle prononce. Quelques rares enquêtés disent même avoir recours, de temps à autre, à des formules plus musclées pour faire prendre conscience aux usagers des risques qu'ils prennent : « les jeunes je leur mets la tête au carré » (Vanessa Stern, médecin au CDAG de Grainde).

Quand ces salariés s'écartent de leur idéal de bonnes pratiques et « engueulent » leurs interlocuteurs, c'est avec mauvaise conscience, et ils justifient ces écarts parce qu'ils surviennent avec des publics qui leur semblent particulièrement vulnérables :

« Y'a eu quelquefois des choses où je me suis sentie un peu borderline, mais... et qu'il faut pas faire, c'est quand j'ai eu en CDAG ou en test rapide des jeunes de dix-huit ans - et je l'ai eu en Flash Test il n'y a pas longtemps - des jeunes qui prennent des risques tout le temps. Donc là, j'ai joué un peu à la maman, je me suis senti jouer un peu à la maman, en disant : "Mais vous avez pris conscience un petit peu du risque que vous prenez ?" Bon, j'ai cherché un peu à culpabiliser, peut-être que c'est bien ou que c'est pas bien, je sais que je l'ai fait un peu, mais si c'était du systématique, si c'était à tout moment : "Vous ne devez pas faire ça ! C'est pas bien !" et tout, alors là oui, ce serait un mauvais entretien. Moi, j'ai été un peu limite, parce que je suis humaine aussi, donc forcément, j'ai pensé un peu à ma fille à ce moment-là, donc faut pas le faire, mais malgré tout, c'est plus fort que soi. Quand y'a un petit jeune, qui est super beau en plus, qui prend des risques tout le temps, j'ai dit : "Mais vous allez faire quoi de votre vie ?" et après, "Pourquoi ?", presque à les disputer, ça c'est peut-être l'entretien qu'il faut pas mener, c'est pas systématique, bon, moi je l'ai fait un peu, voilà. »⁴⁵³

Pour cette infirmière de 55 ans, ce sont les « petits jeunes », qui pourraient être ses enfants, qui la font s'écarter de l'idéal collectif de neutralité morale. Pour cette médecin, qui se dit « un petit peu féministe quand même », c'est lorsqu'elle se trouve face à une situation

⁴⁵² Magali Dubois, entretien le 5 novembre 2013.

⁴⁵³ Joëlle Chassagne, entretien le 10 octobre 2013.

où « la position de la femme est mise à mal » qu'elle quitte la posture non-directive et neutre d'abord explicitée :

« [Un mauvais entretien] c'est un entretien où on pose des questions, des oui-non-oui-non, avec notre petit questionnaire, et finalement où il n'y a pas de place pour les préoccupations de la personne. C'est-à-dire, on fait du dépistage de prise de risque avec du oui-non, pour moi, c'est ça l'entretien à ne pas faire. Et puis on donne une information... Et puis aussi, il y a des gens qui parfois ont leur propre réaction par rapport à un comportement. Alors là, c'est l'entretien à ne pas faire : "Ah oui, là, vous avez pris un gros risque !" Y'en a qui font ça, quand même. Ça existe des médecins qui font ça. "Ah, ben dites donc, ma pauv' dame !!" Y'a des gens qui disent... Non mais, c'est vrai, j'ai vu ça une fois, c'est pour ça... Ça, c'est mon avis, mais en dehors de ça, oui, je pense que c'est d'être trop directifs, trop dans la recherche du risque et pas du tout dans la pédagogie ou dans l'écoute ou autre, quoi. [...] C'est quand les gens appliquent leurs propres pratiques aux autres, enfin, ou concepts religieux ou moraux, ou tout ce que vous voulez, et qu'ils n'arrivent pas à laisser ça de côté et que finalement, ils vont réagir avec leur propres références culturelles, sociales, etc. C'est vrai qu'on peut pas les mettre à la porte, mais... si on fait ce métier-là, je pense qu'il faut quand même les mettre un peu de côté, parce que... on n'est pas là pour donner des conseils du café du commerce ou du curé, ou de je ne sais pas quoi, du militant gay... on est là pour essayer de décrypter à la fois ce que les gens viennent chercher comme information, ce qu'ils ont ou ce qu'ils n'ont pas, ou ce qu'ils ont comme mauvaise information, quelles sont leurs prises de risque et comment on peut les aider à en avoir moins, ou en tout cas les aider à percevoir les risques qu'ils prennent et comment les aider à changer leur vie. Mais pas imposer telle ou telle chose. Alors là où ça se complique, c'est quand je me trouve dans des situations où je sens bien que la position de la femme est un peu mise à mal. Là, j'ai un peu de mal, parce que je crois que mes convictions prennent le dessus... [rires] »⁴⁵⁴

La mauvaise conscience avec laquelle ces salariés transigent avec leur idéal de bonnes pratiques invite à s'interroger sur le « péché originel » de la santé publique. Dans son histoire du travail social au XX^e siècle, Françoise Blum parle de « péché originel » du travail social pour nommer la figure de la philanthropie moraliste contre laquelle se construit le travail social contemporain : « la question n'est peut-être pas de savoir si aujourd'hui encore il subsiste quelque chose de ce passé, mais de la peur de ce passé. »⁴⁵⁵ Il subsiste manifestement chez les agents du dépistage du VIH, quelle que soit leur trajectoire sociale, leur formation professionnelle et le type de structure (publique ou associative) dans laquelle ils travaillent, quelque chose de la peur d'une figure coercitive de la santé publique, associée au contrôle social, à l'hygiénisme et à la moralisation des comportements individuels.

L'existence d'une telle figure repoussoir dans un univers professionnel a été identifiée par Sandrine Garcia dans son analyse des pratiques éducatives « non directives » à l'école⁴⁵⁶. On retrouve le même souci de ne pas faire peur ni faire la morale aux enfants chez

⁴⁵⁴ Marie-Claude Paoli, entretien le 27 septembre 2013.

⁴⁵⁵ Françoise Blum, « Regards sur les mutations du travail social au XX^e siècle », *Le Mouvement Social*, 2002/2, 199, pp. 83-94.

⁴⁵⁶ Sandrine Garcia, *Mères sous influence. De la cause des femmes à la cause des enfants*, Paris, La Découverte, 2011, pp. 255-275.

les professionnels de l'éducation sexuelle à l'école⁴⁵⁷. Dans ces trois cas de figure, on trouve des professionnels du travail social, éducatif, médical, animés d'une ambition progressiste qui consiste à rompre avec l'autorité attachée à leur fonction. Sandrine Garcia note que l'attention et l'énergie mise à réduire l'inégalité de pouvoir entre maître et élève s'accompagne d'une cécité aux inégalités sociales entre élèves. L'enquête sur le dépistage du sida permet de préciser l'analyse sur un terrain où la dimension pédagogique du travail de santé publique est particulièrement visible et investie. En effet, la volonté d'en finir avec le « péché originel » de la santé publique coercitive et moralisatrice a un ressort puissant : la foi dans les vertus de la parole. Si l'utilisateur se sent jugé, il n'osera pas parler. Ainsi, un mauvais entretien, c'est :

« C'est celui où l'autre a pas parlé. » (Dylan Hénin, salarié de AIDES)

« C'est quand il n'y a aucun échange, aucune écoute, ni de l'un, ni de l'autre, où on a l'impression que vraiment, la communication est difficile » (Arnaud Baquet, médecin au CDAG de Fondange)

« S'écouter parler sans pouvoir entendre ce que l'autre souhaite avoir comme information » (Christophe Couture, infirmier au CDAG des Vignes)

Or l'observation des consultations montre que les usagers les moins diserts ne sont pas ceux qui se voient rabrouer pour avoir pris des risques répétés. Au contraire, certains répondent alors par l'ironie, telle cette jeune femme à qui la médecin interloquée demande comment elle peut continuer à ne pas utiliser de préservatif : « c'est parce que je suis bête, qu'est-ce que vous voulez que je vous dise ! »⁴⁵⁸ Les usagers qui parlent le moins sont en fait les étrangers récemment arrivés en France et parlant pas ou peu français, sauf si un interprète intervient par téléphone dans la consultation. Au-delà de ce cas de figure le plus net, l'aisance à parler, notamment à verbaliser les pratiques sexuelles, est inégalement distribuée dans le monde social, et suit des clivages de classe, de genre, de race et de génération, comme on va le voir. Mais, comme chez les éducateurs enquêtés par Sandrine Garcia, l'inégale probabilité que l'utilisateur tire profit de la pédagogie mise en œuvre est ramenée à des explications psychologiques :

Maud Gelly : « Tu m'as dit : "Il faut pas se fier à la gueule du client" ?

Arezki Ramdani : Oui, c'est un peu vulgaire, ce que je dis.

Maud Gelly : Non, non, mais...

Arezki Ramdani : Aux apparences, si tu veux.

⁴⁵⁷ Maud Gelly, « Les inégalités sociales, objet invisible pour l'éducation sexuelle ? Enquête ethnographique sur l'éducation sexuelle dans les collèges », *Sciences Sociales et Santé*, 2013, 31, 4, pp. 73-96.

⁴⁵⁸ CDAG de Fondange, notes d'observation, 7 février 2012.

Maud Gelly : Alors ça peut conduire à quels types d'erreur, de se fier à la gueule du client dans ton travail ?

Arezki Ramdani : Et bien, si tu te fies à la gueule du client, il peut y avoir des gens complètement fermés, avec des visages austères, voire légèrement agressifs, mais en fait, c'est une anxiété, que toi, tu pourrais percevoir comme de l'agressivité, mais en fait, ce n'est que de l'anxiété. Et puis, le dépasser, pour avoir peut-être un entretien d'accompagnement, de prévention, et de te dire : "Non, cette personne-là, elle le mérite, je vais faire le minimum." »⁴⁵⁹

« Faire le minimum », cela signifie faire le test de dépistage et rendre le résultat en espérant qu'il soit négatif, sans chercher à connaître les outils préventifs utilisés par les personnes (préservatif masculin et féminin, traitement post-exposition, pratiques sexuelles plus ou moins contaminantes), ni leurs connaissances en la matière, ni leurs difficultés éventuelles à négocier l'usage d'un préservatif. Ce type d'entretien « minimum » n'est pas valorisé par les agents du dépistage.

Car il ne suffit pas de soustraire le travail de soin préventif au jugement moral pour qu'il soit efficace aux yeux de ces salariés. Encore faut-il le mener. S'il épargne aux usagers la crainte du sermon, un test de dépistage qui ne s'accompagnerait pas d'un entretien en bonne et due forme est alors vu comme une démission. Les mauvais entretiens sont ceux qui sont menés ailleurs, dans d'autres structures, ou ceux qui étaient menés avant, « aux temps héroïques » des débuts de l'épidémie de VIH :

Béatrice Guéguen : « J'ai travaillé à Henri Mondor il y a quand même un certain temps, y'avait pas vraiment de dépistage, mais la politique du service c'était : quand les gens arrivaient, ils voulaient un dépistage, hop ! l'infirmière leur faisait la prise de sang, et ils revoyaient le docteur, y'avait pas d'entretien avant, moi je trouvais ça... j'aimais pas du tout, puis alors après, on arrivait, y'avait des gens, fallait leur rendre des résultats, alors qu'ils n'avaient jamais vu le moindre médecin avant, ça j'aimais pas du tout. J'espère qu'ils font plus ça, mais ça, c'était dans les temps héroïques. [...]

Maud Gelly : Ils voyaient le médecin : que leur résultat soit positif ou négatif ?

Béatrice Guéguen : Oui, voilà, oui, oui, oui. Pas d'entretien avant ! Moi, j'ai toujours eu du mal avec ça. C'était pour pas leur refuser un dépistage, mais je suis pas sûre que faire un dépistage, comme ça, la personne arrive, qu'on s'entretient pas avec elle, je suis pas sûre que ce soit très rentable pour la prophylaxie, mais bon ! [Rires]

Maud Gelly : [...] Ce qu'il y a de choquant, c'est plutôt qu'il y a une perte au niveau de la prévention, ou c'est plutôt que c'est que ça rend l'annonce d'une éventuelle séropositivité encore plus difficile si y'a pas d'entretien ?

⁴⁵⁹ Arezki Ramdani, entretien le 15 octobre 2013.

Béatrice Guéguen : Ben ça va être un peu les deux, mais je pense que c'est un genre de dépistage inutile, on n'explique pas aux gens, on ne leur demande pas quelle est leur démarche et pourquoi ils la font. »⁴⁶⁰

Un mauvais entretien, c'est donc aussi un entretien expéditif, même s'il ne fait pas la leçon aux usagers. Plus surprenant, c'est aussi un entretien trop long :

« Trois messages, pas plus. Ça sert à rien de les inonder de messages, parce que sinon, je pense qu'ils retiennent rien ; mais de passer trois gros messages en fonction de la personne, et de prévention, et puis parfois, d'être un peu dure avec ceux qui font vraiment n'importe quoi, et qui s'en revendiquent un peu, donc ça c'est vrai qu'en général je peux être un peu plus cassante, voilà, être un peu inquiétante, en les... Mais en général, j'essaie de ne pas juger, de ne pas, voilà, de laisser... Après, c'est ce que j'essaie, je sais pas si en vérité, c'est vraiment ce que je fais, mais bon. »⁴⁶¹

Ni trop court, ni trop long, ni leçon de morale. Les contradictions apparentes disparaissent lorsqu'on comprend les objectifs des agents du dépistage : amener les séropositifs vers le soin et aider les séronégatifs à le rester.

Le premier objectif suppose de créer dans l'entretien de dépistage l'amorce d'une relation suffisamment confiante avec la structure pour que l'utilisateur aille au bout de la démarche de dépistage, c'est-à-dire jusqu'au traitement. Ainsi, pour Irène Ouafô, salariée de AIDES, le pire entretien de dépistage, c'est « le positif qui ne va pas faire le prélèvement de confirmation ». Un entretien trop rapide comme un entretien moralisant risquent donc tous deux de faire manquer cet objectif.

Le deuxième objectif exige que les agents du dépistage aident les usagers à élaborer des stratégies préventives efficaces. Mais les enquêtés doutent de l'efficacité de leur travail dans ce sens, et y consacrent en réalité peu de temps avec les usagers qu'ils estiment peu exposés au risque de contamination par le VIH : les entretiens de trois minutes sont alors courants. L'objectif de ces entretiens courts est plus pragmatique, comme l'explique Magali Dubois, médecin à l'hôpital de Grainde : il faut « être ouverts pour que peut-être ils changent leurs pratiques, idéalement, en tout cas qu'ils reviennent se faire dépister s'ils reprennent des risques ». En effet, bien que les entretiens expéditifs ou moralisants fassent figure de repoussoir pour mes enquêtés, ils y recourent de temps à autre, quand la file d'attente est particulièrement longue notamment, mais jamais quand le risque de contamination leur semble élevé. Dans ce cas, ce qui prime à leurs yeux, c'est que l'utilisateur revienne, soit une semaine plus tard pour chercher un résultat positif, soit quelques mois plus tard pour refaire un test s'il l'estime nécessaire. C'est donc en réalité le premier objectif (traiter les séropositifs) qui l'emporte et oriente les pratiques.

⁴⁶⁰ Béatrice Guéguen, entretien le 14 janvier 2013.

⁴⁶¹ Magali Dubois, entretien le 5 novembre 2013.

La posture non-jugeante sert donc des objectifs pratiques et n'est pas seulement une position de principe morale : il s'agit d'encourager les usagers du dépistage à y (re)venir. Le développement de structures dites « communautaires » sert cet objectif : en s'affichant comme dépistage mené « par les pairs », celui-ci garantit aux usagers qu'ils seront bien accueillis. Qu'en est-il alors des bonnes pratiques de dépistage ?

2. Un bon entretien est un entretien interactif : le « counselling », une forme déniée d'autorité pédagogique

Les qualités qui font, selon les enquêtés, un bon entretien sont homogènes, quelle que soit la profession et le cadre (public ou associatif) dans lequel ceux-ci travaillent : écoute, ouverture d'esprit, patience, bienveillance, respect, tolérance, gentillesse, absence d'*a priori*, empathie. Tous affirment, on l'a vu, qu'il ne faut pas juger les usagers. Une médecin du CDAG des Vignes et une salariée de AIDES tempèrent l'impératif : à défaut de ne pas juger, il ne faut pas montrer quand on est dans le jugement (Christelle Cardi, Christine Guilanec).

Le « non-jugement », c'est, pour Pascal Lunel, directeur du CDAG des Vignes :

« L'acceptation sincère des différences ; donc en fait, ce n'est pas seulement une tolérance, c'est une acceptation des différences. [...] Je dirais ce qui est important, c'est que la personne se rende compte de cela, et du coup, arrive à confier des choses extrêmement intimes. »⁴⁶²

La vertu cardinale du bon entretien relève moins de l'ordre de la compétence, précisément délimitée et donc conditionnelle, que de la posture, au contraire inconditionnelle et sans limites : la neutralité morale, ou du moins son affichage, sa mise en scène. Un bon entretien n'est pas seulement affaire de bonnes pratiques professionnelles, mais d'attitude existentielle : il faut « avoir du plaisir à discuter avec l'humanité » (Joëlle Chassagne, infirmière au CDAG des Vignes), « toujours se dire que chaque jour, on va apprendre quelque chose, et que chaque jour, on pourrait être surpris, même si on va pas le laisser paraître. » (Irène Ouafu, salariée de AIDES)

Bien que ces salariés aient suivis des formations aux techniques d'entretien, ils dénie la dimension technique de leur travail pour faire de qualités ordinaires, telles la « gentillesse », le principe premier d'un entretien réussi, à l'instar de cet infirmier du CDAG des Vignes :

« Dans la gentillesse, je mettrais : l'empathie, la compassion, le professionnalisme, l'accompagnement, tout ça fait partie de la gentillesse, vraiment. Et que tu ne te fies pas

⁴⁶² Pascal Lunel, entretien le 29 novembre 2013.

à la gueule du client, que tu saches le dépasser, pour voir l'humain, pour voir la singularité qu'il y a derrière. Oui, je t'apprendrais tout ça. Pour moi, c'est plus important que les gestes techniques. Et bien plus essentiel. Et à l'hôpital, j'en ai eu la preuve, les gestes techniques, c'est rien. Quand j'encadrais des élèves infirmiers, je leur disais : "Le geste technique, je vais te l'apprendre, tu le feras dix fois, tu vas l'acquérir, mais ce qui fera de toi une bonne infirmière, c'est avant tout d'être avant tout une très bonne aide-soignante." »⁴⁶³

Autrement dit : ce qui fait la qualité du travail, ce n'est pas sa spécialisation technique, mais la mise en œuvre de dispositions relationnelles que les agents du dépistage pensent comme propres aux catégories de personnel les moins spécialisées dans le champ de la santé (les aides-soignantes), voire aux profanes (les salariés associatifs non-professionnels de santé).

Cette attitude empathique inconditionnelle est donc pour les salariés la condition d'un entretien personnalisé, non indexé à « la gueule du client ». Elle n'est pas rattachée par les enquêtés à une formation professionnelle particulière, médicale, sociale ou psychologique, comme l'explique Sébastien Boyet, médecin au CDAG des Vignes. Il s'agit plutôt d'un mode d'être au monde, une compétence sociale supposée ordinaire et qui consiste à savoir voir le monde avec les yeux de l'autre :

« Un peu d'empathie, à un moment donné. Même si à des moments, j'en ai pas. Savoir juste se mettre un peu à la place de l'autre quand il vient, à la place du consultant. [...] Je pense qu'il faut juste à un moment donné essayer d'aller au-delà des phrases toutes faites et des trucs au début [il parle du questionnaire standardisé], de se mettre un peu à leur place et comprendre le contexte. Et que c'est comme ça qu'on passe pas à côté de l'entretien. Parce que si... parce que fondamentalement, effectivement, pas besoin de moi pour cocher des cases, même pour donner des informations, y'a des dépliants. Donc c'est ça, le côté humain. Même si je suis médecin à un moment donné, on se rend compte que les gens n'impriment pas forcément que je suis médecin, même si je me présente : "Je suis le docteur Boyet". Même si je suis le docteur machin, on voit bien que, à la fin, ils disent "au revoir Monsieur". Le côté médical, il est là, mais en fait moi, je me vois pas comme un médecin, ici. Comme un médecin classique en tout cas, sur les histoires par rapport à en ville ou l'hôpital, où effectivement, une majorité des médecins donnent des cours magistraux aux patients sur leur pathologie. »⁴⁶⁴

Non-jugement, écoute, empathie et, comme l'indique ce dernier extrait d'entretien avec un médecin, renoncement à la domination du savoir : les agents du dépistage adhèrent aux principes de l'entretien non-directif centré sur la personne, inspiré de Carl Rogers⁴⁶⁵, et d'une technique d'entretien qui s'en inspire, appelée *counseling* (en anglais américain) ou *counselling* (en anglais britannique). En 1987, l'Organisation Mondiale de la Santé réunit une

⁴⁶³ Arezki Ramdani, entretien le 15 octobre 2013.

⁴⁶⁴ Sébastien Boyet, entretien le 12 novembre 2013.

⁴⁶⁵ Carl Ransom Rogers, *Le développement de la personne*, Paris, Dunod-InterEditions, 2005 [Carl Ransom Rogers, *On Becoming a Person*, Boston, Houghton Mifflin Company, 1961].

consultation sur les critères du dépistage pour le VIH, qui recommande que celui-ci soit précédé et accompagné d'un entretien spécifique mené par des *counsellors* dûment formés⁴⁶⁶. Une recommandation de l'OMS en janvier 1988 précise le rôle du *counselling* comme moyen de renforcer la motivation à changer les comportements (*it can improve and reinforce motivation to change behaviour*) et formalise l'attitude exigée des conseillers : ils doivent être capables de comprendre les sentiments d'autres personnes, d'accepter ces sentiments et leur expression sans critique ni blâme, et de répondre de telle sorte que les personnes se sentent libres d'exprimer leurs sentiments (*a counsellor should be able [...] to understand other persons' feelings, to accept these feelings and their expression without criticism or censure, and to respond to them in such a way that the other persons can feel free to express their feelings*)⁴⁶⁷.

La recommandation de l'OMS de 1987 en faveur du *counselling* est souvent citée, rarement commentée, et jamais remise en cause par les documents institutionnels périodiquement publiés sur le dépistage du VIH en France, jusqu'aux recommandations publiées par la Haute Autorité de Santé en 2008 : celle-ci constate que les preuves en faveur de l'efficacité du *counselling* sur les comportements préventifs sont minces, considère qu'en l'état les exigences assignées au *counselling* sont telles qu'elles peuvent constituer un frein à la proposition du test par des médecins s'estimant insuffisamment formés, et que, dans la mesure où des traitements efficaces sont disponibles, des normes aussi exigeantes quant au format de l'entretien pourraient être devenues obsolètes⁴⁶⁸.

Le dogme est donc tombé sans avoir jamais été largement suivi, ou peut-être précisément parce qu'il n'a jamais été largement suivi. Qu'en est-il des connaissances empiriques sur ce référentiel de bonnes pratiques professionnelles ?

Si la littérature psychologique sur le *counselling* comme forme de psychothérapie brève est assez fournie, la recherche en sciences sociales est pauvre sur le sujet. L'histoire du *counselling*, notamment, n'a été écrite que par ses promoteurs, et le rattachement de tel ou tel courant du *counselling* à la psychanalyse ou au travail social est rarement étayé par une recherche archivistique et souvent orienté par les coordonnées théorico-politiques des auteurs. Ainsi l'ouvrage de Robert Bor, Riva Miller et Eleanor Goldman est très influencé par une école de psychothérapie (la thérapie systémique, qui considère les comportements individuels comme un symptôme de dysfonctionnement d'un groupe, en général familial)⁴⁶⁹, quand celui de Catherine Tourette-Turgis, une des principales introductrices du *counselling* en France, rapporte l'émergence d'une « orientation non directive en thérapie et en

⁴⁶⁶ World Health Organization, Special Programme on AIDS, *Report of the Meeting on Criteria for HIV Screening Programmes*, Geneva, 20-21 may 1987, p. 8 (WHO/SPA/GLO/87.2).

⁴⁶⁷ World Health Organization, Special Programme on AIDS, *Counselling in HIV Infection and Disease*, January 1988, pp. 2-3 (WHO/SPA/INF/88.2).

⁴⁶⁸ Haute Autorité de Santé, *Dépistage de l'infection par le VIH en France. Modalités de réalisation des tests de dépistage*, octobre 2008, notamment p. 64.

⁴⁶⁹ Robert Bor, Riva Miller, Eleanor Goldman, *Theory and Practice of HIV Counselling. A Systemic Approach*, London, Cassell, 1992.

pédagogie » à l'humeur anti-autoritaire des années 1970 et regrette que le *counselling* ait perdu en se diffusant son potentiel de critique sociale et de transformation sociale. Elle date son introduction en France de 1982, sous la forme du conseil d'orientation professionnelle, inspiré du *case work* (traduit par « aide psychosociale individualisée »)⁴⁷⁰ dont Jeannine Verdès-Leroux avait déjà montré les effets d'occultation des déterminants sociaux des comportements individuels⁴⁷¹. Catherine Tourette-Turgis était jeune docteure en sciences de l'éducation (thèse intitulée « Éducation et psychanalyse », soutenue en 1981 à l'Université Paris VIII sous la direction de Jacques Ardoino) lorsque l'épidémie de sida a commencé. Tout son parcours d'enseignement universitaire et de recherche est tourné vers la formation pour adultes et, depuis les années 2000, vers l'éducation thérapeutique. Il n'est pas indifférent qu'une des référentes en France en matière de *counselling* ait la pédagogie pour objet de recherche et pour cœur de métier. Le penchant pour une pédagogie de la santé, jamais nommée comme telle par des auteurs qui cherchent à se démarquer d'une relation pédagogique verticale et inégale, est donc commun aux théoriciens comme aux praticiens de l'entretien de dépistage.

Il existe toutefois une enquête sociologique sur le *counselling* pratiqué dans le cadre du dépistage de l'infection par le VIH : David Silverman a observé, avant la commercialisation des trithérapies, 195 entretiens dans 11 centres de dépistage (7 au Royaume-Uni, 3 aux USA et un à Trinidad), et en a analysé 93 de façon approfondie (65 entretiens pré-test, 16 entretiens post-test et 12 entretiens avec des personnes vivant avec le VIH). Il met en évidence la distance qui sépare les pratiques effectives des recommandations de bonnes pratiques et des objectifs revendiqués du *counselling*, qui sont les suivants :

- identifier et clarifier les inquiétudes des personnes et leur exposition au risque VIH ;
- vérifier leur compréhension des modes de transmission du VIH, de sa prévention et de la signification du test de dépistage reposant sur la présence des anticorps ;
- aider les personnes à faire des décisions mieux informées en pesant les avantages et inconvénients qu'elles auraient à faire le test ;
- aider les personnes à considérer ce que pourrait être leur plus grande inquiétude si leur test pour le VIH était positif, ou négatif ;
- fournir aux personnes des informations sur les implications personnelles, médicales, sociales, psychologiques et légales d'un test VIH positif, ou négatif ;
- aider les personnes à se préparer aux difficultés auxquelles elles pourraient faire face à l'avenir et leur fournir de l'aide pour elles, leurs familles et leurs proches.

⁴⁷⁰ Catherine Tourette-Turgis, *Le counseling. Théorie et pratique*, Paris, PUF, 1996, pp. 3-24, notamment pp. 19 et 22.

⁴⁷¹ Jeannine Verdès-Leroux, *Le travail social*, Paris, Minuit, 1978, chapitre 2.

Selon ces normes de bonnes pratiques, ce qui distingue le *counselling* du conseil réside dans le caractère moins autoritaire du premier, qui vise à développer le savoir personnel, l'acceptation des émotions et le développement des ressources personnelles. L'enquête empirique de David Silverman montre que les conseils sont pourtant fréquents dans ces entretiens, et prennent la forme de formulations qui évitent la tyrannie du « vous devriez », mais qui incluent un conseil : « vous pourriez considérer les avantages qu'il y aurait à faire ceci », « si vous voulez atteindre vos objectifs, vous feriez mieux de faire cela », « je ne veux pas vous cacher sadiquement mon opinion, mais je pense que c'est mieux de trouver votre propre solution. » Ces formules apparemment non-directives, retrouvées sur mon terrain, sont porteuses de subtiles formes de persuasion. Si la pratique du *counselling* lors du dépistage n'a, comme l'écrit la Haute Autorité de Santé⁴⁷², pas d'effet démontré sur les comportements des usagers du dépistage, la promotion du *counselling* a des effets sur les pratiques des agents du dépistage.

Silverman met en évidence deux « formats de communication » entre lesquels se déploie le *counselling* VIH : dans le format « distribution d'informations » (*information delivery format*), les conseillers transmettent des informations dont les clients ou patients accusent réception par des réponses minimales telles que « mm » ou « yeah » ; dans le format interview (*interview format*), le conseiller pose des questions auxquelles le patient apporte des réponses. Il constate que même les plus directifs des conseillers utilisent le format interview, plus volontiers au début de l'entretien ou quand la résistance du patient à un conseil ou à une information devient manifeste. Le fait que chaque format puisse être utilisé par un même conseiller suggère que chacun sert des fonctions spécifiques. Selon Silverman, le format interview présente un avantage majeur : du fait des paires questions-réponses, les patients sont supposés parler, ce qui permet de comprendre et le cas échéant d'optimiser leurs stratégies de *safer sex*. Le format informatif est beaucoup moins compliqué pour le conseiller, et la contribution du patient à l'échange est plus mince ; il présente deux avantages pour les conseillers pressés par le temps : le conseiller peut fournir des blocs d'informations pré-formatés sans trop de réflexion, et peut couvrir la même gamme de thèmes en un temps plus court. Cependant, Silverman montre que tout dépend de la séquence dans laquelle ces formats sont placés : les conseillers utilisant le format interview pour discuter de sexualité à moindre risque donnent souvent aux patients leur point de vue sur ce sujet, mais seulement après une longue séquence de questions-réponses qui leur permet d'ancrer les informations qu'ils donnent dans le récit que font les patients de ce qu'ils pensent et font. Les observations de Silverman suggèrent que le format interview n'est pas incompatible avec la transmission des dernières informations scientifiques aux patients ; en fait l'enquête de Silverman montre que ce format est hautement compatible avec la délivrance d'une information spécifiquement adaptée pour son destinataire, suivant une longue séquence questions-réponses dans le format interview. Ce format permet au patient d'apprendre les informations pertinentes pour lui. Point capital : dans le corpus

⁴⁷² Haute Autorité de Santé, *op. cit.*, 2008, p. 64.

d'interactions observées par David Silverman, les entretiens suivant le format interview durent en moyenne 40 à 45 minutes, ceux qui suivent le format informatif durent entre 10 et 15 minutes⁴⁷³.

Dans le mien, les interactions durent en moyenne 7 minutes. Comme David Silverman, j'ai intégré au calcul de cette moyenne les entretiens pré-test et les entretiens post-test car ces derniers, bien que souvent plus courts que les premiers, servent aussi d'occasion à un rappel des modes de transmission du VIH ou à des conseils préventifs. La différence de contexte entre l'enquête de David Silverman et la mienne peut expliquer cette différence de durée d'entretien : il a mené son enquête à la fin des années 1980 et au début des années 1990, dans un contexte où la gravité de la maladie et l'absence de traitement efficace pouvait colorer ces interactions d'une inquiétude intense de la part des dépistés, mais aussi d'une obstination volontariste des agents du dépistage à rendre leurs conseils préventifs efficaces. Après la commercialisation des trithérapies, l'inquiétude des uns est moindre et les autres croient davantage à l'efficacité des traitements qu'à la prévention, ce qui fait dire à certains de mes enquêtés (tous médecins) qu' « un bon entretien est celui qui rend un test positif. »⁴⁷⁴

Si elle a quelque peu oblitéré le mandat préventif de l'entretien qui précède et suit le dépistage, l'amélioration des traitements n'a rien enlevé à la vertu majeure de l'entretien aux yeux de ses praticiens : l'incitation à la parole de l'utilisateur. Un bon entretien est un entretien interactif, où l'utilisateur parle et où le professionnel le laisse parler et sait le faire parler :

Marie-Claude Paoli : « Un bon entretien ? C'est un entretien qui permet la parole de l'autre. Quelque chose qui ne soit pas trop directif, mais quand même, comme on a quinze minutes, même dix minutes, parfois, donc il faut que ce soit un peu dirigé, sinon ça peut partir dans tous les sens.

Maud Gelly : Pas directif mais dirigé.

Marie-Claude Paoli : Voilà. Dirigé mais pas directif. Voilà, un entretien avec de l'écoute ; je dirais c'est un peu comme l'entretien motivationnel, quoi. C'est un peu ça. Et en même temps, à un moment donné, il va falloir aussi pouvoir donner des informations, donc l'idée c'est déjà de laisser - moi, c'est comme ça que je le vois et que j'essaie le plus de faire, même si parfois c'est pas dans cet ordre-là qu'on fait, mais bon - c'est de laisser la parole, parce qu'en fait, ce qui est intéressant, c'est que la personne elle-même prenne conscience si elle a pris un risque ou pas. C'est pas qu'on lui dise : "Vous avez pris un risque..." Donc ça, ça nous situe une démarche, justement, d'entretien qui permette d'en arriver là, et à partir de là, de donner des informations objectives sur la prise de risque et puis de répondre aux questions des gens. Parce qu'il y a les questions que nous, on se pose, quand les personnes viennent et on va... suivant la situation, on va dire : "C'est plutôt ça". Mais y'a celles aussi qu'elles avaient quand elles sont rentrées, donc il ne faut

⁴⁷³ David Silverman, *Discourses of counselling. HIV counselling as social interaction*, London, Sage, 1997, pp. 7, 9, 11, 35, 193, 214-217, 220.

⁴⁷⁴ Arnaud Baquet, entretien le 24 septembre 2013.

*pas les oublier. Parce que c'est pas les mêmes. C'est vrai que quelquefois, on les oublie. On n'a pas toujours le temps. »*⁴⁷⁵

Le *counselling* n'efface donc pas l'asymétrie. Cette médecin expérimentée, qui fait ce travail depuis plus de 20 ans, éprouve la contradiction entre l'impératif de non-directivité et de personnalisation de l'entretien d'une part, et les contraintes de travail d'autre part : l'entretien peut d'autant mieux se permettre d'être non-directif et personnalisé qu'il est long.

L'enquête permet ainsi de mettre en évidence la fonction immédiate des techniques d'entretien pour les agents qui en usent dans leur travail. Des techniques similaires, centrées sur la parole et le récit de soi, ont été interprétées comme l'expression moderne d'un magistère moral, notamment par Aloïs Hahn qui analyse de telles pratiques comme des formes contemporaines de la confession⁴⁷⁶ et par Dominique Memmi qui met en évidence le gouvernement des conduites par la parole⁴⁷⁷. Mais ces analyses n'épuisent pas la compréhension de la postérité de telles pratiques professionnelles dans des espaces où la méfiance vis-à-vis de toutes les tentatives de normalisation des conduites, notamment sexuelles, est largement répandue, comme c'est le cas dans l'espace social de la lutte contre le sida.

En effet, pour les professionnels qui sont en première ligne du gouvernement des conduites par la parole, la parole sert des objectifs très concrets et immédiats : elle leur permet d'adapter le service. Elle leur permet notamment de « partir de là où en est la personne », en termes de connaissances des modes de contamination, en termes de pratiques préventives, et plus généralement de conditions de vie, pour leur proposer des outils qu'ils pourront intégrer à leurs pratiques :

*« Il faut toujours prendre en compte ses croyances et ses représentations, il ne faut pas les écarter. Partir de ce que la personne connaît, partir de ce que la personne veut. Ce n'est pas forcément ce que toi tu veux qui va marcher. Ce qui est prioritaire chez la personne, sinon ça ne va pas rentrer. Et c'est ça le grand défi pour nous, agents de santé, parce que nous, on a déjà défini ce qui est bien pour la personne et généralement, ça marche pas. Et si on part de ce que la personne veut, de ce que la personne connaît, on peut construire quelque chose de solide, même si c'est petit. Et qui va servir. »*⁴⁷⁸

Les raisons pratiques de l'usage de la parole par ces agents du travail de santé publique permettent de comprendre qu'ils soient parfois heurtés à la lecture de travaux qui font d'eux les avatars modernes des confesseurs ou les complices d'une normalisation des

⁴⁷⁵ Marie-Claude Paoli, entretien le 27 septembre 2013.

⁴⁷⁶ Aloïs Hahn, « Contribution à la sociologie de la confession et autres formes institutionnalisées d'aveu », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 1986, 62-63, pp. 54-68.

⁴⁷⁷ Dominique Memmi, *Faire vivre et laisser mourir. Le gouvernement contemporain de la naissance et de la mort*, Paris, La Découverte, 2003.

⁴⁷⁸ Saïdou Kaboré, entretien le 10 septembre 2013.

comportements. Il est d'autant plus important d'avoir ce point à l'esprit que, dans l'espace social du sida, la fréquentation de la pensée de Michel Foucault est courante, qu'elle relève de lectures de jeunesse pour les premiers médecins du sida ou d'héritage congénital pour les militants de AIDES. Il s'agit donc ici d'enquêtés prévenus et réflexifs. Tous déploient une énergie considérable à développer une technologie non-directive du travail social, dont fait partie l'invention du *counselling* et son institution comme norme de l'entretien de dépistage, et sont conscients des ambiguïtés de cette technique d'entretien, à l'instar de Cintia Ortiz, ancienne prostituée devenue médiatrice de santé publique :

Cintia Ortiz : « Je fais beaucoup de counselling. Quand j'ai eu ma formation de médiatrice de santé publique, j'ai eu trois mois de counselling. Je connais bien le counselling ! Et je l'utilise énormément. Dans tous les entretiens. Des fois c'est bien, mais des fois on connaît la réponse de la personne, on pousse la personne à dire ce qu'on veut entendre, c'est ça le problème. [...] »

Maud Gelly : Et selon vous en quoi consiste un counselling de qualité ?

Cintia Ortiz : Pour moi, c'est laisser parler la personne et qu'elle prenne confiance. Pour moi, le counselling c'est de façon à ce que la personne prenne énormément confiance. [...] Pour moi, le counselling c'est bien, mais comme je vous ai dit, il ne faut pas rester dans le counselling.

Maud Gelly : Des fois, il ne faut pas trop rester dedans ?

Cintia Ortiz : Pas trop.

Maud Gelly : Parce que vous avez l'impression que quand on reste trop dedans, on guide quand même trop la personne ?

Cintia Ortiz : Oui. Je pense qu'on guide vers ce qu'on veut entendre. Comme je vous l'ai dit avant, on se fait une idéologie de la personne. [...] S'il me dit ça, peut-être que dans sa jeunesse, il y a eu un viol. Et nous, on va chercher à ce que la personne parle du viol. »⁴⁷⁹

Au terme de son enquête sur le dépistage du sida, David Silverman conclut qu'il serait naïf de penser qu'un entretien « centré sur le client », bien que d'apparence moins autoritaire que des modèles d'entretien d'orientation plus médicale, est nécessairement libre d'effets de pouvoir. L'entretien non-directif exerce un pouvoir qui réside dans l'incitation à parler. Silverman en déduit que toute forme de professionnalisme ne peut être dissociée de l'exercice d'un pouvoir, que chacune des parties peut reconnaître comme appropriée et même utile. La configuration de savoir/pouvoir à l'œuvre dans ce type d'interaction positionne alors le conseiller comme facilitateur qui aide le client à mieux comprendre comment ses problèmes pourraient être résolus et qui construit le client comme « libre de choisir » comment y remédier.

⁴⁷⁹ Cintia Ortiz, entretien le 5 février 2013.

Au risque parfois de malentendus : tout délai dans la restitution du résultat du test lors de l'entretien post-test peut être analysé par le patient comme une tentative du conseiller de le préparer à un résultat positif. Ainsi, alors que la remise de la conduite de l'entretien dans les mains du patient peut, dans d'autres circonstances, être normativement définie comme « centrée sur le client », dans le contexte du *counselling* post-test elle peut créer une série d'impasses. Les extraits d'entretien cités par David Silverman montrent ainsi comment l'application mécanique de techniques de communication, sans attention à leur pertinence locale, peut créer de la confusion plutôt que de la compréhension mutuelle⁴⁸⁰.

Là où le contrôle professionnel est absent, il n'en résulte donc pas nécessairement un accroissement du pouvoir du client, mais parfois la confusion du client. Mon enquête permet de préciser les conditions sociologiques du contrôle professionnel sur l'interaction.

En effet, la confusion du client est d'autant plus probable qu'il ne partage pas les codes par lesquels le professionnel lui signifie qu'il lui cède temporairement les rênes (quant à la maîtrise du rythme de l'entretien, au choix des thèmes abordés, aux stratégies préventives adaptées). Ces codes reposent sur les signaux suivants : questions ouvertes, voire très ouvertes pour ne pas dire déconcertantes (« comment envisagez-vous l'avenir ? »), questions explorant les connaissances (« que connaissez-vous comme moyens d'être contaminé ? ») ou les affects (« qu'est-ce qui est difficile pour vous quand vous rencontrez quelqu'un ? »), invitations à l'élaboration personnelle (« vous allez trouver vos propres stratégies de protection, non ? »).

Certains usagers se saisissent plus aisément que d'autres de ces espaces ménagés pour leur expression personnelle, et se lancent dans des développements volontiers teintés d'humour et d'autodérision sur leurs histoires d'amour, de ruptures, de capote craquée ou oubliée : les habitués, les jeunes femmes (avant la mise en couple), les hommes d'âge moyen. D'autres semblent au contraire décontenancés lorsque le dépisteur abandonne les questions fermées courtes et les invite à s'exprimer plus longuement, et intimidés par certaines questions ouvertes qui s'apparentent à un test de connaissances (notamment sur les modes de transmission du VIH) : ceux qui viennent pour un premier test, les femmes vivant en couple ou ayant longtemps vécu en couple, les hommes et femmes qui viennent pour une histoire d' « infidélité », les très jeunes hommes (premières relations sexuelles), les migrants récemment arrivés en France, les membres des classes populaires (sauf lorsqu'ils sont déjà venus plusieurs fois au CDAG et en connaissent le personnel). L'habitude de la fréquentation du CDAG apparaît comme le facteur déterminant de l'aisance de l'utilisateur, quels que soient le sexe, l'appartenance de classe, l'orientation sexuelle et l'ancienneté du séjour en France. J'ai ainsi vu une prostituée péruvienne parlant quelques mots de français plaisanter avec un médecin parlant quelques mots d'espagnol : ils s'étaient déjà rencontrés plusieurs fois pour un test de dépistage, se moquaient des travers des clients de la prostitution, comparaient les avantages respectifs de différents préservatifs, et l'entretien

⁴⁸⁰ Silverman, *op. cit.*, pp. 9, 56, 89-108, 217.

n'a repris un tour sérieux que lorsque le médecin s'est assuré que son interlocutrice connaissait les modalités d'accès au traitement post-exposition.

L'extrait de consultation suivant donne un exemple de formulation synthétique et elliptique des difficultés d'utilisation des préservatifs (un « accident de situation »), ici parfaitement comprise, comme l'indique sa réponse, par un homme de 51 ans, gay, blanc, qui consulte en fin d'après-midi à la sortie de son travail après des vacances en Italie :

Xavier Verpoly : « De quand date votre dernier test ? »

Consultant : Six mois.

Xavier Verpoly : Depuis votre dernier test, est-ce qu'il y a eu une situation à risque ?

Consultant : Oui, il y a deux mois.

Xavier Verpoly : Alors on est un peu juste pour un test rapide, pour être sûr il faudrait un test sanguin.

Consultant : Oui.

Xavier Verpoly : C'était une pénétration non protégée ?

Consultant : Oui.

Xavier Verpoly : Un accident de préservatif ?

Consultant : Non.

Xavier Verpoly : Un accident de situation ?

Consultant : Oui c'est ça, un relâchement.

Xavier Verpoly : On a l'habitude, ça arrive parfois autour de la sexualité, un relâchement. Ou avec l'alcool.

Consultant : Oui.

Xavier Verpoly : Vous vous êtes posé la question du traitement post-exposition ?

Consultant : Non, j'étais en Italie. Mais sinon je l'aurais fait.

Xavier Verpoly : Est-ce qu'il y a des questions que vous souhaitez me poser ?

Consultant : Non, je connais bien tout ça, c'est juste une pénétration.

Xavier Verpoly : Sans éjaculation ?

Consultant : Non.

Xavier Verpoly : Pas de symptômes dans les semaines suivantes ?

Consultant : Non.

Xavier Verpoly : Ce serait bien de faire un test pour les autres infections sexuellement transmissibles. Je peux vous faire une ordonnance.

Consultant : Oui je veux bien. »⁴⁸¹

Cet extrait d'entretien, où les questions fermées sont majoritaires, montrent qu'en dépit des principes du *counselling* qui recommandent au contraire d'employer des questions ouvertes, les questions fermées ne sont pas incompatibles avec l'expression de difficultés préventives dès lors que l'usager a l'assurance d'être compris sans être jugé, ce qui est le cas dans cette structure qui se présente comme « [proposant] aux hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes un dépistage rapide du VIH, gratuit et confidentiel. Ce dispositif vous permet, dans un même temps, d'obtenir le résultat de votre test - soit 1 demi-heure après le prélèvement d'une simple goutte de sang - et de bénéficier d'un *counselling* personnalisé. [...] Vous êtes reçu par des professionnels connaissant les pratiques sexuelles entre hommes et leurs spécificités ; une équipe médicale expérimentée et sensible aux questions d'orientation sexuelle, avec laquelle vous aurez la possibilité de parler librement de vos pratiques, de votre mode de vie, qui pourra vous conseiller et vous orienter selon vos besoins et attentes. »⁴⁸²

En parlant d'« accident de situation », le médecin signifie qu'il sait que cela peut arriver et que la sexualité comporte des « situations » qui échappent à l'autocontrôle. Il s'agit d'une formule qui permet d'exprimer en un temps très court une expérience complexe, et qui peut être comprise de différentes manières et aurait pu faire l'objet d'un contresens. La réponse qu'il reçoit (« oui, un relâchement ») indique que les deux interlocuteurs se sont compris. J'ai fréquemment entendu parler d'« accident de situation » au Checkpoint, jamais en CDAG. Il est possible que l'usage de cette formulation soit lié aux expériences gaies, et il n'est pas certain qu'une telle formule aurait été comprise de n'importe qui. En témoigne cet autre extrait d'entretien, où la médecin utilise elle aussi une formule synthétique et polysémique (« personne à risque »), ici incomprise d'un homme de 26 ans né en Afrique du Nord, ou peut-être délibérément choisie par la médecin pour son ambiguïté afin de lui faire prendre conscience des risques de contamination :

Yasmina Slimani : « C'est pour un test à deux ?

Consultant : Oui.

Yasmina Slimani : Pourquoi vous faites le test ?

Consultant : ...

⁴⁸¹ Checkpoint, notes d'observation, 10 juillet 2012.

⁴⁸² Site internet du Checkpoint, consulté le 9 janvier 2015 : <http://www.lekiosque.org/checkpoint>.

Yasmina Slimani : Vous avez eu des rapports sexuels non protégés ?

Consultant : Oui.

Yasmina Slimani : Pourquoi vous avez des rapports non protégés ?

Consultant : ...

Yasmina Slimani : Pensez-vous que votre partenaire est une personne à risque ?

Consultant : Non.

Yasmina Slimani : Une personne qui a des rapports sexuels non protégés est une personne à risque.

Consultant : ...

Yasmina Slimani : Pourquoi vous avez eu des rapports sexuels non protégés ? Vous aviez pas de préservatifs ?

Consultant : Oui.

Yasmina Slimani : On va vous en donner. Est-ce que vous êtes conscient que vous avez mis en danger votre amie en ayant des rapports non protégés avec elle ?

Consultant : ...

Yasmina Slimani : Il ne faut surtout pas arrêter les préservatifs avant de faire un test. [Puis, en souriant] Prenez des préservatifs, allez-y, prenez-en plus. Au revoir. Bravo, c'est courageux d'être venu ! »⁴⁸³

Dans cet extrait d'entretien, la plupart des questions posées par la médecin sont ouvertes (« pourquoi » ?) mais n'obtiennent que des réponses minimales (oui/non) voire un silence. La tonalité générale de cet entretien est beaucoup plus teintée de reproches que le précédent, du fait de la formulation « vous avez mis votre amie en danger » et de la succession des « pourquoi ? », formulation plus abrupte que des formules comme « qu'est-ce qui vous a amené à ? »⁴⁸⁴ ou « qu'est-ce qui fait que ? » enseignés dans les formations au *counselling*⁴⁸⁵. On voit ainsi que la communauté d'expérience, ici de la migration, ou de l'homosexualité dans l'extrait précédent, ne joue pas nécessairement en faveur de l'atténuation du jugement moral. En revanche la distance de classe facilite ici l'expression d'un jugement moral, qui semble au contraire absent de l'entretien observé au Checkpoint entre deux hommes appartenant aux classes supérieures.

⁴⁸³ CDAG de Fondange, notes d'observation, 7 février 2012.

⁴⁸⁴ Marie-Christine Ngo, entretien le 11 octobre 2013.

⁴⁸⁵ Stage « Conduire un entretien, s'initier aux techniques du counselling », Centre Régional d'Information et de Prévention du Sida, 27 et 28 mai 2009, 11 et 12 juin 2009.

De plus, la comparaison de cet extrait d'entretien avec le précédent, où une majorité de questions fermées ne donne pourtant pas la même impression d'interrogatoire, amène plusieurs questions : qu'est-ce qui oriente l'entretien médical vers le jugement moral ? Dans quelles conditions les techniques d'entretien apprises par les agents du dépistage peuvent-elles atténuer la connotation normative et morale de l'entretien ?

La comparaison de ces deux interactions suggère que, dans le temps contraint de ces entretiens très courts, les agents mobilisent plus facilement de telles techniques d'entretien lorsqu'elles sont comprises par les usagers, au détriment de ceux qui n'ont pas les ressources sociales ou linguistiques pour se saisir de formulations telles que « qu'est-ce qui vous a amené à ? » pour expliquer leurs difficultés à mettre en pratique des recommandations préventives dont ils connaissent le principe. Ceux-ci sont alors plus souvent rappelés à l'ordre par une liste d'interdits (« il ne faut surtout pas », dans l'extrait cité), quand l'explication des différentes stratégies préventives (traitement post-exposition, différents types de préservatifs, conseils de réduction des risques sans préservatif) reste réservée à ceux dont les agents du dépistage ont pris le temps de cerner les difficultés à les mettre en pratique. Le temps de l'entretien est en effet un paramètre crucial : les seuls entretiens où l'explication n'est pas réservée aux classes moyennes et supérieures et l'ordre aux classes populaires sont les plus longs, principalement ceux conduits dans le CDAG hospitalier parisien, à AIDES, ou par les internes du CDAG de Graine.

L'attention aux propriétés sociales des prestataires et usagers du service proposé permet de préciser les conditions sociologiques de possibilité de l'« empathie », principe cardinal de l'entretien non-directif formalisé par Carl Rogers et leitmotiv des règles de bonnes pratiques professionnelles rapportées par les enquêtés.

Dans son enquête sur le *counselling*, qui ne dit rien des trajectoires sociales des dépisteurs ni des propriétés sociales des dépistés, David Silverman discute la définition de l'empathie proposée par Carl Rogers et admise par les soignants, comme capacité à adopter la vision du monde de l'autre, à abandonner ses propres opinions et valeurs pour entrer sans préjugé dans le monde de l'autre. La reformulation des paroles du client est proposée par Rogers comme une technique permettant d'exprimer l'empathie. L'étude de Silverman suggère une autre approche de l'empathie, qui relève alors moins d'une propension psychologique à s'ajuster à ce qui fait sens pour le client que d'une aptitude sociale à saisir les signaux comportementaux présents dans ce que disent et font les clients. Ceci suggère selon lui une révision des conceptions des professions impliquées dans la communication avec des clients : les compétences des conseillers examinées dans son enquête ne sont pas issues d'un corpus de savoir spécial ou professionnel, mais relèvent d'un appareil de description du monde accessible à tous, y compris aux clients. La spécificité du *counselling*

résiderait dans le déploiement systématique de cet appareil afin d'encourager le client à parler⁴⁸⁶.

Mon enquête montre que le déploiement d'un appareil partagé de description du monde n'est, précisément, pas systématique : il est fortement contraint par le temps. Les lois de l'homologie sociale prennent le dessus chaque fois que l'entretien est trop court pour que le prestataire « saisisse les signaux comportementaux » portés par le client et « s'ajuste à ce qui fait sens pour lui ». Le même manquement aux règles préventives sera alors nommé « accident de situation » entre deux hommes appartenant aux classes supérieures et « mise en danger de [son] amie » par une médecin s'adressant à un jeune homme né en Afrique du Nord (on ignore sa profession lors de l'entretien). Dans les interactions conçues pour atténuer l'effet de domination supposé propre à la relation médecin-patient, telles celles observées dans le cadre du dépistage « communautaire » pratiqué « par les pairs » à AIDES, l'effet recherché n'est obtenu que lorsque l'entretien dépasse 20 minutes. Rien ne permet en effet de distinguer les entretiens les plus courts observés à AIDES (moins de 10 minutes) des entretiens de même durée observés en CDAG : mêmes thèmes, même prédominance du conseil ou de l'ordre sur l'explication, même asymétrie des temps de parole (avec participation minimale des usagers, en dépit des standards locaux de bonnes pratiques : « Un bon entretien, c'est un entretien où t'as pas parlé. »⁴⁸⁷)

Le cas des étrangers non-francophones rend manifeste l'enjeu temporel de la compréhension, qui traverse en réalité l'ensemble du corpus et excède largement le seul cas des étrangers. Comprendre l'autre prend du temps, d'autant plus de temps que l'intervention téléphonique d'un interprète est indispensable, comme l'explique une médecin du CDAG de Grande lorsqu'elle cherche à définir un entretien réussi :

« L'écoute, pas d'a priori, vouloir expliquer, même si on a une barrière de langue, voilà. Donc quand on a le temps, on essaie d'appeler ISM⁴⁸⁸, parce que je suis sûre que ça, ça évite des contaminations, mais sûre et certaine ! Et le problème, c'est que malheureusement, on n'a pas le temps à chaque fois. Alors moi je cible, c'est-à-dire que quand je vois le risque majeur, j'appelle ISM, je demande, voilà... Sinon, j'avoue que le Pakistanais, père de trois enfants au pays, qui vient pour travailler, qui a fui je sais pas quoi, et qui va être au calme, voilà : "Everything is good, good !" Et puis, voilà. Bon, là, c'est frustrant, mais on peut pas... »⁴⁸⁹

Ce CDAG reçoit chaque jour des hommes adressés par l'association Médecins du Monde. Ils viennent souvent seuls ou avec un ami, qui traduit parfois l'entretien en anglais, sont en général Pakistanais, et, lors des consultations auxquelles j'ai assisté, ils montraient un papier de format A5 donné par Médecins du Monde et indiquant l'adresse du CDAG et d'autres services de soins ou services sociaux. Les infirmières de l'accueil du CDAG

⁴⁸⁶ Silverman, *op. cit.*, pp. 85-87, 211.

⁴⁸⁷ Dylan Hénin, entretien le 4 mars 2014.

⁴⁸⁸ Inter Services Migrants : service d'interprétariat téléphonique, payé par l'hôpital.

⁴⁸⁹ Céline Bardou, entretien le 8 novembre 2013.

m'expliquent que Médecins du Monde leur propose systématiquement une série de dépistages (diabète, VIH, hépatites virales, tuberculose notamment) en s'appuyant sur la fréquence des maladies dans le pays d'origine plus que sur les facteurs de risque individuels. Dès lors, le dépistage du VIH peut s'avérer non pertinent pour certains jeunes hommes n'ayant jamais eu de rapports sexuels ni consommé de drogues par voie intra-veineuse, mais cependant adressé au CDAG pour le dépistage des hépatites virales. Ce cas de figure est suffisamment fréquent (près d'une consultation sur 10 parmi celles auxquelles j'ai assisté) pour que les médecins et infirmières du CDAG aient construit une figure de l'homme pakistanais sans vie sexuelle, qu'elles mentionnent lorsqu'elles me décrivent les catégories d'usagers qu'elles reçoivent et qui influe sur la prise en charge d'autres hommes pakistanais adressés par Médecins du Monde, y compris lorsqu'ils ont eu des rapports sexuels, comme c'est le cas dans l'extrait d'entretien cité. Les consultations avec ces hommes sont les plus courtes du corpus : elles durent 3 à 4 minutes pour l'entretien pré-test, une minute pour l'entretien post-test. Même quand le risque VIH est nul, les médecins prescrivent cependant le test, mais elles m'expliquent qu'elles le font surtout pour le dépistage des hépatites virales alors associé au dépistage du VIH, car les hépatites virales sont fréquentes au Pakistan.

Ce cas de figure et l'extrait d'entretien avec Céline Bardou permettent de comprendre les raisons pratiques des représentations des agents de santé publique. Au contact du public et sous les contraintes de l'organisation du travail, les catégories épidémiologiques prennent forme, elles prennent corps. Lorsque la salle d'attente déborde (ce qui est toujours le cas dans les deux CDAG hospitaliers enquêtés) et que certains usagers la quittent parce qu'ils en ont assez d'attendre, il faut faire vite, repérer les usagers avec qui il est plus utile de passer du temps et choisir d'en négliger d'autres qu'on estime - ou plutôt qu'on a appris à reconnaître, par l'expérience et les discussions avec les collègues - comme peu exposés à la maladie dépistée.

Mais parfois les agents de santé publique au contact du public se trompent de cible. Ou plus exactement : leur ciblage est ajusté aux données d'incidence de l'infection par le VIH, nettement plus élevée chez les gays et les hommes et femmes nés en Afrique subsaharienne, mais il est mal ajusté aux données de mortalité, plus précoce chez les femmes étrangères et les hommes des classes populaires quelle que soit leur nationalité.

Passé l'énoncé des qualités générales d'un bon entretien de prévention, les plus expérimentés des salariés enquêtés, quelle que soit leur profession et le type de structure qui les emploie, ajoutent qu'il faut :

Arezki Ramadni : « Savoir cibler aussi.

Maud Gelly : C'est-à-dire ?

Arezki Ramdani : Je te l'ai dit tout à l'heure, quand t'as certaines personnes qui viennent avec certaines problématiques, c'est éviter l'éparpillement. Cibler à la fois leur

problématique et comment on peut améliorer le fait qu'ils comprennent pourquoi ils ont cette problématique. Il faut cibler, et j'ai peu de temps pour ça, j'ai très, très peu de temps pour ça. Donc je dois, avec mon expérience, cibler de plus en plus, là où je peux, là où y'a des demandes, et là où c'est intéressant de porter des messages ou d'accompagner. [...]

Maud Gelly : Est-ce que tu peux me raconter un entretien et me montrer comment tu sors la problématique, justement, dans le...

Arezki Ramdani : Difficile, parce que je règle ça au quotidien, c'est difficile de retrouver une problématique particulière.

Maud Gelly : La dernière personne que t'as vue hier soir, par exemple ou... [...]

Arezki Ramdani : C'est : "Qu'est-ce qui fait que c'est pas la première fois que je me retrouve dans cette situation à risque, et pourquoi... ?" Et puis, il peut y avoir aussi... C'est pas seulement sexuel, la demande elle est pas seulement sexuelle, ce serait trop nul de le penser, y'a aussi des troubles affectifs. Les gens sont troublés affectivement. Qu'est-ce qui t'amène à faire un test ? C'est parfois une tromperie, la fin d'une histoire, la coucherie d'une nuit... Là-dessus, plein de choses vont venir se greffer. Ça se résume pas qu'à la sexualité, derrière, t'as toute l'histoire d'un individu, d'une personne.

Maud Gelly : Et alors justement, dans ce travail de ciblage, justement, de la problématique, est-ce que t'utilises des tuyaux, des façons de réfléchir différentes pour un homme, une femme, un vieux, un jeune, homo, hétéro, ça fait des différences pour toi ou... ?

Arezki Ramdani : Au niveau où j'en suis, non, mais au début oui.

Maud Gelly : Ça veut dire qu'au début, oui ?

Arezki Ramdani : Au début, oui, les stéréotypes... Je pense qu'il y a quelque chose d'universel chez chaque humain. Il y a à la fois de la singularité, mais y'a beaucoup de points communs. On est tous singuliers, mais avec beaucoup de points communs.

Maud Gelly : Mais alors au début, comment tu...

Arezki Ramdani : Au début, quand tu débarques dans des milieux que tu connais pas ou des gens à risque, t'as une forme de stéréotypie, et puis une fois que tu l'as dépassée, tu n'arrives qu'à reconnaître que des humains. Qu'il n'y a que des humains ! Y'a que des humains pour moi.

Maud Gelly : Et qu'est-ce qui t'a fait passer d'une façon de voir à l'autre ? C'est...

Arezki Ramdani : Ben c'est d'aller à la rencontre des humains, justement. Et de dépasser les stéréotypes. Vraiment. Les stéréotypes, ben tu peux avoir des stéréotypes sur ce qu'est un homosexuel, ce qu'est une lesbienne, ce qu'est... Tout ça, c'est des conneries. C'est des conneries, pour moi. Cela dit, y'a que des humains. Avec des orientations sexuelles. C'est tout.

Maud Gelly : Et t'as l'impression que c'est plutôt venu avec l'expérience, ou avec...

Arezki Ramdani : Avec l'expérience.

Maud Gelly : D'accord.

Arezki Ramdani : C'est sûr. On a souvent peur de ce qu'on ne connaît pas. Donc finalement, après, on n'a plus vraiment peur. »⁴⁹⁰

Cet infirmier du CDAG des Vignes associe le ciblage des publics à un repérage en situation des facteurs de risque, qui incluent des événements biographiques (rencontre amoureuse, rupture, « tromperie ») et excèdent les catégories épidémiologiques habituelles (gays, migrants, usagers de drogue). Il parle de stéréotypes pour désigner le classement des usagers dans certaines catégories de population et voit dans cette pratique un moyen de réduire l'incertitude face à une situation inconnue, du moins au début. La temporalité dans laquelle se déploie le stéréotype social permet de saisir sa fonction pratique. En effet, il semblerait qu'il s'acquiert au contact du public, ce que nous apprend Michael Lipsky dans son travail sur les services publics, et qu'il se dilue quand le contact se prolonge, ce qu'affirme cet infirmier et que confirme l'observation des consultations.

Comparant le travail des agents de différents services publics (police, éducation, travail social), Michael Lipsky observe que le besoin de simplifier préexiste au stéréotype, qui se développe dans un contexte où il fonctionne en divisant la clientèle : c'est le besoin de routiniser, simplifier et différencier, dans un contexte d'inégalité (du côté des clients) et de contraintes de travail (du côté des salariés), qui amène à l'institutionnalisation de tendances à reproduire les stéréotypes sociaux. Le stéréotype peut ainsi être compris comme une forme de simplification des situations présentées par les clients⁴⁹¹.

Mon enquête dans des structures de santé publique amène à préciser la fonction du stéréotype en situation de soin et à articuler l'analyse de la construction du stéréotype avec celle des catégories épidémiologiques qui l'orientent ici fortement : gays, migrants, usagers de drogue. Ces catégories sont durcies par la définition des cibles de l'action publique, autrement dit « par en haut », mais aussi par les routines et contraintes de travail, c'est-à-dire « par en bas ». Les entretiens avec les salariés enquêtés montrent que tous oscillent entre les deux attitudes exprimées par l'infirmier cité plus haut : repérage des fragilités individuelles et classement préalable des publics selon des stéréotypes.

L'observation de leurs pratiques montre que, quelle que soit le secteur d'activité (public ou associatif) et l'appartenance professionnelle, la tendance à personnaliser la consultation l'emporte dans les interactions les plus longues et que la tendance à standardiser la consultation en l'indexant au classement de l'utilisateur dans une catégorie épidémiologique l'emporte dans les interactions les plus courtes. Les interactions les plus

⁴⁹⁰ Arezki Ramdani, entretien le 15 octobre 2013.

⁴⁹¹ Michael Lipsky, *Street-Level Bureaucracy. Dilemmas of the Individual in Public Services*, New York, Russell Sage Foundation, 2010 [1980], pp. 115 et 142.

longues sont, de façon concordante avec l'impression d'Arezki Ramdani, celles menées par les agents du dépistage les moins expérimentés, notamment les internes du CDAG de Grande, mais aussi les interactions observées à AIDES et dans le CDAG hospitalier parisien où les médecins et infirmières soumettent aux usagers un questionnaire systématique très détaillé incluant leurs caractéristiques sociales (profession, niveau d'études, nationalité) et leurs pratiques sexuelles et de consommation de drogues.

Dans ce dernier cas, c'est l'institution qui rend possible et favorise la personnalisation de l'entretien au-delà des catégories épidémiologiques. La personnalisation de l'entretien résulte ici moins d'une certaine méfiance vis-à-vis de l'héritage hygiéniste de la santé publique, que d'un souci de connaissance fine de la population par une équipe qui a été, depuis ses débuts, plus fortement pourvue que d'autres en médecins de santé publique, donc davantage orientée par une approche de la santé à l'échelle collective.

3. Un bon entretien ne sert à rien

Parmi les agents du dépistage, les bonnes et mauvaises pratiques professionnelles sont donc consensuelles, malgré un scepticisme discret quant aux effets préventifs réels de l'entretien qui entoure le dépistage. Si les doutes sur l'efficacité préventive de leur travail sont perceptibles dans certains extraits d'entretien cités (Magali Dubois : « être ouverts pour que peut-être ils changent leurs pratiques, idéalement... »), ils sont manifestes et ouvertement assumés à un niveau plus institutionnel.

Lorsqu'elle publie en 2009 de nouvelles recommandations sur le dépistage du VIH, la Haute Autorité de Santé inclut dans son argumentaire une revue de la littérature scientifique publiée depuis 2000 sur l'efficacité d'interventions visant à réduire les comportements à risque d'infection par le VIH. La recherche bibliographique a identifié six méta-analyses, c'est-à-dire six recherches synthétisant chacune les résultats de plusieurs études, ici 10 à 33 études par méta-analyse. Le niveau de preuve de ce type de résultat est élevé. La synthèse de la HAS est la suivante : « les deux méta-analyses ayant évalué l'efficacité d'interventions comportementales visant à réduire les pratiques à risque chez des personnes infectées par le VIH ont mis en évidence une réduction du risque de survenue d'une IST⁴⁹² ainsi qu'une diminution des pratiques sexuelles à risque par rapport aux groupes contrôle. Certaines caractéristiques des interventions étaient associées à leur efficacité : il s'agissait d'interventions fondées sur les théories comportementales, ciblées sur les comportements de transmission du VIH, favorisant l'acquisition de compétences, délivrées en face-à-face individuel, par des professionnels de santé ou des conseillers professionnels, de façon intensive (plus de 10 séances sur plus de 20 heures) et sur une période longue (3 mois et plus). L'effet restait significatif à 6-12 mois. Deux méta-analyses ont évalué l'efficacité

⁴⁹² Infection sexuellement transmissible.

d'interventions comportementales visant à réduire les pratiques à risque chez des HSH⁴⁹³. Dans les deux cas, un effet positif significatif était mis en évidence sur les rapports anaux non protégés et l'utilisation des préservatifs. En revanche, l'intervention n'était pas associée à une diminution du nombre de partenaires sexuels. L'effet le plus important était retrouvé pour les interventions fondées sur des modèles théoriques comportementaux, reposant sur une discussion en groupes de taille restreinte, favorisant l'acquisition des compétences interpersonnelles, de façon moyennement intensive (plus de 1 séance sur plus de 4 heures) et sur une période relativement longue (3 semaines et plus). L'effet restait significatif à 8-12 mois. Dans des populations hétérosexuelles adultes, les interventions comportementales évaluées étaient associées à une réduction du risque de survenue d'une IST ainsi qu'à une diminution des pratiques sexuelles à risque (diminution des rapports sexuels non protégés et augmentation de l'utilisation des préservatifs mais pas de diminution du nombre de partenaires sexuels) par rapport aux groupes contrôle. Un seul facteur était associé à l'efficacité de l'intervention : les interventions délivrées en groupe avaient un effet plus important que les interventions individuelles. Des résultats identiques étaient retrouvés lorsqu'était évaluée l'efficacité d'interventions comportementales auprès d'adolescents. Si aucune caractéristique des interventions ne pouvait expliquer l'hétérogénéité des résultats, l'effet de l'intervention semblait plus marqué en cas de composition ethnique homogène des groupes en dehors du contexte scolaire. » L'argumentaire de la HAS présente également une synthèse de 18 méta-analyses, publiée en 2008, avec les résultats suivants : les interventions testées sont associées à une augmentation significative de l'utilisation des préservatifs, mais sans effet significatif sur la fréquence des infections sexuellement transmissibles ; les interventions sont d'autant plus efficaces qu'elles sont longues et menées auprès de « groupes homogènes » ; elles sont plus efficaces auprès d'hommes homosexuels et des personnes infectées par le VIH⁴⁹⁴.

On l'aura compris, les conditions dans lesquelles l'entretien a quelque efficacité en termes de réduction du risque de contamination par le VIH (intervention longue et répétée, menée en groupe – sauf pour les personnes infectées par le VIH, pour lesquelles l'entretien individuel est plus efficace) ne sont jamais réunies dans le dispositif de dépistage. La plus grande efficacité de ces interventions auprès d'hommes homosexuels et de personnes infectées par le VIH suggère que le sentiment d'être concerné conditionne la réception des messages préventifs. Fait intéressant : deux des méta-analyses citées mettent en évidence un effet favorable de l'homogénéité du groupe (« ethnique » dans l'une, sans précision dans l'autre) sur l'efficacité de l'intervention.

Ce qui frappe à la lecture de l'argumentaire de la HAS et des recommandations qui en découlent, c'est leur déconnexion respective : l'argumentaire conclut que le *counselling* est efficace dans certaines conditions, non réunies dans le dispositif de dépistage ; les

⁴⁹³ Hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes.

⁴⁹⁴ Haute Autorité de Santé, *Dépistage de l'infection par le VIH en France. Stratégies et dispositif de dépistage*, octobre 2009, pp. 53-54 et 68.

recommandations auraient pu en déduire qu'il fallait développer des entretiens collectifs longs dans les CDAG. Mais elles concluent qu'il faut réduire l'entretien au recueil du consentement au test, afin de faciliter la proposition du test en routine par des médecins généralistes :

« Dans le cadre de la stratégie de dépistage universel recommandée, l'information-conseil personnalisé peut être limitée à la délivrance d'une information adaptée afin d'obtenir un consentement éclairé et à l'appréciation de la capacité de la personne à recevoir le résultat du test. Il s'agit ainsi de favoriser la proposition de dépistage par les médecins généralistes comme par d'autres professionnels de santé au sein de structures d'offre de soins variées. Cette offre doit être guidée par l'existence d'une promesse thérapeutique forte de l'infection par le VIH et la présentation des bénéfices individuels à en attendre. En dehors de ce cadre, la proposition d'une information-conseil personnalisé doit être adaptée aux différents contextes de l'offre de dépistage : offre d'un test de dépistage par des professionnels formés en cas d'exposition plus ou moins répétée à un risque, offre ou accès au dépistage rapide dans les structures associatives, etc. »⁴⁹⁵

La divergence entre les argumentaires produits par la Haute Autorité de Santé et les recommandations qu'elle en tire a déjà été dénoncée, en particulier par la revue *Prescrire*, qui les passe régulièrement « au crible », comme l'indique le titre de la rubrique dédiée par la revue à la lecture critique de cette littérature⁴⁹⁶. Dans les recommandations de la HAS sur le dépistage du VIH, on comprend combien l'étayage scientifique des recommandations de bonnes pratiques est de peu de poids face à la faisabilité de leur mise en œuvre, et pourquoi il en résulte une incohérence entre l'argumentaire scientifique et les recommandations finales. En effet, développer des entretiens collectifs prolongés et répétés dans les structures accueillant les publics les plus exposés au VIH (conditions dans lesquelles les interventions préventives ont été prouvées efficaces), c'est-à-dire les CDAG et les associations de lutte contre le sida, aurait supposé une réorganisation considérable de ces structures, avec notamment un financement non indexé sur le nombre de tests pratiqués, comme c'est le cas actuellement.

Pratiqués tels qu'ils le sont dans les structures de dépistage, c'est-à-dire en face-à-face en sept minutes (durée moyenne des interactions observées), les entretiens n'ont donc pas fait la preuve de leur efficacité sur la réduction des comportements associés à un risque de contamination élevé. Qu'en est-il alors de l'effet supposé favorable de l'entretien de dépistage sur l'entrée dans les soins en cas de test positif ? Là encore, l'optimisme des agents du dépistage contraste avec le scepticisme exprimé à des positions plus institutionnelles ou hybrides, telle celle de Bruno Spire, chercheur à l'Inserm et président de AIDES. Il s'appuie sur certaines données (à ma connaissance non publiées) de l'enquête

⁴⁹⁵ HAS, *op. cit.*, 2009, p. 186.

⁴⁹⁶ *Prescrire* Rédaction, « Au crible. Le point après deux ans d'analyses des guides de pratique clinique de la Haute Autorité de Santé », *La Revue Prescrire*, 2009, 29 (306), pp. 308-309.

VESPA⁴⁹⁷, qui lui permettent même de dédramatiser le dépistage fait « à l'insu » de l'utilisateur, repousser absolu des bonnes pratiques de dépistage depuis le début de l'épidémie :

Maud Gelly : « Dans un CA⁴⁹⁸ de septembre 2008, tu dis qu'il n'y a pas d'incidence du counselling sur la qualité des soins, c'est-à-dire ?

Bruno Spire : Sur la qualité des soins ?

Maud Gelly : Je suppose que c'était sur l'adhésion aux soins après...

Bruno Spire : Ah oui, parce qu'il y a des exemples... où on disait : "Il faut absolument du counselling de qualité...". Les argumentaires que toutes les associations disaient dans les années 80, c'était de dire : "On peut pas faire du dépistage comme ça, sauvage, sans entretien, parce qu'après les gens ne viendront pas dans le soin, ils ne seront pas observants... Ils seront perdus de vue, ils ne viendront pas, etc..." Et dans l'enquête Vespa, on a regardé ceux qui avaient eu un dépistage à l'insu...

Maud Gelly : Ah bon ?

Bruno Spire : On leur a demandé comment ils avaient appris leur VIH. Y'en avait qui avaient eu le dépistage à l'insu, on leur avait pas demandé l'autorisation, il n'y avait pas eu de counselling, etc. D'autres qui étaient dans un cadre de dépistage volontaire, tel que prévu, comme il faut et tout... On a vu zéro différence sur aucun indicateur. Moi, j'étais le premier à dire : "on va regarder ça comme la preuve que ce qu'on dit est vrai". Donc, comme chercheur, avec mon équipe de recherche, j'ai absolument voulu regarder ça, dès qu'on a eu les résultats de Vespa. Et, oh surprise, pas d'effet ! C'est ça que je voulais dire. Faut pas forcément croire à la magie du counselling. Alors ça veut pas dire qu'il faut pas en faire, il ne faut pas aller jusque là. Mais en même temps, il ne faut pas non plus s'imaginer que le counselling va tout faire après et que parfois... Parce qu'il y a des ayatollahs du counselling qui disent que "si on n'a pas..., et que si là, on est un peu pressés et qu'on va faire 5 minutes de moins, c'est dramatique..." Faut se calmer. Y'a pas de différence après pour les positifs. On n'a pas vraiment démontré d'effet des circonstances de l'annonce, par rapport au counselling, sur les effets sur les soins après. C'est pas démontré. Ça veut pas dire qu'il n'y en a pas, mais pour l'instant on a vu zéro effet. »⁴⁹⁹

Si le *counselling* tel qu'il est réellement pratiqué ne sert pas à éviter des contaminations, comme le montre la HAS, ni peut-être même à favoriser l'entrée dans les soins, comme le soupçonne Bruno Spire sur la base de l'enquête VESPA, à quoi sert-il ? S'il perd de son sens avec la commercialisation des trithérapies, pourquoi sa promotion saturée telle l'avalanche des rapports publiés sur le dépistage du VIH entre 2005 et 2009 ?

Un premier élément de réponse tient au contexte spécifique et à l'état du rapport de forces dans l'espace social du sida : si le *counselling* a perdu de son intérêt en tant

⁴⁹⁷ VIH : Enquête sur des Personnes Atteintes. Les enquêtes VESPA 1 et 2 ont été menées en 2003 et 2011 sous l'égide de l'ANRS.

⁴⁹⁸ Compte-rendu de Conseil d'Administration de AIDES.

⁴⁹⁹ Bruno Spire, président de AIDES, entretien le 10 septembre 2012.

qu'instrument clinique, mobilisé dans le travail des soignants, il en a peut-être gagné en tant qu'instrument tactique, mobilisé par les associations comme outil de légitimation dans le champ médical et par des médecins réfractaires à l'extension du dépistage aux associations. C'est pourquoi Bruno Spire insiste sur l'importance du *counselling* dans le cahier des charges associatif en matière de dépistage, et développe d'autres arguments - telle la meilleure connaissance, par les associations, des publics visés - lorsque les preuves en faveur de l'efficacité préventive du *counselling* s'avèrent ténues. Du côté de la Direction Générale de la Santé, le *counselling* reste aussi la norme légitime en matière de dépistage, mais la relativisation de sa portée réelle permet de dégonfler les prétentions des associations à incarner seules l'entretien de prévention empathique et non-jugeant, comme dans les propos de Frédérique Delatour, alors médecin en CDAG et responsable du bureau des infections à VIH, IST et hépatites à la Direction Générale de la Santé :

Maud Gelly : Pour vous c'est quoi un counselling de qualité ?

Frédérique Delatour : Pour moi, un counselling de qualité c'est un counselling qui s'adapte à la personne. C'est-à-dire que dérouler tout l'entretien de counselling pour tout le monde, ça sert à rien, voilà ! Et c'est pour ça que c'est très ambigu ! Les associations nous renvoient toujours qu'en CDAG, on ne fait pas de counselling. Alors c'est vrai que dans les CDAG, il y a des procédures qui ne fonctionnent pas, ils font du test à l'arrache, etc. Et puis il y a des gens qui font du counselling, pas forcément dans le déroulé classique, mais simplement en fonction de ce que vous renvoie la personne. Le petit couple qui vient, qui n'a pas pris de risques, qui veut retirer le préservatif, vous n'allez pas lui faire du counselling, ça sert à rien. Par contre, l'homo - alors ce qu'il faut voir c'est que vous avez aussi des contraintes de temps, etc. - qui est en situation de risque important, alors vous pouvez commencer à faire du counselling, mais à un moment, il va falloir que vous trouviez l'ouverture pour rentrer dans le vif du sujet. Je réfléchis, quand est-ce que c'est arrivé, l'autre jour... ? Je réfléchis à des moments où on commence avec une situation assez banale et petit à petit on se rend compte qu'on a... Je ne me souviens plus. Mais quelquefois, c'est extraordinaire, vous êtes dans un entretien et tout à coup vous avez une porte d'entrée, c'est-à-dire que la personne vous dit quelque chose et à ce moment-là, vous pouvez retomber sur la discrimination, la souffrance, sur l'addiction... Voilà. L'idée du counselling systématique... Mais ceci étant, le dépistage n'est intéressant que s'il y a du counselling autour. C'est-à-dire que moi, je pars du principe que quelqu'un qui vient faire un dépistage en CDAG, il faut qu'il ressorte avec un plus, outre son résultat de test. Alors ce plus peut être : où sont les centres de planification pour une jeune fille, l'information sur le TPE⁵⁰⁰ pour un homo... Le plus aussi c'est essayer de faire réfléchir à comment s'est passée la prise de risque, quels sont les déterminants, etc. Mais c'est difficile, parce que vous n'arriverez pas à faire changer un comportement dans votre cabinet, alors que la personne est complètement décontextualisée de son environnement de prise de risque. C'est très difficile, hein ! Et je ne pense pas que ça se fasse en un seul coup. C'est pour ça que je pense que ça permet de nourrir le discours des médecins autour de l'acte de dépistage. Je ne sais pas, vous avez quelle impression, vous ?

Maud Gelly : De ce que j'observe, les pratiques diffèrent peu, à une différence près, pour AIDES, c'est l'anticipation du résultat positif.

⁵⁰⁰ Traitement Post-Exposition au VIH.

Frédérique Delatour : Oui. Ils le font systématiquement ?

Maud Gelly : Oui, toujours. Je ne l'ai jamais vu manquer, même dans les entretiens de cinq minutes.

Frédérique Delatour : Alors moi, je le fais très rarement.

Maud Gelly : Alors effectivement, en CDAG, je ne l'ai pas vu.

Frédérique Delatour : Non.

Maud Gelly : Pourquoi vous le faites rarement ?

Frédérique Delatour : Parce qu'on perd beaucoup de temps. Mais AIDES ne voit pas du tout le même public. Quand vous avez en population générale, l'anticipation du résultat, ça ne sert à rien. Vous avez votre salle d'attente qui est archi-pleine...

Maud Gelly : Oui, ça j'ai vu.

Frédérique Delatour : [...] Le counselling, je pense qu'il faut aussi voir qu'en 1987, on n'avait pas d'autre solution, on n'avait pas de traitement, on n'avait rien, et l'idée c'était que ça diffuse pas... et on ne connaissait pas aussi vraiment les publics chez qui y avait... enfin, en 1987, on commençait à savoir, mais voilà, on n'avait que ça comme outil. Les gens qui étaient négatifs, il fallait qu'ils restent négatifs, c'était vraiment super-important. [...] Le counselling, c'est comme Monsieur Jourdain qui fait de la prose sans le savoir : quand vous avez un peu de bon sens, un peu de pratique, un peu d'empathie envers les gens, vous avez un counselling inné. Enfin inné, j'exagère, mais par exemple, l'idée de vérifier le niveau d'information, le niveau des connaissances, etc. de définir des situations à risque, de travailler sur... ça se restreint très rapidement, ou bien les gens vous le disent : « Oui, j'étais bourré, j'ai pas mis de préservatif », qu'est-ce que vous voulez leur dire ? Buvez moins ? [rires] Non ! »⁵⁰¹

« De la prose sans le savoir » : on ne saurait mieux dire la fonction rhétorique du *counselling*. Pour illustrer son propos, cette médecin donne un exemple de « situation à risque » fréquemment racontée par les usagers du dépistage sans qu'il ait été nécessaire de déployer une technique d'entretien sophistiquée, et face à laquelle il ne lui semble pas indispensable d'être dûment formée au *counselling* pour ne pas répondre par l'ordre « buvez moins ! »

Mais, outre cet usage tactique du *counselling* au sein de l'espace social du sida, on peut trouver une signification plus générale à la norme de la « non-directivité ». En effet, le *counselling*, en tant que référence de bonnes pratiques partagée par les acteurs institutionnels, professionnels et associatifs du champ, témoigne d'une volonté de diffuser dans le champ médical une pratique « non directive » du soin. Précisant les « ficelles » qui permettent d'analyser les politiques publiques sur un mode ethnographique, Nicolas Belorgey propose « non de prendre les discours des enquêtés au pied de la lettre, mais de

⁵⁰¹ Frédérique Delatour, entretien le 19 avril 2013.

les considérer comme des symptômes d'autre chose qu'eux, notamment de leurs catégories de pensée. »⁵⁰² Le statut référentiel, dans le champ médical contemporain, de la non-directivité peut alors être interprété comme un symptôme de la dénégation du désir de surplomb inhérent au choix d'endosser une fonction pédagogique. Ce qui n'empêche pas le professionnel de garder la main, y compris sur les affects de l'usager :

*« On inquiète les rassurés et on rassure les inquiets. C'est quand même beaucoup ça, l'entretien. Ça, c'est vraiment en permanence, quand quelqu'un est très inquiet, on essaie plutôt d'analyser objectivement le risque et finalement, ça va plutôt le rassurer si on analyse objectivement. Quand quelqu'un est "j'ai jamais rien", on essaie d'analyser le risque, et de voir que finalement, il a beau être très rassuré, il y a peut-être un petit risque quand même. »*⁵⁰³

Les positions de la Haute Autorité de Santé, du président de la principale association de lutte contre le sida et de la représentante de la Direction générale de la santé, également médecin de CDAG, concordent donc : dans ce travail à forte dimension pédagogique, la posture prime sur le contenu. On reconnaîtra là une propriété de la communication pédagogique mise en évidence par Pierre Bourdieu et Jean-Claude Passeron : « l'autorité pédagogique qui garantit la communication tend toujours à exclure la question du rendement informatif de la communication. Preuve [...] que le contenu informatif du message n'épuise pas le contenu de la communication, la relation de communication pédagogique peut se maintenir en tant que telle, lors même que l'information transmise tend à s'annuler. »⁵⁰⁴

4. Conclusion

Un détour par cette sociologie du système d'enseignement, inusité dans les travaux sociologiques sur la santé, peut s'avérer pertinent dès lors qu'on accepte de prendre au sérieux la foi des agents de santé publique dans la dimension pédagogique de leur travail, et de se laisser surprendre par le désintérêt général pour l'efficacité préventive et le contenu même de l'interaction dans laquelle il se déploie. En effet, la recherche de Bourdieu et Passeron est « née de l'intention de traiter le rapport pédagogique comme un simple rapport de communication et d'en mesurer le rendement, c'est-à-dire, plus précisément, de déterminer les facteurs sociaux et scolaires de la réussite de la communication pédagogique

⁵⁰² Nicolas Belorgey, « De l'hôpital à l'État : le regard ethnographique au chevet de l'action publique », *Gouvernement et action publique*, 2012, 2 (2), pp. 9-40.

⁵⁰³ Arnaud Baquet, entretien le 24 septembre 2013.

⁵⁰⁴ Pierre Bourdieu et Jean-Claude Passeron, *La reproduction. Éléments pour une théorie du système d'enseignement*, Paris, Minuit, 1970, p. 36.

par l'analyse des variations du rendement de la communication en fonction des caractéristiques sociales et scolaires des récepteurs. »⁵⁰⁵

Appliquée au travail de santé publique, l'analyse de la communication pédagogique par Bourdieu et Passeron permet de déterminer le rendement de la communication médicale et ses facteurs de réussite, sans la réduire à la profession médicale ni même aux professions de santé, puisque le corpus inclut des salariés associatifs non-professionnels de santé : « l'autorité pédagogique a [...] pour effet d'assurer la valeur sociale de l'action pédagogique indépendamment de la valeur "intrinsèque" de l'instance qui l'exerce et quel que soit, par exemple, le degré de qualification technique ou charismatique de l'émetteur. Le concept d'autorité pédagogique permet d'échapper à l'illusion pré-sociologique qui consiste à créditer la personne de l'émetteur de la compétence technique ou de l'autorité personnelle qui, dans les faits, est automatiquement conférée à tout émetteur pédagogique par la position, garantie traditionnellement ou institutionnellement, qu'il occupe dans une relation de communication pédagogique. »⁵⁰⁶

On pourra objecter que l'appareillage théorique n'est pas parfaitement adéquat au matériau empirique, qu'il est trop grand pour le terrain, car « étant donné les conditions qui doivent être remplies pour que s'accomplisse un travail pédagogique, toute instance pédagogique est caractérisée par une durée structurale plus longue, toutes choses égales par ailleurs, que d'autres instances exerçant un pouvoir symbolique. »⁵⁰⁷ Or, à la différence du travail d'inculcation scolaire, le travail pédagogique en santé s'exerce de façon ponctuelle dans le cadre de la relation médicale. Mais cette action ponctuelle est d'autant plus répétée que le patient appartient aux groupes sociaux qui consultent le plus souvent un médecin, en particulier pour des motifs préventifs, c'est-à-dire les femmes et les membres des classes dominantes⁵⁰⁸, et cette socialisation médicale s'auto-entretient par la fréquentation médicale accrue, de même que « le besoin de fréquenter le musée ou l'église a pour condition la fréquentation du musée ou de l'église et que la fréquentation assidue suppose le besoin de fréquenter. »⁵⁰⁹ Les consultations de dépistage apparaissent comme un travail pédagogique ponctuel, dont l'investigation permet de rendre compte de mécanismes agissant à plus forte raison et plus durablement dans des activités médicales où les interactions sont plus régulières et répétées que sur ce terrain d'enquête.

Le terrain du dépistage du sida met ainsi en évidence à la fois l'ambition pédagogique partagée par ses agents, et les conditions dans lesquelles le travail pédagogique effectif varie avec la distance sociale. Si la pédagogie prend soin, on l'a vu, de ne pas se présenter comme une morale, elle accomplit cependant une imposition symbolique de représentations, et ce

⁵⁰⁵ Bourdieu et Passeron, *ibid.*, p. 89.

⁵⁰⁶ Bourdieu et Passeron, *ibid.*, pp. 35-36.

⁵⁰⁷ Bourdieu et Passeron, *ibid.*, p. 46.

⁵⁰⁸ Pierre Mormiche, « Pratiques culturelles, profession et consommation médicale », *Économie et statistique*, 1986, 189, pp. 39-50.

⁵⁰⁹ Bourdieu et Passeron, *op. cit.*, p. 54

d'autant plus que la distance sociale est grande entre l'agent du dépistage et l'utilisateur. C'est le cas au CDAG de Fondange dans l'extrait présenté dans ce chapitre, lorsque la médecin reproche à son interlocuteur d'avoir « mis son amie en danger ». Au contraire, lorsqu'elle se déploie entre pairs, la pédagogie se réduit au partage d'informations, par ailleurs souvent connues de l'utilisateur. C'est le cas au Checkpoint, où l'appartenance commune à la moyenne bourgeoisie et l'expérience commune d'une sous-culture gaie atténuent la dimension potentiellement conflictuelle d'une interaction explorant les conduites intimes et les écarts aux conduites préventives.

Si la relation pédagogique est l'inculcation d'un arbitraire culturel à un dominé par un dominant, elle est d'autant moins visible que l'arbitraire culturel est partagé, comme c'est le cas lorsque la distance sociale et culturelle est réduite. Reste à rendre compte des éléments qui peuvent déterminer le rendement du travail pédagogique des agents de santé publique, et plus généralement le rendement de la communication médicale.

La question du rendement de la communication médicale amène à explorer plus avant les pratiques de classement des publics par ces salariés. En effet, dès lors que la pédagogie de la santé est la fiction qui permet de croire que le travail de santé publique est utile pour *tous* ses destinataires, et que cette fiction est efficace (c'est-à-dire si elle satisfait et assure cette croyance), elle a des effets sur l'objectivation de risques inégaux face à la maladie et la mort : si la pédagogie de la santé est utile à tous, peu importe d'identifier ceux qui en ont le plus besoin et les modalités pédagogiques qui pourraient leur être utiles, et peu importe de se tromper en l'orientant vers préférentiellement vers ceux qui sauront le mieux en faire usage.

Chapitre 6

Sociologie spontanée et sens pratique des soignants

Déterminer le « rendement » de la communication médicale suppose d'objectiver deux de ses caractéristiques : sa durée et son contenu ; et de chercher comment elles varient en fonction des appartenances de classe, de genre, nationales et sexuelles de ses destinataires. En effet, on l'a vu, ces propriétés sociales déterminent des niveaux inégaux d'exposition au VIH (les gays et migrants étant plus fortement exposés) et de mortalité par sida (les femmes, notamment étrangères, et les membres des classes populaires, décédant plus précocement). Le service rendu par les agents du dépistage consistant à réaliser un test accompagné d'un entretien visant à promouvoir l'adoption de conduites préventives, il ne peut exercer d'effets directs sur les inégalités face à la mort. Si les agents du dépistage sont susceptibles de fournir un service socialement différencié, c'est en matière d'informations et d'explications quant aux stratégies préventives disponibles et efficaces (préservatif « masculin » ou « féminin », traitement post-exposition, pratiques de réduction des risques sexuels). Si différenciation sociale il y a, elle concerne donc avant tout le travail pédagogique des agents de santé publique. Il s'agit alors, pour l'enquête sociologique, de comprendre comment le travail pédagogique fourni par les agents du dépistage varie en fonction des risques de contamination qu'ils objectivent parmi les publics qu'ils accueillent, et comment les agents objectivent ces risques.

L'objectivation des risques de contamination est nécessairement déterminée par l'orientation préférentielle des structures enquêtées vers tel ou tel public. En effet, les structures associatives ciblent préférentiellement des publics particulièrement exposés au risque de contamination par le VIH : hommes homosexuels pour le Checkpoint, hommes homosexuels et personnes migrantes pour les actions observées à AIDES. Dès lors, le travail d'objectivation des risques de contamination est écourté, voire absent, dans les interactions observées au Checkpoint, et dans une moindre mesure à AIDES. C'est dans les CDAG que ce travail est visible, car les CDAG accueillent un public non sélectionné en amont : la « population générale ». C'est donc essentiellement dans les CDAG que l'enquête ethnographique est susceptible de mettre au jour des pratiques d'objectivation des risques de contamination et une éventuelle différenciation du travail pédagogique.

Dans un premier temps, on traitera donc d'une contrainte commune aux structures associatives et publiques où s'est déroulée l'enquête (le temps) et des marges de manœuvre variables pour desserrer cette contrainte : nulles en CDAG, où il n'est pas rare de trouver 20 personnes dans la salle d'attente ; réduites au Checkpoint, où les usagers sont plus souvent reçus sur rendez-vous, ce qui allège la pression dans la salle d'attente ; plus importantes à AIDES, où, dans un groupe de trois à quatre salariés, deux à trois vont à la rencontre des passants dans un lieu public pour leur proposer de faire un test de dépistage, tandis que le quatrième fait les tests dans un camion à proximité. Dans les CDAG et au Checkpoint, la

demande de dépistage émane des usagers. Au contraire, à AIDES, l'offre de dépistage émane des salariés associatifs, qui vont à la rencontre de publics au sein desquels ils s'efforcent de recruter des usagers parmi lesquels la probabilité de trouver des séropositifs est élevée. Les agents du dépistage peuvent ainsi contrôler le flux des usagers, et ralentir le recrutement lorsqu'ils constatent que la file d'attente s'allonge devant le camion où leur collègue effectue les tests. Ce n'est donc pas la contrainte temporelle qui distingue le plus clairement les secteurs public et associatif, mais la direction centrifuge (de la clinique vers la maison, la rue, l'usine, écrit David Armstrong⁵¹⁰) ou centripète du dépistage.

En revanche, le travail d'objectivation des risques de contamination parmi le public et la différenciation du travail pédagogique qui en résultent diffèrent radicalement dans le secteur public, qui accueille un public indifférencié, et dans le secteur associatif, qui développe des actions spécifiques pour toucher des publics pensés comme suffisamment homogènes pour répondre à l'offre de dépistage faite sous cette forme. On traitera donc ensuite séparément de la différenciation du travail pédagogique dans les CDAG d'une part, et au Checkpoint et à AIDES d'autre part.

Enfin, on montrera, à travers l'analyse de l'usage différentiel d'un outil pédagogique connu des agents du dépistage et appris au cours de leurs formations (l'« échelle des risques »), que le type de secteur d'emploi (public ou associatif) ne détermine pas mécaniquement l'objectivation des risques de contamination parmi le public et la différenciation du travail pédagogique, et que les pratiques des agents varient selon les trajectoires sociales et professionnelles de ces derniers, quel que soit leur secteur d'activité et le public que cible leur employeur.

L'enquête dans les structures de dépistage du VIH/sida permet ainsi de compléter les observations d'Howard Waitzkin sur la relation médecin-malade sur un terrain où elle est marquée par une distance sociale plus variable. En effet, si Howard Waitzkin a choisi la relation médecin-malade comme objet d'étude sociologique pour son caractère exemplaire d'interface interpersonnelle entre des classes sociales qui, ordinairement, se rencontrent peu⁵¹¹, sur mon terrain la distance de classe entre le prestataire et le bénéficiaire du service varie avec le statut professionnel du prestataire, médecin, infirmier ou salarié associatif choisi parmi le public visé (selon les principes de la « prévention par les pairs »). Ce terrain permet donc de rendre compte, non de la sociologie spontanée des médecins, mais des effets des catégories de pensée légitimes dans le champ médical sur la sociologie spontanée des agents du dépistage, et de la façon dont ils s'exercent en fonction de la position de ces agents dans le champ.

⁵¹⁰ David Armstrong, « Screening : mapping medicine's temporal spaces », *Sociology of Health and Illness*, 2012, 34 (2), pp. 177-193.

⁵¹¹ Howard Waitzkin, « Medicine, Superstructure and micropolitics », *Social Science and Medicine*, 1979, 13A, pp. 601-609.

1. Le temps de la pédagogie

Avant d'examiner si le contenu des interactions varie selon les publics, qu'en est-il de leur durée ?

Du fait de la grande hétérogénéité des pratiques de recueil objectif des caractéristiques socio-démographiques des usagers dans les sites enquêtés, il a fallu se contenter des caractéristiques accessibles « à l'œil nu » à tous les agents du dépistage : le sexe et la couleur de peau. Les travaux sociologiques menés par Fabien Jobard et Sophie Névanen d'une part, et par Nicolas Jounin d'autre part, sur les contrôles de police « au faciès », ont exploré les difficultés méthodologiques et politiques inhérentes au maniement de la couleur de peau comme catégorie descriptive, mais ont mis en évidence sa pertinence pour rendre compte de la « perception » des appartenances ethniques ou nationales et de l'effet de cette perception - indépendamment du fait qu'elle puisse être erronée - sur le traitement différentiel de sous-groupes de population⁵¹². Fabien Jobard et Sophie Névanen distinguent ainsi, sur la base d'un traitement judiciaire différentiel, « Européens », « Maghrébins », et « Noirs »⁵¹³. Nicolas Jounin et ses étudiants, confrontés aux nécessités de recodage requis pour les opérations statistiques dans une enquête en cours sur les contrôles d'identité, distinguent « Blancs » et « Non-Blancs »⁵¹⁴. L'effectif d'interactions observées pour mon enquête rend cette dernière option plus pertinente pour comparer leur durée. Les treize consultations en médecine générale n'ont pas été traitées pour ce calcul, car elles ne portaient pas uniquement sur le dépistage mais aussi sur le motif de la consultation médicale, et n'étaient donc pas comparables sur le plan de la durée. Un dépistage fait par l'association Afrique Avenir n'a pas été inclus, car seul observé dans cette structure et plusieurs fois interrompu.

Sur les 190 consultations restantes, le temps moyen de l'interaction est de 7 minutes et 52 secondes pour les femmes, 7 minutes et 24 secondes pour les hommes ; 8 minutes et 20 secondes pour les non-blancs, 6 minutes et 28 secondes pour les blancs. Mais si l'on ne tient pas compte des 17 interactions observées à AIDES, beaucoup plus longues et menées avec une large majorité de femmes, non-blanches, le temps moyen de l'interaction est de 5 minutes et 45 secondes pour les femmes, 6 minutes et 52 secondes pour les hommes, et identique quelle que soit la couleur de peau (6 minutes et 28 secondes). Les entretiens sont

⁵¹² Fabien Jobard, René Lévy, John Lamberth, Sophie Névanen, « Mesurer les discriminations selon l'apparence : une analyse des contrôles d'identité à Paris », *Population*, 2012, 67 (3), pp. 423-452.

⁵¹³ Fabien Jobard et Sophie Névanen, « La couleur du jugement. Discriminations dans les décisions judiciaires en matière d'infractions à agents de la force publique (1965-2005) », *Revue française de sociologie*, 2007, 48 (2), pp. 243-272.

⁵¹⁴ Nicolas Jounin, Fatine Ahmadouchi, Aurélie Bachiri, Boubou Bakhayokho, Julien Bihet, Requia Bouali, Nedjma Cognasse, Sarah El Mellah, Camille Gicquel, Marie Josse, Yasmina Kettal, Nina Krumnow, Alice Mimoun, Laëticia Mokrani, Jordan Mongongnon, Pierre Orsini, Camilla Otto, Lucie Rondou, Awa Tamega, Loïse Tilbourg, El-Hadj Touré, Ulysse Tubeuf, « Le faciès du contrôle. Contrôles d'identité, apparence et modes de vie des étudiant(e)s en Île-de-France », *Déviance et Société*, 2015/1, 39, pp. 3-29, et notamment p. 13.

donc plus longs d'une minute avec les hommes. Dans la mesure où le recueil de la sexualité (homosexuelle, hétérosexuelle, bisexuelle) n'est pas systématique dans les structures enquêtées, rien ne permet de dire si cette plus longue durée d'entretien peut s'expliquer par une adaptation consciente des agents du dépistage à une exposition plus grande au risque de contamination chez les hommes homosexuels par des entretiens plus longs à visée préventive. De plus, si tel était le cas, les entretiens seraient également plus longs avec les personnes nées dans un pays d'Afrique Sub-Saharienne ou des Caraïbes, ce qui les rendrait plus longs que les entretiens menés avec des blancs.

Or la durée des entretiens ne varie pas avec la couleur de peau. Hormis la différence d'une minute entre hommes et femmes, elle varie principalement selon la longueur de la file d'attente, c'est-à-dire selon les contraintes organisationnelles plus que selon les besoins : 16 minutes 30 à AIDES, de l'ordre de 6 minutes en CDAG et au Checkpoint. L'organisation des séances de dépistage diffère selon que l'agent du dépistage attend l'utilisateur ou qu'il va à sa rencontre. Les usagers des CDAG hospitaliers s'y rendant en général sans rendez-vous, la salle d'attente est pleine, et au moins 20 personnes y attendaient pour un dépistage lorsque j'ai observé des consultations. Au Checkpoint, où les usagers sont plus souvent reçus sur rendez-vous : la salle d'attente est donc moins pleine. Mais c'est avec l'organisation du dépistage à AIDES que la différence est la plus marquée : sur les trois à quatre salariés qui organisent l'action mobile observée, deux à trois vont à la rencontre des passants dans un lieu public pour leur proposer de faire un test de dépistage, et le quatrième fait les tests dans un camion à proximité. Les salariés de AIDES peuvent donc contrôler le flux des usagers, et ralentir le recrutement lorsqu'ils constatent que la file d'attente s'allonge devant le camion où leur collègue effectue les tests.

Dans un contexte médical différent, une enquête sur 19 000 consultations de médecine générale a prouvé que l'activité préventive des médecins généralistes est indépendante de leurs propriétés sociales et de celles de leurs patients, mais diminue lorsqu'augmente la proportion de consultations inférieures à 10 minutes⁵¹⁵. Les entretiens qui précèdent et suivent les tests de dépistage du VIH diffèrent des consultations de médecine générale par la variété du motif de consultations : unique dans le cas du dépistage, variable et souvent multiple en médecine générale. Mais il est possible que l'habitude de travailler vite (quelles qu'en soient les raisons, organisationnelles ou personnelles), s'accompagne d'un moindre investissement du travail de prévention.

Sur mon terrain d'enquête, la durée des interactions varie très peu, alors que l'observation de leur déroulement montrera plus loin que leur contenu varie selon les publics. La discordance n'est qu'apparente, et s'explique par les arbitrages permanents opérés par les agents du dépistage face aux contraintes de l'organisation du travail. Ainsi, le

⁵¹⁵ Julien Gelly, Josselin Le Bel, Isabelle Aubin-Auger, Alain Mercier, Élodie Youssef, France Mentré, Michel Nougairède, Laurent Letriliart, Xavier Duval and the ECOGEN study group, « Profile of French general practitioners providing opportunistic primary preventive care. An observational cross-sectional multicentre study », *Family Practice*, 2014, 00, pp. 1-8.

principal ajustement que requièrent les écarts à la figure idéale de l'utilisateur loquace, disponible pour l'introspection, et disposé à interagir, relève de l'interprétariat pour les consultants non-francophones, mais il double mécaniquement le temps de l'entretien et il n'est aisé que lorsque la structure a fait le choix de budgéter ce poste (ce qui est le cas dans deux des trois CDAG enquêtés). Cet ajustement s'accompagne donc d'une sélection des usagers auxquels il sera proposé, selon leur exposition au risque, comme on l'a vu avec une médecin qui recourt au service d'interprétariat quand elle perçoit un « risque majeur », mais pas lorsqu'elle estime que le risque de contamination est faible. C'est le cas notamment de la figure du père de famille pakistanais, citée par plusieurs salariées de ce service pour illustrer les situations où le risque de contamination est très faible, l'entretien de dépistage très rapide, et le travail pédagogique inexistant.

Cependant, il est rare que les critères d'adaptation du service à l'utilisateur soient clairement objectivés. Ces critères sont plus souvent implicites. On verra que la réticence des agents du dépistage à objectiver les propriétés sociales de leurs publics tient, entre autres, à leurs doutes quant à l'usage qui peut en être fait, en particulier par leurs directions administratives et leurs financeurs. C'est particulièrement net pour les associations, dont le financement par l'État dépend de leur capacité à atteindre les publics « cibles » (hommes homosexuels et personnes migrantes d'Afrique subsaharienne).

Or l'adaptation du service à l'utilisateur, c'est-à-dire ici la personnalisation des conseils préventifs, prend du temps, comme la montra David Silverman dans son enquête sur le *counselling* lié au dépistage du VIH, menée dans les années 1990, c'est-à-dire dans un contexte où il n'existait pas de traitement efficace. David Silverman montre que, dans un contexte comme celui-ci, où les « clients » ne se présentent pas nécessairement avec un « problème », la délivrance de conseils personnalisés reste une activité potentiellement difficile, en partie parce que l'obtention du point de vue du client peut prendre du temps. Ses extraits d'entretiens montrent que les conseillers sortent rapidement du cadre du conseil personnalisé quand les patients offrent seulement des réponses minimales comme « mmh mmh », et se rabattent sur la délivrance d'informations, par ailleurs plus rapide que la recherche de la personnalisation du conseil et plus compatible avec leur charge de travail. Le format question-réponse de l'entretien permet de mettre en évidence des problèmes pour lesquels un conseil personnalisé peut alors être proposé. Les réponses sont d'autant moins minimales (« c'est vrai ? », « Vraiment ! ») que le conseil a été précédé de questions permettant de faire spécifier ses problèmes au patient. Au contraire de ces réponses minimales, d'autres extraits d'entretien mettent en évidence, en guise d'accusé de réception le plus net des conseils du professionnel, des réponses de patients qui synthétisent les conseils donnés. Ceux-ci ne sont alors jamais donnés directement, mais amenés par le conseiller lorsqu'il souligne certains points exprimés par le patient⁵¹⁶. Les extraits d'entretien

⁵¹⁶ Cependant les extraits cités par Silverman ne sont pas tous comparables car les réponses marquant le plus clairement la compréhension du conseil émanent d'un homme dont le partenaire est séropositif. Silverman avance donc que la plus grande attention de ce dernier peut s'expliquer par sa perception préalable d'une

amenant à ce type de réponses durent environ 45 minutes dans le centre qui les pratique, ce que le personnel des autres centres enquêtés par Silverman considère comme impraticable compte tenu du temps et des ressources alloués aux entretiens de dépistage⁵¹⁷.

Dans mon enquête, menée une vingtaine d'années plus tard et après la commercialisation de traitements efficaces, on retrouve presque exclusivement des interactions d'une dizaine de minutes, relevant du premier format d'entretien décrit par Silverman : le format questions-réponse, où la délivrance d'informations standard prime largement sur les conseils personnalisés. On va voir cependant que les informations données varient selon ce que les agents du dépistage perçoivent de leurs publics.

Les enquêtes de Sylvie Fainzang, menées par observation dans des services hospitaliers, mettent en évidence des facteurs structurels rendant compte des variations du niveau d'information donnés par les médecins. Les médecins qu'elle a observés délivrent en effet des informations plus précises aux malades des classes supérieures, et déduisent des caractéristiques sociales des malades leur capacité « psychologique » à traiter l'information⁵¹⁸.

Sur le terrain du dépistage du VIH, les différences « psychologiques » entre usagers tiennent également lieu de médiation entre leurs propriétés sociales et les nomenclatures médicales, mais aussi d'écran aux inégalités sociales objectives. Les prestataires du dépistage classent ainsi plus aisément les usagers selon leur niveau d'inquiétude subjectif que selon leur appartenance à un groupe social objectivement surexposé au risque de contamination, et surtout au risque de décéder jeune. C'est dans les CDAG, où le public accueilli est le plus hétérogène, que les appartenances sociales (de classe, de genre, de sexualité, de nationalité) s'effacent le plus nettement derrière les différences « psychologiques » rapportées par les médecins, et plus encore par les infirmières.

2. Ajuster les pratiques professionnelles aux besoins individuels : le dilemme des services publics

Interrogés sur les critères selon lesquels ils modifient au cours de l'interaction le contenu et la forme de leurs messages, les salariés des CDAG font preuve d'un niveau d'auto-censure qui varie avec leur expérience du dépistage et avec leur trajectoire sociale et professionnelle.

exposition personnelle à un risque élevé de contamination, et par la prédisposition de la communauté gay à prendre ces conseils plus au sérieux.

⁵¹⁷ Silverman, *op. cit.*, chapitres 7 et 8, pp. 115, 118, 124-127, 133, 217.

⁵¹⁸ Sylvie Fainzang, *La relation médecins-malades : information et mensonge*, Paris, PUF, 2006, pp. 48-52.

Le caractère indicible de la différenciation des publics est en effet maximal dans le discours des infirmières et infirmiers participant depuis quelques mois au dépistage, et pour qui on a vu que les enjeux de reconnaissance professionnelle sont importants dans la mesure où ils ont quitté des postes de travail très techniques et pénibles pour s'investir dans un travail « relationnel ». L'accès à une position de surplomb pédagogique s'accompagne ainsi d'une homogénéisation du public aux yeux de ces salariés. Très attentifs à la plus ou moins grande dépendance des malades vis-à-vis des soignants lorsqu'ils assuraient un travail technique de soin, ils adhèrent massivement, une fois placés en situation où le soin n'est que préventif, à la norme de l'autonomie du patient, pensé comme socialement indifférencié.

Les seuls éléments d'objectivation sur lesquels ces salariés disent moduler leurs messages résident dans les informations conjoncturelles apportés par l'entretien (motif de recours au test, situation conjugale). Les propriétés sociales des usagers n'interviennent pas, disent-ils, dans la façon dont ils travaillent : les éléments d'objectivation du public sont exclusivement internes au texte de l'entretien, qui pourrait se passer d'acteurs.

Rarement, ces éléments sur lesquels s'appuient les agents pour adapter leurs conseils relèvent du type de pratiques à risque de contamination décrites par les usagers, pour Danièle Catineau et Christophe Couture (infirmiers en CDAG), qui dit passer « moins de temps avec ceux qui viennent faire un test pour enlever le préservatif après l'avoir toujours mis », car il estime alors que le risque de contamination est très faible⁵¹⁹. Mais dans la plupart des cas, les salariés disent adapter l'entretien au motif de recours au test de dépistage. Cependant l'observation des interactions montre qu'à motif identique (changement de partenaire sexuel, « test pour se rassurer », rupture de préservatif, « test à deux »), le ton de l'entretien et la complexité des explications fournies varient. Interrogés sur cette discordance, les enquêtés réagissent avec un sourire entendu. Certains savent que je suis médecin, car ce statut a facilité l'accès à certains sites pour cette enquête. « Mais enfin tu sais bien... », veut dire leur sourire, « tu sais bien pourquoi on ne fait pas pareil avec tout le monde ! » Leurs sourires entendus m'ont amenée, pour les inviter à expliciter leurs réponses évasives, à opérer un retour critique sur la façon dont j'objectivais mes propres pratiques médicales. Cet effet retour de l'enquête sociologique sur ma pratique médicale m'a en effet permis d'expliquer à mes enquêtés que, non seulement je ne faisais pas exactement le même travail qu'eux, mais surtout que précisément l'observation de leurs pratiques m'aidait à comprendre pourquoi je m'apercevais parfois à regrets que j'avais passé plus de temps à répondre aux questions inquiètes d'une femme enceinte soucieuse de savoir laquelle de ses activités sportives elle pouvait continuer sans danger pour sa grossesse qu'à m'occuper correctement de la suivante qui ne pose aucune question, qui vit dans un hôtel social et que je crois pressée de partir parce qu'elle garde son manteau et son sac sur elle en s'asseyant dans le bureau de consultation. Vaste question, sous-texte jamais vraiment formulé avant l'écriture de la thèse, et qui sous-tend pourtant l'interrogation au

⁵¹⁹ Christophe Couture, entretien le 15 octobre 2013.

fondement de l'enquête empirique : que se passe-t-il *dans* le soin pour que les inégalités soient plus grandes *après* le soin qu'*avant* le soin ?

Ce qui se passe dans le soin, que les soignants pensent comme relation intersubjective pure, c'est que les catégories subjectivables l'emportent sur les catégories objectivées. Les catégories du soin l'emportent sur les catégories sociales, quand bien même celles-ci restent les déterminants majeurs, on l'a vu au chapitre 3, de la mortalité. Dans l'interaction à laquelle donne lieu le dépistage, la maladie est bien loin, elle n'est qu'une probabilité, et la mort plus encore - à peine une hypothèse. Les catégories du soin les plus immédiatement disponibles sont alors d'ordre psychologique. Éminemment subjectives, elles relèvent principalement du niveau d'anxiété de l'utilisateur. Ainsi Séverine Jecker, infirmière à l'hôpital de Fondange, s'adapte selon « l'attitude » des personnes, qui révèle leur « anxiété », et Murielle Monlouis, infirmière à l'hôpital de Grainde, repère ceux qui sont « réservés » pour essayer de les mettre à l'aise. L'extrait d'entretien suivant, avec un infirmier du CDAG des Vignes, permet de saisir à la fois le caractère imprécis et subjectif des impressions qui peuvent conduire un soignant à adapter le service en fonction de ce qu'il perçoit de l'utilisateur, et la force et l'évidence avec lesquelles s'imposent ces impressions subjectives :

Arezki Ramdani : « Je sais avec l'expérience, l'âge, la maturité, cibler de plus en plus rapidement. Je cible de plus en plus rapidement. Mais je crois que la force de l'accompagnement c'est une réelle empathie, qui fleure avec la compassion, mais t'as pas le droit de le dire. Faut rester professionnel ! Mais moi, je dépasse l'empathie, je dépasse l'empathie, y a parfois aussi la compassion, vraiment.

Maud Gelly : C'est quoi...

Arezki Ramdani : La compassion, on pourrait l'entendre comme essayer de faire équipe. Tu vois, c'est de faire équipe, avec l'autre, c'est pas seulement être là et... l'empathie, "je vous écoute", faire équipe. Accompagner, c'est aussi pouvoir donner la main. Entre l'empathie, donner la main et la compassion, pour moi, c'est de donner la main. C'est d'être actif dans le mouvement de l'empathie. Sinon, l'empathie, ça reste une écoute, après t'en fais ce que t'en veux, mais je pense qu'il y a des gens qui demandent à ce que tu... Moi, je suis prêt à tenir la main de ceux qui en ont besoin, ça ne me gêne pas.

C'est ce même infirmier qui explique que « ce qui fera de toi une bonne infirmière, c'est avant tout d'être avant tout une très bonne aide-soignante », c'est-à-dire ne pas perdre cette attention à la dépendance inhérente au travail soignant le plus proche des besoins vitaux. Être « prêt à tenir la main », c'est alors savoir en faire plus pour ceux qui en ont le plus besoin, qu'il s'agisse des besoins pris en charge par l'aide-soignante (se nourrir, se laver, etc.) ou des besoins d'explications pris en charge par l'intervenant de prévention.

Maud Gelly : Et alors, comment tu reconnais justement quand ils en ont besoin ? Comment tu reconnais ceux qui en ont besoin ?

Arezki Ramdani : Dans le timbre de la voix, l'émotion qui se dégage dans la voix, l'aura.

Maud Gelly : L'aura ?

Arezki Ramdani : Oui. Moi, je suis une véritable éponge. T'as pas besoin de me parler, je sens les aura comme ça. C'est horrible. C'est terrible, mais...

Maud Gelly : Non, non, c'est intéressant.

Arezki Ramdani : L'aura, c'est terrible, si t'as une faculté à capter les auras des autres, oh mon Dieu ! Ça va très rapidement moi. Je le fais assez vite. Plus on vieillit, plus ça devient comme ça, très subtil, très rapide. C'est ce qui diffuse, alors y'en a qui vont te dire, si tu parles d'une manière scientifique, c'est une gestuelle, une posture physique, les débits des paroles, la phrase, la respiration, le regard, l'odeur - parce que ça peut être la transpiration -, alors y'en a qui vont dire l'aura c'est tout ça ; après, moi je pourrais mettre ça dans une espèce de globalité d'aura. C'est vrai que ça veut rien dire, si tu décortiques ça scientifiquement, ça veut rien dire, l'aura. Mais c'est un peu tout ça. [...] Alors j'ai des perceptions, comme ça.

Maud Gelly : Et alors, c'est ça qui te fait percevoir si la personne est plus ou moins inquiète, plus ou moins attentive... ?

Arezki Ramdani : Non, c'est en plus. C'est en plus, ça. Les questions, je te l'ai déjà dit, ce qui l'amène, ce qu'elle attend, plus l'aura, parce qu'elle dégage au niveau... Parce que parfois, ce qu'ils vont te dire n'est pas en rapport avec ce qu'ils vivent. Ce qu'ils verbalisent c'est les idées stéréotypées, quoi. Enfin, tu dois vite élaguer pour aller à l'essentiel. Alors l'aura en fait partie. Mais y'a pas de systématisme, attention ! Je dirais qu'il y a des gens avec qui je serai a minima. Parce que je sais qu'ils sont pas venus pour avoir... parce qu'ils ne sont pas dans cette demande-là ou en tout cas, qu'inconsciemment, ils ne la sollicitent pas. Et je veux pas insister. Je reste a minima.

Maud Gelly : Tu peux me raconter une ou deux histoires, pour me faire comprendre, justement, cette histoire d'aura ? Parce que je crois que... enfin, je trouve ça intéressant et je voudrais que tu me racontes...

Arezki Ramdani : Par exemple, il y a beaucoup de gens qui sont dans la culpabilité, de ce qui les amène à faire un test. Moi, quand ils arrivent déjà avec cette culpabilité, je leur dis : "Stop, il y a pas de culpabilité. Faut arrêter, parce que tant que vous serez dans cette culpabilité, vous allez vous auto-flageller. Et vous n'allez pas avancer, il faut comprendre pourquoi vous avez été amené dans cet état-là." Voilà, et ça, je le perçois. Tu vois, les gens, ils vont pas te le dire comme ça, ils... Et moi : "On va remettre les choses au clair !" Mais c'est des petites choses comme ça, c'est assez subtil. Mais y'a pas vraiment de trame, c'est au niveau du ressenti : je le sens, je le sens pas. Y'a pas de systématisme, surtout pas de systématisme, je vais m'adapter. »⁵²⁰

On peut interpréter de deux façons la réticence de ces infirmiers à objectiver des différences parmi les usagers et leur tendance à rabattre les différences qu'ils perçoivent entre les individus sur des impressions subjectives : on peut y voir la conséquence d'une

⁵²⁰ Arezki Ramdani, entretien le 15 octobre 2013.

auto-censure vis-à-vis de principes objectifs de catégorisation, liée à un possible sentiment d'illégitimité des infirmiers vis-à-vis de ces catégories, ou bien la marque d'une compétence à ajuster leur pratique aux besoins qu'ils attribueraient à juste titre aux usagers. Dans le premier cas, la différenciation des publics par le professionnel est indicible, dans le second elle se passe de commentaire. Dans les deux cas, leurs pratiques relèvent d'une forme de psychologisation du social.

Cependant, d'autres salariés sont plus discrets quant aux critères qui leur permettent d'adapter le service à chaque usager, ce qui donne plus de poids à l'hypothèse de l'auto-censure des soignants, surtout infirmiers, vis-à-vis de la différenciation sociale. Le critère qu'ils évoquent le plus couramment pour expliquer comment ils adaptent leur pratique à l'usager est son « niveau de langage », qui leur sert d'indicateur de l'ancienneté de la migration éventuelle et de la position sociale.

Si leur interlocuteur est arrivé en France il y a peu de temps, ils s'adaptent en sollicitant un interprète lorsque celui-ci est financé par leur structure, en parlant en anglais si leur interlocuteur le comprend, ou en utilisant des dessins pour illustrer leur propos, comme l'explique Nedjma Khelifi, aide-soignante à l'hôpital de Fondange :

« Si c'est une personne qui comprend pas, on va s'adapter, pour lui expliquer, soit en faisant un dessin, soit en parlant la langue, si c'est une langue que je connais, faire intervenir quelqu'un d'autre si c'est une langue que je connais pas, ou ben, si c'est des gens qui comprennent bien, on va parler normalement avec eux du test. »⁵²¹

Plus complexe est l'ajustement des explications à un interlocuteur qui parle français. Les agents du dépistage rapportent alors leurs pratiques d'adaptation du service rendu à ce qu'ils objectivent de la position de classe de leur interlocuteur, dans les structures qui recueillent la profession voire le niveau d'études, et à des impressions plus subjectives dans les autres structures. Ainsi, au CDAG des Vignes, ce médecin adapte simultanément son discours au motif de recours au test, indicateur du niveau de risque de contamination, et à la profession, indicatrice des conditions de compréhension des informations « scientifiques » qu'il cherche à transmettre :

« J'essaie de m'adapter avec un faisceau de... déjà de m'adapter, oui, l'idée de la profession déjà, et la tranche d'âge, ça nous oriente un peu sur le niveau de langage qu'on peut avoir. Donc ça, c'est la première impression, est-ce qu'on peut parler un peu scientifique, ou est-ce qu'il faut qu'on se contente de choses très simples au départ ? [...] Après, je m'adapte principalement par rapport à la demande au départ, c'est la première phase en fait, la première phrase. C'est : "Qu'est-ce qui vous amène ? Pourquoi vous voulez faire un test de dépistage ? etc." Et après, je m'adapte en fonction de ça. C'est pas la même chose, effectivement, si j'ai pris un risque il y a moins de 48h ou si j'ai pris un risque avec un seul séropositif il y a quatre mois, ou si je viens faire un test avec ma copine, on a dix-sept ans et c'est mon premier partenaire. Donc c'est la première façon de s'adapter. Après il y a le niveau de langage, c'est le ressenti, quoi, comment ça se passe

⁵²¹ Nedjma Khelifi, entretien le 19 novembre 2013.

[...]. J'ai pas de grille. Enfin, j'ai la première grille, c'est juste le niveau de langage et la première demande : pourquoi ils viennent. »⁵²²

Dans ce CDAG, le recueil de la profession au cours de l'entretien, s'il est moins institutionnalisé que dans le CDAG hospitalier parisien, est habituel. D'autres indices sont utilisés par les agents du dépistage pour situer leurs interlocuteurs dans le monde social. Du fait du caractère anonyme des consultations, ces indices sont ténus, et parfois imparfaits. Dans l'extrait d'entretien suivant, une médecin du CDAG des Vignes raconte une consultation au cours de laquelle elle a dû lever l'anonymat (comme c'est possible pour débiter un traitement si l'utilisateur le souhaite). Elle explique que cela lui a permis, en connaissant le prénom de son interlocuteur, de le situer dans le monde social, comme membre des classes populaires, mais aussi dans un espace socialement différencié des normes de genre, ce qui l'amène à modifier l'interprétation médicale des symptômes éprouvés par l'homme dont elle parle :

Virginie Jeanne : « On est beaucoup de médecins à faire préciser la profession. C'est vrai que y'en a qui écrivent souvent : "étudiant", au lieu de leur matière d'étude, quoi, et du coup, on aime bien... C'est important en fait, de cerner la personne. C'est ce matin, j'ai désanonymisé une consultation, et je peux pas dire le prénom du patient, enfin bref, il avait un prénom du style Océane, il avait pas l'air du tout d'avoir ce prénom-là, en fait. Et quand il a sorti son prénom, j'ai compris beaucoup de choses sur sa pathologie.

Maud Gelly : C'est-à-dire ?

Virginie Jeanne : Les marqueurs sociaux de la santé, quoi. Ouais, il était un peu auto-centré sur son zizi, et je comprenais pas, et en fait, je pense que, voilà. Ça peut avoir un lien.

Maud Gelly : Avec ?

Virginie Jeanne : Avec ma vision sociale... Avec son prénom.

Maud Gelly : Océane ?? Ah oui, donc c'était pas son vrai prénom.

Virginie Jeanne : Style Océane.

Maud Gelly : Ah oui, un prénom style petit bourge ?

Virginie Jeanne : Non, au contraire. [...] Johnny. Et il lui ressemblait pas du tout. »⁵²³

Cette médecin doute en fait de la signification pathologique des symptômes décrits par cet homme : une gêne urinaire persistant après le traitement d'une infection sexuellement transmissible. Ces symptômes persistants, fréquents chez les femmes qui ont

⁵²² Sébastien Boyet, entretien le 12 novembre 2013.

⁵²³ Virginie Jeanne, entretien le 29 novembre 2013.

un urètre plus court que les hommes, mais qui lui semblent ici sans raison médicale, trouvent à ses yeux une raison sociale dès lors qu'elle apprend le prénom de cet homme : l'attention qu'il porte à son sexe (« auto-centré sur son zizi »), exagérée au regard de l'évolution favorable de l'infection guérie, lui semble caractéristique d'un homme des classes populaires. L'objet de l'enquête n'étant pas l'objectivation de « masculinités »⁵²⁴ socialement différenciées, mais des représentations des soignants vis-à-vis des appartenances sociales des malades, on ne cherchera pas ici dans quelle mesure la représentation est vraie, mais quels effets elle produit sur les soins : c'est le classement de l'usager dans les rapports de classe et de sexe, comme homme des classes populaires, qui conduit cette médecin à dénier la valeur médicale de ses symptômes, à ne pas les prendre au sérieux. Elle lui prescrit cependant les examens recommandés pour explorer ces symptômes, mais cet extrait d'entretien montre comment l'interprétation médicale des plaintes des malades peut être orientée par leur appartenance de classe et de genre. La figure de l'« urétropathe », qui se plaint de symptômes urinaires sans substrat organique, peut alors être comprise comme une variante de la figure de l'hystérique au XIX^e siècle : majoritairement féminine sans différenciation sociale ; rarement masculine, mais alors cantonnée aux « invertis » et aux hommes des classes populaires⁵²⁵.

Dans les CDAG où le recueil de la profession des usagers n'est ni systématique ni encouragée, les agents du dépistage opèrent cependant un classement de ces derniers selon leur « niveau de langage, d'attitude » (Murielle Monlouis, infirmière au CDAG de Grainde) et adaptent leur discours « par rapport à leur façon de parler, à leur compréhension de la langue française, en fait » (Chantal Djian, infirmière au CDAG de Grainde). Ils utilisent le « niveau de langage » comme un indicateur de la probabilité que leurs explications soient comprises, comme ce salarié de AIDES :

*« Je m'adapte aussi au niveau de la personne. Si je sais très bien que c'est pas la peine de parler de... parce qu'il y en a qui sont en demande de trucs très, très précis, ils nous voient vraiment comme des experts, ils te posent des questions : "Et la charge virale, c'est combien de virus ? C'est combien de machin... ? Et comment marche le test exactement ?" Donc là, tu sais que la personne elle est prête à entendre des explications assez longues ; si c'est des gens qui utilisent pas bien le français, ou qui ont pas un niveau... ou qui s'en foutent, qui veulent juste... Ben tu fais succinct, donc ouais, tu reposes des questions. [...] Les gens qui parlent pas très, très bien français, où je maîtrise pas la langue, on se démerde, on va aller à l'essentiel. Je vais aller à l'essentiel : le sida, c'est quoi, comment ça se transmet, et c'est tout. Je vais arrêter là. Après, je vais donner une orientation. »*⁵²⁶

⁵²⁴ Raewyn Connell, *Masculinités. Enjeux sociaux de l'hégémonie*, Paris, Amsterdam, 2014 (édition établie par Meoïn Hagège et Arthur Vuattoux ; traduction de l'anglais par Claire Richard, Clémence Garrot, Florian Voros, Marion Duval et Maxime Cervulle ; post-face d'Éric Fassin).

⁵²⁵ Nicole Edelman, *Les métamorphoses de l'hystérique. Du début du XIXe siècle à la Grande Guerre*, Paris, La Découverte, 2003, pp. 14 et 168-178.

⁵²⁶ Dylan Hénin, entretien le 4 mars 2014.

Le statut ambigu du « niveau de langage » apparaît bien dans cet extrait d'entretien : celui-ci tient lieu à la fois de repère pragmatique pour ajuster le discours préventif à ses conditions de réception et d'équivalent approximatif de la position de classe dans le contexte d'interactions courtes et anonymes où les éléments pour l'objectiver sont réduits.

L'objectivation de la position de classe, de l'histoire migratoire et des pratiques (homo)sexuelles remplit deux fonctions pour les agents du dépistage : elle leur permet d'adapter leurs conseils préventifs aux conditions de réception et de compréhension de ces derniers, mais aussi aux risques objectifs de contamination. Or les risques objectifs de contamination sont à la fois ceux que le dépisteur sait être associés aux comportements individuels de son interlocuteur, et ceux qu'il sait associés au groupe dans lequel il le classe. Il s'agit en tout cas des risques de contamination estimés par les données d'incidence du VIH, maximaux pour les hommes homosexuels et les femmes et hommes migrants, et jamais des risques de décès plus précoce, maximaux pour les femmes migrantes et les membres des classes populaires. L'adaptation du service selon les publics est guidée par les données d'incidence, jamais par les données de mortalité :

« Sur la prise de risques, je m'adapte, ouais, je réexplique les choses. C'est vrai que l'autre jour, j'ai fait marrer un homo, justement, parce que j'étais un peu directe, j'étais genre avec ma check-list : bon, passif, actif, fellation protégée, non-protégée, etc. Il m'a regardée un peu étonné – en plus il était jeune – peut-être sur repérer les situations à risque en fonction des patients, ça oui, je m'adapte. C'est-à-dire que le Pakistanais qui vient, qui connaît pas bien, j'essaie vraiment de comprendre s'il a pas eu d'injection, si y'a pas eu de drogue, voilà, de vaccinations, de soins bizarres, parce qu'ils ont beaucoup d'hépatite C. Voilà, j'adapte mon discours de prévention surtout, en fait. En fonction des catégories. C'est-à-dire que celui qu'arrive un peu j'm'en foutiste "ouais, c'est ma copine, elle fait chier, faut que je fasse mon test", ben, je suis assez directive, froide, un peu autoritaire ; chez celui angoissé, je suis beaucoup plus maternante, voilà. Je suis pas sûre que ce soit la meilleure façon de faire, mais bon, j'adapte un peu en fonction de ce que j'ai en face de moi. Sur le fond du discours, ce que je vais dire aux uns et aux autres, c'est vraiment... ça découle des prises de risques que je vois. Donc je vais aller dans le détail sur les risques d'une fellation quand toutes les fellations sont jamais protégées, en expliquant que le risque est faible, mais qu'il existe, et puis qu'il existe pour d'autres maladies, etc., par exemple. »⁵²⁷

Ce travail d'ajustement des conseils préventifs aux publics peut mettre les salariés en difficulté, les amenant à se justifier auprès des usagers : « ici on pose ces questions à tout le monde hein »⁵²⁸. Façon de signifier à l'usager que ce n'est pas ce qu'il a dit ou laissé paraître qui amène cette médecin à lui demander s'il a eu recours à la prostitution. Dans son enquête sur le *counselling* pratiqué dans le cadre du dépistage du VIH/sida dans les années 1990, David Silverman montre comment les conseillers contournent parfois les problèmes posés par le conseil personnalisé en présentant ce qu'ils disent comme des informations à portée générale, plus volontiers formulés à la troisième personne (« on », « quelqu'un », « ceux

⁵²⁷ Céline Bardou, médecin au CDAG de Grainde, entretien le 8 novembre 2013.

⁵²⁸ CDAG hospitalier parisien, notes d'observation, 21 mai 2013.

qui ») qu'à la deuxième (« vous »). Silverman parle alors de *Advice-as-Information Sequence*, ou « information-sur-le-genre-de-conseil-que-l'on-donne-aux-gens-dans-cette-clinique ».

Comme toute solution à des problèmes de communication, celle-ci recèle des dangers ou dysfonctionnements potentiels. Du fait même que l'ambiguïté installée par ce type de formule permet de faire face aux sujets délicats, ces conseils déguisés en informations peuvent déboucher sur une autre ambiguïté : les réponses minimales des clients peuvent être entendues comme un accord ou une résistance au conseil donné. La résistance émerge quand le conseil n'est pas fondé dans la perspective du client. Silverman met en évidence des « dispositifs d'affichage de perspective » qui, en aidant à connaître la perspective du client, aident à aligner le conseil dessus. Cependant, son enquête constate que la résistance ouverte aux conseils est rare, mais relève certaines formes de résistance indirecte, telles le silence, les réponses minimales (« mmh » - d'interprétation ambiguë car elles peuvent aussi être entendues comme des invites à continuer) ou l'affirmation de compétences et connaissances propres du client⁵²⁹. Mon enquête retrouve de nombreuses réponses minimales de ce type et amène à compléter l'interprétation, car elles émanent des usagers les moins bien dotés culturellement voire parlant peu français, comme l'explique ce médiateur de santé publique travaillant à l'hôpital public et menant des actions de dépistage « hors-les-murs » dans des foyers de travailleurs migrants :

« L'entretien le plus intéressant, c'est quand c'est interactif. Il y a des personnes que vous allez recevoir et vous allez tout dire, et pour finir c'est comme si vous êtes en train de vous poser la question : "Est-ce que tout ce que je dis, la personne a-t-elle capté quelque chose ?" Alors ça, après l'entretien, tu te poses la question : "Est-ce que tu as été efficace ou pas ?" Mais quand la personne pose des questions, tu te dis qu'elle cherche à comprendre et là, ça te met plus à l'aise. Tu te dis que la personne est partie avec quelque chose quand même. Mais si la personne me dit : "Oui docteur, oui docteur, oui docteur..." Généralement, la population migrante est comme ça. Parce que : "Oui docteur, oui docteur", parce qu'ils n'aiment pas poser des questions, qu'ils n'aiment pas... En fait, c'est aussi notre culture un peu quand même : il ne faut jamais bousculer le médecin, il ne faut jamais lui poser des questions, "Oui, docteur", il faut tout accepter. »⁵³⁰

Ce que ce médiateur de santé publique, infirmier de formation et né au Burkina Faso, dit de la distance des dominés au médecin reflète sa propre expérience de la domination sociale et professionnelle.

La reformulation par l'utilisateur des propos du soignant, que Saïdou Kaboré mentionne dans cet extrait, est l'indice le plus utilisé par ces salariés pour juger de la réception du message, mais aussi l'invitation la plus puissante à prolonger l'entretien et à développer les explications. S'il faut savoir reformuler pour être un bon patient, il est probable que ceux qui parlent le plus soient ceux qui aient le plus de chances de renvoyer des signaux de compréhension. Les travaux d'Howard Becker sur les effets des rapports de classe sur la

⁵²⁹ Silverman, *op. cit.*, chapitre 8 et pp. 36, 127, 140, 150-152, 170 et 122.

⁵³⁰ Saïdou Kaboré, entretien le 10 septembre 2013.

relation professeur-élève l'ont montré : c'est la capacité à interagir de l'élève qui est gratifiante pour le professeur⁵³¹.

Les indices qui amènent les enquêtés à se sentir compris sont d'autant plus objectivés que la pratique de l'entretien est apprise dans le cadre d'une formation professionnelle. L'attention à la reformulation par l'utilisateur, notamment, semble résulter de formations spécifiques, quelle que soit l'ancienneté de l'expérience professionnelle, et elle n'est pas spécifique à un segment professionnel. Elle est utilisée par deux salariés de AIDES, titulaires respectivement d'un diplôme d'éducation thérapeutique et d'un DEA de psychopathologie, une infirmière hospitalière et deux infirmiers ayant quitté l'hôpital, trois médecins. Or c'est par définition un outil de communication éminemment verbal, de fiabilité variable selon les dispositions de chacun à verbaliser.

D'autres salariés, qui sont soit de vieux routiers du dépistage soit d'origine plus populaire que leurs collègues, disent se référer à des signaux non-verbaux pour estimer la compréhension mutuelle, « décoder les regards, même les gestes » (médiateur de santé publique) : certains s'estiment compris en se fiant au « l'attitude » et au « regard » (infirmière), « pas trop hagard » (infirmier) ; ou bien lorsqu'ils revoient à nouveau un usager pour un autre dépistage (pour le VIH ou pour d'autres infections sexuellement transmissibles), comme le disent deux des médecins les plus anciennement en poste à l'hôpital de Fondange et une infirmière proche de la retraite ; ou quand il y a du « rire » (infirmière), de « l'enthousiasme », quand la personne « parle d'elle-même » et « pas d'autres gens » (biologiste).

Si les formes non-verbales de communication sont plus volontiers rapportés par les salariés d'origine plus populaire, une longue expérience du dépistage permet aux médecins les plus expérimentés de compenser les effets de la distance de classe sur la communication verbale, et de se fier eux aussi aux formes non-verbales de communication. C'est le cas de ce médecin qui travaille à l'hôpital de Fondange depuis plus de vingt ans :

« Quand elle acquiesce, quand on reformule et qu'on a l'impression que la personne est d'accord, ou qu'on a l'impression vraiment qu'on dit les choses avant qu'elle les dise ou qu'elle dit les mots qu'on allait dire, on a l'impression quand même que la communication est bonne. Enfin, quand y'a... Je crois que c'est vraiment dans le dit et le non-dit, pour ça. Après, c'est au niveau du ressenti, où on a l'impression qu'on a du mal à communiquer. »⁵³²

Les outils accessibles pour s'assurer de la compréhension mutuelle dépendent aussi du temps disponible. La reformulation, telle qu'elle est enseignée dans les formations au

⁵³¹ Howard S. Becker, « Social-Class Variations in the Teacher-Pupil Relationship », *Journal of Educational Sociology*, 1952, 25 (8), pp. 451-465.

⁵³² Arnaud Baquet, entretien le 24 septembre 2013.

counselling, est hors de portée dans les structures où le rythme des entretiens est le plus soutenu :

Maud Gelly : « Qu'est-ce qui te fait dire que l'autre a compris ce que tu as dit, les conseils... ?

Marie-Christine Ngo : Sa tête.

Maud Gelly : Comment ?

Marie-Christine Ngo : Sa tête. C'est-à-dire que je suis beaucoup dans... tu vois comment je fonctionne, je suis beaucoup dans le non-verbal. Donc je vois s'ils ont l'air ahuri complet ou si ça s'allume. Et puis si je suis pas sûre, je vais redemander. Alors c'est vrai qu'on fonctionne pas du tout pareil que dans l'association AIDES, ils passent une heure pour faire l'entretien, nous c'est pas possible. »⁵³³

Dans son travail sur le langage et ses relations avec la structure sociale, Basil Bernstein nomme « code restreint » le langage des classes populaires et « code élaboré » le langage des classes supérieures, et souligne que, si ces dernières utilisent ces deux types de langages, les classes populaires utilisent principalement le « code restreint ». Il montre comment le « code restreint » mobilise les canaux non verbaux de la communication (ceux qu'utilisent les salariés du dépistage pour s'assurer qu'ils sont compris) et comment le « code élaboré » facilite l'expression de l'expérience personnelle (celle que les normes de bonnes pratiques en vigueur sur mon terrain cherchent à faire advenir via le *counselling*)⁵³⁴.

Le discours que tiennent les agents du dépistage VIH et l'observation de leurs pratiques suggère que l'utilisation du « code restreint » et des canaux non verbaux, plus volontiers mentionnée par les salariés d'origine populaire, s'apprend aussi en situation professionnelle au contact d'un public socialement hétérogène, puisqu'ils s'y réfèrent d'autant plus que leur expérience du métier est ancienne et qu'ils rencontrent des usagers recourant peu aux canaux verbaux de communication. Au contraire, il est possible que cette compétence se perde, y compris pour les salariés d'origine populaire, dans la fréquentation des formations professionnelles faisant de la verbalisation de l'expérience personnelle

⁵³³ Marie-Christine Ngo, entretien le 11 octobre 2013.

⁵³⁴ Basil Bernstein, *Langage et classes sociales. Codes socio-linguistiques et contrôle social*, Paris, Minuit, 1975, pp. 191-122 : « Le discours est l'expression condensée de la structure sociale et du consensus qui la fonde. On peut considérer les codes restreints comme des codes liés au statut ou encore comme des codes liés à la position, alors que les codes élaborés sont orientés vers la personne. Un code élaboré suppose en principe l'existence d'une frontière tranchée entre le moi et les autres, d'une frontière qui ne peut être franchie que par la production d'un discours spécifique et adapté à un "autrui" différencié. Dans le cas du code restreint, qui présuppose au contraire un "autrui" généralisé et non différencié, la frontière ou la coupure passe entre ceux qui participent de ce code et les autres : en ce sens, le code restreint est orienté vers les positions ou les statuts et non vers la personne. Dans le cas d'un code élaboré, l'accent est mis sur le canal verbal, car c'est à travers lui que s'expriment, sous une forme élaborée, les intentions du locuteur. Au contraire, dans le cas où l'on utilise un code restreint, les canaux non verbaux sont, à des degrés divers, l'objet d'une attention particulière sans que l'on puisse dire pour autant que les utilisateurs du code restreint soient inaptes à la verbalisation : leur discours est simplement d'un autre ordre que celui que commande un code élaboré. »

l'horizon de l'entretien de prévention (inatteignable dans une moyenne de 7 minutes par interaction). Ou plus exactement, il est très probable que la courte durée de ces entretiens, en rendant illusoire l'application des normes de bonnes pratiques professionnelles, amène les salariés les plus expérimentés à se replier sur leurs compétences verbales et non-verbales opérantes, et les moins expérimentés à s'en tenir à une succession de gestes techniques et de conseils standardisés.

Ces observations concordent avec celles d'Howard Waitzkin sur la relation médecin-malade et la place qu'y tient la communication non-verbale selon l'origine sociale des malades⁵³⁵.

Choisi pour observer ce qu'il en est lorsque la distance de classe est moindre entre soignant et usager, le terrain associatif se prête en réalité très mal à une comparaison systématique, car il sélectionne ses publics. Dès lors, les opérations mentales de classements de publics par les agents du dépistage dans le cadre des interactions diffèrent profondément, puisqu'elles ont eu lieu en amont de l'interaction, lors de la délimitation des actions de dépistage : le choix du lieu (quartier gay pour le Checkpoint, lieu de drague et de prostitution pour AIDES), de l'heure et des canaux de communication (sites internet gays, salons de coiffure africains) délimite le public en amont de l'interaction, où le salarié n'a plus besoin de classer le public pour agir et mener son travail, notamment pédagogique.

3. Développer un service spécifique pour un public pensé comme homogène : les contraintes de l'action associative

La sociologie spontanée des agents du dépistage s'élabore au contact des publics que ceux-ci rencontrent : plus le public est socialement homogène, comme au Checkpoint qui accueille majoritairement des hommes homosexuels membres des classes moyennes et supérieures, moins les professionnels ressentent le besoin de différencier leur discours. Ainsi, commentant un questionnaire rempli par les usagers du Checkpoint, un médecin commente :

« Ça je demande jamais, je vois pas ce que j'en ferais, qu'ils aient Bac+5 ou Bac+7 qu'est-ce que ça change? »⁵³⁶

⁵³⁵ Howard Waitzkin, « Information giving in medical care », *Journal of Health and Social Behaviour*, 1985, 26 (2), pp. 81-101: Waitzkin met en évidence les effets des appartenances de classe et de genre du patient, mais aussi de celles du médecin et de l'organisation du travail, sur la communication entre eux : dans les 336 consultations médicales qu'il observe, les demandes d'information émanant des malades des classes populaires sont plus souvent non verbales, et non perçues par les médecins ; les femmes, les patients les plus diplômés et membres des classes supérieures reçoivent plus d'informations de leur médecin et utilisent plus souvent la communication verbale ; les médecins dont le père est membre des classes supérieures informent davantage leurs patients ; les médecins qui reçoivent plus de 20 patients par jour leur donnent moins d'informations (et gagnent plus d'argent et sont plus conservateurs).

⁵³⁶ Checkpoint, notes d'observation, 10 juillet 2012.

En revanche, au sein du groupe défini par sa sexualité (93 % des usagers du Checkpoint sont gays ou bisexuels), ce médecin perçoit donc des différences dans l'exposition au VIH et oriente l'entretien de façon à les mettre au jour.

Le même degré d'homogénéité du public ne fait pas l'objet du même traitement selon qu'il concerne l'appartenance de classe ou l'orientation sexuelle, car la surexposition des gays au VIH prime pour orienter les pratiques professionnelles vers une diversification des techniques préventives qui leur sont proposées : les outils de réduction des risques et le traitement post-exposition leur sont ainsi beaucoup plus systématiquement proposés dans les interactions observées. Au contraire, les salariés de AIDES qui interviennent auprès de publics plus hétérogènes ressentent le besoin d'objectiver le niveau de connaissances sur l'épidémie pour adapter leurs conseils, et le décrivent en termes de stratification sociale, comme ce salarié de AIDES, militant syndical et dans un parti d'extrême-gauche, qui fait l'expérience « dans les cités » de l'inadéquation des outils préventifs diffusés « en milieu gay » :

« En étant à AIDES, je suivais l'actualité de la prévention en milieu gay où commençaient à arriver les histoires de charge virale indétectable "on n'est plus contaminants" et machin, donc une espèce de prévention assez spécialisée, enfin ciblée en fonction des publics et de leur niveau de connaissance et d'épidémiologie et tout, et puis moi, j'arrivais dans les cités, et là, pour le coup, t'avais un espèce de niveau un peu années 80 : "Moi, j'veux pas le savoir, de toute façon, je fais pas le test, de toute façon, si je l'ai, d'abord je bute la personne qui m'a plombé et puis après, j'me tire une balle, parce que de toute façon, si je l'ai, je suis mort, et tout", et d'arriver à discuter avec les gens, justement, faire passer le message de : "Alors tu sais que si t'es séropo, tu peux avoir des enfants, ils seront pas séropos ?", "Ah bon, qu'est-ce qui se passe ?" bon, voilà. Et tu te rends compte d'un niveau, en fait, d'information, qu'était complètement... enfin, c'est ça je trouve, qu'est intéressant avec les entretiens autour du TROD, c'est que tu te confrontes directement au niveau de connaissance des gens, et en fait, au niveau complètement... enfin aujourd'hui, je pense qu'il n'y a pas UN niveau moyen de connaissance autour du VIH en France, quoi. T'as des strates différentes. »⁵³⁷

Ce n'est alors pas le risque de contamination (plus élevé chez les gays) qui oriente les pratiques professionnelles, mais le niveau de connaissances sur l'épidémie, socialement différencié, qui conduit ces salariés à « [recadrer] les idées reçues » (Irène Ouafu, salariée de AIDES). La réalité épidémiologique n'écrase donc pas totalement les classements ordinaires, qui sont davantage mobilisés, ou en tout cas davantage verbalisés, par les salariés de AIDES lorsqu'ils travaillent avec des publics socialement hétérogènes.

Adapter le service au public, c'est alors ajuster les conseils préventifs à des populations inégalement exposées au risque de contamination (les gays étant proportionnellement les plus exposés), inégalement informées de l'amélioration des

⁵³⁷ Martin Delumeau, entretien le 12 juin 2014.

traitements (les migrants et les membres des classes populaires étant décrits comme moins informés), et en position inégale pour négocier les conditions de leur protection (les femmes étant en position défavorable du fait de leur fréquente dépendance économique) :

« Surtout par rapport à la prise de risque des homos, il faut quand même adapter le discours, par rapport aux filles aussi, j'essaie de parler aussi contraception, etc., j'essaie de savoir si elles prennent des risques, si elles ont une contraception, si elles connaissent un peu comment ça se passe. Et voilà, surtout si y'a des migrants aussi, j'essaie qu'ils comprennent aussi combien Paris est touché par le VIH, parce que beaucoup ont pas conscience non plus. [...] La notion que 20 % des homos, ils sont contaminés, c'est quelque chose que beaucoup ça les choque, parce qu'ils sont pas... ils connaissent pas. »⁵³⁸

Malgré les limites de la comparaison entre les terrains public et associatif, le dépistage du VIH/sida permet d'observer le travail d'agents de santé publique occupant une position sociale moins homogène que les seuls médecins étudiés par Waitzkin. En particulier, on va montrer que les usages différenciés que font les agents du dépistage des outils préventifs et pédagogiques à leur disposition aident à saisir les effets des appartenances de classe, de genre, nationales et sexuelles du prestataire et du bénéficiaire sur le contenu du service. En effet, si l'ensemble des agents du dépistage accordent de l'importance à la dimension pédagogique de leur travail, l'observation de la pédagogie en actes permet de saisir les effets de la différenciation des positions sociales et professionnelles, que n'annule pas la différence structurelle entre secteurs public et associatif.

4. Le sens pratique des agents du travail de santé publique : « l'échelle des risques », un outil neutre à l'usage socialement sélectif

Un des outils mobilisés par les agents du dépistage pour expliquer les risques de contamination aux usagers et les aider à les réduire est « l'échelle des risques » (de contamination par le VIH). Il ne s'agit pas d'un objet matérialisant une échelle graduée et qui pourrait être manipulé lors des consultations, mais de la connaissance scientifique, accumulée depuis les débuts de l'épidémie et partagée par les professionnels et militants de la lutte contre le sida, quant aux risques de contamination associés à plusieurs pratiques sexuelles. On la présentera brièvement, telle qu'elle est synthétisée dans un rapport consacré à la « réduction des risques sexuels » (RdRs), qui distingue quatre niveaux de risque de transmission du VIH et donne des exemples de pratiques sexuelles correspondant à ces niveaux de risque, traversant théoriquement les groupes sociaux de façon indistincte :

- « Aucun risque », lorsqu'il « n'existe aucun potentiel de transmission, aucune preuve de transmission » : « un baiser sans échange de sang », « masturbation sans pénétration », par exemple ;

⁵³⁸ Samuel Ibanez, infirmier au Checkpoint, entretien le 30 avril 2014.

- « Risque négligeable », lorsqu'il « existe un potentiel de transmission mais aucune preuve de transmission » : « fellation reçue », « cunnilingus reçu », « cunnilingus donné avec un protecteur », « fellation reçue ou donnée avec condom » ;
- « Risque faible » lorsqu'il « existe à la fois un potentiel de transmission et des preuves de transmission dans certaines conditions » : « fellation donnée sans condom », « cunnilingus sans protecteur », « pénétration vaginale ou anale avec préservatif » ;
- « Risque élevé » : « pénétration (vaginale ou anale) sans condom », « insertion reçue d'un accessoire partagé sans condom », « injection avec un instrument partagé »⁵³⁹.

Les infirmières et infirmiers des CDAG enquêtés disent ne pas utiliser « l'échelle des risques », c'est-à-dire qu'ils n'interrogent pas les usagers sur leurs pratiques sexuelles, ne détaillent pas en consultation les risques de contamination associés à chaque pratique, et n'adaptent pas leurs conseils aux pratiques de chaque usager.

Leur réticence à explorer les pratiques concrètes relève de la pudeur face à des questions « trop intimes » (Danièle Catineau), ici non contrebalancée par l'autorité du savoir :

« Alors c'est peut-être moi qui me sens pas complètement à l'aise avec ça, parce que... Après tout - bon, ça fait quatre ans que je suis là, avant j'avais aucun rapport avec les MST, les IST. Tous les collègues sont là depuis plus longtemps que moi, alors c'est à la fois peut-être moi, pour pas me mettre mal à l'aise ou mettre trop mal à l'aise la personne. »⁵⁴⁰

Mais ce n'est pas la pudeur qui rend le mieux compte de l'usage effectif de cet outil pédagogique qu'est l'« échelle des risques » dans les consultations. En effet, cette pudeur n'empêche cependant pas les plus réservés face à l'exploration des pratiques sexuelles de faire un sort particulier à une pratique répandue et quasiment jamais protégée quels que soient les publics :

« Je dis : "Non, écoutez, ce que vous allez retenir, c'est que la fellation, il y a un petit risque. Peu importe la manière, sachez qu'il y en a un petit, et c'est ce que vous devez retenir." Voilà, quand c'est fait, je rentre pas dans ce genre de détails. »⁵⁴¹

Les médecins utilisent plus souvent « l'échelle des risques » en consultation, mais pas systématiquement, loin de là. Ceux qui ne mentionnent pas cet outil pédagogique en consultation avancent d'autres raisons que la pudeur, relevant de l'inadéquation entre la vérité statistique exprimée par cet outil pédagogique et celle de l'expérience individuelle de la sexualité, dont ce médecin préfère essayer de comprendre les conditions pour chaque usager au cours de la consultation :

⁵³⁹ France Lert, Gilles Pialoux, Gabriel Girard, Élisabeth Yvers, *Rapport MISSION RdRs. Prévention et réduction des risques dans les groupes à haut risque vis-à-vis du VIH et des IST*, 2010, p. 62.

⁵⁴⁰ Joëlle Chassagne, entretien le 10 octobre 2013.

⁵⁴¹ Arezki Ramdani, entretien le 15 octobre 2013.

« Non, moi je pars du fait de savoir ce que la personne... déjà, qu'elle me dise, qu'elle verbalise les facteurs de risque qu'elle connaît. [...] Mon souci est plutôt qu'elle essaie de le dire, de le verbaliser. Parce qu'on peut avoir des connaissances théoriques, lues, intellectuelles, mais de les dire, de dire les mots, je pense que c'est très important pour que la personne l'imprime. Comme quand on fait un cours, on est bon que quand on fait le cours. Donc là, c'est un peu la même chose. Et du coup, à ce moment-là, en effet, on peut parler de type de pénétration dans les relations sexuelles, de la fellation, des autres facteurs de risque, etc. Alors c'est un peu comme ça que je le fais. [...] Si c'est des personnes qui sont en couple, dont un partenaire est séropositif, c'est surtout là où on parle de la réduction des risques, quand il y en a un qui est séropositif. »⁵⁴²

C'est aussi parfois à cause de son inadéquation avec la réalité épidémiologique d'un territoire, d'un bassin de population, que « l'échelle des risques » peut être laissée de côté par les professionnels, comme cette médecin de l'hôpital de Grainde, où la plupart des patients suivis pour une infection par le VIH sont hétérosexuels et étrangers nés en Afrique subsaharienne :

« Maud Gelly : Et l'échelle des risques, pénétration sans préservatif avec ou sans éjaculation, etc. ?

Marie-Christine Ngo : R-A-F.

Maud Gelly : Rien à foutre, d'accord.

Marie-Christine Ngo : Oui, parce que de toute façon, c'est qu'une échelle. Et de toute façon, pour l'individu c'est zéro ou un. [...] Je comprends ce que ça veut dire, mais ça c'est pour expliquer aux gens séronégatifs qu'il y a des rapports plus à risque que d'autres. Maintenant, des gens qui viennent faire un test, je vois pas l'intérêt. Parce que moi, mes patients, ils sont peu à risque, c'est des rapports hétérosexuels, et néanmoins ils sont séropos. »⁵⁴³

Il s'agit donc d'un outil conçu pour être universel, transcender les inégalités entre groupes sociaux face au risque d'infection et de décès, permettre aux professionnels un usage omnibus, mais l'observation des pratiques suggère qu'aux yeux des professionnels il est inadapté à l'hétérogénéité sociale des populations.

Les salariés de AIDES non-professionnels de santé ont des positions moins tranchées : aucun n'utilise aussi systématiquement cet outil que les médecins du Checkpoint, mais aucun ne le récuse dans son principe même comme les infirmiers et médecins précédemment cités. Ce sont les salariés de AIDES qui sont les moins dogmatiques vis-à-vis

⁵⁴² Arnaud Baquet, entretien le 24 septembre 2013.

⁵⁴³ Marie-Christine Ngo, entretien le 11 octobre 2013.

de cet outil exemplaire de la stratégie de « réduction des risques » défendue par leur association, notamment contre Act Up-Paris⁵⁴⁴ :

« Je vais la sortir aux gens qui ont des pratiques déjà... Des gens qui ont pas toujours des pratiques protégées, je vais leur rappeler qu'il y a peut-être d'autres moyens de se protéger. Celui qui se protège tout le temps, je vais pas forcément lui en parler. S'ils me disent que de temps en temps, ça leur arrive d'oublier le préservatif, je vais leur dire : "Si tu fais comme ça, peut-être que tu te protégeras un peu mieux, donc ça, c'est pas fiable à 100 % et encore une fois, le meilleur moyen de te protéger, ça reste le préservatif. Si tu veux pas l'utiliser, libre à toi, mais sache qu'il y a des moyens quand même réduire un peu les risques." »⁵⁴⁵

Les salariés de AIDES font un usage assez pragmatique de « l'échelle des risques », l'adaptent aux informations qu'ils recueillent au cours des entretiens, voire tentent de transmettre une notion désormais connue pour être déterminante du risque de contamination : la charge virale, maximale dans les semaines qui suivent l'infection, c'est-à-dire en général avant que le diagnostic ne soit fait, voire faisable :

« Je m'en sers pas formellement. C'est-à-dire que j'ai pas... après pareil, ça dépend, pendant les entretiens qui accompagnent le test dépistage, j'essaie de... enfin j'évalue avec la personne le niveau de connaissances qu'elle a sur les modes de transmission, donc après, c'est très variable. Moi, en général, ce que je vais plutôt faire, plutôt qu'essayer de voir avec les gens, leur donner leur niveau de risque, du plus faible au plus élevé, enfin, toutes les pratiques, c'est leur donner les éléments pour qu'ils puissent après faire leur tambouille eux-mêmes. [...] Je vais pas hésiter à laisser ouvert le fait que... comment dire ? qu'on peut faire la prévention sans capote. Et puis y'a aussi le problème, de toute façon, c'est que en fait, en réalité, ce qui détermine le caractère plus ou moins risqué de la pratique, c'est non seulement la pratique en elle-même, [...] Enfin voilà, une pénétration anale sans gel et sans capote est plus risquée qu'une fellation où t'avales pas, c'est sûr, mais aussi finalement c'est la charge virale de la personne qui détermine tout. En fait, oui, c'est ça en fait, voilà : je vais plutôt essayer... le truc sur lequel je vais plus... ces derniers temps, je me rends compte, que c'est pas tant sur les pratiques - contaminantes, un peu, beaucoup - que je vais développer, que sur faire comprendre aux gens les histoires de charge virale, que la charge virale, là où elle est le plus développée, c'est au moment juste après la contamination, pendant la période de séroconversion, les premières semaines, et que là, de toute façon, y'a pas de dépistage, ni rapide, ni... bon, donc voilà, et que c'est là qu'on est le plus contaminant, et que en plus, comme c'est là qu'on vient de se faire contaminer, c'est quand on vient de se faire contaminer qu'on est le plus contaminant, donc comme on vient de se faire contaminer, c'est dans une période où on a des pratiques à risque, donc là où y'a plus de risques de le retransmettre, et que là – enfin quand la charge virale, elle explose – même la moindre fellation peut devenir réellement contaminante. [...] Le discours ou les échanges que je peux avoir avec les gens, je vais aussi l'adapter en fonction, je suis assez... enfin voilà, si je sens que la personne en face de moi est capable de faire trois calculs mentaux dans sa tête, l'histoire de charge virale, [elle] comprendra. »⁵⁴⁶

⁵⁴⁴ Gabriel Girard, *Les homosexuels et le risque du sida. Individu, communauté et prévention*, Rennes, PUR, 2013, pp. 137-184.

⁵⁴⁵ Nicolas Darimand, entretien le 4 octobre 2013.

⁵⁴⁶ Martin Delumeau, entretien le 12 juin 2014.

Au total, les salariés de AIDES bricolent leurs conseils préventifs, et ce avec d'autant plus de souplesse que le bricolage profane des pratiques préventives a droit de cité dans l'association.

Cependant, on l'aura compris, ces explications sont plus complexes qu'un conseil ou un ordre intimant d'utiliser des préservatifs, et surtout elles prennent plus de temps. Même quand les agents du dépistage ont l'habitude d'utiliser ce genre de notions et d'expliquer la graduation des risques de contamination, leur travail est contraint par le temps et ils se livrent à des arbitrages, réservant par exemple ces explications complexes et longues aux usagers dont les risques de contamination sont les plus élevés, soit parce qu'ils mentionnent des pratiques connues pour être davantage contaminantes, soit parce qu'ils appartiennent à un groupe particulièrement exposé. Ces salariés racontent ainsi nombre de situations où leurs questionnaires et conseils standardisés ont buté sur l'hétérogénéité sociale des populations :

Marie-Claude Paoli : « En fait, [l'échelle des risques] je l'utilise en fonction de ce que les gens me disent de leur sexualité. C'est-à-dire que je [...] pose des questions parfois, sur la fellation. Alors là, je me suis parfois trouvée confrontée à des gens : "Ahhhh !", je les ai choqués. Donc ça, typiquement, c'est l'entretien qu'il ne faut pas faire. Parce que du coup, ils se sont demandés : "C'est qui celle-là ?" C'est vrai que c'est en partant des pratiques des gens, parce que... Alors des fois, y'a des gens qui me demandent, alors je leur dis, mais sinon c'est vraiment en partant des pratiques des gens, parce que je me suis rendu compte que y'a des gens qu'on choquait. Mais en même temps, j'essaie toujours d'aborder ce point-là, pour savoir : c'est quoi leurs pratiques sexuelles ? Parce que, en particulier des jeunes filles qui sont vierges, mais qui ont des pratiques de sodomie, donc elles, chez les jeunes filles j'essaie souvent d'aborder ce point-là avec elles et de leur dire que là, il y a un risque qui est quand même très important. Alors après, je ne sais pas, les pourcentages... c'est vrai que rarement je dis les pourcentages, voilà, je leur dis : "ça, c'est tant de pourcent", ça, je fais très rarement. Je fais quand je suis confrontée aux AES [Accident d'exposition au sang], avec les gens qui ont vraiment besoin d'avoir des... [...] il y a des gens qui ont vraiment besoin d'avoir des notions de prise de risques et ça les rassure finalement d'avoir les chiffres. Mais sinon, je dis : "C'est de l'ordre de..." Voilà, en insistant sur... Parce qu'en plus, chez beaucoup de gens, ça veut rien dire : 0,01 ou 0,001, donc... Soit ça leur paraît rien du tout, soit ça leur paraît beaucoup, mais c'est vrai que ça leur parle pas du tout, ce genre de chiffres. Si on leur dit : 1 sur 3 ou 1 sur 2, ça parle, mais... Un sur mille ou un sur dix mille, je ne suis pas sûre que ça leur parle tellement.

Maud Gelly : Et est-ce que vous rentrez plus dans ce genre de détails selon que les personnes sont homos, hétéros... ?

Marie-Claude Paoli : Bien sûr. Évidemment, quand je disais, par exemple la fellation, c'est quand j'en parle à des jeunes filles, enfin, des jeunes couples. Mais évidemment, avec les hommes homosexuels ou qui ont des rapports avec des hommes, ça oui, j'aborde ce thème-là, bien sûr. Facilement. D'ailleurs, souvent, ils posent des questions eux-mêmes, ils connaissent et ils posent des questions eux-mêmes. Je trouve que - à part quelques uns - ils ont de toute façon la pratique du dépistage, pour le coup, ils savent ce qu'ils viennent chercher, ils savent... Ils connaissent plein de choses, je ne dis pas qu'ils connaissent tout

bien, mais ils ont quand même des informations, ils ont accès à des informations, ils vont voir des sites, ce que ne font pas les jeunes filles de dix-huit ans, ou de seize ans, ou de dix-sept. Donc c'est pas le même type d'informations. »⁵⁴⁷

En fait, ce n'est donc pas n'importe quel groupe surexposé qui se voit plus régulièrement proposé un outil permettant d'ajuster les pratiques préventives au risque documenté pour chaque pratique sexuelle, mais les hommes identifiés comme homosexuels. Les femmes nées en Afrique subsaharienne, par exemple, dont on a vu qu'elles sont elles aussi surexposées au risque d'infection, et, plus que les autres malades, au risque de décès précoce, ne reçoivent pas ces explications dans les consultations observées. Ce point permet de comprendre pourquoi les structures qui utilisent le plus régulièrement « l'échelle des risques » soient celles où les salariés interrogent systématiquement les usagers sur leur orientation sexuelle, comme le CDAG hospitalier parisien où travaille cette médecin :

« Oui,[à AIDES] ils expliquent tout. Ils sont dans la réduction des risques. Ben nous, on le fera plus avec des homos, par exemple. On adaptera. Moi, avec un homo, je parlerai surtout... et de la prévention, surtout. Parce que moi, je ne suis pas dans le dire : "Si vous êtes actif, vous êtes moins à risque." Ou si vous pouvez pas faire autrement, mais je serais plus à dire, s'ils ont eu un accident d'exposition, pour les rassurer : "Vous étiez actif, il y a moins de risque, etc." J'utilise plus ça pour les rassurer que pour leur donner un algorithme de prise de risque. Après, quand ils arrivent pas à mettre de [préservatif], de toute façon, il faut aussi les déculpabiliser, ne pas mettre de préservatif ça arrive à tout le monde. Ils ont pas de chance, ils sont dans un public à forte prévalence, mais chez les hétéros, vous connaissez beaucoup d'hétéros qui mettent des préservatifs tout le temps ? »⁵⁴⁸

L'autre structure où « l'échelle des risques » est largement utilisée en consultation est celle qui cible spécifiquement les gays : le Checkpoint, où elle sert cependant à rassurer les rares hétérosexuels qui viennent y faire un test :

« Le peu d'hétéros qui viennent, qui sont souvent hyper-angoissés, j'ai un peu tendance à leur dire : "Vous savez, vos risques, y sont quand même 10, 20, 30 fois moins élevés", pas minimiser, mais enfin recadrer les choses, un peu. »⁵⁴⁹

Ces usages différenciés d'un outil pédagogique appellent deux commentaires. D'une part, ils sont ajustés aux risques de contamination dans un groupe délimité ici par l'orientation sexuelle (les gays), mais pas aux risques de décès précoce dans un groupe défini par l'appartenance de genre et la migration (femmes africaines). D'autre part, ces usages sont conditionnés par l'objectivation en consultation de l'appartenance de l'utilisateur à un groupe surexposé au VIH, ce qui peut être problématique pour des hommes vivant en

⁵⁴⁷ Marie-Claude Paoli, entretien le 27 septembre 2013.

⁵⁴⁸ Laurence Lupin, entretien le 19 avril 2013.

⁵⁴⁹ Vincent Rueff, entretien le 7 mars 2014.

couple hétérosexuel mais ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, comme l'explique cette salariée de AIDES :

« C'est une aide pour aborder des questions intimes, difficiles. [...] Cette échelle, j'imagine qu'elle n'est pas non plus absolue, mais c'est vrai, par exemple, de faire la différence entre passif et actif, tu vois, des fois même d'expliquer un peu aux personnes, de leur donner des éléments, de leur dire surtout que c'est des boîtes à outils, en fait. [...] C'est un instrument de mesure, d'évaluation, mais c'est aussi un instrument d'échange. [...] Les gays, souvent, sont très, très, bien informés, donc ils vont pas apprendre grand-chose, et en même temps, pas tous, des fois. Par exemple les hommes qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes, mais plutôt non-identitaires, c'est-à-dire pas forcément "j'habite au Marais, je me pacse, ou je me marie", tu vois, ou "je vis ma vie de gay". Nous, on est plutôt confrontés un peu à cette population-là, en fait, tu vois, un peu sous-marin, quoi. C'est-à-dire ça peut même être des hommes mariés, mais qui ont des pratiques... et pour le coup, ces infos-là, ils les ont pas forcément. Tu vois, donc ils vont pas s'identifier, donc ils vont pas chercher, mais là, pour le coup, c'est intéressant [...]. Ça introduit de la nuance. Et donc de la marge de liberté. Enfin je pense ! »⁵⁵⁰

L'usage différencié de « l'échelle des risques » de contamination par le VIH associés à chaque pratique sexuelle montre donc que :

- l'entretien préventif est d'autant moins fourni en conseils ajustés aux pratiques individuelles que les risques de contamination des séronégatifs sont faibles ;
- la préparation de la relation thérapeutique par un échange individualisé importe d'autant moins que les chances de découvrir un séropositif sont faibles.

Ce deuxième point concorde avec les observations faites par Michel Setbon en 1992, qui mettait alors en évidence un plus grand nombre de dépistages « sauvages » (c'est-à-dire sans explications préalables ni consentement du patient) dans les services hospitaliers où la probabilité de découvrir un séropositif était faible⁵⁵¹. Mais la permanence de ce constat, dans une période où l'efficacité des traitements est sans commune mesure avec ce qu'elle était en 1992, indique que les agents du dépistage ne se donnent pas les moyens de connaître les conditions de vie de leurs publics dès lors que la probabilité d'y découvrir des séropositifs est faible, et ce faisant se privent d'éléments de connaissance de leurs publics qui leur permettraient d'ajuster leurs conseils préventifs.

5. Conclusion

Bien que le désir pédagogique des agents de santé publique n'affiche pas de préférence pour tel ou tel groupe de population, sa mise en actes est donc socialement

⁵⁵⁰ Christine Guilanec, entretien le 26 novembre 2013.

⁵⁵¹ Michel Setbon, « Sida et dépistage à l'hôpital, entre désordre et régulation », *Revue française de sociologie*, 1992, 33 (2), pp. 189-211.

inégal. Le travail pédagogique est d'autant plus intense qu'il est susceptible de porter ses fruits, soit parce que le public est particulièrement exposé à l'infection, soit parce que l'utilisateur investit la relation avec le soignant autant que le supposent les normes de bonnes pratiques professionnelles et qu'il se montre d'emblée particulièrement disposé à écouter, comprendre et suivre les conseils prodigués (« compliant », pour citer un anglicisme médical). À ces deux figures du « bon client » correspondent respectivement, sur le terrain étudié, les gays et les hommes et femmes migrants (mais dans d'autres contextes médicaux, il pourrait s'agir des vieux, des fumeurs, des jeunes, etc.), et des membres des classes moyennes francophones.

L'enquête apporte ici un prolongement aux travaux sociologiques, tels ceux de Luc Boltanski et Dominique Memmi, qui mettent en évidence une orientation sociale préférentielle du travail pédagogique des soignants vers les membres des classes moyennes. L'enquête montre en effet ce que cette préférence professionnelle doit à l'organisation du travail : l'augmentation des cadences de travail accentue l'inégale distribution du travail pédagogique, au détriment des membres des classes populaires. Par ailleurs, l'enquête met en évidence le raisonnement épidémiologique de ces soignants, basé sur l'exposition inégale des populations à la maladie et la mort, mais elle montre que leur raisonnement épidémiologique pratique est sujet aux mêmes méconnaissances que la science épidémiologique : les inégalités entre classes sociales face à la mort constituent un fait constamment minoré au profit d'autres constats épidémiologiques, qu'il s'agisse ici de l'inégalité entre hétérosexuels et homosexuels face au risque d'infection ou, sur d'autres terrains comme la mortalité routière, de la distribution plus homogène du risque d'accident non mortel⁵⁵².

Dans son travail sur la procréation médicalement assistée, Dominique Memmi avance l'hypothèse de l'émergence d'un nouveau mode d'exercice de l'autorité médicale depuis les années 1970 (l'échange de paroles, qui s'est imposé d'autant plus facilement que la profession se féminisait) et d'une préférence médicale pour les classes moyennes : « assez proches socialement et culturellement pour accepter les normes officielles de santé et se montrer capables de réflexivité raisonnable à ce propos, et en situation d'infériorité supportable face à la compétence technique du praticien ». S'appuyant sur les concepts forgés par Albert Hirschman, elle identifie trois types de réponses face à l'autorité médicale : *voice* (protestation, critique) et *exit* (retrait silencieux) pour les classes supérieures, fausse *loyalty* (fausse obéissance) pour les classes populaires⁵⁵³. Il en résulte des interactions verbales plus nombreuses, au cours de la consultation, avec les patients des classes moyennes et supérieures, et, comme l'a montré Luc Boltanski dans son enquête sur la Protection maternelle et infantile (PMI), un investissement inégal par les médecins du temps

⁵⁵² Mathieu Grossetête, « L'enracinement social de la mortalité routière », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 2010, 184, pp. 38-57.

⁵⁵³ Dominique Memmi, *Faire vivre et laisser mourir. Le gouvernement contemporain de la naissance et de la mort*, Paris, La Découverte, 2003, pp. 244-245, 257 et 265.

d'explication (des symptômes, des traitements et de leur mécanisme) : ces derniers usent davantage d'explications avec les classes supérieures, d'ordres et de menaces avec les classes populaires⁵⁵⁴. Sylvie Fainzang retrouve aussi, dans les consultations médicales qu'elle observe, une information plus précise des malades des classes supérieures par leur médecin, et montre comment les caractéristiques sociales des patients servent d'assise au jugement intuitif des médecins sur la capacité psychologique que les patients sont supposés avoir pour traiter l'information - et, sur son terrain en cancérologie, pour encaisser des mauvaises nouvelles⁵⁵⁵. Outre le rôle de la parole dans le travail médical, qui peut rendre compte de la qualité inégale des soins selon les dispositions des malades à la verbalisation, la question du temps que dure la consultation semble cruciale, sur mon terrain comme sur d'autres. L'enquête sociologique de Sue Fisher, d'inspiration interactionniste, montre que le moment de la consultation médicale où se joue la décision de faire ou ne pas faire un frottis, un acte gynécologique de prévention du cancer du col utérin, est celui du déshabillage, qui allonge le temps de consultation : si le médecin juge nécessaire de demander aux femmes de se déshabiller pour pratiquer un autre geste médical (examen des seins, pose de stérilet), il fera le frottis ; sinon il ne le fera pas, y compris si les recommandations admises en la matière justifient de le faire⁵⁵⁶.

Dans la mesure où leur travail pédagogique est contraint par le temps, les agents du dépistage arbitrent en faveur des situations où il est le plus susceptible de produire des effets, reproduisant ainsi les inégalités d'accès à l'information médicale préexistant à l'interaction mises en évidence par Sylvie Fainzang⁵⁵⁷. Dans leur travail d'observation de consultations médicales, David Pendleton et Stephen Bochner parlent ainsi d'*inverse knowledge law* pour décrire la relation inverse entre le besoin d'explications des malades et la délivrance d'explications initiée par les médecins, en l'absence de questions des malades. Ils étoffent ainsi le concept d'*inverse care law*, qui désigne le fait que les services de santé sont d'autant plus rares que les besoins sont grands⁵⁵⁸. Ils ajoutent avec malice que leur enquête contredit l'hypothèse qui fait du savoir médical une menace pour le pouvoir médical, puisque si tel était le cas les médecins donneraient moins d'explications aux malades qui menacent le plus leur pouvoir, c'est-à-dire les malades des classes supérieures⁵⁵⁹.

Mais ces travaux portent sur le travail de médecins et tendent dès lors à surinterpréter la préférence de classe des médecins en la rapportant à la position de classe de ces derniers. Par l'investigation d'un travail assuré par des médecins, des infirmiers et

⁵⁵⁴ Luc Boltanski, *Prime éducation et morale de classe*, Paris, EHESS, Cahiers du Centre de Sociologie Européenne, 1984 (1969).

⁵⁵⁵ Sylvie Fainzang, *La relation médecins-malades : information et mensonge*, Paris, PUF, 2006, pp. 48-52.

⁵⁵⁶ Sue Fisher, « Doctor-patient communication: a social and micro-political performance », *Sociology of Health and Illness*, 1984, 6 (1), pp. 1-29.

⁵⁵⁷ Sylvie Fainzang, *op. cit.*, 2006, p. 150.

⁵⁵⁸ Julian Tudor Hart, « The inverse care law », *The Lancet*, 1971, 297 (7696), pp. 405-412.

⁵⁵⁹ David Pendleton and Stephen Bochner, « The communication of medical information in general practice consultations as a function of patients' social class », *Social Science and Medicine*, 1998, 14A, pp. 669-673.

infirmières et des salariés associatifs non-professionnels de santé, mon enquête sur le dépistage du VIH/sida montre que la préférence de classe des soignants doit moins à leur propre appartenance de classe qu'à la dimension pédagogique de leur travail. Ils considèrent en effet leur travail pédagogique et préventif comme une tâche noble en dépit de leur scepticisme quant à son efficacité.

L'analyse du travail de ces agents en termes de pédagogie est rapidement apparue plus pertinente qu'une analyse plus usitée, en sociologie de la santé, en termes d'« entreprise de morale »⁵⁶⁰. Il s'agissait d'abord de ne pas trahir, sous prétexte d'objectivation scientifique et de discussion académique des classiques de la sociologie, le refus absolu des enquêtés d'être les porte-parole d'une morale sexuelle dont nombre d'entre eux, gays en particulier, avaient parfois douloureusement fait les frais. Ensuite, traiter le travail de santé publique comme une pédagogie a permis de mobiliser la sociologie de l'éducation pour comprendre les effets de reproduction sociale de la pédagogie en matière de santé, et pour rendre compte de la coexistence de la certitude des pédagogues de la santé quant au bien-fondé théorique et moral de leurs méthodes et de leurs doutes quant à leur efficacité pratique.

Mais alors qu'est-ce qui menace l'identité professionnelle d'agents de santé publique au point de les amener, malgré toute leur bonne volonté et à leur corps défendant, à reproduire des inégalités face à la maladie et la mort alors même qu'ils prétendent les combattre ? Pour le comprendre, il faut prêter attention, après les avoir écoutés parler de ce qui fait la noblesse de leur travail, à ce qu'ils disent de sa part de sale boulot.

⁵⁶⁰ Howard S. Becker, *Outsiders. Étude de sociologie de la déviance*, Paris, Métailié, 1985 [*Outsiders*, Glencoe, 1964].

Chapitre 7

L'objectivation des plus fragiles : un sale boulot ?

Tout travail comporte sa part de « sale boulot », celui qui dégrade l'idée que les travailleurs ont d'eux-mêmes et dont ils tentent de se débarrasser en le déléguant à d'autres. Le « sale boulot » ne correspond pas seulement aux tâches « physiquement dégoûtantes », mais aussi à celles qui vont « à l'encontre de nos conceptions morales les plus héroïques »⁵⁶¹, écrit Everett Hughes. Dans le cas des agents du dépistage du sida, il s'agit au fond du travail d'objectivation de leur public.

On montrera dans ce chapitre que leur désintérêt pour ce travail est largement partagé. Il se manifeste par une véritable résistance à la dimension « statistique » de leur travail, perçue comme une activité fastidieuse et ingrate : le comptage des groupes de population. On verra ensuite comment les agents de santé publique tentent de le déléguer : soit ils le confient à des intermédiaires issus des rangs du public visé, soit ils le confient aux destinataires mêmes du service. Deux façons de rapprocher le travail d'objectivation de ses objets, et de s'en exempter.

Si ce travail d'objectivation heurte la conception que ces travailleurs ont d'eux-mêmes, c'est parce qu'ils redoutent par-dessus tout d'être assimilés à des agents de contrôle social et de normalisation des comportements, notamment sexuels. Dès lors, tout ce qui rappelle la logique « populationnelle » de leur travail est suspect à leurs yeux. Par opposition au travail relationnel et pédagogique, qui se veut individuel et singulier, et qui en constitue le versant noble. De plus, le fruit de ce travail d'objectivation échappe dans une large mesure à ces agents : soit, dans les CDAG, parce qu'il n'est pas exploité à des fins de connaissance épidémiologique ; soit, dans les associations, parce qu'il sert des fins d'évaluation de leur activité.

Là encore, l'analyse doit en effet articuler deux axes de segmentation des agents du dépistage : la segmentation par secteur d'activité (public ou associatif) et par groupe professionnel (médecins, infirmiers, non-professionnels de santé). On montrera ainsi que, si le faible investissement dans le travail d'objectivation des publics est commun à tous les secteurs d'activité et groupes professionnels enquêtés, il revêt des modalités distinctes, qui renvoient aux contraintes spécifiques propres à chacun d'entre eux et analysées plus haut.

Dans les CDAG, on a plutôt affaire à un *désintérêt* des médecins et infirmiers pour un travail de consignation écrit qui ne fera ensuite l'objet d'aucune exploitation statistique systématique et qui ne leur permet que rarement, faute de temps dans l'interaction, d'adapter leur travail pédagogique aux situations individuelles des usagers.

⁵⁶¹ Everett C. Hughes, « Le travail et le soi » (1951), *Le regard sociologique. Essais choisis*, Paris, EHESS, 1996 [*The sociological eye : selected papers*, Transaction Books, 1984], p. 81.

Dans les associations, il s'agit de *méfiance* des salariés (médecins, infirmiers, non-professionnels de santé) vis-à-vis de catégories associées à l'expérience de la stigmatisation et de discriminations (étrangers, gays), que ces salariés ont souvent éprouvées eux-mêmes. Mais surtout, ces salariés se méfient d'un travail de comptage dont ils savent pertinemment qu'il sert à évaluer leur activité et leur capacité à atteindre les publics surexposés au VIH. Or le financement de leur association par l'État dépend de leur capacité à atteindre ces publics.

Les contraintes temporelles qui pèsent sur l'interaction d'une part, et d'autre part la position subalterne des agents du dépistage dans la chaîne de production de connaissances statistiques, concourent donc, à des degrés variables selon que la structure est publique ou associative, à faire du travail d'objectivation des publics un « sale boulot ».

Les agents du dépistage n'en manifestent pas moins d'indéniables aptitudes à objectiver les propriétés sociales de leur public, et des inégalités sociales au sein de leurs publics : ces aptitudes sont, elles, communes aux secteurs d'activité (public ou associatif) et déterminées par les trajectoires sociales et professionnelles.

1. Compter : une menace pour l'identité professionnelle

Interrogés sur « ce [qu'ils] n'aiment pas du tout faire dans leur travail », les salariés répondent massivement : « la saisie » des questionnaires remplis pour chaque test de dépistage (Rémi Buisson, infirmier au Checkpoint ; Martin Delumeau, Irène Ouafu, Christine Guilanec, trois salariés de AIDES), « l'administratif » (Chantal Djian et Arezki Ramdane, infirmiers en CDAG ; Éric Romero, infirmier au Checkpoint ; Nicolas Darimand, salarié de AIDES), « les papiers » (Mathieu Ndombe, salarié de l'association Afrique Avenir ; Marie-Claude Paoli, médecin en CDAG) ou « la paperasse » (Vincent Rueff, médecin au Checkpoint ; Céline Bardou et Béatrice Guéguen, médecins en CDAG), c'est-à-dire le traitement des bilans de leur activité quotidienne en matière de dépistage. À AIDES, les questionnaires individuels soumis à chaque usager sont appelés DOLORES. Les salariés interrogés détestent « saisir les DOLORES » bien qu'ils estiment que ce travail permet de « quantifier » leur activité et d'évaluer l'adéquation du ciblage des publics aux besoins de santé :

« Ah, les DOLORES ! [Rires] Bien que c'est un outil intéressant. Moi, je bataille, et je surveille pour que toutes les DOLORES soient bien remplies, et que le moindre entretien soit rempli DOLORES. Il y aura une DOLORES pour toi aussi [rires], parce que c'est comme ça qu'on quantifie... Déjà, AIDES, ils te demandent de quantifier l'activité, mais moi en interne, moi, avec les partenaires, je quantifie, auprès de mes volontaires, je quantifie, etc. C'est bien : on a contacté 8 000 personnes sur internet... et ça permet aussi d'avoir des ratio, savoir si on cible bien, etc., c'est très important. Et puis pour l'activité du LM [lieu de mobilisation], c'est... Moi je valorise. Les groupes de travail, il faut faire une DOLORES à chaque groupe de travail. Par exemple nous, ici, y'a plein de groupes de

travail. Donc ouais. Mais les saisir, c'est sûr que... ça et les comptes rendus aussi. Ça, j'en ai beaucoup. Mais c'est important. »⁵⁶²

Les agents de santé publique voient le travail de dénombrement des usagers du dépistage comme une tâche technique empiétant indûment sur le travail relationnel qui les a motivés à s'investir dans le dépistage :

« Ce que j'aime, c'est parler, la relation, prélever. Maintenant, le formulaire informatique, je trouve que ça nous a cassé un petit peu l'entretien. »⁵⁶³

Ils n'ont alors « pas le temps, [...] pas le temps de l'humain » (Séverine Jecker, infirmières en CDAG). Leur préférence pour « l'accompagnement individuel » sur les « actions grand public » (Martin Delumeau, salarié de AIDES) ou sur les actions de masse comme la vaccination contre l'hépatite B (Yasmina Slimani, médecin en CDAG) témoigne de l'investissement prioritaire du travail relationnel individuel. L'individu y est dépouillé de ses caractéristiques sociales, d'autant plus que le cadre de la consultation est anonyme, et il est incongru de les objectiver.

La pression des directions des structures enquêtées (hôpital ou collectivité territoriale pour les CDAG, directions associatives pour AIDES et le Checkpoint) pour atteindre l'équilibre budgétaire contribue à rendre suspect le travail de comptage de l'activité aux yeux des salariés. Le travail statistique leur semble en effet utile avant tout pour contrôler leur activité et négocier des subventions avec les financeurs, et ils n'en voient pas l'intérêt pour les usagers du dépistage. L'accent mis sur le nombre de tests de dépistage réalisés, et surtout sur le nombre de tests positifs obtenus, permet d'évaluer le ciblage des publics, de façon concordante avec les observations menées dans d'autres types de services. Delphine Serre a ainsi montré, dans son enquête sur les assistantes sociales, que le recours au nombre de signalements d'enfants en danger comme indicateur d'activité remet en cause la hiérarchie symbolique des tâches, au détriment du travail d'accompagnement des familles, que les assistantes sociales considèrent comme le cœur du métier⁵⁶⁴.

Sur mon terrain d'enquête, le travail relationnel et pédagogique est considéré comme le cœur du métier dans les secteurs public comme associatif, mais la nécessité de rendre des comptes (sur le nombre de dépistages et le nombre des tests positifs) est particulièrement palpable dans les associations, dont le fonctionnement dépend de financements de courte durée dédiés à des objectifs précis et chiffrés, sur le mode de la contractualisation. Il en résulte des réorientations fréquentes de l'activité des structures, et

⁵⁶² Dylan Hénin, salarié de AIDES, entretien le 4 mars 2014.

⁵⁶³ Murielle Monlouis, infirmière au CDAG de Grainde, entretien le 11 octobre 2013.

⁵⁶⁴ Delphine Serre, « Gouverner le travail des assistantes sociales par le chiffre ? Les effets contrastés d'un indicateur informel », *Informations sociales*, 2011/5, n°167, pp. 132-139.

donc de leurs salariés, avec au minimum une lisibilité problématique des actions mises en œuvre et au maximum un durcissement de leurs conditions de travail :

Virginie Ledru : « En fait, ce que je préfère faire, c'est le suivi des personnes séropositives au VIH. [...] Actuellement comme on nous demande beaucoup de TROD [tests de dépistage rapide], je trouve que c'est trop. C'est répétitif, c'est physique aussi, parce qu'on doit aller chercher le camion, monter un barnum⁵⁶⁵, tout ça, et au fur et à mesure on est fatigués, quoi. [...] Mais si on en faisait moins, ce serait mieux. Pour moi, ç'avait été présenté - quand on avait travaillé là-dessus - comme un outil complémentaire, etc. Entre ce qu'on nous a dit et ce qu'on fait actuellement, ça n'a rien à voir.

Maud Gelly : C'était un outil complémentaire dans la stratégie de réduction des risques, c'est ça ?

Virginie Ledru : Voilà. C'est ça.

Maud Gelly : Et c'était censé s'intégrer à vos actions de réduction des risques ?

Virginie Ledru : Voilà. Mais c'était pas faire du TROD pour en avoir dix mille, et moi, c'est ce que je ressens : aujourd'hui, on fait du TROD pour avoir les subventions. »⁵⁶⁶

Cette salariée de AIDES préfère donc un travail qui s'apparente au travail médical clinique (ici, l'accompagnement singulier, plus proche du soin) à un travail de dépistage de masse, vu comme une activité répétitive.

Comment expliquer cette préférence ?

Elle témoigne d'une part, quand elle est le fait de salariés associatifs, de tentatives d'ennoblissement du poste : on l'a vu, nombre d'entre eux ont en effet suivi des études dans le secteur médico-social sans les mener à terme, ou y ont obtenu un diplôme sans trouver d'emploi qui lui corresponde. Le dépistage de masse leur apparaît alors comme une activité technique routinière et subalterne qui les éloigne de l'activité d'accompagnement médico-social qu'ils recherchent.

D'autre part, elle manifeste un attrait du travail relationnel qui peut sembler presque forcé par la situation d'enquête, tant il est général et retrouvé chez tous les enquêtés, médecins comme infirmiers, hospitaliers comme associatifs, hommes comme femmes. Un tel unanimité ne nous apprend rien sur la matrice sociale qui produit les dispositions au travail relationnel. La valorisation du rôle éducatif et relationnel des infirmières est certes au cœur de la rhétorique des promoteurs de la professionnalisation des soins infirmiers⁵⁶⁷. Mais le poids de la culture du groupe professionnel ne peut suffire à rendre compte de l'investissement du travail relationnel par les agents du dépistage, tant il traverse les clivages

⁵⁶⁵ Un barnum est une sorte de grande tente plastifiée qui permet d'abriter le stand.

⁵⁶⁶ Virginie Ledru, salariée de AIDES, entretien le 30 septembre 2013.

⁵⁶⁷ Anne Paillet, *Sauver la vie, donner la mort. Une sociologie de l'éthique en réanimation néonatale*. Paris, la Dispute, 2007, pp. 192-193.

professionnels et ignore la diversité de la formation du groupe le moins professionnalisé que forment les salariés associatifs.

Peut-être serait-il utile, pour en rendre compte, de comparer ces salariés avec d'autres qui, travaillant également au contact rapproché des individus et des corps, revendiquent un désintérêt pour le travail relationnel. C'est le cas de certaines des aides à domicile étudiées par Christelle Avril, issues de milieux populaires, qui « trouvent [...] dans l'accomplissement des tâches physiques de ménage une manière de tenir à distance le travail relationnel avec les personnes âgées, travail relationnel qu'elles trouvent particulièrement aliénant ». Les dispositions au travail relationnel pourraient alors être propres aux classes moyennes et supérieures, et aux trajectoires d'ascension sociale par l'école, nombreuses dans mon corpus comme on l'a vu au chapitre 4. Christelle Avril ajoute à propos des aides à domicile : « les femmes diplômées qui les encadrent considèrent que seul cet aspect relationnel pourrait permettre aux aides à domicile de donner du sens et de la valeur à leur travail. Il semble bien que ces aides à domicile développent et partagent une conception autonome de la définition de leur travail, contre un pôle diplômé des classes moyennes-supérieures. »⁵⁶⁸ Par contraste, la définition du travail des agents du dépistage du VIH/sida est fondamentalement hétéronome : il s'agit de salariés associatifs auxquels la loi vient tout juste d'accorder le droit de pratiquer le dépistage sous condition de respect de référentiels de bonnes pratiques, notamment relationnelles comme on l'a vu avec la référence au *counselling* ; il s'agit aussi d'infirmiers et d'infirmières n'assurant des actes médicaux que « par délégation », c'est-à-dire sous contrôle médical ; il s'agit enfin de médecins occupant des positions relativement dominées dans un champ médical (médecins généralistes, médecins de santé publique) qui fait du seul soin curatif le cœur du métier.

La préférence pour le travail relationnel, largement partagée sur le terrain de l'enquête, obéit donc à des logiques sociales et professionnelles. En effet, elle en dit long sur la force de la référence médicale pour modéliser les pratiques de santé. Anne-Chantal Hardy a montré comment la notion de « colloque singulier » a acquis le statut de « mythe fondateur de la déontologie médicale ». Elle apparaît en 1934 sous la plume de Georges Duhamel, médecin devenu écrivain, dans un article de *La Revue des deux mondes*, alors conservatrice et anticommuniste, où il dénonce l'intervention de « l'étatisme » dans la pratique médicale. La notion de « colloque singulier » est reprise après la Deuxième Guerre mondiale par Louis Portes, président du Conseil National de l'Ordre des Médecins sous Vichy et reconduit à ce poste à la Libération, qui en fait un principe fondateur de la médecine et l'inscrit dans le code de la déontologie médicale⁵⁶⁹. Les agents du dépistage du VIH interrogés, tous salariés pour cette activité, ne sont pas les farouches défenseurs de la médecine libérale auxquels le « colloque singulier » a tenu lieu de bannière morale depuis cet épisode fondateur. Ils font pourtant de la relation individuelle le cœur de leur métier, et

⁵⁶⁸ Christelle Avril, *Les aides à domicile. Un autre monde populaire*, Paris, La Dispute, 2014, p. 18.

⁵⁶⁹ Anne-Chantal Hardy, *Travailler à guérir. Sociologie de l'objet du travail médical*, Rennes, EHESP, 2013, pp. 24-37.

ce qu'ils soient médecins, infirmiers ou salariés associatifs non-professionnels de santé. Bien que leur goût pour la dimension pédagogique de leur travail ne soit pas incompatible avec l'entretien collectif et le travail de groupe (pratiqué à AIDES), c'est dans la relation individuelle qu'elle leur semble plus gratifiante, révélant par là la domination du modèle médical dans le champ médical, y compris dans un espace où des modèles plus collectifs de travail pédagogique (développés notamment au sein de « groupes de parole » par les associations) sont valorisés.

Le désinvestissement relatif de l'approche populationnelle d'un travail, notamment médical, sur l'individu, a été mis en évidence sur d'autres terrains. Dominique Lhuilier analyse ce qui s'apparente au « travail sur l'Homme » comme le « sale boulot » des agents qui entendent faire un « travail pour l'Homme »⁵⁷⁰. Claudine Herzlich parle, quant à elle, de « médecine des grands nombres »⁵⁷¹ pour désigner ce pôle déconsidéré du travail médical. En réalité, il est probable que la légitimité de l'approche populationnelle du travail médical varie selon le sous-champ médical considéré : une telle approche est légitime (et même fondatrice) pour le sous-champ de la santé publique et de la médecine sociale, et moins légitime dans le sous-champ de la médecine clinique, si l'on reprend la subdivision du champ médical analysée par Patrice Pinell⁵⁷². Le terrain du dépistage du sida permet d'affiner l'analyse en comparant les secteurs d'activité et groupes professionnels, et les niveaux de l'action publique.

La méfiance de ces salariés vis-à-vis des activités de comptage et les stratégies qu'ils développent pour déléguer le « sale boulot » d'objectivation des publics permettent de comprendre en quoi les activités de dénombrement diffèrent à chacun des quatre niveaux de mise en œuvre de l'action publique (ici en matière de santé), tels que les définit Nicolas Belorgey dans son plaidoyer pour une approche ethnographique de l'action publique :

- les auteurs de normes, qui définissent les « normes légitimes du secteur » : l'État, des agences et autorités diverses qui décident des « plans nationaux », comme ici le plan national VIH 2010-2014 ;
- les intermédiaires ou acteurs du second rang, qui s'assurent que les agents travaillant au contact du public respectent les normes du secteur et qui « transmettent aussi, en sens inverse, ce qui ressort du travail des acteurs de premier rang au niveau de la conception des normes » : chefs de service d'administrations, cadres, directeurs d'hôpitaux, contrôleurs chargés du respect des normes ;

⁵⁷⁰ Dominique Lhuilier, « Le "sale boulot" », *Travailler*, 2005, 14 (2), pp. 73-98.

⁵⁷¹ Claudine Herzlich, « Types de clientèle et fonctionnement de l'institution hospitalière », *Revue française de sociologie*, 1973, 14 (1), pp. 41-59 et notamment pp. 57-58.

⁵⁷² Patrice Pinell, « A propos du champ médical : quelques réflexions sur les usages sociologiques du concept de champ », in Frédéric Lebaron, Gérard Mauger (dir.), *Lectures de Bourdieu*, Paris, Ellipses, 2012, pp. 305-318.

- les acteurs du premier rang ou *street-level bureaucrats* décrits par Michael Lipsky⁵⁷³, qui travaillent « au contact direct des destinataires de la politique » : enseignants, policiers, juges, agents des caisses d'allocation familiale, guichetiers d'administration, et ici médecins, infirmières, salariés associatifs ;
- les destinataires de l'action publique : « public », « cible », « usagers », « habitants », selon le secteur étudié et les terminologies indigènes⁵⁷⁴.

Pour les concepteurs de normes, compter sert à *définir des politiques publiques*. On l'a vu, l'accent mis par les publications épidémiologiques annuelles sur les nouvelles contaminations par le VIH (données d'incidence) conduit à développer prioritairement le dépistage auprès des groupes de population dans lesquelles elles sont les plus nombreuses (gays et migrants d'Afrique subsaharienne).

Pour les intermédiaires du second rang, compter sert à *évaluer les actions* et les réorienter éventuellement, notamment vers des publics où la probabilité de trouver des séropositifs est élevée, comme l'explique Bruno Spire, président de AIDES :

Maud Gelly : « Tu disais : "Faut qu'on fasse gaffe, les critères de qualité, c'est pas seulement le nombre de tests, mais le nombre de positifs". Au CA [Conseil d'Administration], celui d'octobre 2011, tu dis que tu es préoccupé que le taux de séropositifs chez les gays soit inférieur à celui des CDAG. Et ça m'étonnait parce que dans COM'TEST⁵⁷⁵, il est très supérieur.

Bruno Spire : Alors c'était vrai dans COM'TEST, mais c'était pas vrai dans les premières mises en place⁵⁷⁶. Et là du coup, maintenant on a rattrapé. Je suis moins inquiet, quand on regarde les derniers chiffres, on est autour de la même chose que dans les CDAG. Et avec des endroits où c'est beaucoup plus.

Maud Gelly : Oui.

Bruno Spire : Donc voilà, ça s'est rétabli. Ce qui m'inquiétait, c'est que ça n'était pas réfléchi. Ce n'est pas tant le résultat, mais que les militants ne se posaient pas la question du résultat. Et je disais : "ça doit être un critère qui doit permettre de réfléchir quand on implémente une nouvelle action". Si l'on voit qu'on a eu beaucoup de positifs dans tel ou tel type d'action, tel type de lieu, ça doit nous inciter à recommencer et à le refaire. Alors que si on voit qu'on trouve pas de positifs du tout dans un lieu, du coup, y'a peut-être d'autres choses plus prioritaires à faire. Et que ça, c'était pas dans la discussion du CA d'octobre 2011, donc mon inquiétude venait de là.

Maud Gelly : Dans les endroits où je suis allée, je te garantis qu'ils se la posent ! Quand il n'y pas de positifs, ils se disent...

⁵⁷³ Michael Lipsky, *Street-Level Bureaucracy. Dilemmas of the Individual in Public Services*, New York, Russell Sage Foundation, 2010 [1980].

⁵⁷⁴ Nicolas Belorgey, « De l'hôpital à l'État : le regard ethnographique au chevet de l'action publique », *Gouvernement et action publique*, 2012, 2 (2), pp. 9-40.

⁵⁷⁵ Étude sur le dépistage communautaire du VIH conduite par AIDES et l'ANRS.

⁵⁷⁶ Bruno Spire fait référence aux premiers mois de la phase de généralisation du dépistage communautaire par AIDES, qui a succédé à la phase d'expérimentation dans le cadre de l'étude COM'TEST.

Bruno Spire : *Moi, j'ai mis ça en disant : "Posez-vous la question !" Moi ça m'étonnait : y'a les rapports qui revenaient et on se disait :*

"Ouah, c'est génial, on a fait plein de tests !"

"Y'a des résultats positifs ?"

"Non."

"Et ça vous inquiète ?"

"Non."

C'est ça qui me gênait. Dire qu'il faut quand même se poser la question. On va pas arrêter l'épidémie. Le but c'est quand même d'arrêter l'épidémie, de faire que tous les gens positifs, un : on leur sauve la vie, c'est quand même ça, et deux : qu'on leur permette de ne pas transmettre. Et on bloque ainsi la propagation du virus. Alors on me répondait : "Ouais, mais c'est quand même vachement bien de rassurer les négatifs." Ouais, d'accord, mais on va pas demander des millions et engager des équipes uniquement dans un but de confort psychologique. Alors je passe parfois pour le méchant. "Ouais, y'a l'humanité..." Mais la DGS, on ne va pas la convaincre uniquement sur un truc "cocooning" de la population qui prend des risques. L'objectif est plus santé publique, donc il faut montrer qu'on trouve des positifs. »⁵⁷⁷

Mais pour les acteurs du premier rang, *compter n'a pas d'utilité immédiate*. Ils perçoivent le dénombrement des groupes de population atteints par l'action comme un outil aux mains des intermédiaires du second rang pour orchestrer une course à la rentabilité, et le ressentent comme dégradant au regard de ce qui fait la noblesse du travail relationnel. Dans le sillage des travaux d'Everett Hughes, qui définit les services comme « des activités qui consistent à faire quelque chose pour quelqu'un, ou sur quelqu'un »⁵⁷⁸, Sophie Bernard montre, au travers d'une enquête sur l'automatisation des caisses de supermarché - un terrain d'enquête particulièrement propice à la mise en évidence de la dimension de contrôle des publics inhérente aux activités de services⁵⁷⁹ -, que travailler dans les services, c'est travailler à la fois *pour, avec, sur, à l'insu* et parfois *contre* les clients. Le travail de la relation *avec* les clients représente la part la plus valorisée et valorisante du travail, qu'il s'agisse d'expliquer à une vieille dame le fonctionnement d'une caisse automatique ou à un jeune gay l'échelle des risques de contamination par le VIH associés à chaque pratique sexuelle. Le dépistage *à l'insu*, ou « dépistage sauvage », est, depuis, qu'existent les tests de dépistage du VIH, la figure emblématique de ce que le monde militant et professionnel de la lutte contre le sida considère comme des mauvaises pratiques⁵⁸⁰. Le contrôle exercé *sur* les clients est de l'ordre du sale boulot, qu'il soit assimilé à un travail de police lorsqu'il s'agit d'empêcher le vol aux caisses automatiques, ou de police sanitaire lorsqu'il s'agit de classer des individus dans des groupes relevant de politiques publiques spécifiques et toujours

⁵⁷⁷ Bruno Spire, entretien le 10 septembre 2012.

⁵⁷⁸ Everett C. Hughes, « Division du travail et rôle social » (1956) », *Le regard sociologique. Essais choisis*, Paris, EHESS, 1996 [*The sociological eye : selected papers*, Transaction Books, 1984], p. 62.

⁵⁷⁹ Sophie Bernard, « Le travail de l'interaction. Caissières et clients face à l'automatisation des caisses », *Sociétés contemporaines*, 2014, 94 (2), pp. 93-119.

⁵⁸⁰ Michel Setbon, « Sida et dépistage à l'hôpital, entre désordre et régulation », *Revue française de sociologie*, 1992, 33 (2), pp. 189-211.

suspectes d'alimenter la stigmatisation de groupes minoritaires (ici, gays, migrants, prostituées, usagers de drogues). Dès lors, on peut interpréter la valorisation du travail relationnel avec le public comme un moyen, pour les agents de santé publique, de se prémunir contre la tentation toujours présente du contrôle *sur* le public et d'apaiser la méfiance de celui-ci vis-à-vis d'un dispositif qui sonde ses pratiques intimes. Corde de rappel humaniste, salubre chaque fois que l'injonction à accélérer les cadences est trop forte, elle permet également de se défendre contre les consignes d'un directeur d'hôpital soucieux d'équilibrer les comptes au détriment de la qualité des soins et des conditions de travail.

Enfin, pour les destinataires de la politique publiques, il peut être *troublant d'être compté*. C'est pourquoi les intermédiaires du second rang sélectionnent des acteurs du premier rang parmi les destinataires, comme c'est le cas dans le dépistage dit « communautaire » ; et c'est aussi pour cette raison que les acteurs associatifs du premier rang s'en remettent aux destinataires pour désigner eux-mêmes le groupe auquel ils estiment appartenir. La question « vous vous considérez comme ? » posée par les salariés de AIDES sollicite un (auto-)classement subjectif, révélant le trouble dans lequel l'objectivation du public peut plonger des agents engagés dans des interactions très courtes avec leur public.

Si le faible investissement du travail de comptage et d'objectivation des publics est commun aux agents publics et associatifs du dépistage, les raisons des agents diffèrent : en CDAG ils s'en désintéressent car ils savent que ce travail ne fait plus l'objet d'exploitations statistiques systématiques comme c'était le cas dans les premières années de l'épidémie (ce que certains trouvent regrettable, comme me le dira une directrice de CDAG en fin d'entretien)⁵⁸¹. Autrement dit, ils s'en désintéressent parce ce travail leur semble inutile car non exploité à des fins de connaissance épidémiologique. Ce travail d'objectivation des publics leur semble également inutile à une meilleure connaissance de chaque individu, puisque le temps leur manque pour adapter leurs conseils préventifs aux situations individuelles, comme on l'a vu au chapitre précédent. Dans les associations, on va voir qu'il s'agit moins de désintérêt que de méfiance vis-à-vis d'un travail qui leur semble suspect.

2. Se compter ou être compté par les siens : de l'effet des (dé)mobilisations collectives sur la division du travail d'objectivation

On y reviendra plus avant, les pratiques de classement des publics diffèrent d'une structure à l'autre. Ce qui importe à ce stade, c'est que le classement des publics est le résultat d'opérations d'objectivation qui diffèrent à chacun des quatre niveaux de l'action publique, et surtout qui sont différemment exposées à la critique (du public et des collègues) selon qu'elles sont le fait d'agents du secteur public ou associatif.

⁵⁸¹ Elisabeth Bouvet, entretien le 23 avril 2013.

Les auteurs de normes (administrations, institutions de santé publique) classent des publics de papier. L'Institut de Veille Sanitaire recueille les fiches de déclaration obligatoire, spécifiques à l'infection par le VIH, remplies par les biologistes et les médecins prescripteurs pour chaque nouvelle sérologie VIH positive depuis 2003. Ils en tirent des tableaux et des pourcentages. Le Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDC) de l'Inserm collecte les certificats de décès remplis pour chaque décès et, en tire, lui aussi, tableaux et pourcentages. La déclaration obligatoire précise le mode de contamination : rapport homosexuel, hétérosexuel, usage de drogues, transmission materno-foetale. Ce n'est pas le cas du certificat de décès, commun à tous les décès quelle qu'en soit la cause. La profession est très irrégulièrement mentionnée sur la déclaration obligatoire, au point que les publications épidémiologiques sur l'incidence du VIH ne traitent pas cette variable⁵⁸², mais elle figure sur le certificat de décès. Les agences comme la Haute Autorité de Santé ou le Conseil National du Sida, qui associent des représentants de l'État, des médecins et des militants associatifs, élaborent des recommandations en s'appuyant sur les tableaux et statistiques produits par ces agences scientifiques, mais avec une nette prédilection pour les données d'incidence, c'est-à-dire les nouvelles contaminations annuelles. Les données de mortalité ne font en effet pas l'objet de la même activité institutionnelle en vue de réorienter les pratiques des acteurs du second et du premier rang. Les recommandations publiées en 2009 par la Haute Autorité de Santé s'appuient ainsi sur les données d'incidence pour recommander de développer des actions spécifiques de dépistage en direction des gays et migrants et d'associer les associations au dépistage⁵⁸³. Le Plan national VIH 2010-2014 articule cette recommandation de ciblage avec celle d'un renforcement du dépistage généralisé, notamment par les médecins généralistes, afin de ne pas manquer les séropositifs qui s'ignorent et qui, soit parce qu'ils n'appartiennent pas aux groupes identifiés comme surexposés, soit parce qu'ils ne fréquentent pas les lieux où le dispositif de dépistage les cherche, échappent au dépistage⁵⁸⁴.

Les intermédiaires du second rang (directeurs d'hôpitaux, de CDAG, d'associations) classent des ressources humaines et des relevés d'activités, et, si et seulement si le classement des publics a des conséquences en termes de ressources humaines et de revenus tirés de l'activité, ils classent aussi des publics. Ils appliquent, avec plus ou moins de liberté, les recommandations nationales. Les directions de CDAG développent rarement des actions « hors-les-murs ». Quant elles le font, il s'agit d'actions ponctuelles. Les directions d'associations ont une longue expérience historique des actions qui consistent à « aller vers » les publics surexposés et y intègrent alors le dépistage, qu'ils développent d'autant plus fortement que cette nouvelle activité est subventionnée par l'État et la Caisse Nationale d'Assurance Maladie. Les représentants de médecins généralistes sont réticents, et le

⁵⁸² Épidémiologiste, Institut de Veille Sanitaire, entretien le 26 février 2013.

⁵⁸³ Haute Autorité de Santé, *Dépistage de l'infection par le VIH en France. Stratégies et dispositif de dépistage*, octobre 2009.

⁵⁸⁴ Ministère de la Santé et des sports, *Plan national de lutte contre le VIH/sida et les IST 2010-2014*.

Collège National des Généralistes Enseignants prend position en janvier 2012 contre le dépistage systématique en médecine générale en s'appuyant sur une étude conduite aux urgences qui retrouvait peu de séropositifs en dehors des « groupes à risque »⁵⁸⁵. L'activité de classement des publics par les intermédiaires du second rang varie avec leur degré d'investissement dans le dépistage ciblé et de dépendance aux financements contractuels spécifiques pour cette activité. Les représentants des médecins généralistes avancent les difficultés de parler de sexualité à des patients qui consultent pour un motif autre et ne cherchent donc pas à objectiver les caractéristiques personnelles qui justifieraient un test de dépistage. Les directions des CDAG, qui ne font pas de dépistage « hors-les-murs », développent des modalités en général minimales d'objectivation des usagers du dépistage, recueillant le motif de recours au dépistage, la sexualité dans certains CDAG (comme au CDAG des Vignes), le pays de naissance dans d'autres (comme au CDAG de Grainde), rarement la profession (comme au CDAG hospitalier parisien). Les directions d'associations, en revanche, développent des questionnaires détaillés (deux pages à AIDES, six au Checkpoint) pour caractériser leurs usagers, éventuellement réorienter leurs actions, et en présenter le bilan à leurs financeurs.

Les intermédiaires du premier rang (médecins, infirmières et infirmiers, salariés associatifs) classent des individus en chair et en os. Ils éprouvent des difficultés avec ces questionnaires, comme en témoigne leur incomplétude, transversale aux secteurs public et associatif, et les pratiques qu'ils développent pour déléguer aux usagers le travail d'objectivation, qui sont, elles, plus marquées et générales dans les associations :

« Vous vous reconnaissez comme migrant, gay, hétéro ? »⁵⁸⁶

L'aisance des acteurs du premier rang à manipuler les critères de classement dépend des mobilisations antérieures de groupes de populations qui remplissent ces critères. La fiche de renseignements remplie à AIDES après chaque test de dépistage est très éclairante à cet égard. Elle liste une vingtaine de « groupes d'appartenance » parmi lesquels chaque usager est invité à se situer :

- LGBT⁵⁸⁷ ;
- Afrique subsaharienne ;
- Maghreb ;
- Europe de l'Est ;
- Départements Français d'Amérique ;

⁵⁸⁵ France Lert (dir.), *Dépistage de l'infection VIH en France 2009-2011. Synthèse des études et recherches*, Paris, ANRS, 2013, p. 52.

⁵⁸⁶ AIDES, au local de Grainde, notes d'observation, 15 mai 2012.

⁵⁸⁷ Lesbiennes, Gays, Bi et Trans.

- CPP⁵⁸⁸/usagers de drogue ;
- Travailleur/se du sexe ;
- Femmes ;
- Personnes vivant avec le VIH ;
- Personne vivant avec hépatite/s ;
- Sourd ;
- Personnes affectées par le VIH et/ou hépatites.

Les critères retenus désignent les groupes les plus touchés par l'épidémie de VIH/sida et dont la mobilisation est ancienne (gays) ou plus récente (migrants⁵⁸⁹), ceux qui ont été parmi les plus touchés et ne le sont plus à la suite de mobilisations victorieuses ayant abouti à des dispositifs de réduction des risques (usagers de drogue⁵⁹⁰), les proches (« personnes affectées par le VIH »), les groupes en direction desquels l'association cherche à développer des actions nouvelles et dont les mobilisations récentes intègrent la question du sida (trans, « travailleur/se du sexe »⁵⁹¹), les groupes qui se sont organisés comme tels au sein de l'association et qui ont développé des méthodes de prévention et d'information spécifiques (femmes et sourds). Le Groupe Sourds de AIDES a en effet été créé en 1989 et a développé des actions de sensibilisation sur le VIH/sida en langue des signes. L'espace social du sida a connu des mobilisations de femmes séropositives, sans lien avec le mouvement féministe resté relativement distant à l'exception du Mouvement Français pour le Planning Familial⁵⁹².

Les destinataires de l'action publique sont les objets du travail d'objectivation. Ils s'estiment parfois oubliés par les auteurs de normes, comme les étrangers dans les années 1990⁵⁹³, ou stigmatisés par les acteurs du premier rang, comme les passants abordés par les militants de AIDES qui leur demandent s'ils s'adressent prioritairement à eux parce qu'ils sont Noirs⁵⁹⁴. Les intermédiaires du second rang, moins visibles, sont à l'abri de leurs critiques.

⁵⁸⁸ Consommateurs de Produits Psychoactifs.

⁵⁸⁹ Sandrine Musso, « Faire preuve par l'épidémiologie : lectures "indigènes" des chiffres du sida en France », *Quaderni*, 2009, 68, pp. 71-82.

⁵⁹⁰ Patrice Pinell (dir.), *Une épidémie politique. La lutte contre le sida en France, 1981-1996*, Paris, PUF, 2002, pp. 338-361.

⁵⁹¹ Lilian Mathieu, « De l'inadaptation sociale au professionnalisme : la démarche des associations de "santé communautaire" », in Pierre Chauvin, Isabelle Parizot (dir.), *Santé et expériences de soins. De l'individu à l'environnement social*, Paris, Inserm, 2005, pp. 161-177.

⁵⁹² Dominique Thiéry, « Dossier Femmes et VIH : la double peine », *Le Journal du Sida*, 2012, 224, pp. 19-34.

⁵⁹³ Sandrine Musso, « Faire preuve par l'épidémiologie : lectures "indigènes" des chiffres du sida en France », *Quaderni*, 2009, 68, pp. 71-82.

⁵⁹⁴ AIDES, notes d'observation, 12 mai 2012.

Cet extrait d'entretien avec un épidémiologiste de l'Institut de Veille Sanitaire permet de comprendre comment la mobilisation d'un groupe de population contribue à le rendre statistiquement visible. Il explique d'où viennent les catégories intégrées à la déclaration obligatoire de l'infection par le VIH :

« Quand on fait des restitutions de résultats - parce qu'on a la particularité dans notre démotique et par rapport à ce qui est fait à l'InVS, de faire une présentation des résultats auprès des associations de patients - ça peut venir de là. Telle association nous dit : "Nous, on n'est pas représentés dans vos catégories et ça ne va pas, du coup on ne peut pas faire notre plaidoyer après, parce qu'on n'a pas de chiffres à mettre sur notre problématique". Ça existe, pour les trans. Ça peut venir des pouvoirs publics, du ministère. Mais en général, ça ne vient pas d'eux directement. Ils ont été aiguillés par telle association, justement, qui les a convaincus qu'il fallait travailler là-dessus et ils se retournent vers nous : "Vous avez des données là-dessus ?", "Non, on n'en a pas ou pas assez", donc la commande peut venir de là. »⁵⁹⁵

La mobilisation des trans dans les années 2000 produit les mêmes effets que celles des étrangers dans les années 1990 : ils deviennent visibles dans la statistique nationale sur le VIH. Au contraire, l'invisibilité de la surmortalité des femmes étrangères et des membres des classes populaires, mise en évidence au chapitre 3, peut être interprétée comme un des effets, dans le champ médical, de la place marginale du sida dans les mobilisations féministes et de la concomitance des débuts de l'épidémie avec un reflux des mobilisations ouvrières et de la pensée politique et scientifique des classes sociales⁵⁹⁶.

Dans leur article critique de la notion d'« identité » et de celle, en apparence moins fixiste, de « construction des identités », Martine Avanza et Gilles Laferté invitent à articuler « identification (attribution catégorielle), image sociale (production discursive) et appartenance (socialisation individuelle) »⁵⁹⁷. L'enquête sur le dépistage du VIH amène à interroger ce « découpage catégoriel et imaginaire du monde social » aux différents niveaux de l'action publique, du champ scientifique de production des données épidémiologiques à la division du travail de santé publique entre professions de santé et acteurs associatifs, jusqu'aux relations de service où le dépistage est proposé et pratiqué. Dans l'espace social du sida, l'identification par la science d'État de groupes de populations surexposés à l'infection par le VIH est toujours exposée à la critique des groupes concernés : ici, dans la mesure où il s'agit principalement de migrants d'Afrique subsaharienne et de gays, elle est toujours suspecte de renforcer les discriminations racistes et homophobes. La concordance entre l'appartenance, ici sexuelle ou nationale, et l'image sociale forgée dans la lutte pour l'égalité des droits, lève le soupçon qui pèse *a priori* sur l'identification par les institutions étatiques de veille sanitaire. Mais dans le cadre de la relation interindividuelle,

⁵⁹⁵ Épidémiologiste, Institut de Veille Sanitaire, entretien le 26 février 2013.

⁵⁹⁶ Roland Pfefferkorn, *Inégalités et rapport sociaux. Rapports de classes, rapports de sexes*, Paris, La Dispute, 2007.

⁵⁹⁷ Martine Avanza et Gilles Laferté, « Dépasser la "construction des identités" ? Identification, image sociale, appartenance », *Genèses*, 2005, 61 (4), pp. 134-152.

l'identification des membres des groupes surexposés par les *street-level bureaucrats* du dépistage n'est au-dessus de tout soupçon que lorsqu'elle est réalisée par les pairs. En ce qui concerne les groupes surexposés au risque de décès précoce par sida, c'est-à-dire les femmes étrangères et les membres des classes populaires, les appartenances de genre et de classe ne font sens ni pour les usagers des services de dépistage du VIH, ni pour les prestataires de ces services, ni pour les agences d'État qui les organisent et/ou les financent (y compris les associations qu'elles subventionnent).

3. La santé publique entre crainte du misérabilisme et tentation populiste

L'invisibilité des inégalités entre classes sociales, entre femmes et hommes, et entre français et étrangers face à la mort par sida peut également être interprétée comme le corollaire d'un récit triomphaliste sur la « fin du sida ». Cette hypothèse optimiste, d'abord confinée au monde des chercheurs et des militants de la lutte contre le sida, émerge quelques années après la commercialisation des trithérapies en 1996, suivie d'une chute spectaculaire de la mortalité dans les pays où les traitements sont largement accessibles. Elle devient publique lors de la 20^{ème} Conférence internationale sur le sida, qui se tient en Australie, à Melbourne, en juillet 2014. L'Onusida y rend public son rapport sur la pandémie, qui fait état d'une spectaculaire augmentation de l'accès aux traitements antirétroviraux et d'une diminution des décès⁵⁹⁸, et parie sur la généralisation des traitements dès la contamination (pour 95 % de la population infectée dans le monde en 2030) pour réduire (à 200 000 par an) le nombre de nouvelles infections. Pour atteindre l'objectif de 200 000 nouvelles infections par an dans le monde en 2030, le rapport affirme qu'il faut traiter 95 % de la population infectée⁵⁹⁹. Ce calcul optimiste s'appuie sur la forte diminution des nouvelles infections depuis le développement des trithérapies : en 2012 il y avait environ 2 millions de nouvelles infections par an dans le monde, contre 3,5 millions dans les années 1990. Mais, en 2013, dans les pays « à revenu faible ou intermédiaire », 34 % des 28 millions de personnes qui auraient dû être traitées l'étaient effectivement⁶⁰⁰. Le récit de la fin du sida plaide pour une mise à disposition plus large des traitements dans ces pays. Mais il ne peut fonctionner que s'il omet que les traitements, dans des pays où ils sont largement disponibles et accessibles, comme en France, ne gommant pas les inégalités face à la mort, voire les creusent.

Ce discours des auteurs de normes produits des effets sur les intermédiaires du second rang et sur les acteurs du premier rang : l'heure n'est plus à l'accompagnement social des malades, mais au dépistage des séropositifs qui s'ignorent. Pour les intermédiaires du

⁵⁹⁸ Paul Benkimoun, « Le recul du sida laisse entrevoir la fin de la pandémie d'ici à quinze ans », *Le Monde*, 17 juillet 2014.

⁵⁹⁹ ONUSIDA, *Accélérer la riposte. Mettre fin à l'épidémie de sida d'ici à 2030*, 2014, p. 4.

⁶⁰⁰ ONUSIDA, *Le sida en chiffres*, 2013, pp. 3 et 6.

premier rang, notamment responsables associatifs qui ont les premiers mis en œuvre l'accompagnement social des malades, cette réorientation de l'action associative est rendue nécessaire par l'évolution de l'épidémie et possible par l'amélioration du pronostic de la maladie et le développement de dispositifs publics d'accompagnement social. Sur le terrain d'enquête, ce sont les salariés de AIDES qui souffrent le plus de cette réorientation de l'action associative, car ils interviennent en bout de chaîne de l'action publique : ayant pris en charge l'accompagnement social des malades lorsque l'État le négligeait, ils ont le sentiment d'abandonner cette activité au profit du dépistage intensif, source de financements pour leur association. Ainsi, ce salarié de AIDES, délégué syndical, mentionne des :

« retours, vraiment, de salariés nouvellement, enfin récemment embauchés, enfin embauchés depuis le développement du TROD [tests de dépistage rapides], et eux, ils disent : "Mais en fait, depuis que je suis à AIDES, j'ai appris qu'à faire du TROD, et je sais rien faire d'autre. Et donc voilà, quand quelqu'un se pointe, un séropo avec une demande d'aide, qu'est-ce que je fais ?" Enfin des situations comme ça qui sont posées. Et là, y'a un vrai souci, qui est corollaire d'un truc qu'est arrivé à AIDES avant l'arrivée du dépistage, mais qui était de vouloir en finir avec le social, toute la prise en charge sociale, alors habillé d'un discours hyper-gauche : "Mais nous, on n'est pas là pour faire du social, ça c'est le droit commun, nous, on est militants, on est là pour faire des trucs nouveaux." »

L'orientation nouvelle de l'action de l'association vers le dépistage est contemporaine d'un désengagement du travail d'accompagnement social des malades et s'accompagne d'une volonté de gagner des militants lors des actions de dépistage mobiles, qui soulève des doutes chez les salariés, du fait de la précarité sociale de leur public :

« Sauf qu'en réalité – d'abord c'est pas vrai parce que dans les subventions pour soins, y'a des trucs c'est pour du soutien –, et puis tu te retrouves dans une situation où comment tu veux faire y compris de la mobilisation collective avec des personnes concernées, si à un moment donné, les gens sont dans une situation de misère sociale, et toi t'y réponds pas un minimum, quoi ? En tout cas, tu prends pas... t'as pas une prise en compte de cette misère, de cette situation, enfin pas forcément toujours la misère, mais au moins de grande précarité, quand tu reçois les gens. Tu peux pas, si tu prends pas un minimum ça en compte... »

Qu'on ne s'y trompe pas : la critique de ce salarié de AIDES, délégué syndical, vise ici son employeur (l'association AIDES), mais les orientations de celui-ci vers le dépistage au détriment de l'accompagnement social sont fortement contraintes par l'État, qui le finance, et cohérentes avec une science épidémiologique relativement silencieuse sur les inégalités sociales face à la mortalité par sida.

« Et donc ça veut dire que moi, quand je suis arrivé à AIDES, pendant pas mal d'années, on avait des [...] gens [...] sur les missions d'accueil et d'accompagnement social, administratif, juridique, enfin, tous ces aspects-là, et tous ces postes-là ont été supprimés, non remplacés, enfin transformés en animateurs et tout, mais surtout accompagnés [...] d'un discours assez dégueulasse de dévalorisation de ce travail. Tu vois, de dire :

"Forcément, si tu fais du social, ben c'est pas bien, c'est du caritatif, c'est infantilisant... » [...] Ils maîtrisent le vocabulaire, ils te sortent tout un vocabulaire militant pour accompagner ça [...]. Comment dire ? Le vieux séropo, pauvre, moche, édenté, pédé de banlieue, enfin moi je me souviens, quand je bossais sur Noisy on avait, tu sais, enfin des vieux ils avaient cinquante piges quoi, mais des pédés séropos génération années 80, mais pas du pédé sexy, CSP ++, un peu ringard, un peu resté à l'époque de Michou et Dalida, avec la moustache, avec une perruque un peu pathétique dans les soirées, tu vois, enfin un côté un peu populaire et tout, et là, tu vois vraiment le mépris de classe. [...] Et ces gens-là, non, ils préféreraient du jeune gay, séropo asymptomatique, beau, voilà. [...] Il montre une affiche de prévention collée au mur du local...] Ça, c'est un mec bien : il est beau, il est séropo, il est tatoué, il est musclé, il a une casquette comme ça, il est hyper mode, hyper sexy ; alors lui, il est parfait, alors c'est très bien ça. Mais si c'est un mec avec sa lipodystrophie qui rentre dans sa banlieue, pfff..., et j'te dis, qu'est resté bloqué à Dalida, bon, ben voilà [...]. Et donc, on s'est coupé, l'histoire de la fermeture des programmes d'aide à domicile en 2009 à AIDES, c'était exactement ça, parce que les bénéficiaires des programmes à domicile de AIDES, c'était eux. »⁶⁰¹

L'enquête n'était pas conçue pour mettre en évidence les évolutions des différentes activités de AIDES ni de la composition de leur public. Ce qui importe ici, c'est l'évolution du discours qui accompagne et justifie la réorientation de l'action associative, et la façon dont il est perçu par les militants : faire du « dépistage communautaire » par des militants « hyper sexy », c'est « nouveau » et « militant » ; « faire du social », c'est « caritatif, infantilisant ». Le recul associatif sur le terrain de l'accompagnement social rend caduque l'objectivation de difficultés sociales par les salariés et militants associatifs au contact de leurs publics. Le rejet d'une approche jugée misérabiliste et dépassée des malades est contemporain de la mise en avant de militants valorisant pour le public visé (ici, gay), afin d'encourager le dépistage volontaire.

Ce double mouvement peut être lu comme la version sanitaire du misérabilisme et du populisme identifiés par Claude Grignon et Jean-Claude Passeron en sociologie, en politique et en littérature pour décrire les cultures populaires. Il importe alors d'en tracer les contours afin que l'analyse soit généralisable sur d'autres terrains où se déploient les politiques publiques en matière de santé. En effet, si l'enquête rend palpables la crainte du misérabilisme (« si tu fais du social c'est du caritatif ») et la tentation populiste (« faire de la mobilisation collective » des usagers par leurs pairs) à l'œuvre dans l'action associative, elles ne sont ici qu'une conséquence d'un dispositif de savoirs d'État et d'action publique qui dépasse et inclut l'action associative. Crainte du misérabilisme et tentation populiste résultent en effet toutes deux du silence de l'épidémiologie et des dispositifs de veille sanitaire, c'est-à-dire de la science d'État, sur les inégalités sociales face à la mortalité par sida, et du savoir pratique des agents, conscients qu'elles existent. Elles résultent aussi de la promotion du dépistage « communautaire » par des instances mixtes associant représentants de l'État, du champ médical et du monde associatif. Il n'est alors nul besoin d'objectiver les publics les plus fragiles face au risque de décès précoce par sida, d'où

⁶⁰¹ Martin Delumeau, entretien le 12 juin 2014.

l'hétérogénéité flagrante des dispositifs de recueil des caractéristiques sociodémographiques des usagers des services, associatifs comme hospitaliers, enquêtés. Si le « misérabilisme » consiste en sociologie à « décompter d'un air navré toutes les différences comme autant de manques » et le « populisme » à miser sur « l'autosuffisance symbolique » des pratiques populaires⁶⁰², curieusement la santé publique disqualifie comme misérabiliste l'objectivation des différences sociales, vues comme autant de prises inaccessibles pour l'action, et fait un pari populiste, pour étendre son action, en misant sur la santé publique « par les pairs », c'est-à-dire par des intermédiaires sortis des rangs des publics qu'elle peine à atteindre.

4. Travailler au contact de publics inégaux face à la maladie et à la mort : plus facile à faire qu'à dire

Et pourtant les acteurs du premier rang ne sont pas dénués de ressources pour objectiver les inégalités sociales parmi leur public. Notamment, pour les acteurs du premier rang habitués aux publics qui cumulent les difficultés sociales, leur objectivation a du sens et ouvre des possibilités d'action. Elle permet par exemple d'accompagner les usagers vers l'obtention de droits sociaux, comme l'explique cet autre salarié de AIDES :

Dylan Hénin : « Le public migrant, j'aime beaucoup parce que ça aborde tout ce qui est question papiers. J'aime bien aborder ces questions de papiers, parce que vu que quand je travaillais chez les Japonais, là, je faisais beaucoup d'accompagnement en Préfecture pour des visas stagiaires, donc maintenant je parle de Préfecture pour des visas pour soins, mais ça j'aime bien. C'est le volet social un peu, qu'on ne devrait pas faire, mais que j'aime bien faire quand même.

Maud Gelly : Qu'est-ce qui fait que vous devriez pas le faire ?

Dylan Hénin : Parce que ce n'est pas... On n'est pas des travailleurs sociaux, je veux dire, c'est le travail de quelqu'un d'autre, donc y'a plein de militants qui l'abordent pas, mais moi je l'aborde tout le temps, parce que pour moi, c'est un indicateur de santé sexuelle. Avoir les papiers, pour moi c'est important, pour eux, c'est leur priorité. Puis comme on connaît un petit peu, enfin moi, je suis très à l'aise avec le truc, dès qu'on peut orienter, on fait, dès qu'on peut informer, on fait. Puis c'est important de savoir, pour rassurer certains publics, vu qu'on travaille beaucoup à la porte Dauphine, avec des garçons, qui couchent avec des garçons, qui sont sans papiers, qui sont migrants, qui sont précaires, et des fois, tu te rends compte qu'ils sont séropo, donc il faut pouvoir assurer sur le fait que y'a des papiers après, parce que des fois, c'est un mal pour un bien après, pour eux. Donc voilà, ça c'est le public. »⁶⁰³

⁶⁰² Claude Grignon et Jean-Claude Passeron, *Le savant et le populaire. Misérabilisme et populisme en sociologie et en littérature*, Paris, Gallimard/Le Seuil, 1989, p. 36.

⁶⁰³ Dylan Hénin, entretien le 4 mars 2014.

On retrouve ici le poids de la division du travail entre le travail social et le travail sanitaire ; et le goût du travail social parmi les salariés de l'association, bien qu'il ne soit plus encouragé au même niveau par la direction. Cet intérêt pour la question des droits sociaux n'est pas l'apanage des salariés associatifs, comme en témoignent les propos du directeur du CDAG des Vignes :

« J'ai parlé de quelques étrangers, de conditions de ressources, donc on peut parler de... Notre objectif, c'est l'accès aux soins, l'accès aux droits, un système de droits commun, et l'accès aux soins. Donc c'est vrai que, la maladie pouvant précariser, c'est important de stabiliser les droits, d'être sûr que tous les droits sont ouverts, que les choses soient faites correctement de ce côté-là. On a nous, une double porte d'entrée : le social et le médical, afin que la prise en charge future de la personne soit bonne et qu'elle reste, tant que faire se peut, en bonne santé. »⁶⁰⁴

Pour les acteurs du premier rang, *street-level bureaucrats* de la santé publique, ce qui pose problème, ce n'est donc pas *faire avec* l'inégalité sociale, mais la *dire* : la reconnaître, l'objectiver, l'interroger, en prendre la mesure, consigner dans un dossier médical les propriétés sociales connues pour être associées à des évolutions plus défavorables de la maladie.

La tentation populiste de la santé publique, telle qu'elle s'exprime dans la démarche communautaire, témoigne de ce penchant pour l'action. Au contraire, la réticence à objectiver les déterminants sociaux de la santé dans le cadre de l'interaction individuelle, mise en évidence par la prééminence des caractéristiques psychologiques sur les propriétés sociales dans la description de leurs publics par les agents du dépistage, témoigne d'une méfiance vis-à-vis du récit misérabiliste de la maladie. Cette méfiance est probablement ici d'autant plus forte que l'espace social du sida s'est constitué dans le rejet d'un modèle médical de contrôle des populations. Dans la relation individuelle, seul l'individu singulier est un interlocuteur pour le soignant, indépendamment de ses attributs sociaux. Dans l'action collective en santé publique, seuls les groupes mobilisés sont des interlocuteurs de l'action publique.

5. Les deux corps du soignant

Quant aux agents de santé publique, ils sont, comme les guichetiers des organismes sociaux étudiés par Vincent Dubois, à la fois « l'incarnation de l'État » ou de « l'institution qui les emploie » (toujours financée au moins partiellement par l'État, sur mon terrain et plus généralement dans le champ de la santé), et des « individu[s] [...] porteur[s] d'une expérience personnelle, de dispositions socialement constituées qui ne peuvent pas ne pas

⁶⁰⁴ Pascal Lunel, entretien le 29 novembre 2013.

s'exprimer d'une façon ou d'une autre dans la confrontation au public »⁶⁰⁵. Pour rendre compte des effets de cette double appartenance institutionnelle et sociale, Vincent Dubois recourt à la métaphore du double corps utilisée par Ernst Kantorowicz dans son travail sur « les deux corps du roi ». Dans le champ de la santé publique, ce qui meut (et parfois contraint) les deux corps des agents en charge de ce travail, ce sont d'une part l'organisation institutionnelle dans laquelle ils travaillent, et d'autre part leurs position et trajectoire sociales.

Dans la mesure où l'objectivation de propriétés sociales susceptibles de rendre l'individu plus vulnérable à l'infection par le VIH et au décès par sida n'est pas standardisée dans l'ensemble des sites de dépistage, elle est laissée à la discrétion des directeurs de CDAG et des salariés. Pour certains, comme cet infirmier du Checkpoint, la vulnérabilité est d'abord psychologique :

Éric Romero : « Finalement, j'ai fait mes armes en psy, et puis, souvent, les consultants, au-delà du test, je leur demande aussi comment ça va. Parce qu'en fait, c'est un peu en lien. Il suffit que ça ne va pas très bien dans ta vie, pour que tu prennes plus de risques, en fait, et... On avait plus de moyens, y'a encore six mois, y'avait plus de psychologues, et je n'hésitais pas à les orienter vers les psychologues de la structure. La vie, c'est pas forcément évident tous les jours, c'est pas la télé-réalité, M6, TF1, y'a des moments qui sont durs, et on se met souvent en danger dans ces moments-là, et j'aime bien demander aux consultants : "Comment vous allez ? Mis à part le test que vous faites, est-ce que ça va, est-ce que le travail, ça va ?" J'aime bien demander ça et ils me répondent.

Maud Gelly : Et qu'est-ce que tu en fais ? Qu'est-ce que tu fais de ça dans l'entretien ? Comment tu... ?

Éric Romero : En fait, ça dure pas longtemps, ça dure dix minutes, un quart d'heure, je peux pas faire grand-chose. Quand j'avais les psychologues, souvent je leur disais : "Vous savez, on a des psychologues qui sont à côté..." Honnêtement, des fois quand je vois des gens qui sont un peu en détresse, j'ai envie de leur dire (mais je le fais pas), j'ai envie de leur dire : "Écoute, on se prend un verre après, on en parle..." Mais je peux pas le faire ; ça m'arrive souvent, si au moment des résultats positifs, quand y'a certaines personnes qui s'effondrent, j'aimerais être un peu plus là. Mais, puis derrière, t'as d'autres consultants qui veulent aussi leurs résultats, c'est pas évident. »⁶⁰⁶

L'orientation psychologique ou sociale des consultations est fortement tributaire des ressources disponibles sur place. Au Checkpoint, où travaillent deux psychologues et un sexologue au moment de l'enquête, l'orientation psychologique est fréquente, qui consiste à interpréter l'exposition au risque d'infection comme la conséquence de difficultés psychologiques et à y répondre par un accompagnement psychologique :

« J'essaie d'orienter plus côté quels ont été les motifs de la prise de risque, en fait, pourquoi, qu'ils prennent conscience aussi, et un peu évaluer la situation psychologique

⁶⁰⁵ Vincent Dubois, *La vie au guichet. Relation administrative et traitement de la misère*, Paris, Economica, 2010, pp. 79-80.

⁶⁰⁶ Éric Romero, entretien le 7 février 2014.

de la personne, parce que des fois, on peut les orienter vers les psy. [...]Pour moi, c'est hyper important, parce qu'on voit beaucoup de personnes... pour moi, hein, beaucoup de personnes prennent des risques parce qu'ils sont pas bien en fait, et ça va pas dans sa tête, si il vient d'une relation longue, ou ils sont en plein questionnement parce qu'ils sont trop jeunes, ou parce qu'ils ont quarante-cinq ans et ils ont été toujours sages, là, y'a un moment ils commencent à prendre des risques sans savoir pas trop pourquoi, je pense que c'est important, si c'est possible, de les engager dans cette prise en charge psy pour un peu démêler tout ça. »⁶⁰⁷

Les ressources professionnelles immédiatement disponibles orientent donc fortement l'objectivation des fragilités individuelles, qui débouche soit sur la rencontre avec un professionnel du psychisme au Checkpoint, soit sur un rendez-vous au service social de l'hôpital, comme j'ai pu l'observer au CDAG de Grainde et dans le CDAG hospitalier parisien lorsque les médecins et infirmières s'apercevaient qu'un usager n'avait plus de droits ouverts à la Sécurité Sociale. L'objectivation de difficultés sociales est d'autant plus probable que les ressources professionnelles localement disponibles sont en mesure de les pallier et qu'elles sont pensées par l'équipe soignante comme une cause de moindre efficacité des traitements. Ces deux conditions sont réunies à l'hôpital de Grainde, comme on le comprend en écoutant cette médecin :

Céline Bardou : « Quand on s'occupe de maladies chroniques, si on fait pas un peu attention à l'environnement, on est foutus, on va à l'échec. Sauf pour ceux qui sont bien, qui sont clairs, qui savent ce qu'ils viennent faire, mais pour beaucoup, surtout nos patients, si on fait pas un peu attention à l'environnement, on va dans le mur parfois. Et on y va quand même, même si on le sait, d'ailleurs, pour certains. [Rires]. Non, mais c'est vrai ! On a des échecs qui sont, en fait, quand on analyse les choses, c'est évident.

Maud Gelly : C'est-à-dire, par exemple ?

Céline Bardou : Ben, un exemple tout bête : un patient, découverte de séropositivité, mais avec une hépatite C, une cirrhose, un truc grave, un monsieur africain, professeur dans son pays, intellectuellement bien au courant de tout, etc. qu'on met sous traitement, qu'on met sous traitement pour l'hépatite C, qui fait des complications sévères, on arrête tout, on continue le traitement pour le VIH, et avec une observance parfaite. Et régulièrement, il me parlait de son problème de trouver un boulot, qu'il allait peut-être être assistant d'un avocat, qu'il cherchait, etc. Et puis je comprends qu'il commence à travailler, mais dans une autre ville, loin de Paris, et puis tout d'un coup, rupture de traitement, charge virale au plafond, et avec un déni du fait qu'il avait arrêté le traitement... Et en fait, je me suis rendu compte que j'avais pas pris assez en compte les éléments importants pour lui, qui étaient d'exister socialement, en ayant un boulot, etc. et que ça pourrait passer au-dessus du fait de prendre son traitement. Et voilà, ça, c'est des trucs qui nous arrivent régulièrement.

Maud Gelly : D'accord, je comprends, tu veux dire que même quand on connaît l'environnement, des fois...

⁶⁰⁷ Samuel Ibanez, entretien le 30 avril 2014.

Céline Bardou : Même quand on connaît l'environnement, des fois, on va dans le mur, et parfois, on le connaît, mais on ne le prend pas assez en compte, et du coup, on prévient pas le risque de la rupture. Et j'aurais dû m'en rendre compte avant, je pense. Après, on peut pas... On peut pas réussir à tout prévoir, ça c'est sûr. »⁶⁰⁸

Mais dans la plupart des cas, l'offre professionnelle locale est moins diversifiée, et l'objectivation des fragilités individuelles varie avec la socialisation professionnelle et militante. C'est ainsi que Dylan Hénin, salarié de AIDES, met à profit les compétences administratives qu'il a acquises lorsqu'il travaillait comme comptable dans un commerce où il obtenait « en Préfecture » des « visas stagiaires » ; ou que Martin Delumeau, militant d'extrême-gauche, se livre à une description précise de la position sociale des publics successivement visés par son association. Quant à Marie-Claude Paoli, médecin à l'hôpital de Fondange, qui se dit « un peu féministe quand même », elle rapporte les difficultés d'utilisation de préservatifs par les femmes à l'inégalité entre femmes et hommes et les aborde comme telles dans le cadre des consultations :

Marie-Claude Paoli : « J'aime bien parler avec les - parce que je suis un peu féministe quand même, je l'ai pas dit dans le militantisme - donc j'aime bien parler avec les hommes. J'aime bien essayer de comprendre un peu, justement... J'ai quand même l'impression qu'il y a une problématique qui existe depuis très longtemps - qu'on a tous eue - mais sur, justement, le rapport homme-femme dans les couples hétéros. Moi ça me paraît... j'aime bien parler de ça. J'aime bien essayer de creuser là-dessus, c'est-à-dire quel regard - les gens viennent en couple - donc quel regard ils posent l'un sur l'autre, comment ils imaginent la vie sexuelle, etc. Je trouve que c'est intéressant.

Maud Gelly : C'est-à-dire, concrètement, comment vous faites ?

Marie-Claude Paoli : C'est-à-dire je les reçois pas un par un, je les reçois pas à deux. Alors j'aimerais bien faire ça un jour, un par un, puis à deux, mais on n'a pas le temps. C'est pas possible. Par contre, quand on fait le dépistage par exemple à la journée mondiale du Sida l'année dernière - on avait fait des TROD au doigt - on avait mis des couples et c'était assez intéressant. Parce qu'on avait plus de temps. En fait, souvent je pose des questions, j'essaie d'amener les questions sur la vie sexuelle, quel type de rapports ils ont, pourquoi ils ne mettent pas de préservatifs (parce que souvent, ils me disent qu'ils ne mettent pas de préservatifs), pourquoi ils veulent enlever le préservatif, etc. Savoir qu'est-ce qui les gêne et à partir de là... Souvent on a des jeunes filles qui disent que le préservatif, ça leur fait mal, etc. Donc leur expliquer que peut-être le garçon, il va un peu trop vite. Finalement, moi c'est des choses, je me suis rendu compte, on leur parle très peu de ce genre de choses, qu'elles ne connaissent absolument pas comment fonctionne leur corps. Elles, elles savent pas, mais alors les garçons, savoir comment fonctionne le corps d'une fille, c'est encore pire ! Donc en fait, essayer d'expliquer aussi au garçon comment ça fonctionne et comment ils pourraient améliorer leur type de relations, qu'il n'y a pas que... que c'est pas que le préservatif qui est mauvais, qu'il y a aussi probablement d'autres façons de faire. Bon, j'essaie de leur dire aussi que ça s'apprend, qu'on ne sait pas tout à dix-sept, dix-huit ans, mais que la sexualité, ça change... Je leur dis qu'ils ont une longue vie sexuelle devant eux et qu'il va y avoir des découvertes. [...] Donc, si on

⁶⁰⁸ Céline Bardou, entretien le 8 novembre 2013.

essaie de faire passer l'idée que, quand même, la sexualité c'est quelque chose d'important, qui va pas toujours se passer de la même façon, qu'on va peut-être, probablement avoir plusieurs partenaires quand on commence à quinze ans et qu'on finit à quatre-vingts, voilà, ça permet - enfin, moi, je me dis : ça ouvre un espace de... ça fait une ouverture pour réfléchir sur notre façon de voir les choses. C'est certainement, largement insuffisant, mais c'est l'idée, d'ouvrir une petite fenêtre. Et puis je suis une des rares à présenter le préservatif féminin. »⁶⁰⁹

Dans ce milieu professionnel fortement féminisé, la dépendance des femmes aux ressources économiques de leurs partenaires masculins, et les difficultés qu'elles éprouvent à négocier les conditions de leurs relations sexuelles avec eux, suscitent parfois des réactions agacées. La « compassion féminine », mise en évidence par Delphine Serre dans son enquête auprès d'assistantes sociales, se fait d'autant plus aisément leçon d'émancipation qu'elle est administrée du haut vers le bas de la hiérarchie sociale, entre femmes de statut social inégal, et dans un cadre professionnel où la prescription (de médicaments, de conseils, de comportements) fait partie intégrante du travail. Delphine Serre a montré comment la « norme d'autonomie » des femmes vis-à-vis de la « tutelle masculine » oriente le travail des assistantes sociales : « quand les femmes ne poursuivent pas leur démarche d'autonomisation autant que le souhaiteraient les assistantes sociales, elles portent un "coup" au système de valeurs de ces professionnelles »⁶¹⁰. Sur mon terrain d'enquête, où il est question de négocier l'usage d'un préservatif, de refuser ou de tolérer les relations extra-conjugales, c'est d'autonomie sexuelle qu'il s'agit. La norme d'autonomie sexuelle produit les mêmes effets entre des soignantes des classes moyennes et supérieures (infirmières et médecins) et des femmes des classes populaires que la norme d'autonomie économique dans le travail social : lorsque les usagères du dépistage y adhèrent, elles rencontrent la « sollicitude » des soignantes, qui cherchent à leur proposer des outils facilitant la négociation de leur protection dans leurs relations sexuelles avec des hommes, comme le préservatif féminin dans l'extrait d'entretien précédent ; lorsqu'elles semblent ne pas y adhérer et se résignent à accepter les décisions de leurs partenaires masculins en matière de sexualité, le conseil des soignantes tend vers l'ordre et la condamnation de conduites de « soumission », comme l'exprime cette médecin :

« Le fait d'avoir ces mêmes gamines, là, c'est vrai que ça m'énerve un peu de voir les mêmes... [...] Je dis : "Mais, il vous a violée ? Parce que s'il vous a violée, vous portez plainte !"

- "Il veut pas mettre des préservatifs"

- "Comment ça : il veut pas mettre des préservatifs ?"

- "Ben, non, il me dit qu'il veut pas en mettre"

- "Vous le virez ! Vous dites non ! Les femmes, on a le droit de dire merde ! Vous dites : Fuck, non ! Voilà".

⁶⁰⁹ Marie-Claude Paoli, entretien le 27 septembre 2013.

⁶¹⁰ Delphine Serre, « Travail social et rapport aux familles : les effets combinés et non convergents du genre et de la classe », *Nouvelles Questions Féministes*, 2012, 31 (2), pp. 49-64.

Et on a l'impression qu'elles sont soumises, là, et ça m'énerve. Des petites gamines, elles se font déjà faire mettre la loi par des mecs, mais qu'est-ce qu'elles apprennent... ? Et ça, ça m'énerve un peu. [...] Oui, je suis pas pareille avec les femmes qu'avec les hommes, mais parce que voilà, je sais pas, j'ai presque envie de les protéger. J'ai l'impression quand je discute que les femmes sont plus soumises, alors elles se laissent soumettre, on est d'accord, mais les femmes que je vois, c'est ça : "Ah oui, je viens parce que je crois que mon copain me trompe", ben, je dis : "Vous le virez s'il vous trompe, quoi ! Voilà, enfin bon, voilà, faut pas accepter. Donc à ce moment-là, si vous avez vraiment, vraiment, vraiment décidé..." C'est typiquement ça, la femme mariée, antillaise : "Mais vous allez pas venir toutes les semaines ?? Donc à un moment, soit vous attendez d'être contaminée, soit vous venez toutes les semaines, mais vous n'allez pas venir tous les mois, et alors à ce moment-là, vous lui dites : non, moi j'ai trop de doutes, alors on remet les préservatifs ou je sais pas..." Et j'ai l'impression que les femmes - mais c'est peut-être... alors je suis pas dans un truc féministe, mais peut-être que c'est mon côté un peu féministe - c'est-à-dire que j'ai l'impression qu'elles se font plus... enfin, voilà, c'est-à-dire que c'est encore les mecs qui décident quand, où, quoi, comment, etc. Donc j'essaie de les secouer un peu, de leur dire : "Mais non, vous avez droit à la parole, quoi !" »⁶¹¹

La tonalité agacée et impatiente est perceptible dans cet extrait d'entretien, comme lors des discussions informelles entre collègues du CDAG, infirmières et femmes médecins, à propos des femmes qu'elles ont reçues au cours de la matinée. En revanche, je ne l'ai pas retrouvée chez les salariées de AIDES, pour la plupart d'origine sociale plus modeste, que j'ai interrogées et/ou dont j'ai observé le travail.

Dans son enquête sur les entretiens menés dans le cadre du dépistage du VIH dans les années 1990, David Silverman met en évidence deux voix (institutionnelle et personnelle) du conseil⁶¹². L'orientation théorique et méthodologique de son enquête, exclusivement menée au moyen de l'analyse de conversation, ne permet cependant pas de rapporter les deux voix du conseil aux propriétés sociales du conseiller. Or celles-ci deviennent perceptibles dès lors que la voix personnelle déborde la voix institutionnelle du soignant, ce qui survient dans les deux cas de figures exemplifiés ici :

- lorsque la voix institutionnelle est plus faible, soit parce que l'institution ne donne pas de consigne aux salariés en matière d'objectivation des publics (ce dont témoignent l'hétérogénéité et l'incomplétude des documents administratifs dédiés à cette activité), soit parce que les ressources professionnelles localement disponibles n'orientent pas la conduite de l'entretien vers une offre de service spécifique ;
- lorsque la voix personnelle est plus forte, parce que la distance de classe avec l'usager l'autorise à prendre la parole avec un risque minime de s'en voir dénier le droit.

⁶¹¹ Marie-Christine Ngo, entretien le 11 octobre 2013.

⁶¹² David Silverman, *Discourses of counselling. HIV counselling as social interaction*, London, Sage, 1997, p. 160.

Dans son enquête sur la relation médecin-malade, Howard Waitzkin montre comment le langage médical exclut une appréciation critique du contexte social dans lequel émergent les plaintes et symptômes de chaque malade : les médecins répondent alors à la voix du monde vécu (*voice of lifeworld*) par la voix de la médecine (*voice of medicine*)⁶¹³. En élargissant l'analyse de la relation soignante à d'autres agents que les médecins, ici infirmiers et salariés associatifs non professionnels de santé, l'enquête présente montre que les agents de santé publique, y compris médecins, ne répondent pas toujours à la voix du monde vécu par la voix de la médecine, mais qu'ils répondent parfois par la voix de leur propre monde vécu, de leur monde social : dans l'exemple précédent, celui où l'indépendance économique des femmes leur permet de négocier plus facilement les conditions de leur sexualité avec des hommes ; ou, au contraire, celui où plusieurs années d'expérience personnelle de la prostitution permettent à cette médiatrice d'une association de personnes trans d'aborder les questions de prévention du VIH/sida avec les publics qu'elle rencontre :

*« Dans une enquête la majorité des personnes ont répondu que le plus important pour une personne trans, c'est le logement, un travail, et à l'arrière de tout, la santé. Mais si tu as un logement, un travail et pas la santé, c'est pas une vie. »*⁶¹⁴

6. Conclusion

Tout concourt donc à faire de l'objectivation des publics fragiles le « sale boulot » du travail de santé publique « du niveau de la rue », c'est-à-dire au contact du public : la valorisation professionnelle d'un travail relationnel socialement désincarné, la division sociale du travail de santé publique entre institutions publiques et associatives et entre groupes professionnels, une méfiance sourde vis-à-vis d'une vision misérabiliste de la maladie et des groupes de population qu'elle atteint ou tue plus fréquemment, un encadrement institutionnel faible ou absent des pratiques d'objectivation des publics.

Parce que le travail d'objectivation des publics est délégué par des administrations à des associations, et par les salariés associatifs aux usagers eux-mêmes, la méfiance et les critiques des salariés associatifs, à qui ce travail d'objectivation est délégué, éclairent de façon plus générale les difficultés des agents du dépistage à objectiver des inégalités sociales parmi leurs publics. En particulier, la méfiance vis-à-vis d'une vision misérabiliste de la maladie peut éclairer la discrétion des publications épidémiologiques sur les inégalités entre classes, entre hommes et femmes, et entre français et étrangers, pour le risque de décéder jeune. Au contraire, les progrès thérapeutiques et le rôle historique du mouvement homosexuel dans la lutte contre le sida ont pu éteindre les soupçons de misérabilisme et rendre dicibles les inégalités entre hommes homosexuels et hétérosexuels des deux sexes,

⁶¹³ Howard Waitzkin, « A Critical Theory of Medical Discourse: Ideology, Social Control, and the Processing of Social Context in Medical Encounters », *Journal of Health and Social Behavior*, 1989, 30 (2), pp. 220-239.

⁶¹⁴ Cintia Ortiz, entretien le 5 février 2013.

et entre français et étrangers nés dans un pays d'Afrique subsaharienne, dès lors que ces inégalités portent sur le risque d'être contaminé, et non de décéder jeune.

Les connaissances et méconnaissances épidémiologiques, et notamment la discrétion des données publiques sur la mortalité par sida, produisent donc un effet sur les catégories de pensée et d'action des intermédiaires du second rang et des acteurs du premier rang. La focalisation des auteurs de normes de santé publique sur les données d'incidence rend non disponibles et non pertinentes les appartenances de classe et de genre pour les agents exerçant au contact du public. Et pourtant, on va le voir, d'autres appartenances sociales semblent accessibles à la pensée et à l'action : ce sont les appartenances sexuelles et nationales qui sont mobilisées pour cibler les publics.

Troisième partie

Pratiques et raisons pratiques du classement des publics

dans le travail de santé publique

Et pourtant, ils classent.

Ces salariés du secteur médico-social, public ou associatif, renâclent certes à objectiver, entre les destinataires du service qu'ils fournissent, des inégalités sur lesquelles ils estiment que leur travail n'a pas prise. Mais ils passent leur temps à classer leurs publics.

Les critères de classement objectifs indexés sur les inégalités face à la maladie et la mort étant manifestement peu dicibles, quels autres critères mobilisent ces salariés pour classer leurs publics ? Comment et pourquoi les travailleurs des services médico-sociaux classent-ils les usagers de ces services ?

La tentation est grande de balayer ces questions d'un revers de main et de renvoyer à des explications paresseuses qui ne verraient là que la force des classements sociaux ordinaires et des préjugés de classe, racistes, sexistes et hétérosexistes des agents étudiés. Une seconde tentation consiste à railler, en y mettant les formes académiques, la foncière incapacité des travailleurs sociaux à saisir le monde social en sociologue. La dernière mais non la moindre, garante d'un certain succès, consiste à rapporter les pratiques observées à des manifestations contemporaines et subtiles du gouvernement des populations.

Je suis, bien sûr, tombée dans ces trois écueils. Avant d'être rappelée par le terrain à une évidence : une bonne partie de mes enquêtés ont lu Foucault, leurs trajectoires professionnelles et militantes les placent dans la frange la plus progressiste du champ médical, et le contexte intellectuel et politique dans lequel ont été créées les structures publiques et associatives où ils travaillent a laissé des traces sur une pratique professionnelle nettement plus réflexive que la moyenne médicale.

Il fallait donc renoncer à une tentation première, fondatrice : régler, par l'apprentissage de la sociologie, mes comptes avec la médecine. Et chercher ailleurs. Renoncer à trouver le péché originel dans l'observation des pratiques de santé, pour chercher ce qui les rapproche d'autres pratiques de travail développées au contact du public.

Considérer que la médecine a suffisamment été étudiée comme un pouvoir et comme un savoir, et l'observer comme un travail. Prendre quelque distance avec l'analyse du *care*, catégorie indigène⁶¹⁵ apprise dans les écoles d'infirmières en quête de légitimation dans le champ médical, et devenue catégorie d'analyse sociologique voire label politique aux connotations morales encombrantes⁶¹⁶.

Chercher l'explication des pratiques de travail dans l'organisation du travail et dans ses contraintes.

⁶¹⁵ Marie-Pierre Pouly, postface à Beverly Skeggs, *Des femmes respectables. Classe et genre en milieu populaire*, Agone, 2015, p. 369 [*Formations of Class and Gender : Becoming Respectable*, Sage, 1997].

⁶¹⁶ Christelle Avril, *Les aides à domicile. Un autre monde populaire*, Paris, La Dispute, 2014, pp. 260-261 et 264.

Alors seulement, on pourra comprendre comment, en dépit de leur connaissance théorique et pratique des inégalités sociales face à la maladie et la mort, et malgré leurs intentions éventuelles de les combattre par leur pratique professionnelle, les agents du travail de santé publique contribuent à les reproduire.

Chapitre 8

Critères et pratiques de classement des publics

Les pratiques de classement social constituent un objet de prédilection pour la sociologie. Le numéro intitulé « Qu'est-ce que classer ? » des *Actes de la recherche en sciences sociales*, publié en 1983⁶¹⁷, aborde ainsi les pratiques de classement savant mises en œuvre dans les enquêtes statistiques sur les étudiants⁶¹⁸ et les chômeurs⁶¹⁹, et les pratiques de classement ordinaire par lesquelles les « loubards » sont désignés comme tels⁶²⁰ ou par lesquelles les techniciens se classent eux-mêmes entre le monde professionnel des ingénieurs et celui des ouvriers⁶²¹. La littérature sur les pratiques de classement des clients, dans les pratiques de travail au contact des publics, est également abondante. Qu'on songe par exemple aux travaux de Ray Gold sur les concierges⁶²², à ceux d'Howard Becker sur la relation maître-élève⁶²³, à ceux de Fred Davis sur les chauffeurs de taxi⁶²⁴ ; et, dans le champ médical, aux recherches de Claudine Herzlich sur les « types de clientèle » hospitalière⁶²⁵, de Julius Roth sur l'évaluation morale des clients des services d'urgences⁶²⁶, ou d'Anne-Marie Arborio sur les aides-soignantes⁶²⁷.

Le terrain du dépistage du sida présente plusieurs caractéristiques qui permettent d'approfondir les analyses produites par ces auteurs. Mis en œuvre par des agents n'ayant pas tous reçu la même formation et n'appartenant pas à la même profession, le dépistage du VIH/sida permet en effet de faire la part des effets de leur socialisation professionnelle et de leur position sociale sur les pratiques de classement. Par ailleurs, la brièveté des interactions, en général anonymes, conduit les agents à écourter le recueil objectif des caractéristiques sociales requis par leur structure, et permet de rendre compte de la

⁶¹⁷ « Qu'est-ce que classer ? », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 1983, n°50.

⁶¹⁸ Dominique Merllié, « Une nomenclature et sa mise en œuvre. Les statistiques sur l'origine sociale des étudiants », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 1983, n°50, pp. 3-47.

⁶¹⁹ Gabrielle Balazs, « Les facteurs et les formes de l'expérience du chômage », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 1983, n°50, pp. 69-83.

⁶²⁰ Claude Fossé-Poliak et Gérard Mauger, « Les loubards », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 1983, n°50, pp. 49-68.

⁶²¹ Jean-Pierre Faguer, « Le baccalauréat "E" et le mythe du technicien », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 1983, n°50, pp. 85-96.

⁶²² Ray Gold, « Janitors versus tenants: a status-income dilemma », *American Journal of Sociology*, 1952, 57 (5), pp. 486-493.

⁶²³ Howard S. Becker, « Social-Class Variations in the Teacher-Pupil Relationship », *Journal of Educational Sociology*, 1952, 25 (8), pp. 451-465.

⁶²⁴ Fred Davis, « The Cabdriver and His Fare : Facets of a Fleeting Relationship », *American Journal of Sociology*, 1959, 65 (2), pp. 158-165.

⁶²⁵ Claudine Herzlich, « Types de clientèle et fonctionnement de l'institution hospitalière », *Revue française de sociologie*, 1973, 14 (1), pp. 41-59.

⁶²⁶ Julius Roth, « Some Contingencies of the Moral Evaluation and Control of Clientele : The Case of the Hospital Emergency Service », *American Journal of Sociology*, 1972, 77 (5), pp. 839-856.

⁶²⁷ Anne-Marie Arborio, « Savoir profane et expertise sociale. Les aides-soignantes dans l'institution hospitalière », *Genèses*, 1996, 22, pp. 87-106.

sociologie spontanée à l'œuvre dans le travail de santé publique, entre reprise des catégories du sens commun et imposition de catégories savantes.

Comment les agents du dépistage du VIH/sida classent-ils leurs interlocuteurs, dans le cadre anonyme et rapide des entretiens de dépistage ? Sur quels critères ? Quels éléments objectifs recueillent-ils ? Comment enregistrent-ils leurs impressions subjectives ?

Afin de comprendre comment varient les pratiques de classement, on s'intéressera au type de structure, à la socialisation professionnelle, à la position sociale et à la trajectoire sociale des agents du dépistage. Les terrains d'enquête ont été choisis dans cet objectif.

On s'appuiera donc sur l'observation de plus de 200 interactions, menées par des médecins, infirmières et infirmiers, et salariés associatifs non-professionnels de santé, dans deux Centres de Dépistage Anonyme et Gratuit d'hôpitaux de la banlieue parisienne, d'un CDAG hospitalier parisien, et dans deux associations (AIDES, à Paris et dans sa banlieue Nord, et le Kiosque Info Sida, dans le 4^{ème} arrondissement parisien). La plupart des interactions observées et analysées se déroulent cependant en CDAG, car, comme l'ont montré les chapitres précédents, c'est dans les CDAG que les enjeux de classement des publics sont les plus forts, puisque les CDAG accueillent le public le plus socialement hétérogène.

Il s'agit de comprendre comment les agents du dépistage *font la différence*, dans les deux sens du terme : comment ils classent leurs interlocuteurs dans le monde social ; et comment ils fournissent un service différencié.

Comme y invitent Howard Becker dans sa sociologie des « musiciens de danse »⁶²⁸ et Erving Goffman quand il inclut garagistes et médecins dans la catégorie générique de « relation de service »⁶²⁹, la relation entre deux individus à laquelle donne lieu la pratique du dépistage du VIH/sida sera analysée comme une relation de service. Selon Goffman, « le contact avec le public et le pouvoir exercé sur lui » suffisent à définir la relation de service. Si l'hypothèse goffmanienne a pu être critiquée pour sa tendance à simplifier exagérément l'analyse en rapprochant des occupations très différentes quant à leur contenu et à leur position hiérarchique, c'est précisément en raison de son élasticité qu'on y recourra ici pour analyser le travail d'agents appartenant à des mondes professionnels différents. Les vertus critiques de cette catégorie d'analyse la rendent en effet plus pertinente que les termes indigènes de « relation médecin-malade », pour un terrain où les agents de santé publique sont aussi infirmiers ou salariés associatifs, ou d'« entretien de prévention », terme préféré par les associations mais qui tend à isoler les pratiques préventives d'autres pratiques de santé. Ce cadre d'analyse me semble également préférable au concept de *care* pour décrire une relation ponctuelle, rarement amenée à se renouer entre les deux mêmes personnes, et

⁶²⁸ Howard S. Becker, *Outsiders. Étude de sociologie de la déviance*, Paris, Métailié, 1985, pp. 103-125 [*Outsiders*, Glencoe, 1964].

⁶²⁹ Erving Goffman, « Les hôpitaux psychiatriques et le schéma médical-type (quelques remarques sur les vicissitudes des métiers de réparateurs) », in *Asiles. Études sur la condition sociale des malades mentaux*, Paris, Minuit, 1968, pp. 375-438.

dans laquelle la dimension de dépendance est peu marquée. L'analyse de la relation de service dans laquelle se déploient les pratiques de santé, bien qu'elle utilise la catégorie générique forgée par l'interactionnisme, s'inscrit davantage dans une sociologie des rapports de domination, attentive aux pratiques de classement mises en œuvre par les acteurs du dépistage et au traitement inégal des personnes recourant au dépistage. Il s'agit de mettre à l'épreuve de la relation de soin le cadre d'analyse proposé par Vincent Dubois pour une autre relation de service, la relation administrative⁶³⁰, afin de rendre compte du traitement des différences, et d'en tirer des conclusions généralisables à la prise en charge médicale d'autres pathologies inégalement distribuées dans le monde social, c'est-à-dire toutes.

À travers l'analyse des pratiques de classement objectivées par les dossiers médicaux ou les divers questionnaires utilisées par les structures enquêtés pour connaître et décrire leurs publics, je montrerai d'abord comment les agents du dépistage classent les individus qui y recourent, et en quoi cette pratique leur pose problème.

Je montrerai ensuite que leurs critères de classement sont presque toujours uniquement sexuels et raciaux, et qu'ils ignorent en général la profession ou le niveau d'étude, c'est-à-dire la position dans la hiérarchie sociale, y compris lorsque ces deux derniers critères sont renseignés dans les questionnaires d'accueil des structures enquêtées. Pour autant, on verra que la discrétion, si ce n'est l'absence, de la position de classe dans les critères de classement objectivés, n'empêche pas une prise en compte implicite, par les prestataires du service, de la position de classe de ses destinataires. En témoignent des manifestations discrètes de connivence sociale, entre membres des classes dominantes qu'on verra s'échanger des sourires entendus et indulgents à l'évocation de pratiques intimes non nécessairement conformes aux conseils préventifs dispensés. En témoignent également les renoncements des agents, en particulier lorsque le rythme des consultations s'accélère et que la charge de travail s'alourdit, à fournir des explications « trop compliquées » (mobilisant des notions de biologie et d'anatomie) aux usagers les moins dotés des ressources sociales, et notamment scolaires, qu'elles supposent.

Enfin je montrerai comment les pratiques de classement des publics s'articulent, dans le champ médical, à des pratiques de différenciation des clients mises en évidence dans d'autres enquêtes sur les relations de service, mais qui sont ici structurées par la distance à la parole : le « bon client » est celui qui parle volontiers. On verra que le « bon client » est plus souvent jeune, femme (à condition qu'elle soit jeune, les plus âgées étant décrites par les enquêtés comme plus réservées vis-à-vis de la verbalisation de questions sexuelles), francophone, membre des classes moyennes ou supérieures. Fait intéressant, les hommes homosexuels sont davantage décrits comme des « bons clients » que les hommes hétérosexuels, parce qu'ils parlent volontiers de leurs pratiques sexuelles, surtout lorsqu'ils sont accueillis par des salariés gays (très nombreux dans les associations enquêtées), mais

⁶³⁰ Vincent Dubois, *La vie au guichet. Relation administrative et traitement de la misère*, Paris, Economica, 2010.

également lorsqu'ils s'adressent à des médecins, presque toutes des femmes, et infirmières des hôpitaux enquêtés.

1. Des dossiers pour quoi faire ?

Cinq sites d'observations, autant de questionnaires différents pour recueillir des informations sur les individus dépistés. Ceux dont j'ai eu l'autorisation de garder un exemplaire figurent en annexes 9 et 9 bis (fiches d'AIDES nommée DOLORES), 10 (questionnaire du Checkpoint), 11 (questionnaire d'Afrique Avenir).

L'hétérogénéité des outils d'objectivation des publics et l'incomplétude qui caractérise le remplissage de ces questionnaires font d'eux, pour paraphraser Harold Garfinkel, de « mauvais dossiers ». Il ne s'agit pas là d'un jugement de valeur, mais d'une invitation, pour l'enquête sociologique, à en comprendre les « bonnes raisons organisationnelles »⁶³¹.

La comparaison de ces « écrits du travail » et l'étude de leurs variations et de leurs usages constituent en effet « une bonne entrée pour analyser les différences de pratiques entre groupes professionnels ou entre travailleurs au sein d'un même groupe professionnel », soulignent Christelle Avril, Marie Cartier et Delphine Serre⁶³². Sur mon terrain, on va voir que les variations entre ces pratiques d'écriture éclairent les différences de pratiques entre salariés associatifs et salariés du secteur public.

D'une structure de dépistage à l'autre, les pratiques de classement objectivées par les dossiers sont très hétérogènes, mais elles suivent une hiérarchie commune : l'origine nationale (réelle ou supposée d'après la couleur de peau) l'emporte sur l'orientation sexuelle, qui l'emporte sur la classe sociale. Cette hiérarchie commune est visible dans les questionnaires, mais plus encore dans les pratiques, comme on le verra au chapitre suivant.

Ainsi, au CDAG de l'hôpital de Grainde, le dossier informatique comporte une case « rapport hétérosexuel/rapport homosexuel », exceptionnellement remplie. Si elle l'est, c'est par l'infirmière d'accueil. En revanche, la case informant sur le pays de naissance est presque toujours renseignée (en général par l'infirmière d'accueil), et cette information fait l'objet de questions de la part du médecin, quant à la durée de séjour en France, à la possession d'un titre de séjour, d'une Carte Vitale, aux intermédiaires qui ont conduit la personne à consulter en CDAG (Médecins du Monde, notamment). Au cours de l'enquête, j'apprendrai que la raison du traitement différentiel du pays de naissance ne tient pas aux

⁶³¹ Harold Garfinkel, « De "bonnes" raisons organisationnelles pour de "mauvais" dossiers cliniques », in Harold Garfinkel, *Recherches en ethnométhodologie*, Paris, PUF, 2007 [*Studies in ethnomethodology*, Cambridge, 1967], pp. 297-323.

⁶³² Christelle Avril, Marie Cartier, Delphine Serre, *Enquêter sur le travail. Concepts, méthodes, récits*, Paris, La Découverte, Paris, 2010, pp. 106-107.

décisions du personnel du CDAG, mais au fonctionnement du logiciel informatique : pour pouvoir créer un dossier médical, y compris anonyme comme au CDAG, à un usager de l'hôpital, il faut renseigner sa date de naissance et son pays de naissance. Le dossier informatique comporte aussi une case précisant le motif de recours au dépistage, rempli au cours de la consultation médicale, ou plus rarement de l'entretien qui lui précède avec l'infirmière d'accueil. On peut souvent y lire « démarche de couple » lorsque deux membres d'un couple viennent se faire dépister ensemble (ou chacun de leur côté mais dans un intervalle temporel réduit et sur une décision commune lorsque la relation se stabilise), ou « RSP » lorsque le test fait suite à un rapport sexuel sans préservatif.

Au CDAG de l'hôpital de Fondange, les dossiers individuels ne sont pas informatisés (à la date de l'enquête). Il s'agit de feuilles de papier de format A5 sur laquelle figure une étiquette d'anonymat précisant la date de naissance et collée sur ce dossier par l'infirmière d'accueil. Puis, dans le bureau de consultation, les médecins cochent des cases, selon les réponses de leur interlocuteur à leurs questions, parmi la dizaine de celles qui figurent sur ce dossier papier et qui dressent la liste de situations exposant à la contamination par le VIH, les hépatites virales B et C (rapport sexuel sans préservatif, échange de matériel d'injection ou de snif, piercing, tatouages, accident d'exposition au sang). Les médecins peuvent aussi, s'ils le souhaitent, ajouter d'autres informations dans un espace laissé vide en bas de ce dossier. Une ligne en pointillés en haut de ce dossier est destinée à recueillir le motif de recours au test. On peut souvent y lire « test à deux » (équivalent à Fondange de la « démarche de couple » au CDAG de Grainde) ou « RSP » ou encore « pour se rassurer ». Les médecins du CDAG trouvent ce questionnaire obsolète car élaboré dans les années où persistaient des inconnues quant au risque des tatouages et piercings en matière de contamination par le VIH et les hépatites virales B et C. Ils estiment qu'à la date de l'enquête il n'est plus nécessaire d'assurer une « veille épidémiologique » en France sur ces pratiques, qui contribuent à l'épidémie de façon insignifiante au regard d'autres modes de contamination, notamment sexuels.

Au CDAG de l'hôpital parisien, le dossier est informatisé et beaucoup plus long que dans les autres sites de l'enquête. À l'accueil du CDAG, les infirmières remettent aux personnes venues se faire dépister un questionnaire papier recensant certaines des informations qui leur seront demandées lors de la consultation médicale. Interrogés sur les raisons de ce découpage en deux temps et en deux modes du recueil d'informations (questionnaire auto-administré dans un premier temps), les deux médecins dont je suis les consultations m'expliquent qu'ils peuvent ainsi gagner du temps lors de la consultation et atténuer la gêne à poser certaines questions. Le dossier informatisé, rempli à l'aide du questionnaire papier complété en salle d'attente par les usagers du CDAG et des informations recueillies par les médecins pendant la consultation, comporte les informations suivantes :

-sexe ;

- âge ;
- pays de naissance ;
- ville du domicile ;
- profession ;
- niveau d'études ;
- domaine d'études ;
- type de couverture sociale ;
- motif du dépistage ;
- rapports sexuels : avec des hommes, des femmes, en situation de prostitution, avec ou sans préservatif ;
- usage de drogues ;
- infections sexuellement transmissibles passées ou actuelles ;
- circoncision (pour les hommes) ;
- transfusions sanguines passées ;
- opérations chirurgicales passées ;
- séjours en prison éventuels ;
- période de vie dans un « pays endémique pour le VIH ou les hépatites ».

De toute évidence, ce questionnaire a été conçu pour produire des connaissances épidémiologiques. En témoignent par exemple les items « circoncision » et « séjours en prison », qui sont vraisemblablement venus allonger le questionnaire au fil de l'accumulation de données épidémiologiques quant aux effets (discutés) de la circoncision sur la réduction de la contamination des hommes hétérosexuels par le VIH et quant aux effets de l'incarcération sur l'augmentation de la contamination par le VIH et/ou l'hépatite C⁶³³. Lors de l'entretien avec la responsable du CDAG, celle-ci a regretté de ne pouvoir les exploiter autant qu'elle le voudrait, faute de temps dédié à ce travail, et à cause du nombre élevé de questionnaires incomplets.

⁶³³ On ne discutera pas ici la littérature médicale sur ces deux questions, citées à titre de preuve de l'ambition épidémiologique du recueil des données personnelles dans ce CDAG. Les lecteurs intéressés pourront se reporter à Philippe Morlat (dir.), *Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH. Recommandations du groupe d'experts. Rapport 2013 sous la direction du Pr Philippe Morlat et sous l'égide du CNS et de l'ANRS*, Paris, La Documentation française, 2013, pp. 60 et 419.

À l'association AIDES, les salariés remplissent une fiche de renseignements à l'issue de chaque test de dépistage. Elle liste une vingtaine de « groupes d'appartenance », évoqués au chapitre précédent pour en présenter les origines, mais qu'on rappelle ici avant d'en commenter l'usage, et parmi lesquels chaque usager du dépistage est invité à se situer :

- LGBT⁶³⁴ ;
- Afrique subsaharienne ;
- Maghreb ;
- Europe de l'Est ;
- Départements Français d'Amérique ;
- CPP⁶³⁵/usagers de drogue ;
- Travailleur/se du sexe ;
- Femme ;
- Personne vivant avec le VIH ;
- Personne vivant avec hépatite/s ;
- Sourd ;
- Personne affectée par le VIH et/ou hépatites.

Les critères retenus désignent les groupes les plus touchés par l'épidémie de VIH/sida (gays, migrants), ceux qui l'ont été (usagers de drogue), les proches (« personnes affectées par le VIH »), les groupes en direction desquels l'association cherche à développer des actions nouvelles (« travailleur/se du sexe »), les groupes qui se sont organisés comme tels au sein de l'association et qui ont développé des méthodes de prévention et d'information spécifiques (femmes et sourds⁶³⁶). Fait notable, le questionnaire distingue quatre aires géographiques, dont deux dans lesquelles l'épidémie de VIH/sida est documentée comme particulièrement importante (Afrique Subsaharienne et Départements Français d'Amérique), une autre dans laquelle les contaminations sont en augmentation (Europe de l'Est⁶³⁷) et une autre sur laquelle les données épidémiologiques récentes sont plus rares (Maghreb). Les salariés interrogés sur les critères de constitution de cette liste de « groupes

⁶³⁴ Lesbiennes, Gays, Bi et Trans.

⁶³⁵ Consommateurs de Produits Psychoactifs.

⁶³⁶ Le Groupe Sourds de AIDES est créé en 1989 et a développé des actions de sensibilisation sur le VIH/sida en langue des signes.

⁶³⁷ Françoise Cazein, Florence Lot, Josiane Pillonel, Yann Le Strat, Cécile Sommen, Roselyne Pinget, Stéphane Le Vu, Sylvie Brunet, Damien Thierry, Denys Brand, Marlène Leclerc, Lotfi Benyelles, Clara Da Costa, Francis Barin, Caroline Semaille, « Découvertes de séropositivité VIH et sida – France, 2003-2012 », *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, 2014, 9-10, pp. 154-162.

d'appartenance » mettent en avant une volonté de veille épidémiologique (consistant à repérer l'émergence de faits épidémiologiques mal connus) et surtout des raisons organisationnelles internes à l'association : il s'agit de compter les actions menées par chaque équipe de AIDES en direction de groupes dont l'association estime que le dépistage et les actions de prévention menées par d'autres structures peinent à les atteindre.

Lors des entretiens auxquels j'ai assisté, les salariés ne soumettent *jamais* l'intégralité de cette liste aux personnes qu'ils reçoivent pour un dépistage. Certains leur demandent uniquement la date de leur dernier test de dépistage du VIH et leur situation familiale (enfants, vie de couple). D'autres, qui m'ont dit ensuite être gênés par cette étape obligatoire de la procédure, invitent les individus à se classer eux-mêmes :

Virginie Ledru, salariée de AIDES, à un homme d'une quarantaine d'années : « Après le test je vais vous poser quelques questions pour nos statistiques. [...] Vous vous reconnaissez comme hétéro ? Trans ? »

La même, à un homme de 57 ans : « vous vous reconnaissez comme migrant, gay, hétéro ? »

Lui : « migrant hétéro ». ⁶³⁸

La plupart du temps, lorsque les salariés de AIDES observés cochent la case « migrant », ils n'en cochent aucune autre (femme, hétéro, etc.). Leur pratique est en ce point superposable à celle des infirmières et médecins de CDAG qui n'interrogent sur leur sexualité que les personnes identifiées comme européennes, alors qu'ils ne demandent pas le sexe des partenaires des migrants supposés non-européens.

Une appartenance exclut, ou plutôt écrase les autres dans les pratiques de ces agents, hospitaliers comme associatifs, d'un dispositif de santé publique. Celle qui écrase le plus fortement et le plus systématiquement les autres appartenances sociales tient en général à l'origine nationale supposée, c'est-à-dire déduite de la couleur de peau lorsque la question du pays de naissance n'est pas explicitement posée. Quelle que soit la profession et l'origine sociale des agents du dépistage, les catégories de genre et de sexualité ont, pour leur pratique, plus de pertinence au sein du groupe national (français ou supposé français). Elles l'emportent toujours sur l'appartenance de classe. L'observation met en évidence une impossibilité pratique à combiner les appartenances sociales au niveau de l'action et de l'interaction dans un temps contraint, y compris chez des militants rompus à la critique des stéréotypes sexistes et racistes comme l'indiquent les affiches qui tapissent le local de l'association AIDES.

Les groupes proposés sont superposables aux « groupes de transmission du VIH » délimités sur des données épidémiologiques et aux groupes mobilisés qui ont rejoint AIDES.

⁶³⁸ AIDES, au local de Grainde, notes d'observation, 15 mai 2012.

Ces deux types de groupes sont nommés « communautés » par les salariés de l'association AIDES et du Kiosque Infos Sida. Un guide collectif associant des militants, notamment de AIDES, et des chercheurs, distingue trois acceptions du terme « communauté » : la « communauté naturelle », « fondée sur des liens préexistants (géographiques, sociaux), [...] n'est pas "vécue par les individus", elle est souvent posée par un observateur extérieur » ; la « communauté socialement construite » est « fondée sur un sentiment d'appartenance, d'identification et sur des normes, valeurs ou besoins partagés », sur la « conscience d'appartenir à un même groupe » (gay par exemple) ; la « communauté organisée » repose sur des « institutions communes » (des associations, explique la suite du texte) : « ses membres s'engagent dans une action commune, selon une intentionnalité collective. »⁶³⁹

Ces acceptions du terme « communauté », partagées et promues par des associations comme par les chercheurs en santé publique prenant part à ce type de recherches « communautaires », rappellent la distinction marxienne entre la « classe en soi » (*Klasse an sich*), définie extérieurement et objectivement par les propriétés sociales communes de ses membres, et la « classe pour soi » (*Klasse für sich*), classe subjective consciente d'elle-même et rassemblant des individus mobilisés⁶⁴⁰, mais se caractérisent par un effacement constant de l'appartenance de classe, au profit d'appartenances sexuelles et nationales.

Comme l'a montré Didier Fassin dans son analyse de la littérature épidémiologique sur le VIH⁶⁴¹, les hommes et femmes étrangers ou supposés tels (mais parfois français) y sont considérés comme nécessairement hétérosexuels. Mon enquête montre que les pratiques de classement mises en œuvre dans la relation interindividuelle sont conformes à celles des épidémiologistes. Comme dans la littérature épidémiologique, la position de classe intervient plus rarement que les critères sexuels et nationaux dans les opérations de classement, hormis dans le CDAG hospitalier parisien où la profession et le niveau d'études figurent dans le questionnaire rempli par les consultants dans la salle d'attente. Ce CDAG a été fondé par des médecins investis dans des institutions de santé publique, ce qui peut expliquer que les outils de description et de connaissance des publics et de leur évolution au cours du temps y soient plus développés qu'ailleurs.

La position de classe intervient aussi dans le questionnaire recueilli au Checkpoint, qui recueille le niveau d'études, la situation vis-à-vis de l'emploi et le niveau de revenus, mais ce questionnaire n'est pas utilisé lors des consultations puisqu'il est rempli en salle d'attente par les consultants eux-mêmes après la consultation. Il permet ici de négocier avec

⁶³⁹ Élise Demange, Émilie Henry, Anne Bekelync, Marie Préau, « Petite(s) histoire(s) de la recherche communautaire », in Élise Demange, Émilie Henry, Marie Préau, *De la recherche en collaboration à la recherche communautaire. Un guide méthodologique*, Paris, ANRS/Coalition PLUS, Collection Sciences sociales et sida, 2012, pp. 15-24.

⁶⁴⁰ Georges Labica (dir.), « Classes », in *Dictionnaire critique du marxisme*, Paris, PUF, 1982, pp. 153-162 (renvoie à Karl Marx, *Misère de la philosophie*, 1947 ; Karl Marx, *Le 18 Brumaire de Louis Bonaparte*, 1851).

⁶⁴¹ Didier Fassin, « L'indicible et l'impensé : la "question immigrée" dans les politiques du sida », *Sciences sociales et santé*, 1999, 17, 4, pp. 5-36.

les financeurs et de leur prouver que le Checkpoint atteint des populations très exposées au VIH.

Au Checkpoint, centre de dépistage associatif situé dans le Marais et qui cherche à atteindre principalement des hommes homosexuels, chaque personne venant pour un dépistage est invitée à remplir un questionnaire dans la salle d'attente entre l'entretien avec le médecin et la réception du résultat du test, trente minutes plus tard. Ce questionnaire n'est donc lu ni par le médecin ni par l'infirmier au cours de l'entretien, mais fait l'objet d'un traitement statistique annuel par le Checkpoint. Il recueille les informations suivantes :

- âge ;
- commune de domicile ;
- situation conjugale : célibataire, couple gay, couple hétérosexuel ;
- niveau d'études ;
- situation vis-à-vis de l'emploi ;
- niveau de revenus ;
- sexualité : homosexualité, bisexualité, hétérosexualité ;
- nombre de partenaires sexuels au cours des douze derniers mois ;
- partenaires sexuels stables ou occasionnels ;
- rapports sexuels anaux non protégés avec un partenaire occasionnel au cours des douze derniers mois ;
- contact oral avec le sperme d'un partenaire occasionnel au cours des douze derniers mois ;
- nombre de tests de dépistage du VIH pratiqués au cours des douze derniers mois ;
- résultat du test de dépistage du VIH réalisé au Checkpoint.

Le questionnaire du Checkpoint est, avec celui du CDAG hospitalier parisien, le plus détaillé quant aux pratiques sexuelles et aux caractéristiques sociales recueillies. Il diffère de celui du CDAG hospitalier parisien sur deux points. Le pays de naissance n'y figure pas, et il existe deux variantes du questionnaire au Checkpoint : une pour les hétérosexuels et une pour les homosexuels, qui inclut des questions plus nombreuses sur les pratiques sexuelles. Des cinq questionnaires utilisés dans les structures enquêtées et présentés dans ce chapitre, celui du Checkpoint est le moins exploité en direction des usagers : ces questionnaires ne sont lus par les médecins et infirmiers qu'après le départ des usagers. Les informations et conseils donnés lors de l'entretien sont adaptés aux données recueillies lors de l'entretien

(en général le motif de recours au test), non à celles - plus détaillées - recueillies par le questionnaire. Ce n'est pas le cas au CDAG de l'hôpital de Fondange, par exemple, où la médecin, Yasmina Slimani, donne des conseils quant aux vêtements professionnels de protection à un éboueur dont elle note la profession sur le dossier et qui s'inquiète du risque de contamination par le VIH par des piqûres dans le cadre de son travail.

En revanche, le questionnaire du Checkpoint est, des cinq questionnaires décrits, le mieux exploité en direction d'autres audiences, scientifiques mais aussi et surtout étatiques, car les résultats qu'il apporte permettent d'argumenter auprès des financeurs quant à l'intérêt présenté par la structure pour dépister et traiter des hommes homosexuels plus précocement que ne le fait le dispositif de dépistage hospitalier ou libéral, mais aussi d'autres associations. En témoignent les débats qui traversent le groupe Dépistage de l'ANRS. L'échange qui suit permet en effet de prendre la mesure de la concurrence entre associations pour les financements, et de la nécessité pour chacune de prouver l'intérêt de sa contribution au dépistage pour la santé publique. Ève Plenel, directrice du Kiosque Infos Sida qui gère le Checkpoint, y défend l'intérêt d'un « cadre professionnalisé et associatif » pour des « HSH⁶⁴² parisiens bien intégrés » :

Ève Plenel : « Une recherche a montré que l'offre était adaptée. [...] »

Bruno Spire (président de AIDES) : Quel est l'intérêt du TROD sur les tests classiques dans cette situation ?

Ève Plenel : Le fait que le dépistage soit réalisé par des médecins facilite l'insertion dans le réseau de soins. [...]

Frédérique Delatour (Direction Générale de la Santé) : Quelle est la plus-value de garder des médecins dans le dépistage Checkpoint ?

Ève Plenel : Traiter s'il y a des symptômes de primo-infection.

Christine Rouzioux (virologue, hôpital Necker, co-auteure de l'étude faite au Checkpoint) : Pouvoir parler de sexualité mieux qu'avec son médecin.

*Frédérique Delatour : Ça, ça s'appelle un CDAG ! »
[moues dubitatives autour de la table]⁶⁴³*

La recherche à laquelle Ève Plenel fait référence est celle dont l'équipe du Checkpoint a présenté les résultats en 2011 à l'International AIDS Society. Elle montre que, sur les 2342 hommes dépistés au Checkpoint entre janvier 2010 et janvier 2011, 78 % sont homosexuels, 15 % bisexuels, 63 % vivent à Paris, 83 % ont moins de 40 ans, 77 % ont un emploi, 64 % ont

⁶⁴² Hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes : terme adopté par les épidémiologistes puis par les associations militantes pour désigner des hommes ne se reconnaissant pas nécessairement comme homosexuels, bisexuels ou gays : voir Gaëtan Thomas, « Définir pour compter », *Revue Monstre*, 2011, 3, pp. 38-42.

⁶⁴³ Groupe Dépistage de l'ANRS, notes d'observation, 16 mars 2012.

un master ou un doctorat, 47 % ont un revenu mensuel compris entre 1000 et 2500 euros et 28 % un revenu mensuel supérieur à 2500 euros⁶⁴⁴, raison pour laquelle la directrice parle de « HSH parisiens bien intégrés » lors de la réunion à l'ANRS en mars 2012.

Les caractéristiques sociales des usagers du dépistage sont donc bien prises en compte, mais plutôt à l'intention des financeurs et institutions de santé publique (les intermédiaires du second rang et les auteurs de normes, pour reprendre les catégories d'analyse proposées par Nicolas Belorgey pour faire la sociologie de l'action publique⁶⁴⁵) que des intermédiaires du premier rang (les agents du dépistage) ou des destinataires du service. Il s'agit moins d'attirer l'attention des collègues sur les fragilités et les besoins des publics, ou d'adapter le service au public (par exemple en développant du matériel d'information multilingue ou avec des idéogrammes, comme dans certains tracts de AIDES), que de convaincre des financeurs et directions administratives de l'intérêt de telle ou telle forme spécifique de dépistage.

À cet effet, l'argument le plus efficace consiste à prouver que le public de la structure est plus exposé au risque de contamination par le VIH, et que le service proposé y identifie plus de séropositifs que d'autres structures. Ainsi, l'enquête citée montre que, pour 13 % des hommes dépistés au Checkpoint, il s'agissait de leur premier test de dépistage pour le VIH. L'étude montre aussi que 40 % avaient eu un rapport sexuel anal sans préservatif avec un partenaire occasionnel au cours des douze derniers mois, et que 40 % avaient eu un contact oral avec le sperme d'un partenaire occasionnel. Ils sont donc particulièrement exposés au risque de contamination. Le taux de tests positifs est de 2,22 % (sans association significative avec les caractéristiques sociodémographiques relevées par l'enquête)⁶⁴⁶ : ce taux est environ sept fois supérieur à la moyenne nationale en CDAG (3,5/1000⁶⁴⁷). Ce taux élevé de séropositivité et la fréquence de deux pratiques sexuelles potentiellement contaminantes pour le VIH parmi les consultants du Checkpoint sont les points qui font dire à la directrice que l'offre proposée par le Checkpoint est adaptée aux besoins de santé publique et argumenter en ce sens auprès de la Direction Générale de la Santé et de l'Agence Nationale Régionale sur le Sida (ANRS).

L'usage fait par AIDES des données sur les personnes dépistées par ses salariés est similaire : il relève d'une forme d'obligation à produire des statistiques qui intègrent des catégories sexuelles, nationales et sociales dans le but d'obtenir (ou de ne pas perdre) des

⁶⁴⁴ Jean-Yves Le Talec, Annie Velter, Christine Rouzioux, George Kreplak, Guy Sebbah, Pierre Tessier, Anne Guérin, Nicolas Derche, and the steering committee of the Checkpoint Study, « Community based rapid HIV-testing for MSM carried out by medical staff attracts young, highly educated, and "soft sex" gay or bisexual men (Checkpoint Study, Paris, France) », Poster présenté à l'International AIDS Society, Rome, 2011.

⁶⁴⁵ Nicolas Belorgey, « De l'hôpital à l'État : le regard ethnographique au chevet de l'action publique », *Gouvernement et action publique*, 2012, 2 (2), pp. 9-40.

⁶⁴⁶ Jean-Yves Le Talec et al, 2011, *loc. cit.*

⁶⁴⁷ Françoise Cazein, Yann Le Strat, Jocelyn Dutil, Sophie Couturier, Charly Ramus, Caroline Semaille, « Dépistage de l'infection par le VIH en France, 2003-2012 », *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, 2013, n° 33-34, pp. 410-416.

financements. La présentation à la Direction Générale de la Santé du bilan du dépistage du VIH à AIDES entre le 1^{er} janvier 2012 et le 30 septembre 2012 permet d'en rendre compte. Le préambule à la restitution de ces résultats par AIDES témoigne de la gêne éprouvée sur ce terrain d'enquête lorsqu'il s'agit de désigner des individus probablement français mais non blancs et de la prudence vis-à-vis de catégories qui s'avèrent en réalité moins nationales que raciales :

« Transformer les "gays" en "HSH" ne nous a pas posé de problèmes, par contre qualifier les populations en lien avec les zones de forte endémie est plus complexe. Nous devons prendre en compte non seulement le lieu de naissance mais aussi la communauté de vie. Comment identifier le groupe de personnes constitué d'individus issus de la migration au-delà de la première génération? La circulation du virus non B⁶⁴⁸ parmi des personnes ayant toujours vécu sur le territoire français montre qu'une épidémie est durablement installée dans la communauté afro-caribéenne. D'où la création de catégories statistiques mutuellement exclusives faisant naître une catégorie hétérosexuelle migrant homme composée à 72% d'afrocaribéens, une catégorie hétérosexuelle migrant femme composée à 79% d'afrocaribéens, et des migrants HSH composée à 39% par des afrocaribéens et de 29% de personnes issues de la communauté du Maghreb. »⁶⁴⁹[Les majuscules et accords des adjectifs respectent strictement l'écriture du document cité.]

Dans la plupart des publications scientifiques ou associatives concernant le VIH, le terme « migrants » désigne des personnes nées hors de France métropolitaine ou, sans que l'on puisse les différencier dans les publications qui ne précisent pas le pays de naissance, des Français dont les parents sont nés hors de France métropolitaine. Par soustraction, les autres sont nommés « caucasiens », terme dont il faudrait faire l'histoire et qui désigne les « blancs ». La présentation faite par AIDES à la DGS sur son bilan d'activité en matière de dépistage en 2012 met l'accent sur la proportion élevée de tests positifs au regard de celle retrouvée en CDAG parmi les hommes homosexuels et parmi les « migrants », alors que parmi les hommes et femmes hétérosexuels « caucasiens » le dispositif de dépistage de AIDES, avec ses 0,21 % de tests positifs, est « aussi performant que le dispositif généraliste mais pas plus ». Parmi l'ensemble des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, le taux de dépistages positifs est de 1,9 %, et s'élève à 3,47 % parmi les « HSH originaires d'Afrique du nord et subsaharienne ». 21,6 % des HSH migrants faisaient un test de dépistage du VIH pour la première fois, soit significativement plus que les « HSH caucasiens ». La présentation de AIDES à la DGS conclut que le dispositif mis en place par l'association est « pertinent par rapport à ses objectifs (ciblage et complémentarité) » et « demande à être reconnu et soutenu », notamment financièrement car il a demandé un

⁶⁴⁸ Il s'agit d'un sous-type du VIH.

⁶⁴⁹ AIDES, *Réduction des risques et dépistage du VIH dans le réseau AIDES. Données du 1^{er} janvier 2012 au 30 septembre 2012, analyse au 15 novembre 2012*, présentation à la Direction Générale de la Santé le 3 décembre 2012.

« gros investissement non financé par le prix des tests » (en matière de formation des agents du dépistage, de matériel pour les actions mobiles de dépistage, de communication)⁶⁵⁰.

Dans sa recherche sur les dossiers cliniques d'un service psychiatrique, Harold Garfinkel montre que leur incomplétude fait d'eux de « mauvais » dossiers cliniques, mais renvoie à la nature des objectifs poursuivis par le service. Prenant pour objet de recherche « les opérations sociales par lesquelles une personne est identifiée comme représentant d'une catégorie appropriée » (comme l'écrivent Michel Barthélémy et Louis Quéré dans leur préface à la traduction française de cette recherche), Harold Garfinkel distingue deux modalités d'enregistrement des informations sociales et cliniques dans les dossiers psychiatriques : l'enregistrement « actuariel »⁶⁵¹, destiné à fournir du matériau pour des recherches cliniques éventuelles, et l'enregistrement « contractuel », qui consigne dans les dossiers les réponses à d'éventuelles questions que pourrait poser un tribunal quant à l'adéquation ou la qualité de la prise en charge médicale. Il ajoute : « lorsqu'on lit un dossier comme un document actuariel, son contenu demeure tellement en-dessous de ce qu'il faudrait qu'on se demande pourquoi des dossiers aussi "pauvres" sont néanmoins conservés avec soin. »⁶⁵² Face aux dossiers des sites de dépistage enquêtés, on peut s'interroger sur l'ampleur des variations entre eux, qui fait de ces dossiers, pour reprendre les termes provocateurs de Garfinkel, de « mauvais » outils de santé publique. En effet, si les données recueillies par les agents du dépistage avaient été sélectionnées pour être comparables, elles seraient plus homogènes ; si elles avaient été retenues pour être exploitables au niveau national, elles seraient alignées sur les données recueillies par la fiche de déclaration obligatoirement remplie pour chaque sérologie positive réalisée hors d'un CDAG (fiche en annexe 3). Or, non seulement elles varient d'un site à l'autre, mais aussi parfois d'une année à l'autre, comme par exemple à AIDES, où le document recueillant les informations sur les personnes dépistées (nommé DOLORES, qui figure en annexe 9) a été modifié trois fois au cours de l'enquête (sans changement de la liste de « groupes d'appartenance » précédemment citée). À quoi sont donc « bons » ces « mauvais » outils de santé publique ? Quel type de « contrat », dirait Garfinkel, remplissent-ils ? L'usage des données qu'ils recueillent en direction des institutions et des financeurs publics accrédite l'hypothèse suivante : *le classement de leurs publics par les agents du travail de santé publique permet de maintenir ou gagner une position dans le dispositif de santé publique en montrant que leur institution est performante au regard des critères qui comptent pour les politiques publiques.*

Cette hypothèse permet de comprendre, outre la diversité des outils de classement, la relative indifférence des agents vis-à-vis des critères de classement en termes de classes

⁶⁵⁰ *Ibid.*

⁶⁵¹ Du latin *actuarius* (scribe), « actuariel » désigne les activités d'un actuaire, c'est-à-dire d'un spécialiste du calcul de probabilités appliqué à certaines activités, notamment en matière d'assurances ou de finances.

⁶⁵² Harold Garfinkel, « De "bonnes" raisons organisationnelles pour de "mauvais" dossiers cliniques », in Harold Garfinkel, *Recherches en ethnométhodologie*, Paris, PUF, 2007 [*Studies in ethnomethodology*, Cambridge, 1967], pp. 297-323.

sociales, également absents des principales publications épidémiologiques sur l'épidémie de VIH. C'est le cas notamment de la catégorie socioprofessionnelle et de la situation vis-à-vis de l'emploi, parfois mentionnées dans les études sur la vie des personnes atteintes par le VIH (telles les études VESPA⁶⁵³ 1 et 2), mais singulièrement absentes des publications épidémiologiques annuelles sur les diagnostics d'infection par le VIH et sur la mortalité liée au sida.

L'hypothèse permet aussi de rendre compte de la prégnance, dans le travail au contact du public, des catégories dites « socio-épidémiologiques » qui mêlent des données démographiques (comme le pays de naissance) et comportementales (comme l'usage de drogues), et de la difficulté des agents du dépistage à y classer des individus qui correspondent rarement parfaitement à ces catégories. Ces dernières semblent en effet construites pour définir des cibles d'action plus que pour décrire des populations. Peu importe de savoir quelle case on cochera pour classer une femme bisexuelle née en Guadeloupe usagère de drogues intraveineuses, l'essentiel est de savoir où la trouver : dans une boîte de nuit antillaise ou dans un centre d'accueil pour usagers de drogue. C'est ce savoir pratique qui sera le plus utile pour recruter des médiateurs et obtenir des financements. Si elle ne va ni en boîte ni au centre d'accueil pour usagers de drogue, elle échappera au dépistage jusqu'à ce que des intermédiaires mieux au fait de ses conditions de vie viennent redresser les hypothèses émises par d'autres sur les moyens de la trouver, comme lorsque Mathieu Ndombe raconte comment son association a fini par convaincre la DGS qu'il fallait chercher les migrants africains ailleurs que dans les foyers de travailleurs migrants. L'objection mise par cette association ne porte donc pas sur la délimitation de la population, mais sur les lieux où la trouver de façon efficace et conforme aux objectifs des politiques publiques.

Enfin, si le classement des publics est avant tout utile à une structure collective (association, service menacé d'un hôpital) pour consolider une position dans le champ médical, et que les agents du dépistage ne peuvent tirer profit du classement des publics dans leur pratique quotidienne, faute de temps pour personnaliser leurs conseils, alors on comprend mieux les difficultés et réticences des agents à classer et objectiver leurs publics. Cette hypothèse explique également la variabilité des outils de classement selon les structures, et le poids inégal des catégories sexuelles, nationales et sociales dans ces outils de classement : si la priorité de l'action publique consiste à réduire les contaminations, alors il est plus efficace de cibler les gays et les migrants, et il est plus rentable pour une structure en quête de financements de documenter sa capacité à atteindre la cible. En revanche, si la priorité de l'action publique consistait à réduire les inégalités sociales face au décès par sida, la nécessité de mieux connaître la position de classe de leurs publics apparaîtrait plus utile.

⁶⁵³ VIH : enquête sur les personnes atteintes.

Après avoir rendu compte des pratiques de classement objectivées par des outils statistiques divers, autrement dit du classement des publics « sur le papier », on cherchera à saisir, par l'observation des consultations, le classement en actes.

2. « La gueule du client » : tabou de la pensée, mais outil du travail

Ces consultations sont courtes (sept minutes en moyenne) et anonymes. Un poste d'observation rêvé pour saisir l'indicible des métiers du soin : les effets de « la gueule du client » sur les pratiques des professionnels, forcés de s'y fier, faute de temps et peut-être de ressources pour affiner la caractérisation de leurs publics.

Dans un temps de consultation contraint, dépassant rarement les dix minutes, l'inventaire des caractéristiques sexuelles, nationales et sociales des usagers est déterminé par son efficacité immédiate. Ainsi, les médecins des trois CDAG hospitaliers observés choisissent l'une des propriétés sociales de leur interlocuteur et s'appuient sur cette propriété sociale pour tenter de renforcer les compétences préventives de chaque personne. Ainsi, en consultation avec un homme camerounais, ils insisteront sur l'accessibilité et la prise en charge sociale des traitements du VIH en France, qui rendent cette infection moins grave qu'au Cameroun où cet homme a pu voir des amis mourir du sida faute de soins appropriés : cette information leur permettra d'argumenter en faveur du dépistage en cas de problème avec un préservatif, par exemple. Mais ils ne choisissent pas n'importe quelle propriété sociale : ils rattachent les individus à ce que l'épidémiologie nomme « groupes de transmission » (migrants et gays).

Dans les deux CDAG de la banlieue parisienne (Fondange et Grainde), la discussion sur les pratiques sexuelles est rare. Si les médecins s'enquèrent du motif de recours au dépistage, ils ne demandent qu'exceptionnellement aux consultants, lorsque ceux-ci mentionnent un rapport sexuel non protégé, s'il s'agissait d'un rapport hétérosexuel ou homosexuel. Au CDAG de Fondange, sur 30 consultations menées par la même médecin, cette question n'a été posée explicitement qu'une seule fois (« je peux vous demander : vous êtes hétérosexuel ou homosexuel ? »), à un homme de 39 ans, enseignant, d'apparence européenne, visiblement très inquiet, et qui se distinguait des autres consultants, majoritairement plus jeunes, immigrés d'Afrique du Nord et d'Afrique subsaharienne⁶⁵⁴. Dans tous les autres cas, le partenaire est supposé masculin lorsque c'est une femme qui consulte, et vice-versa : « votre copine s'est faite dépister ? », demande l'interne à un homme qui n'avait pas précisé s'il avait un ou une partenaire⁶⁵⁵.

⁶⁵⁴ CDAG de Fondange, notes d'observation, 31 janvier 2012.

⁶⁵⁵ CDAG de Grainde, notes d'observation, 6 mars 2012.

Dans les CDAG des trois hôpitaux enquêtés, les médecins interrogent fréquemment les personnes sur leur couverture sociale, et les informent si nécessaire de leurs droits, alors que dans les deux associations observées - AIDES et le Kiosque Infos Sida - cette question n'est pas posée. Il est possible que cette différence soit due au fait que l'hôpital sera le lieu des soins en cas de test positif, ce qui n'est pas le cas des associations, d'où une plus grande attention des soignants hospitaliers à la possibilité effective de remboursement des soins. Mais il se peut aussi que la plus grande aisance à parler de sexualité dans ces deux associations et le temps qui y est consacré se paient d'une moindre attention à l'inventaire des droits sociaux, et vice-versa.

L'effet « structure » prime ici sur l'effet de la socialisation professionnelle et de la position sociale des agents du dépistage : dans les associations, ils se montrent plus curieux de l'orientation sexuelle des usagers ; à l'hôpital, ils sont plus attentifs à leur accès aux droits sociaux leur permettant de se soigner, qui renvoie à leur position de classe. Pour le recueil de l'origine nationale, c'est l'effet « public » qui prime : il est plus fréquent voire systématique à AIDES, qui cherche à cibler les « migrants » dans ses actions, et dans les CDAG hospitaliers enquêtés, situés dans des villes où la proportion d'étrangers est plus élevée, qu'au Checkpoint, où la plupart des consultants sont français.

Les critères de classement semblent s'exclure mutuellement et ne pouvoir être combinés dans ces pratiques de soin préventif, probablement faute de temps. En effet le recueil de la sexualité, de la nationalité, et de la position de classe des usagers est plus exhaustif et plus fin dans les consultations plus longues, comme au CDAG de l'hôpital parisien ou lorsqu'elles sont assurées par des internes à l'hôpital de Grainde.

Dans les deux CDAG où les médecins et infirmières ne s'enquêtent qu'exceptionnellement du sexe des partenaires, l'hypothèse implicite et systématique que les consultants sont hétérosexuels conduit à transmettre des informations faussées, comme lorsque Vanessa Stern, médecin au CDAG de Grainde, dit à un homme d'une vingtaine d'années, algérien :

« Ici on fait des tests pour des maladies qui s'attrapent par des rapports sexuels avec des femmes. »

Lorsqu'elle sollicite un interprète par téléphone pour faire l'entretien avec un homme égyptien de 20 ans, elle demande :

« Je voudrais savoir s'il a eu des rapports sexuels avec des femmes et si c'était avec ou sans préservatif. »⁶⁵⁶

⁶⁵⁶ CDAG de Grainde, notes d'observation, 19 juin 2012.

Contrairement au Checkpoint où l'entretien diffère principalement selon que le consultant est homosexuel ou hétérosexuel, dans ce CDAG ce point semble non pertinent, au point que Vanessa Stern ne cherche pas à éclaircir la discordance entre « mon partenaire » désigné par « elle » dans les paroles d'un homme togolais d'environ 35 ans :

« Moi après l'éclatement du condom j'étais furieux parce que mon partenaire elle l'a senti et elle m'a pas dit. »

En revanche elle s'enquiert de ses conditions de vie et de la santé de ses enfants restés au Togo⁶⁵⁷. Ici, c'est l'effet de la trajectoire sociale et professionnelle qui permet de comprendre cette attention aux conditions de vie des patients et à l'histoire de leur migration. D'origine sociale moins bourgeoise que ses collègues et à la suite d'une scolarité moins linéaire, Vanessa Stern a d'abord envisagé de travailler :

« dans l'humanitaire. Je voulais être éducateur, à un moment. Franchement, je pense que c'est mes parents qui m'ont orientée vers la médecine. Et là, à posteriori, je les remercie : c'est un super métier. Mais sinon, j'étais pas du tout destinée à ça. Eux, ils avaient - parce que maintenant ils sont à la retraite - une agence de publicité qu'ils ont montée eux-mêmes, donc il n'y a personne de médecins dans la famille. J'ai une sœur qui est chef-cuistot, une autre qui est archi. Donc la médecine, ils ne m'ont pas du tout aidée de ce côté-là, ils m'ont juste donné la niaque pour avancer. Parce que mon bac, on me l'a donné, je pense, parce que j'avais 9,80 sur le Minitel. Alors vraiment, ouais, j'avais 6 en bio et à l'époque, j'avais juste envie de découvrir la vie... Et on m'a fermé pas mal de portes dans les écoles parallèles de médecine notamment, parce que j'avais pas de médecins dans ma famille, parce que j'avais pas de mention au bac... »

Mais l'effet « structure », celui du cadre de travail, et l'effet « trajectoire », celui des trajectoires et positions sociales des salariés enquêtés, s'avèrent moins puissants que l'effet « population », celui de la population visée.

La gêne à classer les personnes dans un groupe est certes constante et retrouvée sur chacun de mes terrains d'enquête. Mais elle conduit à faire l'impasse sur des critères de classement qui diffèrent d'un terrain à l'autre. Les critères sexuels sont plus rarement mobilisés à l'hôpital (qui accueille une population non « ciblée »), toujours au Checkpoint, rarement dans les actions de AIDES visant des migrants, toujours dans celles visant des gays. Ce n'est donc pas seulement le type de structure, institutionnelle ou associative, ni la profession, médicale ou non, qui détermine le choix des critères de classement légitimes, mais le groupe visé par la structure ou par l'action menée.

Une autre explication peut rendre compte de la prédominance de l'effet « population » sur les pratiques de travail. En effet, le travail de classement est toujours exposé à la critique du classement par celles et ceux qui en font l'objet. Il en découle, d'une part, une déclinaison variable du travail de classement selon le groupe visé afin de minimiser

⁶⁵⁷ CDAG de Grande, notes d'observation, 20 mars 2012.

le risque de critiques ; et, d'autre part, des pratiques visant à atténuer la violence du classement.

Ainsi l'observation des pratiques médicales de dépistage du VIH met en évidence un double mouvement de classement et d'effacement des stigmates attachés au classement, comme lorsqu'une interne du CDAG de Graïnde commente pour une consultante le document qui lui a été remis à l'accueil :

Interne : « Le mode de transmission le plus fréquent, et non le plus à risque, c'est les hétéros, parce qu'ils sont plus fréquents dans la population. On a mis ça pour lutter contre les a priori. »⁶⁵⁸

Outre l'effacement du stigmate attaché à l'homosexualité, l'argument est aussi utilisé par les médecins du CDAG lorsqu'elles tentent d'alerter des consultants hétérosexuels sur les risques de contamination dont ils s'estiment protégés :

Interne : « Le principal mode de transmission c'est les rapports hétéro. »

Consultante : ... [air étonné]

Interne : On croit pas, parce qu'on croit qu'on n'est pas à risque, mais en fait si. »⁶⁵⁹

De même que ces jeunes médecins se sentent tenus d'expliquer aux consultants pourquoi ils les interrogent sur leur orientation sexuelle (bien qu'ils le fassent très rarement), ils accompagnent leurs questions (plus systématiques) sur le pays d'origine d'un commentaire sur la situation épidémiologique dans le continent africain.

La migration est ainsi présentée aux consultants par les médecins du CDAG comme un facteur fragilisant face au VIH/sida, non du fait de la plus grande fréquence de l'infection dans le pays d'origine, mais du fait des difficultés d'accès aux droits sociaux qu'elle entraîne et de la stigmatisation dont les malades font l'objet chez des migrants originaires de pays où la rareté des traitements rend la maladie rapidement mortelle :

Interne : « VIH et sida, c'est parce qu'on confond qu'on stigmatise les gens, en Afrique. »

Consultant (homme togolais d'environ 35 ans) : Oui.

Interne : Vous en connaissez ?

Consultant : Oui, une copine.

Interne : Aïe aïe...

Consultant : Elle a refusé de prendre les médicaments, elle s'est succombée.

⁶⁵⁸ CDAG de Graïnde, notes d'observation, 3 avril 2012.

⁶⁵⁹ CDAG de Graïnde, notes d'observation, 20 mars 2012.

Interne : Les gens ont du mal à prendre les médicaments, à accepter, il faut que ça change. »⁶⁶⁰

Les deux associations observées, AIDES et le Kiosque Info Sida, développent des activités spécifiques afin de cibler les groupes les plus exposés au VIH/sida : gays pour le Kiosque Info Sida qui a ouvert un centre de dépistage, le Checkpoint, installé à Paris dans le Marais et dont les usagers sont très majoritairement membres des classes sociales supérieures et urbaines ; gays et migrants pour AIDES, qui développe des activités dans ses locaux et des activités mobiles, afin d'aller au contact de personnes qui ne se font pas dépister spontanément. Fait notable, AIDES choisit pour ses activités mobiles des lieux fréquentés par des membres des classes populaires, notamment les plus précarisées et immigrées : dalle devant la préfecture de la Seine-Saint-Denis, gare de RER de la banlieue Nord de Paris. C'est dans ces activités mobiles, en camion, que le travail de classement se manifeste et se verbalise le plus clairement, comme lorsque Virginie Ledru, salariée de AIDES, me propose lors d'une action à la sortie du métro de Grainde :

« Tu veux tracter ? On cible les migrants, les précaires, les gays. Si les gens remarquent qu'on cible et nous demandent, on explique pourquoi : on cible les groupes plus touchés par le VIH. »⁶⁶¹

Une fois que l'entretien débute, dans les deux associations, c'est un classement subjectif qui est sollicité (« vous vous définissez comme... ? »), ce qu'on peut interpréter comme un autre moyen d'atténuer la violence du travail de classement en le déléguant à son objet lui-même : l'usager.

Au Checkpoint, où le dépistage est réalisé par des médecins et infirmiers dans un lieu associatif, les médecins interrogent longuement les consultants sur leur sexualité, pas sur leurs autres appartenances sociales. En particulier, la position de classe est perçue comme non pertinente au regard des enjeux posés par l'épidémie. En réalité, la position de classe des consultants est bien prise en compte par la structure, qui en a publié certaines caractéristiques, mais elle est suffisamment homogène et élevée, et proche de celle des salariés du Checkpoint, pour ne pas entrer en ligne de compte au cours de l'entretien. La proximité de classe entre prestataire et usager du service permet alors de ne pas objectiver la position de classe pour adapter éventuellement les explications fournies. En revanche, la proximité d'orientation sexuelle, entre prestataires et usagers gays, ne dispense pas ces médecins d'interroger les consultants sur leur orientation sexuelle. Cette sélection de l'information la plus pertinente renseigne sur les priorités du dépistage : l'homosexualité masculine augmente le risque de contamination, et l'origine populaire augmente le risque de décès précoce en cas de contamination. Dès lors, une structure ciblant une population

⁶⁶⁰ CDAG de Grainde, notes d'observation, 20 mars 2012.

⁶⁶¹ AIDES, Grainde, action à la sortie du métro, notes d'observation, 15 mai 2012.

masculine, homosexuelle et aisée concentre son action sur la réduction des risques de contamination.

Sur un poster affiché dans le local, déjà cité de façon plus complète, figurent en effet certaines des données présentées par l'équipe lors d'un congrès scientifique. Elles font état des caractéristiques sociales des 2342 hommes dépistés au Checkpoint entre janvier 2010 et janvier 2011 : pour mémoire, 63 % vivent à Paris, 83 % ont moins de 40 ans, 77 % ont un emploi, 64 % ont un master ou un doctorat, 28 % ont un revenu mensuel supérieur à 2500 euros⁶⁶². Parcourant mes notes sur le revenu, le statut d'emploi et le niveau de diplôme des usagers du Checkpoint, le médecin commente :

« Ça je demande jamais, je vois pas ce que j'en ferais, qu'ils aient Bac+5 ou Bac+7 qu'est-ce que ça change? »

Il est significatif qu'il choisisse les niveaux Bac+5 et Bac+7 - et non CAP et Bac, par exemple - pour étayer son impression d'une homogénéité des pratiques et du niveau d'informations à faire passer dans l'entretien quelle que soit la position sociale. En revanche, alors qu'il sait déjà que 93 % des hommes consultant au Checkpoint ont des rapports sexuels avec des hommes (78 % sont gays, et 15 % bisexuels), il entame souvent l'entretien ainsi :

« La première question que je vous pose, c'est comment définissez-vous votre orientation sexuelle ? »

ou :

« Au niveau de votre identité sexuelle vous vous définissez comme gay, bi... ? »⁶⁶³

Puis les pratiques sexuelles font systématiquement l'objet d'un échange assez détaillé, notamment pour rappeler les risques de contamination associés à telle ou telle pratique.

Au sein du groupe défini par sa sexualité, ce médecin perçoit donc des différences quant à l'exposition au VIH et oriente l'entretien de façon à les mettre au jour. En revanche, du fait de l'homogénéité et de la proximité de classe, il n'a pas besoin de faire de différence entre les appartenances sociales autres que sexuelles.

Lorsque, au contraire, une attention consciente est accordée à la position de classe, elle semble facilitée par une formation qui la rende incontournable, comme pour Yasmina Slimani, médecin du CDAG de l'hôpital de Fondange, qui était auparavant médecin du travail. Elle interroge quasi-systématiquement les personnes sur leur travail ou leurs études, et cette information débouche sur quelques conseils et questions personnalisés :

⁶⁶² Jean-Yves Le Talec, Annie Velter, Christine Rouzioux, George Kreplak, Guy Sebbah, Pierre Tessier, Anne Guérin, Nicolas Derche, and the steering committee of the Checkpoint Study, « Community based rapid HIV-testing for MSM carried out by medical staff attracts young, highly educated, and "soft sex" gay or bisexual men (Checkpoint Study, Paris, France) », Poster présenté à l'International AIDS Society, Rome, 2011.

⁶⁶³ Checkpoint, notes d'observation, 10 juillet 2012.

« Il faut des protections pour les accidents de travail » (à un éboueur)⁶⁶⁴

« Le lycée ça se passe bien ? » (à un élève de première, qui répond : « non, je vais changer »)⁶⁶⁵.

Plus les consultations sont rapides, plus l'objectivation, par le prestataire du service, d'une appartenance sociale de l'utilisateur exclut celle d'autres appartenances. Ainsi, lors de cette demi-journée très chargée au CDAG de Fondange où les consultations ont duré en moyenne cinq minutes, l'attention à la position de classe s'accompagne paradoxalement d'une moindre attention pour les différences internes aux groupes nationaux, au prix d'une essentialisation raciale des conduites sexuelles :

« Je prescris la syphilis chez les blacks car ils ont le sang très chaud, beaucoup de rapports sexuels. »⁶⁶⁶

Quand les entretiens sont plus longs, comme c'est le cas à l'association AIDES (16 minutes 30 en moyenne, contre 6 minutes en CDAG) ou au CDAG de l'hôpital parisien, les médecins et salariés associatifs les plus attentifs à la position de classe de leurs interlocuteurs sont aussi ceux qui font des entretiens à la fois moins différenciés selon l'orientation sexuelle et plus individualisés, s'adaptant au fur et à mesure aux éléments apportés par l'entretien.

C'est le cas de Nicolas Darimand, salarié de AIDES, qui me fait part de ses doutes sur la démarche « communautaire » mise en œuvre par son association :

Nicolas Darimand : « En fait moi je pense qu'on devrait pas faire par publics-cibles. J'ai des doutes sur le communautaire.

Maud Gelly : C'est-à-dire ?

Nicolas Darimand : Pas cibler HSH⁶⁶⁷, Africains, etc. parce qu'ils sont assez informés, mais cibler les précaires. C'est les précaires de tous les publics qui sont les moins informés, les moins dépistés, ceux qui ont le moins accès aux soins si c'est positif. Le communautaire c'est excluant, et puis c'est pas très honnête avec nous-mêmes et avec les gens : on dit Afro-Caribéens pour pas dire Noirs, et puis on coche Afro-Caribéens sur la fiche alors qu'ils sont français depuis trois générations ! »⁶⁶⁸.

Nicolas Darimand fait ensuite un entretien en anglais avec un homme pakistanais d'environ 25 ans : au cours d'un entretien de 15 minutes, il explique les modes de transmission, l'échelle des risques de transmission selon les pratiques sexuelles (fellation avec ou sans contact avec le sperme, pénétration avec ou sans préservatif, etc.), la

⁶⁶⁴ CDAG, hôpital de Fondange, notes d'observation, 31 janvier 2012.

⁶⁶⁵ CDAG, hôpital de Fondange, notes d'observation, 7 février 2012.

⁶⁶⁶ CDAG, hôpital de Fondange, notes d'observation, 7 février 2012.

⁶⁶⁷ Hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes.

⁶⁶⁸ AIDES, Grande, action à la Gare RER, notes d'observation, 3 octobre 2012.

possibilité d'un traitement post-exposition, puis il propose le test et ils vont dans le camion de AIDES pour faire le test et y restent pendant encore 10 minutes⁶⁶⁹. Dans mon corpus, la plupart des interactions auxquelles j'ai assisté n'expliquent « l'échelle des risques » qu'avec les gays, alors que les hétérosexuels migrants se voient plus souvent intimer des conseils voire des ordres (« mettez des préservatifs »). Interrogé un peu plus tard sur la conduite de cet entretien, Nicolas Darimand m'expliquera avoir estimé, au vu de ce que lui disait cet homme hébergé chez des amis, ne vivant pas en couple et ayant des partenaires femmes occasionnelles (parfois sans préservatif), que ces informations « pouvaient lui être utiles ». L'objectivation des conditions de vie de cet homme lui a donc permis d'aller au-delà du conseil et de l'ordre.

La pratique qui consiste à déléguer le classement des publics à ses objets, et à l'accompagner de justifications, témoigne du malaise devant la dimension stigmatisante du classement des publics. L'importance des précautions que prennent ces salariés et les médecins des CDAG confirment l'hypothèse que l'opération de classement des individus dans des catégories peut être décrite comme un travail, comportant, comme tant d'autres, sa part de « sale boulot », tel que défini par Everett Hughes : « tous les métiers comportent du sale boulot. Il est difficile d'imaginer un métier dont les membres ne sont pas, de manière récurrente, pratiquement obligés d'apparaître dans un rôle dont ils pensent qu'ils devraient avoir un peu honte »⁶⁷⁰.

Cependant, l'observation du travail des salariés de l'association AIDES suggère que cette gêne à situer l'autre dans le monde social varie avec la position et la trajectoire sociales. En effet, les salariés de AIDES sont d'origine sociale plus populaire que les médecins de CDAG, et socialement plus proches des infirmiers et des infirmières, mais ils suivent une trajectoire sociale moins souvent ascendante (voire même descendante) que les infirmiers, et surtout que les infirmières. Or ce sont les infirmières qui ont le plus de réticences à classer les usagers du dépistage, plus que les médecins et les salariés de AIDES. Il semble que la trajectoire sociale ascendante interdise de situer l'autre là d'où l'on vient ou là où l'on va, alors que l'appartenance aux classes dominantes (pour les médecins) ou dominées (pour les salariés de AIDES) rendent moins malaisées les opérations de découpage du monde social et de classement des publics parmi les unités ainsi découpées (« les migrants, les précaires, les gays »), désignées sur ce terrain comme des « communautés ».

Ainsi, les salariés de AIDES assument une démarche *d'out reach*, qui consiste à aller au-devant des populations exposées sans attendre qu'elles viennent spontanément se faire dépister. L'un d'entre eux, Mehdi, à qui j'avais demandé quelques mois auparavant des explications sur la démarche de « santé communautaire » dont se réclame l'association, me demande lors d'une action à la gare RER de la même commune :

⁶⁶⁹ AIDES, Grande, action à la gare RER, notes d'observation, 3 octobre 2012.

⁶⁷⁰ Everett C. Hughes, *Le regard sociologique. Essais choisis*, Paris, EHESS, 1996, p. 81 [*The sociological eye : selected papers*, Transaction Books, 1984].

Mehdi⁶⁷¹ : « Alors d'après toi est-ce qu'ici c'est une action communautaire ?

Maud Gelly : Je ne sais plus trop ce que ça veut dire communautaire...

Mehdi : Communautaire ça veut dire qu'on s'approche des Noirs, des pédés, des tox et des putes : les communautés. »⁶⁷²

Lors d'une action au métro Pigalle, Christine Guilanec, salariée de AIDES m'explique comment elle s'y prend :

Christine Guilanec : « On repère les gens selon leur apparence, immigrés, hommes un peu féminins, mais on se rend compte en entretien que c'est hyper-pertinent, c'est des publics vulnérables ». »⁶⁷³

Cette démarche de ciblage, bien qu'elle soit assumée, semble cependant poser problème à certains militants, notamment non salariés, comme l'indique le vocabulaire employé par Raymond, volontaire de AIDES (c'est-à-dire militant non salarié), retraité, qui commente sa pratique de proposition du test aux personnes qu'il va chercher dans la rue :

Raymond : « En fait on stigmatise, c'est ce qu'on nous demande.

Maud Gelly : C'est-à-dire ?

Raymond : En fait on va vers les Noirs ». »⁶⁷⁴

Le vocabulaire de la stigmatisation dit bien la gêne que suscite le classement chez une partie de ceux qui le mettent en œuvre. Les réticences politiques et morales qu'il suscite sont compensées par le surcroît d'efficacité qu'en attend une politique de santé publique soucieuse de dépister mieux et plus. En témoigne le statut du taux de séropositivité dans l'évaluation des expériences associatives de dépistage, comme lorsque deux militants de AIDES s'interrogent sur le taux de séropositivité plus faible dans leurs locaux qu'en CDAG : ils y voient un signe que le ciblage des publics est inadéquat et qu'ils doivent réorienter leurs actions vers des sites d'intervention et des groupes sociaux où ils auraient plus de chances de trouver des personnes séropositives.

Dans ce type d'action mobile, le travail de classement rencontre donc plus de résistances, soulève des critiques, ou plutôt des auto-critiques, et appelle des justifications et des auto-justifications. C'est dans les structures associatives, qui se veulent « communautaires » c'est-à-dire agissant « pour et avec » les groupes les plus exposés, que

⁶⁷¹ Les enquêtés dont seul figure le prénom (modifié) sont ceux que j'ai rencontrés lors d'une action de AIDES et avec qui je n'ai pas fait d'entretien enregistré.

⁶⁷² AIDES, Grainde, action à la gare RER, notes d'observation, 3 octobre 2012.

⁶⁷³ AIDES Paris, action en camion à Pigalle un samedi soir, notes d'observation, 12 mai 2012.

⁶⁷⁴ AIDES, Grainde, action en camion à la gare RER, notes d'observation, 3 octobre 2012.

s'expriment, de la part de leurs usagers, des résistances au travail de classement mis en œuvre ou des souffrances liées au classement au sein d'un groupe à risque.

Ainsi, au Checkpoint, centre de dépistage de l'association Kiosque Info Sida situé dans le Marais à Paris, un homme homosexuel de 22 ans, très inquiet, témoigne de cette souffrance :

Xavier Verpoly : « Il y a des trucs qui vont pas ? »

Consultant : Ben c'est pas de ma faute si on est 200 fois plus exposés ! »⁶⁷⁵

Au local de l'association AIDES de Grainde, c'est une femme de 29 ans, née au Cameroun et vivant en France depuis plusieurs années, qui manifeste sa résistance à un classement perçu comme réducteur. Elle regarde les affiches qui tapissent les murs du local de AIDES pendant que Fatou, la salariée de AIDES qui l'accueille, prépare le matériel pour le test :

Consultante : « C'est bizarre y a que des Noirs sur les photos, c'est parce qu'on est à Grainde ? »

Fatou : Oui et c'est parce qu'on fait des actions en direction des personnes d'Afrique subsaharienne et des gays.

Consultante : Ben oui c'est les statistiques : les Noirs, les gays, les précaires.

Fatou : C'est ça.

Consultante : Et pour moi qui ne me sens ni noire ni blanche, qui n'habite ni Neuilly ni Grainde mais qui aime faire la fête... »

[Elles sourient.]⁶⁷⁶

Cette femme perçoit donc la catégorisation dont elle fait l'objet, n'y résiste pas vraiment mais la questionne, demande de l'explicitier, et introduit la notion de précarité, non mentionnée par la salariée qui l'accueille mais qu'elle a perçu, après un quart d'heure passer à consulter les prospectus dans la salle d'attente, comme une donnée importante dans les actions de AIDES. Sa réaction témoigne à la fois de la reconnaissance de la pertinence du classement et du sentiment qu'il est inadéquat pour elle-même. Ce double mouvement d'adhésion et de réticence face au classement social pour soi-même est en fait cohérent avec la plus grande difficulté à classer l'autre dans le monde social mise en évidence chez les infirmières d'origine populaire suivant une trajectoire sociale ascendante. Classer et se classer dans le monde social semble plus difficile pour les transfuges de classe.

⁶⁷⁵ Checkpoint, notes d'observation, 10 juillet 2012.

⁶⁷⁶ AIDES, local de Grainde, notes d'observation, 29 juin 2012.

Les difficultés dont témoignent les salariés associatifs dans leur travail de classement, leurs auto-justifications, ainsi que leur plus grande exposition à la remise en cause du classement par les personnes qui en font l'objet et la délégation du travail de classement à ses objets, corroborent l'hypothèse d'une division du travail de classement et d'objectivation : il s'agit, pour les agents du dépistage au contact des publics comme pour les administrations publiques en charge d'organiser le dépistage, d'externaliser le « sale boulot » au plus près des groupes les plus exposés, décrits comme des « communautés », soit en le déléguant aux usagers eux-mêmes, soit en le déléguant à des associations recrutant des salariés issus des groupes visés.

3. Classement des publics et différenciation des clients

On voit donc qu'il existe une gêne commune, bien que variable, à classer les publics selon les appartenances sociales. Et pourtant les agents du dépistage classent en permanence les usagers du dépistage, mais on va voir que ce sont les contraintes du travail qui orientent le classement des publics.

L'exploration des pratiques de classement des publics par les médecins, infirmiers et salariés associatifs participant au dépistage du VIH/sida associe, comme on l'a vu, une étude des outils d'objectivation des publics et du travail de classement qui se manifeste dans les interactions, ainsi que de la rationalisation *a posteriori* de ce travail de classement. Mon guide d'entretien (en annexe 1) prévoyait à cet effet une première question très ouverte : « comment décririez-vous les personnes que vous accueillez pour un dépistage ? » ; puis, en cas de réponse vague, une relance : « si vous pouviez répartir ces personnes en cinq groupes, comment décririez-vous ces groupes ? ».

J'ai ensuite procédé à un comptage, dans un tableau à double entrée, des catégories mobilisées par les agents du dépistage pour décrire les personnes qu'ils accueillent, en ajoutant des catégories au tableau au fur et à mesure qu'elles étaient évoquées par les enquêtés dans les entretiens. Ainsi, j'ai ajouté aux catégories « gays, HSH », « couples » et « migrants », très fréquemment citées, des catégories plus rarement mobilisées par les enquêtés, comme « prostitution », « précaires » ou « transgenres ». Ce tableau permet de distinguer les catégories spontanément nommées par les enquêtés de celles qu'ils n'ont évoquées qu'après avoir été relancés.

Chaque fois que j'ai eu recours à cette relance, elle faisait suite à une fin de non-recevoir plus ou moins explicite à ma première question, qui s'exprimait sous la forme d'une affirmation de l'irréductible singularité des consultants et de l'impossibilité de les rassembler sous une typologie : « il n'y a que des singularités pour moi » (Arezki Ramdani), « toutes sortes de personnes » (Murielle Monlouis), « ils ont tous leur personnalité et leurs raisons de venir ici » (Christophe Couture).

Cette réticence émane quasi-exclusivement des infirmières et infirmiers, dont on a vu qu'ils suivaient une trajectoire d'ascension sociale par rapport à leurs parents et qu'ils ont connu une suite continue de promotions professionnelles, dont l'accès à un poste où le travail relationnel prédomine constitue un aboutissement. Leur réticence à rendre compte de leurs pratiques de classement semble donc faire sens.

Comment l'expliquer ? D'une part par des déterminants sociaux, extérieurs au champ considéré. Agnès Pélage et Tristan Poullaouec ont en effet montré que le sentiment d'appartenance de classe est plus marqué en haut de la hiérarchie sociale⁶⁷⁷. Sur mon terrain, une origine populaire et une trajectoire d'ascension sociale pourraient alors expliquer une moindre disposition à assigner l'autre dans un groupe social ou national.

D'autre part, on peut chercher des explications propres au champ médical. En effet, le gravisement des échelons de la hiérarchie hospitalière par ces infirmiers et infirmières dont on a vu qu'ils ont souvent été d'abord aide-soignants, les rapprochant des médecins, s'accompagne d'une adhésion au modèle médical du soin socialement indifférencié mis en évidence par Luc Boltanski dans son enquête sur le savoir médical : « Parce que l'aveu d'une modification dans le comportement du médecin selon la classe sociale du malade viendrait contredire les principes d'une éthique médicale d'inspiration évangélique pour qui les malades, dépouillés de leurs attributs sociaux à l'instant où ils se séparent de leurs vêtements, sont, dans leur nudité, tous égaux face au médecin ; mais peut-être également parce que le type de formation qu'ils ont reçue et l'idéologie qui est la leur les prédisposent à manifester plus d'intérêt pour les différences psychologiques que pour les différences sociales, les médecins prétendent adapter leurs comportements et leurs attitudes non pas aux caractéristiques sociales de leurs malades mais au "caractère" particulier de chacun d'eux. »⁶⁷⁸

L'adhésion à ce modèle par les infirmières et infirmiers en ascension sociale est plus forte que celle des médecins du corpus eux-mêmes, qui peuvent se permettre de ne pas croire à la rhétorique sans pour autant mettre en péril la légitimité de leur position dans le champ médical. En revanche, ces infirmières et infirmiers en ascension sociale sont assez diserts quant aux traits psychologiques des individus qui viennent se faire dépister : « anxieux », « inquiets », « curieux », « angoissés », ce qui les rapproche là encore du modèle médical empiriquement mis en évidence par Luc Boltanski dans son enquête menée en 1967 et 1968 au moyen de 30 entretiens auprès de médecins, pharmaciens, assistantes sociales, vulgarisateurs et chroniqueurs médicaux, et par observation de 70 consultations médicales. Il est cependant possible que le contraste entre les intérêts des médecins et

⁶⁷⁷ Agnès Pélage, Tristan Poullaouec, « "Le haut du panier de la France d'en bas" ? Le sentiment d'appartenance de classe chez les professions intermédiaires », in Paul Bouffartigue, Charles Gadéa, Sophie Pochic, *Cadres, classes moyennes : vers l'éclatement ?*, Paris, Armand Colin, 2011, pp. 260-275.

⁶⁷⁸ Luc Boltanski, *La découverte de la maladie. La diffusion du savoir médical*, Paris, EHESS-Centre de Sociologie Européenne, 1968, p. 54.

infirmiers pour les traits psychologiques des usagers du dépistage soit moins marqué dans d'autres secteurs du champ médical, où diffèreraient les intérêts des membres de ces professions pour la dimension scientifique de la médecine, pour la chose politique, pour la dimension psychologique du soin, ou pour une approche sociale de la santé.

Le comptage des catégories mobilisées par les agents du dépistage du VIH/sida pour décrire leurs publics met en évidence la prégnance de trois catégories : hommes homosexuels, migrants, et - catégorie de population non évoquée jusqu'ici - jeunes. Certains précisent la zone géographique de naissance (« Afrique », « Afrique subsaharienne », « Europe de l'Est ») et le caractère plus ou moins récent de la migration. D'autres affinent la catégorie définie par l'homosexualité masculine : « homos pas assumés » ((Magali Dubois), « gays du Marais » (Xavier Verpoly), « gays pas Marais » (Rémi Buisson). Si l'on excepte la catégorie « jeunes », peu atteinte par le VIH et dont l'observation des consultations suggère qu'elle correspond aux adultes hétérosexuels supposés français ne vivant pas en couple, les deux catégories qui déterminent le classement des usagers du dépistage du sida sont celles que l'épidémiologie a mis en évidence comme groupes les plus exposés. Ce sont les médecins qui mobilisent le plus aisément ces catégories, peut-être du fait de leur formation à l'épidémiologie. Les infirmiers et les salariés associatifs le font moins spontanément, mais parfois lorsqu'ils répondent à mes relances. Rares sont ceux qui précisent « hommes » et/ou « femmes » pour décrire leur public : l'appartenance de genre n'apparaît pas comme un principe de classement pertinent, sauf pour une médecin, Marie-Claude Paoli, qui, dans la suite de l'entretien, expliquera comment elle mène des entretiens spécifiques avec les femmes, afin de les aider à négocier l'usage d'un préservatif dans une relation conjugale où elles sont éventuellement sous la dépendance économique de leur conjoint.

La position de classe fait partie des critères de classement mobilisés par les médecins du Checkpoint, qui disent y recevoir des personnes « de niveau socio-culturel moyen voire plus » (Xavier Verpoly) ou « CSP+ » (Vincent Rueff). C'est le cas aussi des infirmiers du Chekpoint : ils disent accueillir des personnes « qui gagnent bien leur vie » (Éric Romero), « qui font fait des études » (Samuel Ibanez), ou « actifs, inactifs, étudiants » (Rémi Buisson). La position de classe est aussi mobilisée spontanément par les salariés de AIDES, en général avec le vocabulaire de la précarité, qu'ils mentionnent comme un des objectifs prioritaires de l'association : ils décrivent des « publics très très très précarisés » (Christine Guilanec), « sans couverture sociale » (Irène Ouafu), « précaires » (Dylan Hénin), « en grosse galère, zonards, SDF » (Martin Delumeau) avec toutefois « une bonne situation sociale » pour certains usagers de drogues (Martin Delumeau). Quand ce n'est pas le vocabulaire de la précarité qui décrit la position de classe, c'est, sur ce terrain d'enquête francilien, celui de la banlieue : « hétéros des banlieues » (Céline Bardou), « homos de banlieue » (Éric Romero), « jeunes de banlieue » (Pascal Lunel), « public des banlieues en transit à Saint-Lazare » (Christine Guilanec), « gens des banlieues » (Virginie Ledru). Checkpoint et AIDES, donc : dans les associations dont les actions de dépistage sont spécifiquement conçues pour cibler certains publics (gays au Chekpoint, migrants et « précaires » dans les antennes de AIDES

enquêtées), le ciblage institutionnel oriente les pratiques individuelles de classement. En dehors des associations, la mobilisation de la position de classe pour classer les usagers du dépistage est rare, à l'exception notable de Nedjma Khelifi, la seule aide-soignante hospitalière interrogée, qui évoque des « gens avec un niveau social bien », des « démunis », des « illettrés ».

Dans sa recherche sur les aides-soignantes, Anne-Marie Arborio met en évidence leur affirmation d'une compétence pratique qui réside dans la connaissance sociale des malades. Elle fait l'hypothèse que les médecins, bien qu'ils aient aussi recours à des procédés de catégorisation sociale, les dissimulent sous une rhétorique de la neutralité dans les discours qu'ils tiennent sur eux-mêmes, alors que les aides-soignantes, ne pouvant faire valoir leurs compétences sur le terrain médical, revendiquent leur expertise sociale⁶⁷⁹. Les modalités du classement des publics par les agents du dépistage du sida permettent de compléter cette hypothèse : la proximité sociale détermine le classement des publics par les agents les plus éloignés du pôle dominant du champ médical (salariés associatifs, aide-soignante) ; les infirmiers, qui suivent des trajectoires sociales ascendantes et investissent la dimension relationnelle de leur travail, s'en départissent (ou apprennent à le dissimuler), d'où une plus grande hésitation à classer les individus (sauf lorsqu'ils travaillent dans une structure associative ayant vocation à cibler un ou des publics) et un usage de catégories descriptives plus variées (migration, sexualité, niveau social, caractéristiques psychologiques, type de relation conjugale) ; la pénétration des catégories épidémiologiques dans la clinique détermine le classement médical, y compris lorsqu'elles se combinent à d'autres catégories de classement dans une association ciblant un ou des publics. La socialisation professionnelle des médecins les familiarise avec les catégories épidémiologiques, de par leur formation universitaire et la lecture des revues médicales, qui les acculturent aux nomenclatures de l'épidémiologie : celles-ci prennent alors le pas sur les principes ordinaires du classement social.

Entre le classement objectivé recherché par les questionnaires analysés plus haut et le classement subjectif mis en évidence par les entretiens avec les agents du dépistage, se déploie donc un travail de décodage social, qui se manifeste par l'ajout de catégories non prévues par les questionnaires : « banlieues », « précaires ». Dans son étude historique sur les évolutions de la vie publique depuis le XVII^e siècle, Richard Sennett propose « une théorie de l'expression sociale » qu'il fonde sur l'analyse des modifications de la conduite en public, de l'habillement et du discours. Il montre en particulier comment le développement du capitalisme industriel et de la consommation de masse font disparaître les signes objectifs d'appartenance sociale (vêtements d'artisans, par exemple) et amènent les classements sociaux ordinaires à se fonder sur des détails de la conduite ou du langage, que Sennett nomme, avec Marx, « hiéroglyphes sociaux » : « décoder signifie que l'on prend un détail de

⁶⁷⁹ Anne-Marie Arborio, « Savoir profane et expertise sociale. Les aides-soignantes dans l'institution hospitalière », *Genèses*, 1996, 22, pp. 87-106.

la conduite comme symbole de la totalité de la personne »⁶⁸⁰. L'exploration des pratiques de classement mises en œuvre dans le travail de santé publique rend compte du décodage social qui permet de situer les individus dans le monde social. Dans quel but ? Sennett montre que pour les bourgeois du XIXe siècle, il s'agit de personnaliser la classe et le sexe par leur apparence publique. Dans le sillage des recherches portant sur les emplois de service, on cherchera comment le décodage social s'articule à la différenciation des clients, et ce d'autant plus fortement que le classement des publics est peu objectivé et laissé à la subjectivité des classeurs.

Ainsi, alors que les agents du dépistage hésitent à rendre compte de leurs pratiques de classement et de différenciation parmi leur public, ils expriment volontiers leur préférence pour certains entretiens. Contrastant avec la variabilité de leurs critères de classement, leurs goûts et dégoûts sont remarquablement constants et homogènes, quelle que soit le type de structure dans laquelle ils travaillent et quelles que soient leurs trajectoires sociales et leur socialisation professionnelle. Ces goûts et dégoûts sont cohérents avec les motifs de leur investissement professionnel dans un « travail relationnel », dont on a rendu compte plus haut. Toutes et tous disent en effet prendre plaisir à conduire des entretiens où l'échange verbal est riche, et se sentent unanimement frustrés dans le cas contraire.

Les consultants avec lesquels les agents du dépistage trouvent l'entretien satisfaisant, intéressant, plaisant ou gratifiant sont :

« Ceux qui parlent un peu, qui sont un peu intéressés, qui posent des questions, [...] qui sont motivés pour discuter » (Magali Dubois, médecin, CDAG de Grainde) ;

« Quand y a du répondant » (Chantal Djian, infirmière, CDAG de Grainde).

Il ne s'agit pas seulement de parler, mais de se livrer, de donner prise au travail d'écoute et de conseil que le dépisteur recherchait en venant travailler à ce poste :

« Ceux que j'aime bien avoir en entretien, ben, c'est ceux qui vont poser des questions, qu'on sent avoir besoin d'information, qu'on sent du coup qu'on va apporter quelque chose. [...] Quand ça va un peu plus loin dans... quand le patient se dévoile un peu plus. Quand il raconte un peu plus, ses angoisses, ou sa sexualité, là, ça devient plus intéressant, non pas qu'on peut donner des conseils, mais on sent qu'ils ont besoin de parler, qu'ils font confiance, que ça va découler sur certaines questions. Donc des gens qui se livrent un peu plus, qui ne viennent pas juste pour avoir la prise de sang, quoi. » (Céline Bardou, médecin, CDAG de Grainde)

Se livrer, c'est parler de soi, de questions intimes, voire « poser une problématique » :

⁶⁸⁰ Richard Sennett, *Les tyrannies de l'intimité*, Paris, Seuil, 1979 [*The Fall of a Public Man*, Knopf, 1974], pp. 15, 135 et 182.

« Le plaisir, c'est quelqu'un qui va parler assez facilement de sa vie, donc il va développer un petit peu quelles sont ses peurs, quelles sont... pourquoi ils sont là, facilement, sans qu'on ait besoin de chercher beaucoup les questions, en même temps... Alors là, oui, la personne qui parle facilement, on n'est pas obligé d'aller chercher l'indice qui va nous mettre sur la voie, donc la communication se fait facilement, l'échange est facile. [...] Pour moi, c'est quelqu'un avec qui on peut dialoguer, voire quelqu'un qui pose une vraie problématique, mais au moins y'a un vrai échange. Et c'est peut-être des gens que je garderais plus en test rapide où alors là, ça pourra durer une demi-heure. » (Joëlle Chassagne, infirmière, CDAG des Vignes)

En un mot, l'entretien réussi c'est quand il y a une « rencontre », comme le disent Virginie Ledru (salariée de AIDES) et Saïdou Kaboré (médiateur de santé à l'AP-HP).

Mon guide d'entretien (en annexe 1) formulait une question suffisamment vague sur les préférences des agents du dépistage pour qu'ils puissent exprimer une préférence pour certains usagers ou pour certaines dynamiques d'entretien : « j'aimerais que vous me décriviez les entretiens que vous préférez », puis : « et ceux que vous aimez le moins ? »

Certains des enquêtés répondaient à cette question en décrivant des entretiens avec « du répondant » ou « une rencontre », d'autres exprimaient une préférence pour certaines catégories de populations. Mais ces derniers rapportaient systématiquement leur préférence sociale à l'aisance verbale des groupes qu'ils préféraient, c'est-à-dire en général les jeunes et les gays :

« J'aime bien les ados. Ouais, j'aime bien les petits jeunes. Jusqu'à vingt-cinq ans, quoi, à peu près. Moi, j'aime bien, parce que le contact est plus facile, après, ça dépend en fait... là, d'emblée, je suis plus à l'aise. [...] J'aime bien avec les petits jeunes, parce qu'ils ont une façon de dire les choses. » (Murielle Monlouis, infirmière, CDAG de Grainde)

« Je préfère les jeunes, parce que la prévention, je trouve qu'elle passe vachement mieux. [...] Tu leur parles de sexe [...], un public plus disposé à en parler. Là où c'est peut-être plus difficile, c'est les cinquante ans, la cinquantaine. Pour eux, c'est difficile de parler de sexualité. » (Séverine Jecker, infirmière, CDAG de Fondange)

« Moi j'aime bien les homosexuels qui sont vachement au courant de tout ça, mais qui, voilà, on arrive quand même à leur faire passer un truc qu'ils savaient pas. Voilà, qui ont envie de discuter, qui sont assez impliqués, justement dans tout ça. Moi j'aime bien ça. » (Magali Dubois, médecin, CDAG de Grainde)

Quand certains agents du dépistage expriment une préférence pour les migrants, c'est du fait de la reconnaissance qu'ils leur témoignent (Joëlle Chassagne, infirmière, CDAG des Vignes ; Magali Dubois, médecin, CDAG de Grainde), mais pas pour les entretiens qu'ils font avec eux et qu'ils décrivent comme souvent difficiles en l'absence d'interprétariat.

À l'inverse des jeunes et des gays qui sont décrits comme plus à l'aise pour parler, notamment de sexualité, les femmes plus âgées (en fait, vivant ou ayant vécu en couple) et les personnes migrantes sont jugées plus réservées par les enquêtés. Ils en retirent une satisfaction d'autant plus grande lorsqu'ils parviennent à lever les réticences à parler de sexualité chez ceux en qui ils les retrouvent fréquemment : les femmes vivant en couple (Marie-Claude Paoli, médecin, CDAG de Fondange) et les migrants (Saïdou Kaboré, médiateur de santé à l'AP-HP).

Les enquêtés sont parfois conscients que le rapport à la parole est socialement situé, et que leur préférence pour les consultants qui verbalisent avec aisance peut les conduire à moins investir les entretiens avec les autres consultants :

« Tout est intéressant. Après, il faut pas se faire avoir par celui qui cause bien. [...] Parce que celui qui cause bien, il va t'intéresser, mais est-ce que sa problématique est plus intéressante que l'autre ? C'est pas sûr. Il va juste bien en parler. Je m'arrête pas à ça, quoi. » (Arezki Ramdani, infirmier, CDAG des Vignes)

Mais cette éventuelle vigilance n'empêche pas les agents du dépistage d'être unanimement agacés par les consultants qui ne parlent pas et qui les ramènent à la fonction d'« agent de service » sans mission préventive ni de santé publique, comme ce long extrait d'entretien permet de le comprendre :

« Ceux qui viennent essentiellement en pensant qu'on a juste un service à rendre. Ouais, ceux-là, on a envie de leur dire - on se retient - mais t'as envie de leur dire à ces gens-là : "Mais allez dans un labo privé ! Vous y allez le matin, le soir vous récupérez vos résultats, on ne vous posera aucune question. Mais ne venez pas dans un centre qui est dans un contexte de santé publique !" Pour ne pas avoir des entretiens qui soient liés à la prévention et à l'éducation. Et pour pouvoir adapter ton éducation et ta prévention à passer, il faut que tu lui poses un certain nombre de questions, et y'a des gens qui refusent, et là, ces gens-là, t'as envie de leur dire : "Mais qu'est-ce que vous faites là ?" On n'est pas dans cette démarche. De rendre essentiellement un service de dépistage. Mais aussi, y'a de l'éducation et de la prévention chez nous. Voilà. Ceux-là, ceux qui sont rétifs et qui demandent que ce service-là, oui, ceux-là, parfois j'ai du mal, mais je vais rendre le service, hein ! Mais ceux-là... voilà. Ils ont pas compris ce qu'était notre structure et pourquoi on existait. Faut jouer le jeu, quoi, quand tu viens dans une telle structure ! Non, je te dis, labo privé, si tu veux, "si vous nous méprisez comme si on était un labo privé" - parce qu'il y a une forme de mépris : "Rendez-moi le service, me posez pas ces questions !" Une fois, y'en a un, je l'aurais bien jeté dehors après l'entretien ! Je commence l'entretien (c'était un test rapide), je lui pose un certain nombre de questions, "Oh, faut pas me poser de questions ! J'suis venu y'a dix ans de ça, on m'a posé des questions, j'ai pas du tout aimé !" Je dis : "Mais écoutez, pour cibler où sont vos risques, je dois vous poser un certain nombre de questions... Déjà voir si c'est opportun de vous faire le test ou pas." [...] Là, je me ferme : "On va faire le test", là, je dis plus rien, je lui fais le test et au revoir ! Là, y'a vraiment de quoi te foutre les boules ! On t'interdit de faire ton

boulot, quoi, ton propre boulot ! On veut te restreindre à n'être qu'un agent de service, quoi. C'est pas nous, non, non, ça marche pas comme ça ! Ceux-là ont le don de m'irriter, oui, mais je vais pas le montrer, je vais me fermer. Je vais faire le service minimum, et voilà. Parce que je vois bien que... De toute façon, j'ai peu de temps pour essayer de convaincre la personne et puis aller dans une demande particulière, donc je vais y répondre, mais c'est bien dommage. » (Arezki Ramdani, infirmier, CDAG des Vignes)

Les agents du travail de santé publique n'aiment pas être traités en « agents de service », et n'aimeront peut-être pas lire dans ces pages que la relation qu'ils nouent avec leurs usagers y est analysée comme une relation de service. Pour autant, leur refus d'être ainsi rabaissés confirme la pertinence de ce choix analytique. Leur refus de l'affront est celui des pianistes d'Howard Becker lorsqu'ils dénie à leur auditoire le droit de juger leur musique et ne le méprisent jamais autant que quand celui-ci leur commande un morceau⁶⁸¹ :

« Ceux que j'aime pas, c'est ceux qui sont agressifs ou qui nous utilisent comme prestataires de services, c'est un tout petit peu pénible, c'est-à-dire que voilà... » (Céline Bardou, médecin, CDAG de Grainde)

Comme pour les pianistes de Becker qui jouent devant un auditoire venu d'abord et principalement boire un verre, ce qui est insupportable aux agents du dépistage, c'est que leur public n'entende rien à la beauté de la musique préventive et l'écoute comme un simple bruit de fond, contingent du plat principal qu'est ici le test VIH - et son résultat (de préférence négatif) :

« Ceux que j'aime pas, c'est ceux qui viennent se servir. C'est ceux qui, sous prétexte que c'est gratuit, anonyme, la mairie de Paris, service public, etc. viennent et "je ne veux pas parler, je veux un test, maintenant". Je respecte après tout, ils ont le droit de ne pas vouloir parler, mais à un moment donné, je pense qu'ils se trompent d'endroit. On leur explique, "écoutez, si vous voulez parler, ici, on discute, on parle des risques, le but, c'est pas de cocher des cases et de faire un test, parce que sinon, y'a des laboratoires, c'est pris à 100 %, vous ne payez pas, vous n'avancez pas." » (Sébastien Boyet, médecin, CDAG des Vignes)

Le mépris dont les agents du dépistage s'estiment l'objet est perçu dans les attitudes, mais aussi dans les gestes, en particulier lorsque le dépistage est réalisé au moyen d'un test rapide dans le bureau où se déroule l'entretien :

« Les personnes qui t'écotent pas, qui tendent directement le bras » (Virginie Ledru, salariée de AIDES) ;

« Pas des gens qui se ferment et qui attendent juste en tendant leur doigt. » (Nicolas Darimand, salarié de AIDES)

⁶⁸¹ Howard S. Becker, *Outsiders. Étude de sociologie de la déviance*, Paris, Métailié, 1985, pp. 103-125 [Outsiders, Glencoe, 1964].

La simplicité technique du TROD matérialise la frontière entre service et servitude : les usagers pourraient le pratiquer sur eux-mêmes, et la commercialisation d'auto-tests de dépistage du VIH est d'ailleurs effective depuis septembre 2015. Or, dans sa recherche sur le travail des guichetiers à la Poste, Aurélie Jeantet montre que ceux-ci se sentent ramenés à un rôle de « serveurs » lorsqu'ils font à la place des clients des actes que ceux-ci pourraient faire eux-mêmes : la dépendance du client au prestataire détermine « la limite entre le service domestique de subordination et le service technique susceptible d'une reconnaissance publique »⁶⁸². Cette limite existe donc aussi dans les services de santé, montrant ainsi que les idéologies professionnelles qui y valorisent le dévouement inconditionnel ne font pas le poids quand le sentiment de dignité des travailleurs est en jeu.

La gratuité du dépistage renforce l'impression qu'ont les salariés enquêtés d'être des « machines ». Ils regrettent que le travail relationnel ne prenne pas autant de place qu'ils le voudraient dans l'entretien, y compris lorsque l'échange verbal relève plus des civilités que de l'entretien de prévention :

« Y a des gens, on sait pas pourquoi, voilà, ils sont assez fermés, et là, du coup, pffff... [...] Les gens avec qui j'échange, même si c'est cinq minutes, même si c'est autre chose, parce qu'ils ont peur et qu'on va parler du beau temps et de leurs dernières vacances, et bien voilà, moi ça me va. [...] Mais c'est les gens complètement fermés, alors ça, je sais pas trop faire ! J'essaie un peu, si ça marche pas, je fais la prise de sang et la sérologie, et j'essaie pas trop non plus... [...] Les gens qui nous voient plus comme une machine ou qu'on n'est pas là, qui viennent parce que c'est gratuit et qu'on leur doit ça, et voilà. »
(Danièle Catineau, infirmière, CDAG des Vignes)

Le bon client est celui qui parle, le mauvais celui qui ne parle pas, soit parce qu'il ne le veut pas, soit parce qu'il lui manque les mots pour le faire. Il est donc probable que le mauvais client ne soit pas situé au hasard dans le monde social, et qu'il soit plus souvent étranger non-francophone ou cumule diverses difficultés sociales. Ce qu'exprime Christophe Couture, infirmier au CDAG des Vignes, lorsqu'il explique préférer dans le quartier bourgeois de ce CDAG, où les « gens [...] viennent dans une dynamique », que dans « certains quartiers où il y a toute une population de toxicos » :

« Ceux qui m'énervent c'est ceux qui veulent pas parler, qui nous prennent juste pour des préleveurs. [...] C'est pas des préjugés, mais ça va être par rapport à la barrière linguistique, où là, l'échange ne se fait pas, par défaut de manque de communication. Donc on est plus dans un rôle de préleveur. Ça ne me gêne pas, mais ce n'est pas non plus gratifiant. Parce qu'il n'y a pas d'échange, notre rôle c'est aussi d'échanger. Après, je sais pas, j'ai pas envie d'être aimable, d'être agréable avec quelqu'un qui dit pas bonjour, après je pense que c'est des choses humaines... Maintenant, je vais faire mon job, je fais le job, quoi. Mais je n'ai pas non plus envie de m'investir avec quelqu'un qui me semble antipathique. Je vois pas pourquoi je vais m'user à... Je préfère garder de l'énergie, du temps pour quelqu'un qui me semble plus agréable à recevoir les informations, parce que

⁶⁸² Aurélie Jeantet, « "À votre service !" La relation de service comme rapport social », *Sociologie du travail*, 2003, 45, pp. 191-209.

voilà, c'est un échange. [...] Cette personne qui peut être antipathique, [...] c'est des gens qui exigent des choses [...] comme si c'était dans le privé, comme si c'était dans un magasin, ou dans un restaurant, ça, ça me gêne un peu parce qu'on n'est plus dans la santé publique, on est dans une consommation, d'activités, d'exigences... Ça, ça me gêne. C'est pas du tout mon esprit, justement. Et quand on fait un test rapide ou une prise de sang, et que la personne veut que ça aille vite parce qu'elle n'a pas que ça à faire, ben des fois, j'ai envie de lui dire : "Ben, vous allez dans un laboratoire, vous avez les résultats en 24 h, et puis vous avez juste un technicien, quoi !" Et ça, y'en a très peu, mais ça arrive. Ici, c'est très confortable, par rapport à la population, il y a des gens qui viennent dans une dynamique, on n'est pas... Je sais qu'il y a des centres où je sais que je pourrais pas trop travailler, dans certains quartiers, où il y a toute une population de toxicos, moi, ça me gêne, j'aime pas trop. Je l'avoue, c'est pas mon speed, ça m'intéresse pas. »

Les usagers moins appréciés sont ceux qui résistent à l'offre pédagogique pour ne prendre que l'offre technique, ceux qui (y compris parce qu'ils ne parlent pas français ou « décrochent » lorsque les explications fournies sont complexes) ne donnent pas prise au discours préventif et à l'injonction à parler de soi. Ils sont donc socialement situés, soit en haut de la hiérarchie sociale, auquel cas leur silence est interprété comme du mépris, soit en bas de la hiérarchie sociale, auquel cas il témoigne de la séparation culturelle dont Olivier Schwartz fait un trait caractéristique des classes populaires⁶⁸³.

Le malaise que suscite chez les agents du dépistage cette résistance à l'offre pédagogique est associé à la crainte qu'elle soit associée à la poursuite des prises de risques :

« Je n'aime pas avoir affaire aux gens qui viennent que pour le prélèvement et qui prennent des risques. » (Marie-Claude Paoli, médecin, CDAG de Fondange)

« La personne qui reste de mur en face et qui attend juste qu'on lui fasse son test... Bon, voilà, c'est pas... Mais c'est vrai que c'est moins motivant, on a plus l'impression qu'on glisse un peu dessus, et qu'il reviendra faire son test peut-être dans un an, ce sera la même chose. » (Magali Dubois, médecin, CDAG de Grainde)

L'impression de ne pas être compris est inconfortable pour ces salariés hospitaliers et associatifs qui entendent faire de la prévention en même temps qu'un geste technique :

« C'est quand j'ai l'impression que la personne n'échange pas du tout, elle te regarde pas. [...] Quand la personne ne te parle pas, qu'elle te répond "oui, non". [...] Quand les gens, tu as des difficultés à échanger et des difficultés à savoir si ce que tu leur dis, ils le maîtrisent ou le comprennent. Ça, des fois, t'as du mal à saisir. Et des fois aussi, c'est vrai que quand tu discutes avec les gens et que tu leur apportes des informations qu'ils ne connaissent pas, quand tu leur demandes après ce qu'ils ont retenu de ces informations, des fois t'es un peu désespéré, tu te dis : "Est-ce que je m'exprime mal ?" Parce que tu vois que les informations ne sont pas forcément bien comprises. » (Virginie Ledru, salariée de AIDES)

⁶⁸³ Olivier Schwartz, « Peut-on parler des classes populaires ? », 2011 : www.laviedesidees.fr/Peut-on-parler-des-classes/html, page consultée le 14 septembre 2014.

« Quand j'ai l'impression que rien n'est compris, ça c'est sûr ! Tu sais [sourire ironique], le docteur a tellement envie d'avoir du pouvoir, quand il a l'impression que ce pouvoir ne s'exerce pas c'est insupportable ! [...] C'est les récidivistes du dépistage. D'abord, ils nous montrent qu'on a très mal fait notre travail, donc ça c'est insupportable [...]. Et puis c'est ceux qui prennent le dépistage, comme... comment dirais-je ? Qui viennent se faire dépister, alors qu'ils continuent à prendre des risques [...]. En fait, c'est quand j'ai du mal à avoir une relation... enfin, à accrocher quelque chose. Voilà, c'est quand même... Après, y'a des patients qui... Ouais, je pense que c'est surtout ceux-là où on se demande qu'est-ce qu'on fait là. À la limite, on pourrait être une machine, ils viennent chercher un résultat, ils s'en fichent du reste, il n'y a aucune attente autre que le résultat papier et du coup, c'est vrai que c'est un peu frustrant. » (Arnaud Baquet, médecin, CDAG de Fondange)

Que les usagers du dépistage ne veulent pas ou ne peuvent pas parler, les difficultés exprimées par les agents du dépistage sont du même ordre :

« Déjà, c'est plus pratique quand même quand ils parlent le français ou un peu anglais, ça, clairement. Parce que ceux qui parlent pas un mot de rien, et qu'on est obligé de passer par un interprétariat téléphonique, c'est vraiment galère, c'est vraiment pas très satisfaisant, même si il faut bien les dépister, hein ?! C'est pas ça que je veux dire, mais c'est toujours plus compliqué. Surtout quand y'a des annonces à faire, c'est difficile. [...] C'est vrai qu'après, ceux qui sont complètement fermés, qui veulent rien entendre, qui veulent pas du tout discuter de prévention, c'est vrai que c'est pas hyper motivant. » (Magali Dubois, médecin, CDAG de Grainde)

Divers travaux sociologiques sur les métiers de service mettent en évidence une figure du « client idéal », tels ceux, pour le champ médical, d'Anne-Marie Arborio sur les aides-soignantes⁶⁸⁴, d'Howard Becker sur les étudiants en médecine⁶⁸⁵, de Julius Roth sur les urgences hospitalières⁶⁸⁶, mais aussi ceux de Fred Davis sur les chauffeurs de taxi⁶⁸⁷, ceux d'Howard Becker sur les enseignants⁶⁸⁸, ceux d'Odin Bigus sur les laitiers⁶⁸⁹, ou encore ceux de Ray Gold sur les gardiens d'immeubles⁶⁹⁰. Leurs recherches suggèrent que la fiction du client idéal oriente la conception que les professionnels ont des « bonnes pratiques »

⁶⁸⁴ Anne-Marie Arborio, « Savoir profane et expertise sociale. Les aides-soignantes dans l'institution hospitalière », *Genèses*, 1996, 22, pp. 87-106.

⁶⁸⁵ Howard Becker, « How I learned what a crock was », *Journal of Contemporary Ethnography*, 1993, 22 (1), pp. 28-35.

⁶⁸⁶ Julius Roth, « Some Contingencies of the Moral Evaluation and Control of Clientele : The Case of the Hospital Emergency Service », *American Journal of Sociology*, 1972, 77 (5), pp. 839-856.

⁶⁸⁷ Fred Davis, « The Cabdriver and His Fare : Facets of a Fleeting Relationship », *American Journal of Sociology*, 1959, 65 (2), pp. 158-165.

⁶⁸⁸ Howard S. Becker, « Social-Class Variations in the Teacher-Pupil Relationship », *Journal of Educational Sociology*, 1952, 25 (8), pp. 451-465.

⁶⁸⁹ Odin Bigus, « The Milkman and his Customer : A Cultivated Relationship », *Journal of Contemporary Ethnography*, 1972, 1, pp. 131-165.

⁶⁹⁰ Ray Gold, « Janitors versus tenants: a status-income dilemma », *American Journal of Sociology*, 1952, 57 (5), pp. 486-493.

professionnelles, et que l'appartenance sociale du client peut le conduire à s'écarter de cette fiction, rendant ainsi plus difficile le travail du professionnel et amenant des ajustements⁶⁹¹. Le client idéal du dépistage du sida est donc celui qui parle. Le rapport à la parole est le principe déterminant du classement des clients par les agents de santé publique. Or il est socialement situé. Dès lors que le client ne veut ni ne peut parler, les bonnes pratiques d'entretien préventif ne peuvent être mises en œuvre par les agents du dépistage.

Dans un article sur la formation des étudiants en médecine⁶⁹², Howard Becker explique comment il a appris à quoi correspondait ce que ceux-ci nommaient un *crock* : ce mot, traduit par « rosse » dans *Les ficelles du métier*⁶⁹³, semble correspondre, d'après la description qui en est faite, aux malades dits « fonctionnels », c'est-à-dire ceux dont les symptômes ne sont explicables par aucune pathologie organique. Les étudiants en médecine n'aiment pas certains malades, qu'ils appellent *crocks*, pour les raisons suivantes : ils leur prennent du temps parce qu'ils - en fait, souvent elles - ont beaucoup de symptômes, ces malades ne leur permettent pas d'apprendre et connaître les pathologies sur lesquelles ils peuvent être interrogés lors de leurs examens universitaires car leurs symptômes multiples ne concordent avec aucune pathologie typique, ces malades n'offrent aucune prise aux miracles médicaux. Howard Becker avance une hypothèse théorique : quand des agents font des distinctions parmi d'autres agents avec lesquels ils sont en contact régulier (ici, les patients), c'est que cette distinction reflète leurs intérêts, ici celui des étudiants en médecine à réussir aux examens, intérêt plus immédiat que l'apprentissage du soin des malades dits « fonctionnels » qu'ils verront pourtant tous les jours après avoir obtenu leur diplôme. Que nous apprennent alors les préférences des agents du dépistage du sida sur leurs intérêts professionnels ? Et que signifie la convergence des préférences des médecins, des infirmières et infirmiers, et des salariés associatifs ?

Qui sont les *crocks* des agents du dépistage ? Ceux qui ne parlent pas, parce qu'ils ne veulent pas parler ou parce qu'ils ne peuvent pas parler, ceux qui ne comprennent pas et ceux qui ne veulent pas comprendre. Bref, ceux qui ne donnent pas prise au miracle relationnel que se veut le dépistage comme acte de santé publique incarné, habité, humain (et non purement technique). Or la foi en ce miracle relationnel est partagée par les agents du dépistage, quels que soient leur profession et le cadre institutionnel dans lequel ils exercent. Et ce pour des raisons diverses, liées à leurs trajectoires : les médecins, parce qu'en choisissant de travailler en CDAG ils choisissent des équipes partageant une approche préventive et non-exclusivement technique du dépistage ; les infirmières et infirmiers, parce que la participation aux entretiens ennoblit leur poste ; les salariés associatifs, parce

⁶⁹¹ Howard S. Becker, « Social-Class Variations in the Teacher-Pupil Relationship », *Journal of Educational Sociology*, 1952, 25 (8), pp. 451-465.

⁶⁹² Howard S. Becker, « How I learned what a crock was », *Journal of Contemporary Ethnography*, 1993, 22 (1), pp. 28-35.

⁶⁹³ Howard S. Becker, *Les ficelles du métier*, Paris, La Découverte, 2002 : pp. 243-248.

que leur participation au dépistage renforce la position de leur association (mais pas la leur) dans le champ médical.

4. Conclusion

L'investissement de la relation pédagogique donne du sens à un travail répétitif et donne aux agents du dépistage qui la mettent en œuvre un avantage symbolique sur les simples prestataires de service ou techniciens. D'où la mauvaise image des usagers qui se comportent en simples consommateurs de dépistage : ils mettent en péril les intérêts des agents du travail de santé publique en annulant la dimension pédagogique et préventive de ce travail. Pour les consultants qui ne se prêtent pas au jeu de l'échange verbal, le bénéfice du dépistage est purement individuel. Ils ne donnent pas prise au dépisteur pour une action pédagogique visant à modifier ses pratiques et à diminuer le risque de contamination à l'échelon d'une population.

Le travail de classement et d'objectivation des publics par les agents du dépistage est fortement orienté par les enjeux de financement dans les structures associatives. Dans les structures publiques, dont le financement ne dépend pas de leur capacité à atteindre des publics spécifiques, le classement des publics ne répond pas à de tels enjeux externes, mais à des enjeux internes à la relation inter-individuelle : le dossier recueillant les propriétés sociales des usagers tient lieu, pour les agents du dépistage, d'outil de conduite de l'entretien. L'objectivation des propriétés sociales des usagers permet en effet aux agents du dépistage de sélectionner des usagers avec qui ils passeront plus de temps, soit parce qu'ils sont particulièrement exposés au risque de contamination, soit parce qu'ils semblent plus à même de tirer profit des conseils préventifs prodigués.

Or, moins leurs outils de travail objectivent les propriétés sociales de leurs publics, moins les agents de santé publique sont en mesure de corriger leur tendance à moins s'investir avec les clients les moins loquaces (membres des classes populaires et/ou migrants non francophones).

Le plaisir que les agents du dépistage retirent des entretiens où l'échange verbal satisfait leurs attentes, et la frustration qu'ils expriment massivement dans le cas contraire, rendent compte de leurs difficultés à objectiver des différences parmi leurs publics et de leur pratique d'entretiens différenciés : s'ils rapportent plus volontiers la satisfaction qu'ils retirent de leur travail à la dynamique de l'interaction qu'aux propriétés sociales des consultants, l'observation des interactions montre qu'ils apportent plus d'explications à ceux qui les comprennent le mieux. Leurs façons de *faire avec* la distance qui les sépare des destinataires du service informent leurs façons de *dire* et *penser* la distance sociale, et

livrent, comme d'autres façons de dire et de faire⁶⁹⁴, leur raison pratique : la raison pratique du travail de santé publique déployé au contact des populations.

⁶⁹⁴ Yvonne Verdier, *Façons de dire, façons de faire. La laveuse, la couturière, la cuisinière*, Paris, Gallimard, 1979.

Chapitre 9

Raisons pratiques du classement des publics

Comme tant d'autres travailleurs fournissant un service à un public, les agents du dépistage du VIH/sida classent donc leurs publics, quoi qu'ils en disent et y compris lorsqu'ils s'en défendent. On prendra garde à ne pas surinterpréter cette pratique en la rapportant d'emblée au schème commode des préjugés de classe et des représentations racistes ou (hétéro)sexistes. Dans le sillage des recherches en sociologie du travail, on cherchera au contraire les raisons du classement dans les conditions de travail et le rapport au travail.

Lewis Mennerick met ainsi en évidence, sur des terrains très divers, le rôle de l'évitement du conflit et du stress au travail dans le développement de « typologies des clients ». Les critères de classement sont variables (sexe, politesse, vêtements, etc. sur les terrains considérés par Mennerick) mais le classement des clients répond toujours à des besoins des travailleurs : faciliter leur travail (pour un avocat, repérer les clients susceptibles de plaider coupable), accroître leur contrôle sur leur travail (le bon client est alors celui qui n'empiète pas dessus), augmenter leur gain (pas nécessairement financier, comme Howard Becker l'a observé auprès des étudiants en médecine repérant les malades susceptibles d'incarner la maladie typique décrite dans leurs livres), se protéger du danger (clients violents, malades contagieux), augmenter l'acceptabilité morale de leur travail. Dès lors, l'usage de typologies des clients augmente avec la complexité du travail, le faible contrôle du travailleur sur son travail, le potentiel de gain au travail, le risque de danger au travail, l'inacceptabilité morale des clients, le nombre de clients par travailleur, la courte durée de l'interaction, l'hétérogénéité de la clientèle, le sentiment d'incompétence du travailleur⁶⁹⁵.

Dans la vie quotidienne, on opère des classements pour se repérer dans le monde social : ces opérations relèvent d'un sens pratique. Au travail aussi, les agents mettent en jeu leur sens pratique, pour se repérer dans le monde social afin d'accomplir leur travail. Or celui-ci consiste ici à poser des questions que le sens commun qualifierait d'indiscrètes. On va voir que sur le terrain du dépistage du VIH/sida, le danger dont protège la typologie des clients est celui de perdre la face, en faisant des hypothèses erronées sur des pratiques moralement connotées (sexualité, prostitution, usage de drogues) des clients. On verra aussi que le gain escompté ne profite pas au travailleur en tant qu'individu, mais à la structure pour laquelle il travaille, dont les financements publics dépendent de sa capacité à atteindre les publics ciblés par l'action publique. Les agents classent donc leurs interlocuteurs selon des critères différents (principalement la couleur de peau et la sexualité) qui leur permettent d'atteindre des objectifs complémentaires : ne pas perdre la face, et renforcer le travail préventif. On retrouvera sur ce terrain la force des cadences de travail, qui durcissent les

⁶⁹⁵ Lewis A. Mennerick, « Client Typologies : A Method of Coping With Conflict in the Service Worker-Client Relationship », *Work and Occupations*, 1974, 1, pp. 396-417.

typologies de clients. Dans le but de généraliser l'analyse à d'autres objets du travail médico-social, on s'attachera particulièrement à chercher, derrière les critères de classement dicibles dans l'espace social considéré (« facteurs de risque », « précarité »), les critères de classement ordinaires en vigueur dans le monde social, traversé de rapports sociaux de classe, de sexe, de « race ».

L'observation des consultations, combinée aux entretiens avec les salariés des structures enquêtées, permettra alors de rendre compte des usages du classement des publics et des conditions dans lesquelles un critère de classement l'emporte sur les autres. Là encore, les structures accueillant les publics les plus diversifiés tiendront une place prépondérante dans l'analyse, car les enjeux de classement des publics y sont plus évidents dans le cadre même de l'interaction, alors que dans les structures accueillant des publics plus homogènes le classement des publics intervient en amont de l'interaction. On analysera donc surtout des interactions observées en CDAG et, dans une moindre mesure, à AIDES, où le degré d'homogénéité du public visé varie fortement selon les antennes locales (appelées « lieux de mobilisation ») et les actions mobiles organisées par ces antennes (lieux de drague la nuit, de prostitution, sortie de gare en milieu de journée, etc.).

Suivant les pistes proposées par Jack Katz pour passer de la description à l'explication dans l'enquête ethnographique⁶⁹⁶, on ne postulera pas *a priori* le caractère déterminant des appartenances de classe, de genre, de la couleur de peau ou de l'orientation sexuelle (des prestataires comme des destinataires du service) pour orienter les pratiques des salariés : on cherchera comment ils jouent de ces catégories, dans quelles conditions elles s'avèrent mal ajustées, et en quoi ce jeu les aide à rendre leur travail moins difficile et plus efficace. De plus, bien que ce chapitre adopte une approche interactionniste pour rendre compte des raisons pratiques du classement des publics, il convient de rappeler qu'une des ces raisons est externe à l'interaction et tient plutôt, comme on l'a montré dans les chapitres précédents, aux déterminants liés à la dimension institutionnelle du cadre de l'interaction, tels que les exigences de rendement, les rapports hiérarchiques, les formes de contrôle du travail et notamment du temps de l'interaction.

1. Classer pour ne pas perdre la face

Une des difficultés les plus prégnantes à laquelle les agents du dépistage du VIH/sida doivent faire face dans leur travail tient à la place prépondérante de pratiques intimes dans les modes de contamination, et par conséquent dans les entretiens de dépistage puisque ceux-ci visent à évaluer les risques de contamination et à aider les personnes à les réduire à

⁶⁹⁶ Jack Katz, « From How to Why : Luminous Description and Causal Inference in Ethnography », *Ethnography*, 2001, 2/4, pp. 443-473 et 2002, 3/1, pp. 63-60; traduit et publié en français in Daniel Cefaï (dir.), *L'engagement ethnographique*, Paris, EHESS, 2010, pp. 27-106.

l'avenir. Qu'il s'agisse de pratiques sexuelles ou - beaucoup plus rarement dans les sites retenus pour l'enquête - de pratiques de consommation de drogues, les précautions dont les salariés entourent la verbalisation de ces pratiques indiquent en effet leur statut : centrales pour le travail préventif auquel donne lieu le dépistage, elles constituent néanmoins une menace pour la relation qui s'y crée. Abordées trop frontalement, les questions intimes, généralement sexuelles, sont perçues comme pouvant braquer l'interlocuteur et obérer le travail pédagogique dont on a vu qu'il fonde l'investissement de ces salariés dans leur travail.

Les auto-justifications en forme d'excuses sont ainsi courantes lorsque les salariés interrogent les consultants sur leurs pratiques sexuelles, comme dans cet extrait de consultation :

Laurence Lupin, lisant le questionnaire pré-rempli en salle d'attente : « Donc vous avez 26 ans, vous êtes né en France, vous travaillez, vous êtes réalisateur scénariste, vous avez la Sécu. Vous avez une sexualité qui est hétérosexuelle toujours ?

Consultant : Oui.

Laurence Lupin : Vous avez eu des rapports sexuels avec des prostituées ? On demande à tout le monde hein ?! »⁶⁹⁷

Cet extrait d'entretien entre une femme médecin et un homme occupant une profession intellectuelle montre que la proximité sociale entre les interlocuteurs ne facilite pas nécessairement l'échange sur des pratiques intimes. Elle peut au contraire accentuer la gêne, notamment lorsqu'elle se combine à la distance de genre.

Pour ce qui concerne l'usage de drogues, la comparaison retenue par Martin Delumeau, salarié de AIDES, pour le décrire permet de saisir le degré d'intimité associé à cette pratique par certains agents du dépistage et les précautions qu'ils prennent pour l'aborder :

« En gros, moi, je pense qu'on est en droit et en mesure de faire des critiques des techniques d'injection de la personne, si on voit que, voilà, "écoute, c'est pas que je trouve ça nul de faire comme ça, mais si tu fais comme ça, ben, c'est moins propre parce que ci, parce que ça", mais qu'en revanche, il faut savoir être hyper humble et en retrait sur... parce que, de fait, la personne, c'est quelque chose d'assez intime. C'est à la fois une pratique très intime et en même temps très routinière, parce que quelqu'un qui prend de l'héro tous les jours, voilà, qu'est dans une dépendance régulière à l'héro et qui consomme de l'héro tous les jours depuis des années, bon, enfin voilà, faire son shoot, c'est un truc quotidien, comme de faire sa toilette, comme d'aller aux toilettes, justement.

⁶⁹⁷ CDAG hospitalier parisien, notes d'observation, 21 mai 2013.

Mais c'est pareil, aller aux toilettes, justement, en général, on fait ça tout seul, quoi, tu fais pas ça devant les gens. »⁶⁹⁸

Le temps moyen de consultation contraint fortement les modalités et le contenu des interactions (pour mémoire, environ 16 minutes à AIDES, et 6 minutes en CDAG et au Checkpoint). Il conduit en général les salariés à faire l'impasse, et à s'en tenir à des questions minimales. Ainsi, dans le CDAG hospitalier parisien, Laurence Lupin, une des médecins, m'explique entre deux consultations qu'elle essaie de comprendre les raisons qui ont amené telle ou telle personne à ne pas utiliser de préservatifs à un moment donné, afin de l'aider à repérer à l'avenir les facteurs qui rendent leur usage plus difficile, comme le début d'une relation amoureuse par exemple. Mais l'après-midi est chargée, la salle d'attente pleine, et, lorsque les personnes viennent récupérer un résultat et qu'il est négatif, un entretien rapide permet de gagner du temps pour les autres, quitte à renoncer à explorer les raisons de la non-utilisation ponctuelle de préservatifs. Ouvrant la porte de son bureau pour faire sortir le consultant précédent, elle appelle dans le couloir : « Numéro 522 ? » Un homme de 22 ans entre dans le bureau :

Laurence Lupin : « Donc vous venez pour des résultats ? »

Consultant : Oui.

Laurence Lupin : C'est négatif pour le VIH. Vous étiez inquiet ?

Consultant : Oui.

Laurence Lupin : Parce que vous aviez pris un risque avec quelqu'un ?

Consultant : Oui, alors que d'habitude je mets toujours des préservatifs.

Laurence Lupin : C'est bien, déjà. Ça peut arriver qu'il y ait pas de préservatif dans la vie, et dans ce cas on fait un test. C'est bien. Vous avez discuté avec le ou la partenaire ?

Consultant : Non.

Laurence Lupin : C'était une femme, un homme ?

Consultant : Une femme.

Laurence Lupin : Vous avez pas discuté parce que ?

Consultant : C'était fini.

⁶⁹⁸ Martin Delumeau, salarié de AIDES, entretien le 12 juin 2014.

Laurence Lupin : OK. Des questions ?

Consultant : Non. »⁶⁹⁹

L'entretien a duré deux minutes. Beaucoup d'autres consultations, dans chacune des structures enquêtées, incluent une question sur les émotions et affects qui accompagnent le recours au dépistage pour une personne donnée : « vous étiez inquiet ? », comme c'est le cas dans l'extrait cité ; ou « rassuré ? » ; ou encore « si le test était positif vous vous sentiriez comment ? »⁷⁰⁰

L'observation des consultations montre que ce type de questions déclenche plus - et plus rapidement - de réponses portant sur le motif de recours au test de dépistage (comme c'est le cas dans l'extrait présenté) et soulève moins de résistances chez les usagers que des questions portant directement sur les pratiques sexuelles. Lorsque les salariés du dépistage interrogent les consultants sur leurs affects vis-à-vis du dépistage, ils les regardent dans les yeux et parlent d'un ton bienveillant et attentif, alors que lorsqu'ils leur posent les questions permettant de remplir le questionnaire recueilli par la structure, ils regardent le dossier médical ou l'ordinateur, et parlent d'un ton plus neutre, administratif. Cette différence d'attitude peut contribuer à expliquer la variation des réponses.

Le détour par l'affect pour aborder des pratiques intimes et les auto-justifications dont s'accompagne leur investigation au cours des consultations témoignent des difficultés à mettre les pratiques sexuelles en mots dans un temps contraint. Pourtant, dans certaines interactions, les pratiques sexuelles sont abordées sans détours ni auto-justifications par les agents du dépistage. Ces interactions sont nettement concentrées au Checkpoint et dans les actions de AIDES sur des lieux de drague, comme Pigalle (mais pas dans les actions organisées par AIDES à la sortie du métro de Grainde, par exemple). Ce n'est donc ni le type de structure, associative ou hospitalière, ni la socialisation professionnelle (médicale, infirmière ou autre) ni la trajectoire sociale qui déterminent en premier lieu l'aisance à parler de sexualité dans le cadre du dépistage, mais le public visé.

Ainsi au Checkpoint, centre de dépistage associatif communiquant principalement en direction des gays et situé à Paris dans le Marais, les pratiques sexuelles sont abordées aisément, sans gêne perceptible dans les réponses des consultants ni dans les questions des médecins et infirmiers. J'y ai ainsi entendu plusieurs fois cet échange rapide :

Médecin : « Les pénétrations sont toujours protégées ?

Consultant : Oui.

⁶⁹⁹ CDAG, Paris, notes d'observation, 21 mai 2013.

⁷⁰⁰ Action de dépistage « hors-les-murs » organisée par le CDAG de Fondange dans un accueil de jour pour des personnes sans domicile, notes d'observation, 24 septembre 2013.

Médecin : Les fellations non ?

Consultant : Non. »

La retranscription écrite ne permet pas de restituer le ton de l'échange, mais les questions retranscrites étaient toujours posées sur le mode de l'évidence, le ton à peine interrogatif, et les réponses à l'avenant. Les commentaires qui font suite à cet échange sont rares : parfois le médecin ajoute un commentaire sur la possibilité de réduire le risque de contamination par fellation en évitant d'avoir du sperme dans la bouche, mais cette notion est en général connue des consultants. Ici, les médecins ne ressentent pas le besoin de justifier leurs questions auprès des consultants, et les consultants ne manifestent aucune réticence à y répondre. Le classement des publics en amont de l'entretien de dépistage pourrait alors permettre de réduire la gêne à parler de questions intimes.

Un des médecins du Chekpoint, Vincent Rueff, me fait ainsi part de son malaise à la suite de deux consultations avec deux femmes de 20 et 22 ans, qui succèdent à cinq consultations avec des hommes homosexuels :

« Je suis moins à l'aise avec ces jeunes filles, ça se sent non ? »

Précisément, non, cela ne se sentait pas. Je n'ai pas perçu de malaise de la part du médecin lors de ces deux consultations : même direction du regard (vers le ou la consultante), même attitude corporelle (légèrement penché en avant vers la table basse, et vers le ou la consultante), même débit de parole et même ton doux. Comme avec les consultants gays, il cherche à comprendre les raisons qui ont amené ces deux femmes à ne pas utiliser de préservatif, prend la mesure de leur angoisse éventuelle (« je viens avec la boule au ventre, j'ai peur », répond la première, de 20 ans), donne quelques conseils pour réduire les risques de contamination. Plus probant que mon impression subjective infirmant celle du médecin, ces deux femmes n'ont pas semblé se sentir mal à l'aise, répondaient sans gêne aux questions et en posaient à leur tour :

Vincent Rueff : « C'est la première fois que vous venez ?

Consultante : Oui.

Vincent Rueff : Vous accompagnez votre copine ?

Consultante : Oui, elle m'a tiré par le bras... [Elle sourit]

Vincent Rueff : Il y a eu des prises de risques ?

Consultante : Oui.

Vincent Rueff : Qu'est-ce qui fait qu'il n'y a pas de capotes ?

Consultante : ... [Elle hausse les épaules, silence de quelques secondes]

Vincent Rueff : C'est le copain qui demande ?

Consultante : Mmmoui...

Vincent Rueff : Vous avez une contraception ?

Consultante : Non.

Vincent Rueff : Vous étudiez ? Vous travaillez ?

Consultante : Non j'ai arrêté l'école.

Vincent Rueff : Vous pouvez aller au planning ?

Consultante : Oui c'est prévu.

Vincent Rueff : Vous avez des questions ?

Consultante : Oui, je voudrais savoir si la fellation c'est risqué.

Vincent Rueff : Oui s'il éjacule dans votre bouche ou si vous avez des plaies. Mais vous avez des rapports sexuels sans capotes avec pénétration, c'est autrement plus risqué.

Consultante : D'accord.

[Quelques minutes plus tard, il lui remet le résultat du test, négatif.]

Vincent Rueff : Bon, tout va bien. Alors qu'est-ce qu'on pourrait faire pour qu'il y ait moins de risque ? [Elle sourit, visiblement soulagée. Il lui donne l'adresse d'un centre de planification familiale.] Ça vous gêne de proposer un préservatif ?

Consultante : Non. »

Non seulement ces deux femmes ne semblent pas particulièrement mal à l'aise, mais la seconde est venue sur les conseils de la première, qui connaissait le Checkpoint et s'y était sentie bien accueillie. Le malaise ne concerne donc que le médecin, et cette femme ne semble gênée ni par les questions portant sur sa vie professionnelle, ni par les questions portant sur sa vie sexuelle.

De même, dans le CDAG hospitalier parisien, lorsque les médecins assortissent leur question sur le recours à la prostitution d'une phrase d'excuse (« on demande à tout le monde hein ?! »), les consultants n'ont pas manifesté de gêne particulière. Il s'agit d'une excuse préventive, d'une réparation préventive. Les consultants s'attendent à être interrogés sur leurs pratiques sexuelles lorsqu'ils se rendent dans un CDAG. L'un d'eux répond : « j'imagine, mais non. »

Malaise dans la consultation, donc. Mais il est du côté du prestataire du dépistage, non de l'utilisateur. Et il est atténué lorsque les usagers sont sélectionnés en amont de la consultation, de sorte que le prestataire risque moins de se comporter d'une façon qu'il suppose gênante pour l'utilisateur.

On aura reconnu dans la menace permanente du malaise, dans le souci de préserver la dignité de chacun et dans l'usage d'interventions réparatrices les conditions du maintien de la « face » mises en évidence par Erving Goffman : chacun « défend sa face et [...] protège la face des autres. Certaines pratiques sont d'abord défensives, et d'autres d'abord protectrices, mais, en général, ces deux points de vue sont présents en même temps. Désirant sauver la face d'autrui, on doit éviter de perdre la sienne, et, cherchant à sauver la face, on doit se garder de la faire perdre aux autres. » Certaines « offenses » étant « involontaires » ou « fortuites », « il faut posséder un répertoire de pratiques figuratives » pour limiter leur possibilité de survenue ou rendre leurs conséquences moins menaçantes pour l'interaction⁷⁰¹. La pratique figurative consiste, dans les structures de santé publique enquêtées, à sélectionner le public en amont pour limiter le risque de « bide » (si l'on file la métaphore théâtrale). Le risque d'échec est alors réduit à deux niveaux : au niveau de la relation interindividuelle, qui est vécue comme plus fluide et plus aisée ; et au niveau collectif, car la sélection des publics vise explicitement à accroître la proportion de diagnostics d'infection par le VIH. Il s'agit de trouver les malades qui s'ignorent sans offenser les bien-portants.

Il serait en effet réducteur de limiter l'analyse à la relation interindividuelle - critique classiquement adressée à l'interactionnisme. Chez Goffman, « il existe des scènes, mais pas d'intrigues », pointe ainsi Richard Sennett, qui analyse lui aussi la vie sociale comme un théâtre et cherche à fonder une théorie de l'expression sociale, mais en historien, avec une attention constante aux forces qui ont créé ces scènes et peuvent les modifier⁷⁰². En matière de dépistage du VIH/sida, les forces qui ont conduit des administrations d'État à soutenir la création de structures et actions dédiées à des publics spécifiques résident, on l'a vu (première partie), dans l'évolution de l'épidémie et de ses traitements, rendant manifeste l'insuffisance du système de santé public et libéral à dépister et traiter précocement les séropositifs qui s'ignorent. Mais la force qui conduit des salariés à s'investir dans ces

⁷⁰¹ Erving Goffman, *Les rites d'interaction*, Paris, Minuit, 1974, pp. 17 et 20-24.

⁷⁰² Richard Sennett, *Les tyrannies de l'intimité*, Paris, Seuil, 1979, p. 39 [*The Fall of a Public Man*, Knopf, 1974].

structures réside au moins en partie dans l'économie de « pratiques figuratives » qu'elles leur autorisent : face à un public construit comme homogène, comme c'est le cas dans les associations étudiées qui accueillent une population ciblée, le travail de figuration à fournir est moins important, et surtout risque moins de déplaire au public que dans les CDAG publics, qui accueillent la population générale. Dans les associations, les codes étant supposés partagés, le comédien peut se permettre de dire son texte sans chercher à le jouer de manière à être compris par le public. Le public a déjà compris.

Lorsque la sélection des publics n'est pas opérée en amont de l'interaction entre deux individus, c'est dans l'interaction elle-même que la catégorisation de l'interlocuteur opère et permet au prestataire de limiter les risques d'offense. Par exemple, les agents du dépistage n'interrogent les dépistés sur d'éventuelles « pratiques *hard* » que lorsque ceux-ci ont préalablement mentionné une sexualité entre hommes, soit spontanément soit en réponse aux questions du dépisteur. Il s'agit par exemple de pratiques sexuelles comme la pénétration de l'anus ou du vagin par le poing sans préservatif, associées à un risque de saignement et donc de contamination par le VIH et les hépatites virales B et C. Bien que rien ne les réserve *a priori* aux hommes homosexuels, les agents du dépistage n'interrogent pas les femmes ni les hommes hétérosexuels ou supposés tels sur ces pratiques. Cette différenciation des entretiens peut relever d'une adaptation pratique des agents du dépistage aux risques les plus fréquemment rapportés par les dépistés, mais aussi d'un évitement des questions gênantes. Cette question ne survient d'ailleurs jamais en début d'entretien, comme d'autres questions portant sur des pratiques sexuelles précises, qui semblent nécessiter un temps de préparation et d'approche. La consultation suivante est intégralement retranscrite, afin d'en donner la mesure. C'est une des plus longues du corpus : elle a duré 20 minutes. La médecin, Laurence Lupin, ouvre la porte, un homme entre dans le bureau et pose sur la table le questionnaire qu'il vient remplir en salle d'attente. Sur ce questionnaire figurent son âge (35 ans), sa nationalité (française) et son travail : il a écrit « ministère de l'Intérieur ». Il a un léger accent du Midi.

Laurence Lupin : « Vous êtes déjà venu ? »

Consultant : Oui.

Laurence Lupin [lit le questionnaire] : Vous êtes ministre de l'Intérieur ?

Consultant : Non je travaille au Ministère ! [Tous deux rient]

Laurence Lupin : Vous êtes policier ? Je peux mettre policier si ça vous embête pas ?

Consultant : Oui.

Laurence Lupin : Donc vous êtes bien vacciné ?

Consultant : Oui.

Laurence Lupin : Vous avez un service de santé au travail ?

Consultant : Oui.

Laurence Lupin : Pourquoi vous voulez faire un test aujourd'hui ?

Consultant : Ben j'ai une vie sexuelle normale, je suis célibataire depuis un an et je veux faire le point. J'ai eu des aventures...

Laurence Lupin : Avec des filles ? Des garçons ?

Consultant : Des garçons.

Laurence Lupin : D'accord. Avec des préservatifs ?

Consultant : Pour les pénétrations oui, les fellations non.

Laurence Lupin : Vous savez ce qui peut s'attraper comme infections sexuellement transmissibles ?

Consultant : le VIH, les hépatites ?

Laurence Lupin : Oui, enfin l'hépatite C c'est s'il y a du sang, donc des rapports un peu hard.

Consultant : Non.

Laurence Lupin : Avant d'être célibataire vous aviez un partenaire ?

Consultant : Oui pendant trois ans.

Laurence Lupin : Et vous aviez fait un test ?

Consultant : Non.

Laurence Lupin : Quand une relation se termine, homo ou hétéro, c'est bien de faire un test six semaines après, et on clôt l'histoire. »

Ce délai de six semaines correspond au délai entre le contact avec le VIH et la séroconversion, c'est-à-dire au délai au bout duquel une sérologie VIH négative permet d'écartier avec certitude une infection par le VIH. Ici, le premier conseil (faire un test VIH à la fin de la relation) peut donc être considéré comme universel. Le suivant (faire un test

annuel) est destiné aux hommes homosexuels, conformément aux recommandations de la Haute Autorité de Santé⁷⁰³ :

Consultant : « OK.

Laurence Lupin : Et pour la fellation, on conseille de faire un test par an pour la syphilis car elle peut s'attraper par fellation. Votre médecin vous a déjà prescrit ce test et le VIH ?

Consultant : Non.

Laurence Lupin : Il connaît votre orientation sexuelle ?

Consultant : Oui.

Laurence Lupin : C'est conseillé une fois par an. Vous savez comment diminuer le risque pour la fellation ?

Consultant : Oui : éviter l'éjaculation, ou avec préservatif.

Laurence Lupin : Oui, alors ça c'est un vœu pieux [ils rient tous les deux] mais éviter l'éjaculation, sinon recracher, ne pas se laver les dents juste après, éviter si bouton d'herpès. Vous connaissez le traitement post-exposition ? »

Pris dans les 48 heures qui suivent l'exposition au VIH, un traitement antirétroviral prescrit aux Urgences et pris pendant un mois permet de réduire le risque de contamination. Cette troisième série de conseils s'insère dans une stratégie dite de « réduction des risques »⁷⁰⁴, qui prend acte du fait que l'utilisation systématique de préservatifs est difficile (« c'est un vœu pieux ») et propose des stratégies alternatives. Les conseils donnés sont donc allés du plus universel au plus spécifique, au gré d'un entretien particulièrement long qui a permis à la médecin d'objectiver les facteurs protecteurs (service de santé au travail avec vaccination) et les facteurs de risque (fellations sans préservatif) dans la vie d'un individu singulier.

Consultant : « Oui, je l'ai pris une fois parce que le préservatif était resté à l'intérieur et j'étais passif.

Laurence Lupin : OK. Vous avez eu combien de partenaires dans l'année ?

⁷⁰³ Haute Autorité de Santé, *Dépistage de l'infection par le VIH en France. Stratégies et dispositif de dépistage*, octobre 2009.

⁷⁰⁴ France Lert, Gilles Pialoux, Gabriel Girard, Élisabeth Yvers, *Rapport Mission RdRs. Prévention et réduction des risques dans les groupes à haut risque vis-à-vis du VIH et des IST*, 2010.

Consultant : Six.

Laurence Lupin : Avez-vous des pratiques un peu hard de temps en temps ?

Consultant : Non.

Laurence Lupin [elle coche la case « pas de relation à risque pour l'hépatite C » dans le dossier informatisé] : Vous avez fait combien de tests dans votre vie ?

Consultant : Moins de cinq.

Laurence Lupin : Donc pour vous, vu la fréquence de l'infection chez les homos, les recommandations c'est un par an. Même si vous faites très attention. Je sais, j'ai des copains homos, ils font très attention, mais quand même ça vaut le coup. Vous êtes vacciné contre l'hépatite B ? »

« J'ai des copains homos », joue ici le même rôle que la phrase prononcée par un médecin dans une consultation précédemment citée : « c'est parce qu'on confond qu'on stigmatise les gens, en Afrique ». On peut les considérer comme des interventions réparatrices déjouant le soupçon de jugement moral auquel tout conseil normatif prête le flan. Il s'agit de montrer à l'autre qu'on le comprend, qu'on ne le juge pas, qu'on connaît le groupe qui fait de lui, parce qu'il appartient à ce groupe, une cible pour l'action publique. Plus le conseil est spécifique à une population, plus il est suspect de jugement moral, et plus il s'accompagne d'interventions réparatrices au cours de l'interaction.

Consultant : « Non. C'est celui qui donne la sclérose en plaques, non ?

Laurence Lupin : Ça n'a pas été confirmé dans les études. Et pour vous le rapport bénéfiques/risques penche pour la vaccination pour trois raisons : comme pour la population générale, parce que vous êtes homo et parce que vous êtes policier (si un toxico vous mord, etc.).

Consultant : OK.

Laurence Lupin : On peut demander un test rapide pour le VIH car votre dernier rapport sexuel date de trois mois⁷⁰⁵, car si c'était positif on peut démarrer le bilan tout de suite. Mais si vous trouvez que ça va trop vite et que vous avez besoin de la semaine, on fait par prise de sang.

Consultant : Non, je suis venu pour savoir.

⁷⁰⁵ Contrairement à la sérologie par prélèvement sanguin, qui détecte des anticorps dirigés contre le VIH six semaines après la contamination, le test rapide par prélèvement d'une goutte de sang au bout du doigt est fiable trois mois après l'exposition au VIH.

Laurence Lupin : Et si c'était positif vous connaissez la suite ?

Consultant : Mmmmh...

Laurence Lupin : Les traitements sont plus efficaces maintenant mais c'est quand même un traitement à vie.

Consultant : OK. »

Une fois qu'il est sorti, Laurence Lupin commente pour moi la consultation :

« J'essaie qu'ils repartent avec un plus, une info qu'ils n'avaient pas : le test annuel, pour lui. »⁷⁰⁶

Il m'a semblé important de retranscrire intégralement cet échange car il contient tous les éléments que les recommandations institutionnelles (notamment celles de la Haute Autorité de Santé) préconisent dans le cadre du dépistage du VIH : exploration des pratiques à risque de contamination, conseils préventifs concernant le VIH (traitement post-exposition, périodicité du dépistage variable selon la situation et annuelle pour les hommes homosexuels), mais aussi excédant le seul risque VIH (vaccinations par exemple). Cet échange intègre également des thèmes qui sont plus rarement abordés en CDAG que dans les associations (en tout cas dans mon corpus), comme des conseils de réduction des risques (pour la fellation), l'anticipation d'un test positif, l'exploration des affects et de l'angoisse liée au test. Cette consultation donne donc une idée de la durée de consultation, trois fois plus longue que la moyenne de celles auxquelles j'ai assisté, que nécessite le respect de ce que les agents du dépistage considèrent comme de « bonnes pratiques ».

Dans cette interaction, le classement du client a permis d'adapter le service. Après l'avoir classé comme homme homosexuel, Laurence Lupin a repéré les informations qu'il connaissait (traitement post-exposition, réduction des risques liés à la fellation) et celles qu'il ne connaissait pas (recommandation d'un dépistage annuel) afin de la lui expliquer en la rapportant à une exposition plus importante au risque de contamination chez les hommes homosexuels. Dans les interactions plus courtes, de loin les plus nombreuses, le classement semble moins servir les intérêts du client que ceux du prestataire, qui peut d'autant mieux éviter de se mettre en difficulté dans l'interaction qu'il sait (ou croit savoir) jusqu'où il peut aller dans les questions indiscrettes sans offenser l'autre.

Le classement du client le plus économe en temps est celui qui s'opère au premier coup d'œil, selon le sexe et la couleur de peau. Mais le classement selon l'orientation sexuelle nécessite une question verbale. Le classement dans une classe sociale nécessite

⁷⁰⁶ CDAG hospitalier parisien, notes d'observation, 21 mai 2013.

aussi une question sur la profession exercée et/ou une évaluation non-verbale de l'attitude, de l'habillement et du niveau de langage. Le classement du client selon la couleur de sa peau ne permet évidemment pas de déduire sa nationalité, ni son pays de naissance, ni l'ancienneté de son séjour en France. Mais la peau noire est l'indice le plus rapidement repérable de l'appartenance possible à un des groupes les plus exposés au VIH : migrants d'Afrique subsaharienne, mais aussi français de Guadeloupe, Martinique et surtout Guyane. Dès lors, le prestataire du dépistage peut faire l'économie d'une question qu'il suppose gênante pour l'utilisateur : celle du sexe des partenaires. La peau noire étant traitée comme un facteur de risque pour le VIH, inutile d'en chercher d'autres. L'extrait de consultation suivant illustre le statut de la peau noire dans le classement des usagers du dépistage. Une femme noire entre dans le bureau et tend le questionnaire qu'elle a rempli en salle d'attente. On peut y lire son âge (17 ans) et son pays de naissance : « ~~Guyane~~ France ». Le médecin, Vincent Bantuel, homme blanc d'une cinquantaine d'années, commente :

Vincent Bantuel : « Vous avez mis Guyane et vous avez rayé. Vous avez raison car au niveau administratif c'est la France, mais au niveau des pathologies, par exemple le VIH et le paludisme, ces pathologies sont plus répandues qu'en France. »

Consultante : OK.

Vincent Bantuel : Vous êtes allée jusqu'au lycée et maintenant vous ne travaillez pas, c'est ça ?

Consultante : Oui.

Vincent Bantuel : Vous avez un partenaire régulier ?

Consultante : Oui. »⁷⁰⁷

Si le classement des usagers par leur couleur de peau permet aux agents du dépistage de s'épargner et de leur épargner des questions sur leur éventuelle homosexualité, il a aussi d'autres effets. On va voir qu'il permet aussi de jouer d'une homologie de position sous un rapport social, ici racial, pour atténuer la distance de classe ou l'asymétrie inhérente à la relation de service, et ici de conseil.

2. Classer pour atténuer ou maintenir la distance

⁷⁰⁷ CDAG hospitalier parisien, notes d'observation, 2 juillet 2013.

Le classement des publics permet en effet aux agents du dépistage de mobiliser une connivence liée à une homologie de position pour atténuer la distance avec leurs interlocuteurs, et faciliter une conversation sur des pratiques intimes.

Ainsi Mehdi, salarié de AIDES récemment recruté par l'association qu'il considère comme un « tremplin pour faire du travail social », sans autre expérience militante, titulaire d'une licence de psychologie, déambule sur le terre-plein autour de la Place Pigalle, lors d'une action menée par l'association un samedi soir. Il interpelle des hommes assis en groupe :

« T'as jamais fait de test ? Ça dure deux minutes ! Tu viens de quel pays ? » (Réponses : Tunisie et Mali)

Puis il m'explique : « Comme ils me voient comme arabe ils se disent c'est pas que pour les Européens le test. »

Lorsqu'il le juge utile, il joue aussi de la connaissance partagée des codes de drague entre hommes. Il me raconte les actions de dépistage sur des aires d'autoroute entourées de forêts qui sont des lieux de drague gays :

« Je fais appât, je leur dis "fais ton test d'abord et après on y va ensemble", puis le mec oublie. »⁷⁰⁸

Lors d'une action de l'association AIDES dans un foyer de travailleurs migrants à Paris, près de la porte de Clichy, c'est la condition commune d'immigré que mobilise Franck, salarié de AIDES, né au Gabon, afin d'engager la conversation avec un homme sénégalais vivant dans le foyer lorsque celui-ci jette un œil curieux sur le stand de l'association et lui dit :

« Je repars travailler »

Franck : « En Afrique on a une espérance de vie plus courte, tu sais, c'est parce qu'on travaille trop ! »

[Ils rient tous les deux]⁷⁰⁹

Les conseils étant inévitablement normatifs, les agents du dépistage les accompagnent donc souvent de stratégies pour atténuer la distance sociale qui les sépare de celles et ceux à qui ils les donnent. Mais ce n'est pas toujours le cas. L'extrait de consultation suivant est parsemé de jugements normatifs (« vous êtes trop jeune... »), voire d'ordres (« il ne faut pas... »). Ici, la médecin ne fait rien pour atténuer la distance de classe avec son

⁷⁰⁸ AIDES Paris, action en camion à Pigalle un samedi soir, notes d'observation, 12 mai 2012.

⁷⁰⁹ AIDES Paris, action dans un foyer de travailleurs migrants, notes d'observation, 22 janvier 2013.

interlocutrice, vendeuse, et s'appuie sur la proximité de genre pour porter un jugement négatif sur son partenaire :

Yasmina Slimani : « Pourquoi vous faites le test ?

Consultante (femme de 26 ans, vendeuse, blanche) : Je ne suis pas sûre de mon partenaire.

Yasmina Slimani : Pourquoi ?

Consultante : Parce qu'il n'arrête pas de me tromper.

Yasmina Slimani : Pourquoi vous mettez pas de préservatif ?

Consultante [rire accompagné d'un geste de la main balayant l'air par-dessus son épaule] : Parce que je suis bête, qu'est-ce que vous voulez que je vous dise !

Yasmina Slimani : Il faut pas accepter, je vous dis pas qu'il faut pas accepter de rapports mais il faut pas accepter sans préservatif.

Consultante : J'ai peur d'être enceinte.

Yasmina Slimani : Vous êtes pas sous pilule ? Vous êtes jeune pour avoir des rapports comme ça si vous êtes pas sûre du papa. Vous êtes pas bête, il vous mérite pas. Il a quel âge ?

Consultante : 27 ans.

Yasmina Slimani : Il est plus âgé que vous et la relation est trop... [geste avec les mains en surplomb, évoquant l'emprise]. Il fait quoi ?

Consultante : Rien. J'ai choisi le plus con.

Yasmina Slimani : S'il ne met pas le préservatif il faut le quitter. Il faut arrêter les rapports non protégés et sans pilule. Je vais vous donner des préservatifs, et si vous voulez essayer les préservatifs de femmes, vous allez voir, c'est expliqué.

Consultante : Ah ça existe ? »⁷¹⁰

Après le départ de la consultante, Yasmina Slimani commente ainsi sa conduite de l'entretien :

⁷¹⁰ CDAG de Fondange, notes d'observation, 7 février 2012.

« Je lui montre que je la vois comme quelqu'un qui peut larguer l'autre. C'est nous qui sommes des acteurs de notre vie. Elle me fait de la peine, je la sens fragile, dominée. »

Lorsque les médecins, infirmiers et salariés associatifs observés situent explicitement leurs interlocuteurs dans le monde social, c'est en mettant en évidence dans l'entretien les difficultés préventives pouvant découler d'une position dominée. C'est particulièrement net pour les rapports sociaux de sexe, comme le montre cette consultation, où Yasmina Slimani, médecin au CDAG de l'hôpital de Fondange, rapporte les difficultés d'une femme à utiliser des préservatifs à une relation inégalitaire avec son partenaire.

Les entretiens menés lors du prélèvement sanguin par une infirmière du Checkpoint montrent également qu'une commune appartenance de genre facilite l'échange sur la sexualité et les pratiques préventives.

Ainsi, à une femme de 27 ans mentionnant un rapport sexuel sans préservatif six mois auparavant, ce sur quoi le médecin, un homme d'une cinquantaine d'années, n'a pas rebondi, l'infirmière demande :

Infirmière : « D'habitude les rapports sexuels sont protégés? »

Consultante : Oui.

Infirmière : Et là il y avait peut-être des raisons pour lesquelles vous avez été moins vigilante? Plus fragile? »⁷¹¹

Comme l'appartenance de genre, la connaissance partagée des modes de sociabilité gay permet aux médecins du Checkpoint, presque tous membres de l'Association des Médecins Gays, d'aborder des questions intimes de façon plus ou moins elliptique, comme ce médecin qui pose lors de chaque entretien avec des gays la même question contenant sa réponse :

« Vous protégez les pénétrations? Les fellations non? »⁷¹²

Les réponses des consultants confirment que les pénétrations sont en général protégées, les fellations jamais.

Ces observations suggèrent que, lorsqu'elles sont communes aux deux interlocuteurs, l'appartenance de genre, l'orientation sexuelle et l'histoire migratoire peuvent être mobilisées pour créer une complicité atténuant la distance sociale et facilitant l'entretien. L'interaction donne lieu, de la part de l'agent prestataire du service, à ce que Yasmine Siblot a identifié dans les bureaux de poste comme un « travail de positionnement

⁷¹¹ Checkpoint, notes d'observation, 7 mai 2012.

⁷¹² Checkpoint, notes d'observation, 7 mai 2012.

social »⁷¹³, qui ne réduit pas la distance sociale mais permet d' « établir une domination bienveillante »⁷¹⁴.

À l'inverse, autant l'asymétrie des positions de classe ne fait jamais l'objet de commentaires de la part des médecins, infirmiers et salariés associatifs observés, autant, lorsqu'une gêne est perceptible dans l'entretien, ils la rapportent à d'autres rapports sociaux, comme lorsque le médecin du Checkpoint cité plus haut se sent « mal à l'aise avec ces jeunes filles ».

Cependant, si la position commune sous un rapport social (de sexe et de sexualité souvent, de « race » et de classe plus rarement) permet aux agents du dépistage de neutraliser leur (relative) domination sociale, l'opération fonctionne d'autant mieux que les positions de classe sont proches, comme au Checkpoint où les niveaux de revenus et de diplômes rapprochent les consultants des médecins et infirmiers.

L'observation de la pratique d'une jeune interne de 25 ans dans un des CDAG montre qu'elle joue de la connivence du groupe d'âge pour entrer en relation, comme l'indiquent les termes qu'elle utilise dans des consultations avec des jeunes adultes et qu'elle n'utilise pas avec d'autres personnes plus âgées (« carrément », « super », « c'est chiant »). Elle explore plus volontiers la position sociale de ses interlocuteurs quand elle les perçoit comme appartenant comme elle à la jeunesse étudiante :

À une jeune femme noire d'environ 25 ans : « Dans quoi vous travaillez ? »

Consultante : Je suis étudiante en AES. »

À une autre jeune femme paraissant le même âge, blanche : « Vous travaillez dans ? »

Consultante : Je fais des études de communication, et je travaille dans la restauration. »

Ce repérage de la position de classe lui permet de mettre en évidence, dans l'entretien, ce que la relation amoureuse peut avoir d'inégalitaire et en quoi l'asymétrie des positions de classe met en difficulté le ou la dominée du couple pour se protéger. Elle demande ainsi à un homme nord-africain d'environ 35 ans :

Interne : « Et votre copine elle a fait le test VIH ? »

Consultant : Elle est vexée quand je lui demande, elle le prend malment.(sic)

⁷¹³ Yasmine Siblot, « Contraintes et ambivalences du travail d'accueil du public », *Informations sociales*, 2010, 158 (2), pp. 102-110.

⁷¹⁴ Yasmine Siblot, « Stigmatisation et intégration sociale au guichet d'une institution familiale. Le bureau de poste d'un quartier populaire », *Sociétés contemporaines*, 2002, 47, pp. 79-99.

Interne : Normalement dans une démarche de couple on le fait.

Consultant : Ça veut dire qu'il faut que je l'incite à le faire?

Interne : Ben oui. Vous faites quoi comme études?

Consultant : Je cherche un emploi, elle est étudiante, elle a plus de savoir que moi.

Interne : Vous êtes pas bête, vous avez le droit. »⁷¹⁵

Ses consultations se terminent sur des commentaires rassurants et dédramatisants quant aux difficultés préventives, et teintés d'humour :

« Vous savez qu'il faut se protéger, tout le monde sait en fait [sourire], tous ceux qui viennent ici, mais ils viennent quand même pour des rapports non protégés. » [La consultante et l'interne rient toutes deux.]⁷¹⁶

Si les agents du dépistage recourent à l'homologie de position sous un rapport social pour faciliter l'entretien en atténuant l'asymétrie de la relation et la différence de condition sociale⁷¹⁷, c'est lorsque le partage d'une position dominée - sous ce rapport social - le permet, par l'usage de représentations communes qui « vont sans dire », comme lorsque le militant de AIDES tourne en dérision le cliché raciste sur la paresse des Africains pour souligner au contraire à quel point le travail les use prématurément. Lorsque cette condition n'est pas remplie, le franchissement des frontières de classe, de genre et des frontières nationales dans le cadre contraint de l'entretien de dépistage prend du temps, trop de temps au regard des normes institutionnelles, comme le montre le rappel à l'ordre dont fait l'objet un des internes travaillant au CDAG de l'hôpital de Grainde, dont les consultations sont plus longues que celles des autres médecins :

« Il bavarde trop ce petit, résultat on rattrape », dit une des chefs de clinique en entrant dans le bureau en fin de matinée, et elle prend la moitié des dossiers restants pour s'occuper des personnes qui attendent.⁷¹⁸

Ce jeune médecin s'efforce, par divers moyens, de mettre au jour les effets des conditions de vie de ses interlocuteurs sur leurs pratiques préventives, et d'élaborer avec eux des moyens de rendre ces pratiques moins difficiles.

⁷¹⁵ CDAG de Grainde, notes d'observation, 6 mars 2012.

⁷¹⁶ CDAG de Grainde, notes d'observation, 6 mars 2012.

⁷¹⁷ Pour la différence entre position sociale et condition sociale, voir Pierre Bourdieu, « Espace social et genèse des "classes" », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 1984, 52-53, pp. 3-14 : « Il faut se garder de traiter l'homologie de position, ressemblance dans la différence, comme une identité de condition. »

⁷¹⁸ CDAG de Grainde, notes d'observation, 3 avril 2012.

Une femme de 20 ans environ, antillaise, parlant de son petit copain : « Mais il peut être infidèle.

Interne : C'est pas moi qui l'ai dit. Avec un partenaire occasionnel vous vous protégez?

Consultante : Oui.

Interne : À votre demande ou la sienne?

Consultante : Les deux.

Interne : Des fois les filles nous disent "mon mec veut pas de préservatif" mais vous êtes en position de refuser le rapport sexuel si y a pas de préservatif, comme ça il va s'y faire. »

Elle sourit.

Avec un homme d'une vingtaine d'années, comprenant mal le français, il prend le temps de reformuler certaines phrases, parle plus lentement, et cherche à le faire parler de sa vie en Algérie :

Interne : « Vous avez déjà fait le test?

Consultant : Jamais, il n'y a pas ça en Algérie, vos affiches [il montre les murs] c'est honteux en Algérie, on est périmé en Algérie. »

*Ils rient*⁷¹⁹.

Tous les deux posent leurs coudes sur le bureau, penchés l'un vers l'autre, les yeux dans les yeux, manifestement très attentifs. Ici, tout sépare ces deux hommes jeunes, sauf leur âge et leur appartenance de genre. Mais, comme dans d'autres entretiens, le médecin ne cherche pas à s'appuyer sur une connivence entre hommes hétérosexuels. La communauté de condition n'est mobilisée pour créer une complicité que lorsque c'est une condition dominée qui est partagée, en tant que femme, homosexuel ou immigré, et cette ruse de la relation de service parvient d'autant mieux à faire oublier la distance de classe que celle-ci est faible, comme au Checkpoint.

La distance sociale reprend d'ailleurs immédiatement ses droits quand un médecin, loin de chercher à rendre la relation plus confortable pour son interlocuteur, en use pour chapitrer sans ménagement son interlocuteur, comme lors de cette consultation au CDAG où une médecin trentenaire blanche use de la peur et de la remontrance face à un homme de 21 ans, noir, qui lui a répondu avoir eu des rapports sexuels sans préservatifs :

⁷¹⁹ CDAG de Grande, notes d'observation, 3 avril 2012.

« C'est une très mauvaise réponse, vous avez mis votre deuxième nana en danger. »⁷²⁰

Commentant un peu plus tard sa fermeté de ton, elle m'expliquera : « les jeunes je leur mets la tête au carré. » Cette fois, la position de classe et l'appartenance nationale réelle ou supposée permettent de maintenir la distance malgré la proximité générationnelle.

Ce type d'interaction n'est jamais retrouvée au Checkpoint, où les positions de classe - dominantes - sont plus homogènes entre médecin et consultant, ni à AIDES, où les positions - dominées - sont aussi plus homogènes. Là où les partisans de la « santé communautaire » verraient un des effets de l'approche « communautaire », « non-jugeante », on peut avancer un autre constat, sociologique : *la suspension du jugement moral est plus probable lorsque la distance de classe est faible.*

On trouve ici une confirmation de l'analyse de Luc Boltanski sur les consultations de PMI, où il montre que la relation est d'autant plus autoritaire et injonctive que la distance sociale est élevée entre les médecins et les femmes⁷²¹. L'enquête apporte un prolongement de cette analyse sur un terrain où s'articulent plusieurs rapports sociaux : *la complicité de genre, l'expérience de l'homosexualité ou de la migration sont utilisées par les prestataires pour faciliter l'échange verbal malgré la distance de classe.* L'inverse n'est pas vrai : Franck peut s'inclure explicitement dans un « nous » africain lorsqu'il intervient dans un foyer de travailleurs migrants, Éric Romero s'inclut explicitement dans un « nous » gay lorsqu'il parle des lieux de drague gays avec les usagers du Checkpoint, la jeune interne du CDAG de Graine s'inclut explicitement dans un « nous » féminin et un « nous » jeune lorsqu'elle s'adresse à une jeune fille qui n'ose pas proposer un préservatif à son partenaire, mais jamais l'enquête n'a retrouvé d'interaction où le prestataire du dépistage s'incluait dans un « nous » bourgeois ou un « nous » populaire pour faciliter l'échange verbal entre un homme et une femme, par exemple. Première hypothèse : le « nous » de classe n'a pas besoin d'être verbalisé parce qu'il va de soi. Deuxième hypothèse, complémentaire et non contradictoire : la distance de classe favorise la verbalisation d'un « nous » féminin, gay, immigré, jeune, qui tient lieu de manipulation symbolique pour atténuer la distance de classe et faciliter l'échange. Troisième hypothèse, plus spécifique à la relation observée : si l'empathie revendiquée par mes enquêtés désigne la capacité à voir le monde avec les yeux de l'autre, alors la position de classe résiste mieux à l'instrumentalisation empathique des soignants que d'autres appartenances sociales.

Le terrain enquêté, qui met en relation de face-à-face, pour un temps court, deux individus occupant des positions propres dans les rapports sociaux, permet de comprendre comment s'appliquent les lois de l'homologie sociale dans un cadre où la relation ne peut,

⁷²⁰ CDAG de Graine, notes d'observation, 5 juin 2012.

⁷²¹ Luc Boltanski, *Prime éducation et morale de classe*, Paris, EHESS, Cahiers du Centre de Sociologie Européenne, 1984 (1969), pp. 72-76 ; Boltanski L, *La découverte de la maladie. La diffusion du savoir médical*, Paris, EHESS-Centre de Sociologie Européenne, 1968, pp. 47-51.

pour des raisons professionnelles, être rompue pour cause de trop grande distance sociale : le service doit être rendu, même si la distance sociale est telle qu'on n'a rien à se dire. Dans ce cas de figure, soit la proximité de classe facilite l'entrée en relation sans qu'elle ait besoin d'être verbalisée, soit la distance de classe nécessite d'être neutralisée par diverses ruses, dont le jeu avec les appartenances de genre, de génération, la sexualité et l'histoire migratoire.

Dans son enquête auprès d'agents de caisses d'allocations familiales, Vincent Dubois met en évidence les « conditions sociales de la compassion » : la proximité (de position sociale, de situation, d'âge ou de sexe) avec les usagers, l'absence d'activation par les usagers de la peur de déchoir latente chez les agents (condition éventuellement contradictoire avec la première), et l'allégeance des usagers à une forme de « bonne morale sociale »⁷²². Sur mon terrain, l'usage de la proximité et de la distance (de classe, d'origine nationale ou géographique, de sexe, de sexualité) semble plus conscient et instrumental, et permet précisément de conjurer ce qui fait ici figure de contre-modèle : la leçon de morale. C'est cet usage instrumental de la proximité et de la distance sociales qui m'amène à parler des ruses des agents du dépistage pour contrôler l'interaction.

La ressemblance de ces ruses avec celles mises en évidence par Delphine Serre dans son travail sur les assistantes sociales⁷²³ invite à généraliser l'analyse à d'autres relations de travail combinant proximité spatiale et distance sociale entre le destinataire et le prestataire d'un service.

Par l'analyse des pratiques de classement spontanées et des pratiques de soin, l'observation ethnographique a permis de comprendre les conditions dans lesquelles les agents se saisissent d'une propriété visible qu'ils pourraient partager et développent des stratégies de rapprochement, et d'enraciner l'exploration de ces questions théoriques dans celle des conditions de travail. Le classement spontané des destinataires par les prestataires doit être rapide et efficace. Rapide, parce que la salle d'attente déborde. Efficace, parce qu'en quelques minutes il faut trouver un moyen de parler de pratiques intimes sans offenser l'interlocuteur et sans perdre la face. Mais aussi parce que ce classement permet de standardiser le service fourni en fonction de la catégorie dans laquelle aura été classé le destinataire du service. Et ce faisant, on va le voir, de gagner du temps.

3. Classer pour standardiser le service fourni

⁷²² Vincent Dubois, *La vie au guichet. Relation administrative et traitement de la misère*, Paris, Economica, 2003, pp. 121-124.

⁷²³ Delphine Serre, « Travail social et rapport aux familles : les effets combinés et non convergents du genre et de la classe », *Nouvelles Questions Féministes*, 2012, 31 (2), pp. 49-64.

Outre les logiques de ciblage des publics et d'atténuation de la distance sociale, le repérage des appartenances sexuelles et nationales débouche sur des entretiens d'autant plus standardisés que la personne correspond à une certaine représentation du groupe : non-francophone pour les étrangers, multi-partenaires pour les gays.

Les entretiens faits par une salariée de AIDES avec huit femmes nigérianes, prostituées, sont quasiment identiques. Menés en anglais (avec mon aide pour la traduction), ils sont plus rapides (malgré le temps nécessaire à la traduction) que ses autres entretiens. Ils durent 14 à 23 minutes, alors que ses autres entretiens durent 20 à 33 minutes (voire 40 minutes pour un entretien auquel je n'ai pas assisté, étant dans la salle d'attente). Les questions qu'elle pose à ces huit femmes sont moins variées, et elle ne rebondit pas sur leurs tentatives d'exprimer d'autres besoins. Ainsi elle interrompt, à cause de la file d'attente, une femme de 36 ans, nigériane, prostituée, ayant laissé ses trois enfants au Nigéria, lorsqu'elle manifeste son soulagement face au résultat négatif du test (« our work is dangerous, thanks god ! ») et son souhait de parler de son nouveau « boyfriend » rencontré deux mois auparavant. Elle coupe court à la demande de deux autres femmes, de 25 et 36 ans, nigérianes également, prostituées, sans enfant, inquiètes d'être enceintes, et leur donne les adresses de centres de planning familial⁷²⁴. La logique de rentabilité imposée aux associations, mise en évidence aux chapitres précédents, conduit donc leurs salariés à écourter les entretiens avec des usagers pourtant surexposés au risque de contamination.

Comme au CDAG situé dans l'hôpital de la même ville, c'est avec les personnes migrantes que la standardisation de l'entretien est maximale, surtout lorsqu'il se déroule en anglais, comme au CDAG avec de nombreux hommes pakistanais récemment arrivés en France et adressés au CDAG par Médecins du Monde. L'entretien se résume alors en général à quelques questions, en anglais : y a-t-il eu des rapports sexuels non protégés ? Des injections de drogues ? Des transfusions ? Le pays d'origine et éventuellement la date d'arrivée en France. Cependant, à la différence des CDAG où la possibilité de recevoir un traitement post-exposition aux urgences en cas de rapport sexuel sans préservatif est en général expliquée aux hommes homosexuels et exceptionnellement aux personnes migrantes, ces explications (longues et relativement complexes) sur le traitement post-exposition sont fréquentes à AIDES, y compris avec les personnes migrantes en dépit des difficultés de traduction, et systématiques avec les personnes prostituées, comme dans les huit entretiens évoqués plus haut.

Outre les situations où les obstacles linguistiques pourraient expliquer l'homogénéité des entretiens, l'observation de l'ensemble des entretiens permet de distinguer trois types d'entretiens, ajustés à trois groupes perçus comme suffisamment homogènes pour leur appliquer un traitement standard : 1) aux gays un entretien expliquant par le menu - et comme un menu entre lesquels chacun pourrait choisir - l'échelle des risques de contamination selon les pratiques sexuelles (pénétration avec ou sans préservatif, fellation

⁷²⁴ AIDES, Grande, action au local, notes d'observation, 29 juin 2012 et 3 juillet 2012.

avec ou sans contact avec le sperme, etc.) ; 2) aux personnes étrangères ou supposées l'être, hommes ou femmes, un rappel des modes de contamination et de prévention par l'usage de préservatifs ; 3) aux hommes et femmes hétérosexuels supposés français, des entretiens plus difficiles à rassembler sous un modèle commun, car plus variés selon les éléments apportés par l'entretien (conditions plus ou moins difficiles d'une éventuelle rupture amoureuse, difficultés d'utilisation des préservatifs, peur du test, etc.).

Afin d'exemplifier cette typologie nécessairement réductrice, voici trois interactions correspondant à ces trois entretiens idéal-typiques :

1) Au Checkpoint, Vincent Rueff fait entrer dans le bureau de consultation un homme, blanc, en tenant à la main un dossier où figure son âge : 47 ans. En 2012, les rares consultants hétérosexuels du Checkpoint étaient signalés au médecin par sa collègue de l'accueil, afin qu'il lui donne à remplir, à l'issue de la consultation, un questionnaire spécifiquement destiné aux hétérosexuels et détaillant moins les pratiques sexuelles que celui destiné aux homosexuels. Par déduction, le médecin sait donc que cet homme de 47 ans est homosexuel.

Vincent Rueff : « Vous êtes déjà venu ? »

Consultant : Oui je me fais dépister tous les six mois.

Vincent Rueff : Qu'est-ce qui fait que vous revenez ?

Consultant : J'ai des pratiques à risque.

Vincent Rueff : C'est des rapports sans capote ?

Consultant : Oui, depuis un an.

Vincent Rueff : Actif ou passif ?

Consultant : Passif.

Vincent Rueff : Oui donc il y a un risque clair.

Consultant : Oui. Je suis en couple depuis dix ans, c'est vrai que les rapports sont moins fréquents, et puis ça fait vingt ans que je mettais des capotes.

Vincent Rueff : Et qu'est-ce qui fait qu'il y a ce relâchement ?

Consultant : Je suis arrivé à Paris en 93...

Vincent Rueff : Oui ça fait moins peur maintenant.

Consultant : Ouais.

[Trente minutes plus tard, Vincent Rueff lui rend le résultat du test, négatif.]

Vincent Rueff : Bien, tout va bien.

Consultant : Bon.

Vincent Rueff : Visiblement il se passe quelque chose en ce moment.

Consultant : Oui.

Vincent Rueff : Peut-être voir un sexologue, un psychologue ? On en a ici.

Consultant : Il y a toujours le TPE ? [traitement post-exposition]

Vincent Rueff : Oui, aux Urgences. Au pire du pire vous pouvez prendre le traitement du partenaire et vous allez aux Urgences dès que possible. »⁷²⁵

Cette interaction a duré neuf minutes : sept avant le résultat et deux après le résultat. Le conseil final, hétérodoxe au regard des limites posées par l'institution médicale aux pratiques d'automédication⁷²⁶, est significatif de la souplesse et de l'étendue du répertoire de pratiques préventives conseillées par les médecins dans ce centre, et connues et mises en œuvre par les gays qui le fréquentent.

2) Au CDAG de Grainde, un homme entre dans le bureau de consultation. L'interne qui l'accueille, un homme de 23 ans, blanc, en troisième semestre d'internat, lit les informations figurant sur le dossier informatisé, où sont notés son sexe, son âge (26 ans) et son pays de naissance. Il parle français, mais l'interne ralentit son débit de parole suite à la question sur le motif de recours au test, qui lui a semblé mal comprise :

Interne : « Donc vous venez du Pendjab ?

Consultant : Oui.

Interne : Vous êtes en France depuis ?

Consultant : 2003.

Interne : Vous avez déjà fait les tests ?

Consultant : Jamais.

Interne : Et qu'est-ce qui vous amène ?

Consultant : Des allergies.

Interne : Nous on cherche des virus qui s'attrapent par les rapports sexuels, et aussi l'hépatite C qui est fréquente au Pendjab. De quand date votre dernier rapport sexuel ?

⁷²⁵ Checkpoint, notes d'observation, 18 juin 2012.

⁷²⁶ Analysées par Sylvie Fainzang, *L'automédication ou les mirages de l'autonomie*, Paris, PUF, 2012.

Consultant : Plus d'un mois.

Interne : Avec un préservatif ? Condom ?

Consultant : Oui.

Interne : À chaque fois ?

Consultant : Non.

Interne : Il faut le mettre. Vous avez des papiers ?

Consultant : Non.

Interne : Vous avez une femme en Inde ?

Consultant : Non.

Interne : Vous connaissez les risques quand on se protège pas pendant les rapports sexuels ?

Consultant : Non.

Interne : le VIH, l'hépatite B et d'autres bactéries. Avec le préservatif on évite tout ça. S'il y a un rapport sexuel à risque on peut vous traiter dans les deux jours selon le risque, très faible pour une fellation, plus pour une pénétration vaginale, très important pour une pénétration anale. D'ici les résultats faites attention à vous. »⁷²⁷

Cette consultation a duré sept minutes. Après la sortie de cet homme, l'interne me dit n'être pas certain qu'il ait compris sa dernière explication sur le traitement post-exposition et le niveau de risque de contamination selon les pratiques sexuelles, mais la longueur de la file d'attente dans le couloir ne lui laisse pas le temps de s'en assurer auprès de son interlocuteur.

3) Dans le CDAG hospitalier parisien, Laurence Lupin fait entrer dans son bureau une jeune femme noire qui lui tend le questionnaire qu'elle a rempli en salle d'attente. On peut y lire son âge (20 ans), sa nationalité (française) et son métier (« esthétique et escort »). Dans cette interaction intégralement retranscrite, très longue, on verra que la connaissance de cet élément oriente l'entretien et débouche sur des conseils adaptés à un niveau de risque élevé (de contamination par le VIH, mais aussi d'agression) :

Laurence Lupin : « Vous n'êtes jamais venue ?

Consultante : Non.

Laurence Lupin : Vous avez déjà fait le test ?

⁷²⁷ CDAG de Grainde, notes d'observation, 3 avril 2012.

Consultante : Oui mais j'ai pas récupéré le résultat. Ici on m'a dit que j'aurai le résultat tout de suite ?

Laurence Lupin : On va voir, ça dépend de ce que vous allez me raconter. [Elle parcourt le questionnaire.] Vous habitez la grande couronne, vous travaillez en esthétique et escort. Comme études vous vous êtes arrêtée où ?

Consultante : CAP.

Laurence Lupin : Ça fait lycée dans notre questionnaire.

Consultante : Oui.

Laurence Lupin : Vous êtes escort dans les bars, au téléphone ?

Consultante : Les deux.

Laurence Lupin : Vous avez une sécurité sociale ?

Consultante : Celle de ma mère.

Laurence Lupin : Alors pourquoi faites-vous un test ? Racontez-moi...

Consultante : J'ai eu des rapports sans préservatif.

Laurence Lupin : Avec un copain ? Dans votre métier ?

Consultante : Oui.

Laurence Lupin : Vous avez des rapports avec des clients ?

Consultante : Oui et parfois je suis pressée, j'ai un rendez-vous, j'ai pas le temps de mettre un préservatif.

Laurence Lupin : Et les clients, ils préfèrent avec ? Sans ?

Consultante : Avec. Mais si y en a pas ils s'en foutent.

Laurence Lupin : Vous faites ça pour arrondir les fins de mois ? Ou dans un réseau ou... ?

Consultante : Pour arrondir les fins de mois.

Laurence Lupin : Vous avez une contraception ?

Consultante : J'ai arrêté l'implant. Je demande aux clients d'éjaculer en dehors. Je vais bientôt avoir un stérilet.

Laurence Lupin : Ça limite le risque mais ça le limite pas à zéro, pour la grossesse et le VIH. Pour la grossesse vous savez quoi faire s'il y a un préservatif qui éclate ?

Consultante : Un test de grossesse.

Laurence Lupin : Oui, mais avant vous pouvez prendre la pilule du lendemain. Vous avez déjà fait une IVG ?

Consultante : Oui.

Laurence Lupin : Bon, je suppose que c'est pas utile de renouveler l'expérience ?

Consultante : Non.

Laurence Lupin : La pilule du lendemain on peut l'avoir à la pharmacie de garde ou en centre de planning familial. Et pour le VIH c'est difficile pour vous d'avoir des préservatifs dans le sac ?

Consultante : Ben j'ai jamais de sac à cause des agressions.

Laurence Lupin : Et sur vous ?

Consultante : J'en ai dans mon manteau mais des fois [il n'] y en a plus.

Laurence Lupin : Alors il y a la pilule d'urgence pour les grossesses et le traitement d'urgence pour le VIH, dans les 48 heures : il empêche le virus de s'installer si vous le rencontrez. Vous savez au bout de combien de temps on peut faire le test pour le VIH ?

Consultante : Quinze jours.

Laurence Lupin : C'est six semaines, mais c'est bien de faire un test tous les six mois parce qu'avec votre travail vous êtes exposée. Vous savez quel est l'intérêt du test ?

Consultante : Pouvoir prendre un traitement.

Laurence Lupin : C'est ça. L'idéal serait de se protéger tout le temps. Et si c'est pas possible, de faire un test régulièrement. Je reprends le questionnaire. Vous avez un suivi gynécologique régulier ?

Consultante : Oui.

Laurence Lupin : Vous diriez que sur cent clients, vous mettez des préservatifs avec combien ?

Consultante : Tout le temps.

Laurence Lupin : Ah d'accord c'est vraiment exceptionnel. Vous avez des relations avec des femmes parfois ?

Consultante : Oui.

Laurence Lupin : Pour la fellation vous mettez des préservatifs ?

Consultante : Pas souvent.

Laurence Lupin : Alors il vaut mieux éviter le sperme dans la bouche.

Consultante : Ça je sais.

Laurence Lupin : Et de se laver les dents juste avant de recevoir un client.

Consultante : Ah bon ?! [air surpris]

Laurence Lupin : Oui parce que ça peut faire saigner un peu. Vous avez voyagé à l'étranger ?

Consultante : Non.

Laurence Lupin : Déjà été en prison ?

Consultante : Non.

Laurence Lupin : Pris des drogues ?

Consultante : Oui, en sniff.

Laurence Lupin : De la coke ?

Consultante : Oui.

Laurence Lupin : C'est les clients qui proposent ?

Consultante : Non, c'est avec ma copine qui travaille avec moi.

Laurence Lupin : Vous connaissez les risques ?

Consultante : Non.

Laurence Lupin : Ça augmente le risque d'accident cardiaque, et d'hépatites si on partage le matériel. Donc on conseille de ne pas partager le matériel. Vous êtes dans une organisation de vie qu'est compliquée, donc mieux vaut éviter de mettre le doigt dans ce qui vous emmène dans des choses encore plus compliquées.

Consultante : Mmmmh...

Laurence Lupin : Vous avez des piercings ?

Consultante : Oui.

Laurence Lupin : Des tatouages ?

Consultante : Oui.

Laurence Lupin : La dernière pénétration protégée c'était quand ?

Consultante : Il y a une semaine.

Laurence Lupin : Avec un client ?

Consultante : Oui.

Laurence Lupin : Je vais vous faire un test rapide et un test classique mais les deux ne seront pas suffisamment fiables. Je vous fais les deux parce que si jamais c'était positif on pourrait enclencher la prise en charge. Vous avez déjà réfléchi au fait d'être séropositive ?

Consultante : Oui.

Laurence Lupin : Vous savez ce qui se passe dans ce cas ?

Consultante : Non.

Laurence Lupin : On fait un bilan complémentaire ; si tout va bien on vous laisse tranquille, et si le virus devient plus agressif on vous propose un traitement. Vous je vous conseille de faire un test régulièrement parce que vous avez une activité professionnelle qui vous expose.

Consultante : Non mais là je mettrai des préservatifs toujours.

Laurence Lupin : Vous allez vous organiser petit à petit. Et puisque vous décidez de mettre des préservatifs toujours, si jamais un préservatif craque ne prenez pas le risque d'être infectée et venez aux urgences pour prendre un traitement d'urgence.

Consultante : OK.

Laurence Lupin : Je vous propose aussi de faire un test de dépistage pour le Chlamydiae. Si c'est positif c'est pas compliqué : on donne un antibiotique et ça règle le problème. Pour vous on conseille de le faire régulièrement aussi.

Consultante : OK.

Laurence Lupin : Pour le VIH si vous voulez vraiment remettre les choses à plat, il faudra refaire une prise de sang dans six semaines. Après c'est à vous de construire votre stratégie. [Elle se recule de la table comme pour mettre fin à l'entretien, puis se ravise car elle s'aperçoit qu'elle n'a pas complété tout le questionnaire informatique.] Vous aviez quel âge aux premiers rapports sexuels ?

Consultante : [Elle rit.]

Laurence Lupin : Non dites, 12, 13, 14, 15 ?

Consultante : 15.

Laurence Lupin : OK. »⁷²⁸

Cette interaction, une des plus longues du corpus, a duré 34 minutes. Dans le CDAG hospitalier parisien, quelle que soit la nationalité et la couleur de peau, la question de

⁷²⁸ CDAG hospitalier parisien, notes d'observation, 21 mai 2013.

l'homosexualité est posée, y compris aux femmes, comme c'est le cas ici. Après la consultation, Laurence Lupin m'expliquera que cette information peut être utile pour dépister et traiter certaines infections sexuellement transmissibles fréquentes chez les lesbiennes et les femmes bisexuelles. Elle ajoutera qu'elle a posé la question du niveau d'études pour adapter les informations qu'elle allait transmettre, non pour les rendre plus simples, mais pour les rendre plus complètes.

Ce point est important : là où Luc Boltanski⁷²⁹ montre que les médecins expliquent d'autant moins et ordonnent d'autant plus qu'ils estiment leurs patients peu éduqués, cette interaction apporte une correction partielle. La courte durée de fréquentation du système scolaire, lorsqu'elle est déduite par le médecin sur la base d'indices - d'appréciation subjective et éventuellement erronée, comme on l'a vu - tels que l'aisance verbale, l'accent, l'habillement ou la couleur de peau, peut le conduire à démissionner du rôle pédagogique qu'il se donne (c'est le cas dans les interactions les plus courtes de mon corpus, qui relèvent en général du type 2). Lorsqu'elle est objectivée, elle peut l'amener au contraire à investir d'autant plus ce rôle pédagogique qu'il juge que des connaissances manquent à son interlocuteur et que celui-ci ne les aura pas acquises par d'autres sources (presse, famille, amis, institutions scolaire ou médicale), comme ici les modalités de contraception d'urgence ou de traitement d'urgence pour réduire le risque de contamination par le VIH.

Les entretiens les plus personnalisés, déroulant les questions soulevées au fil de l'entretien selon les éléments amenés par la personne, sont menés par les médecins du CDAG hospitalier parisien et par un militant de AIDES qui posent systématiquement la question de la profession et du niveau d'études, et qui en font quelque chose. Ce qui les rassemble, par-delà la diversité de leurs origines sociales, c'est d'avoir reçu une formation en santé publique, c'est-à-dire à une approche collective de la santé, à l'échelle d'une population ou d'un territoire. Dans leurs cas, cette question est posée explicitement dans l'entretien, et non seulement dans le questionnaire écrit recueilli dans la salle d'attente. Ce militant de AIDES est celui qui conteste le ciblage « communautaire » des gays et migrants, au détriment des « précaires ». C'est le seul que j'ai entendu expliquer en anglais « l'échelle des risques », ailleurs réservée principalement aux entretiens avec les gays, à un homme pakistanais hétérosexuel.

Rappelons que dans le CDAG hospitalier parisien, les consultants remplissent dans la salle d'attente un questionnaire, lu ensuite par le médecin qui reporte les informations dans un dossier informatique, beaucoup plus long que dans les deux autres CDAG observés. Il recueille les informations suivantes : sexe, âge, pays de naissance, domicile, niveau d'étude, domaine d'étude, profession, protection sociale, motif du dépistage, rapports sexuels avec une personne prostituée, hétérosexuels ou homosexuels, avec ou sans préservatif, nombre de partenaires dans l'année, consommation de drogues, circoncision pour les hommes, antécédents d'infection sexuellement transmissibles, de transfusion, d'opération, de séjours

⁷²⁹ Luc Boltanski, *Prime éducation et morale de classe*, op. cit.

en prison (supérieurs à trois séjours), naissance dans un pays endémique pour le sida ou les hépatites.

Laurence Lupin, médecin dont je suis les consultations, pose systématiquement l'intégralité de ces questions, commente volontiers les réponses et se sert de ce qu'elle apprend ainsi des conditions de vie des personnes pour discuter de leurs stratégies préventives. Contrairement à ce que j'ai pu constater dans les deux autres CDAG, elle demande systématiquement aux personnes le sexe de leur partenaire, sans supposer automatiquement que les étrangers sont hétérosexuels comme dans d'autres CDAG.

Laurence Lupin : « Vous êtes déjà venu ?

Usager : Non.

Laurence Lupin : Vous avez déjà fait le test ?

Consultant : Oui, pour le don du sang ?

Laurence Lupin [lit le questionnaire pré-rempli dans la salle d'attente et reporte les informations sur son ordinateur] : Donc vous avez 33 ans, vous êtes sénégalais, vous êtes arrivé en France en 2012, vous travaillez, vous êtes cuisinier, c'est bien ça, c'est pas trop dur ?

Consultant : Si, surtout les horaires.

Laurence Lupin : Vous travaillez où ?

Consultant : Dans des hippodromes, des restaurants...

Laurence Lupin : Ok. Vous vivez dans le 18^{ème}, vous avez fait des études supérieures, vous avez une couverture sociale ?

Consultant : J'attends toujours. Ils disent que mon titre de séjour est pas bon. [Il montre un papier]

Laurence Lupin : C'est incroyable ! Vous avez une assistante sociale ?

Consultant : Non mais je fais des démarches.

Laurence Lupin : Ok alors qu'est-ce qui vous amène aujourd'hui ?

Consultant : En fait, je l'ai jamais fait avec ma femme.

Laurence Lupin : Elle, elle a fait un test ?

Consultant : Non.

Laurence Lupin : C'est peut-être l'occasion d'en parler. Vous avez des enfants ?

Consultant : Non.

Laurence Lupin : Donc elle a pas été dépistée pendant la grossesse.

Consultant : Non.

Laurence Lupin : Votre sexualité c'est que avec des femmes ?

Consultant : Que avec MA femme, j'ai pas fait le mauvais garçon. [Il sourit]

Laurence Lupin [en souriant] : Oh, mauvais garçon, nous tant que c'est protégé on s'en fiche... »

Au terme de l'entretien de 11 minutes, elle lui indiquera l'adresse de l'assistante sociale de l'hôpital, pour tenter de débloquer sa situation et de lui ouvrir des droits sociaux⁷³⁰.

L'entretien est donc d'autant plus personnalisé que le questionnaire est exhaustif et recueille de façon objective les critères de classement. Quand le classement des personnes est indexé aux impressions subjectives du dépisteur, il trie, comme l'indiquent les entretiens typiques, d'abord selon la couleur de peau, et - lorsque le ciblage des publics par des actions spécifiques place l'opération de classement et de sélection en amont de l'entretien - selon l'orientation sexuelle, qui reste de l'ordre de l'implicite et du non-dit dans les autres cas. Quand les critères du classement sont objectivés, par un questionnaire oral ou écrit, l'entretien qui suit est plus personnalisé, et plus long. C'est le cas par exemple d'un entretien de seize minutes, c'est-à-dire exceptionnellement long pour la restitution d'un test négatif. Avant de rendre le résultat, Laurence Lupin, médecin du CDAG hospitalier parisien, ouvre le dossier et voit qu'il s'agit d'un homme de 41 ans, français, homosexuel. Ce n'est pas elle qui l'a reçu la semaine précédente lorsqu'il est venu faire le test :

Laurence Lupin : « Donc le test est négatif pour le VIH, la syphilis et l'hépatite C, et vous êtes protégé contre l'hépatite B. Vous venez régulièrement ?

Consultant : J'en ai fait trois. Ma vie sentimentale et sexuelle est un peu rock' n'roll depuis deux ans.

Laurence Lupin : OK [ils rient tous deux] alors vous faites comment ? Préservatif ou pas ?

Consultant : Préservatif.

⁷³⁰ CDAG hospitalier parisien, notes d'observation, 21 mai 2013.

Laurence Lupin : Vous savez quoi faire s'il craque ?

Consultant : Oui, le traitement pendant 3-4 jours. Je l'ai fait il y a quelques années, oh là là j'ai vomi, une vraie femme enceinte ! [Ils rient]

Laurence Lupin : C'est quatre mois en fait, le traitement. Donc vous mettez des préservatifs.

Consultant : Oui, sauf les fellations.

Laurence Lupin : Oui c'est pas facile, on sait bien, on peut pas demander l'impossible aux gens. C'est pas facile ?

Consultant : En ce moment c'est rock' n'roll. Je viens de perdre mon emploi, et je sais que je n'ai pas enterré la personne avec qui j'étais il y a deux ans. J'aimerais une vie de couple, je me suis inscrit sur Meetic, j'en ai marre des partenaires comme ça.

Laurence Lupin : Ben oui c'est pas facile pour les garçons aussi. Pour diminuer les risques avec la fellation, vous savez quoi faire ?

Consultant : L'eau de Javel.

Laurence Lupin : Non surtout pas ! Bon c'est la réduction des risques : pas d'éjaculation dans la bouche, pas de fellation si on a des lésions dans la bouche... La transmission par fellation est très faible mais c'est pour ça qu'on conseille un test par an.

Consultant : Et on guérit mieux maintenant, non ?

Laurence Lupin : Oui c'est comme une maladie chronique mais pas n'importe laquelle, c'est stigmatisant quand même.

Consultant : Oui, au boulot, et tout... OK bon je reviendrai une fois par an. »⁷³¹

La plupart des consultations qui donnent lieu uniquement à la restitution d'un résultat négatif durent moins de cinq minutes, voire souvent deux minutes. À la suite de cet entretien exceptionnellement long, Laurence Lupin m'expliquera que, cet homme ayant été reçu par un autre médecin lors de sa première consultation huit jours auparavant, elle a voulu en savoir plus sur le motif de recours un test (« vous venez régulièrement ? ») pour apporter des informations adaptées à un niveau de risque qu'elle estime élevé en raison de l'homosexualité et d'une rupture amoureuse manifestement difficile (le traitement post-exposition, le dépistage annuel).

À comparer les questionnaires et fiches d'évaluation utilisés par les trois CDAG et les deux associations observées, il semblerait que la propriété sociale dont la connaissance par l'intervenant ouvre la possibilité d'un entretien personnalisé soit la position de classe

⁷³¹ CDAG hospitalier parisien, notes d'observation, 21 mai 2013.

estimée par la profession et/ou le niveau d'études. Contrecarrant éventuellement les présomptions de l'intervenant, cette connaissance détermine le degré de complexité des explications qu'il pourra transmettre dans l'entretien et des stratégies de prévention acceptables, mais aussi le niveau de transgression de règles préventives qu'il pourra tolérer. Ainsi lors d'un entretien de 16 minutes, un homme noir de 26 ans multipartenaire et sans emploi devient, au bout de quelques questions, français et titulaire d'une licence de commerce, amer de ne pas « trouver un emploi qui correspond à [son] niveau d'études », félicité pour sa « très très bonne gestion » de l'usage de préservatifs avec ses partenaires occasionnelles et rappelé avec bienveillance à l'intérêt de faire un test avec sa partenaire régulière⁷³². On se souvient, par contraste, du rappel à l'ordre essuyé par un homme noir de 21 ans : « vous avez mis votre deuxième nana en danger. »

Pour reprendre la terminologie proposée par Everett Hughes, le « trait-maître » pour la détermination du statut social⁷³³ serait alors la couleur de peau, sauf lorsqu'est connue et objectivée la durée de fréquentation du système scolaire, auquel cas c'est cette donnée qui prime pour déterminer le statut social et le type de discours adapté, et d'autant plus adapté à l'histoire personnelle que cette durée est élevée.

Dans le cadre de la relation qui entoure le test de dépistage, les prestataires du dépistage classent les demandeurs dans le monde social, soit pour maximiser l'efficacité du dépistage en l'orientant préférentiellement vers les populations les plus touchées par l'épidémie, soit pour déterminer dans quel rapport social une homologie de position permettra d'atténuer la distance sociale et de faciliter une conversation portant sur des pratiques intimes, soit pour homogénéiser des sous-groupes (sur des catégories sexuelles et racialisées) auxquels pourront être appliqués des entretiens standardisés.

Dans tous les cas, l'appartenance de classe relève d'un statut particulier : même quand le dispositif d'information de leur structure leur permet de l'appréhender, les acteurs du dépistage font l'impasse dessus, choisissant en général, pour agir dans et sur le monde social, l'un ou l'autre des autres rapports sociaux disponibles à leur repérage. Les seuls exemples d'entretiens déclinant l'ensemble des appartenances sociales et les rapportant à l'exposition au risque VIH, qu'ils soient le fait d'un militant associatif ou de médecins de CDAG, sont plus longs que les autres et plus personnalisés, et font l'objet de rappels à l'ordre de la part des collègues pour le retard pris par rapport à la charge de travail. Non seulement la durée des entretiens (plus longue à AIDES : 16 minutes en moyenne, contre 6 minutes en CDAG) ne fait pas partie du cahier des charges fixées par le Plan national VIH 2010-2014, mais le financement à l'acte des structures participant au dépistage les pousse à la réduire.

Dans le raisonnement par « groupes à haut risque » (gays et migrants d'Afrique Sub-Saharienne), à chaque groupe correspond un type d'entretien. La « raison sanitaire » qui

⁷³² CDAG hospitalier parisien, notes d'observation, 21 mai 2013.

⁷³³ Everett Hughes, « Dilemmas and Contradictions of Status », *American Journal of Sociology*, 1945, 50 (1), p. 353-359, traduction française in Everett Hughes, *Le regard sociologique*, Paris, EHESS, 1996, p. 187-197.

opère ici rejoint la distinction établie par Robert Castel : la pensée par « risque » désindividualise la prévention pour cibler des facteurs de risques et fournir des interventions *ad hoc* pour chaque facteur de risque⁷³⁴.

4. Différencier les clients pour optimiser le service

Ainsi, l'observation des consultations montre comment la couleur de peau peut incorporer, aux yeux des classeurs, une appartenance de classe, notamment dans une interaction courte. Les consultations se déroulent comme si la couleur de peau signifiait l'altérité nationale ET de classe, sauf si l'utilisateur vient contredire explicitement l'assignation à une catégorie erronée (comme dans l'extrait d'interaction déjà cité à AIDES), et sauf si le prestataire du dépistage cherche à objectiver la position de classe en recueillant la profession et le niveau d'études (comme c'est le cas dans le CDAG hospitalier parisien). Dans les autres cas, la peau non blanche est traitée comme un indicateur de moindre compréhension des informations transmises, et associée à des entretiens riches en conseils voire en ordres, mais pauvres en explications. Ces entretiens sont courts, y compris lorsqu'ils se déroulent dans un cadre qui se veut « communautaire », pariant sur la prévention « par les pairs » pour faciliter l'échange.

C'est le cas lors d'une action menée par AIDES à la gare de Grande en fin d'année 2012, c'est-à-dire pendant la période où les bilans annuels comptent le nombre de tests de dépistage, le nombre de positifs et de négatifs, le nombre d'actions réalisées en direction de tel ou tel public. Il a plu, il fait froid. Sur l'esplanade de la gare de Grande, les salariés et les militants de AIDES ont dressé une bâche pour couvrir une petite table, sur laquelle ils ont installé des présentoirs avec des dépliants sur le traitement post-exposition, le dépistage, les lieux de soins gratuits en cas d'infection sexuellement transmissible, des boîtes pleines de préservatifs, quelques tasses en plastique et une cafetière. Nicolas Darimand et Virginie Ledru s'interrogent sur le taux de tests positifs plus faible dans leurs actions récentes qu'en CDAG, interprété par leur direction comme un indice de ciblage des publics mal ajusté aux publics les plus touchés. Ils ont pourtant suivi les consignes qui leur étaient données : cibler les migrants et les gays pour l'ensemble de l'association, en fait surtout les migrants pour leur territoire d'action.

La dépendance associative aux subventions favorise certes le tri des publics dans le but d'augmenter les performances de l'activité développée par l'association, comme l'a montré Mathilde Pette par son étude du travail associatif en préfecture auprès d'étrangers sans-papiers, mais le développement du financement par projets dans les services publics amène à généraliser à ces derniers l'hypothèse de la « diffusion de la culture du résultat par

⁷³⁴ Robert Castel, « De la dangerosité au risque », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 1983, 47-48, p. 119-127.

les financements », d'autant plus que la professionnalisation et l'institutionnalisation du travail associatif, dans le secteur médico-social comme ailleurs, rapproche le travail militant de celui qu'effectuent des salariés des services publics⁷³⁵, et l'expose aux principes du *New Public Management* en vigueur dans les services publics⁷³⁶.

Afin d'atteindre les objectifs annoncés par l'association au début de l'année 2012, les salariés de AIDES à Grande s'efforcent d'augmenter le nombre de tests pratiqués chaque jour. Les hommes et femmes à qui les salariés et militants de l'association proposent de se faire dépister montent donc dans le camion de AIDES garé sur l'esplanade à un rythme plus soutenu que lors d'autres actions de AIDES auxquelles j'ai assisté. Ils en descendent au bout de quelques minutes, moins de dix en général. Il est plus difficile d'assister aux entretiens dans le camion qu'au local car l'endroit est exigü. Mais un des salariés qui fait les tests dans le camion a accepté que j'assiste à quelques entretiens. Ils sont beaucoup plus succincts que ceux auxquels j'ai assisté jusqu'alors à AIDES, et reproduisent la division du travail observée en CDAG et au Checkpoint lorsque le salarié qui fait le test (infirmières et infirmier) n'est pas celui qui fait l'entretien (médecin, sauf au CDAG des Vignes où les infirmières et infirmiers font les entretiens) : dans ces cas l'entretien est plus court avec chacun. Dans l'action mobile de AIDES, certains salariés et militants bénévoles rabattent des passants, leur proposent de faire un test de dépistage et abordent avec eux les thèmes habituels des entretiens de dépistage (connaissance des modes de contamination, du traitement post-exposition, des moyens de prévention) ; d'autres font ensuite les tests dans le camion, où l'entretien est alors très rapide, comme ici entre Simon, salarié de AIDES, et un jeune homme noir :

Simon : « Je m'appelle Simon, on va faire vite. Les IST vous connaissez ?

Consultant : Oui c'est bon.

Simon [remplit le questionnaire, appelé fiche DOLORES dans l'association] : Vous avez quel âge ?

Consultant : 25 ans.

Simon : Votre dernier test c'était quand ?

Consultant : Il y a deux ans. »

⁷³⁵ Mathilde Pette, « Associations : les nouveaux guichets de l'immigration ? Du travail militant en préfecture », *Sociologie*, 2014, 4 (5), pp. 405-421.

⁷³⁶ Philippe Bezes, Didier Demazière, Thomas Le Bianic, Catherine Paradeise, Romuald Normand, Daniel Benamouzig, Frédéric Pierru, Julia Evetts, « *New Public management* et professions dans l'État : au-delà des oppositions, quelles recompositions ? », *Sociologie du travail*, 2011, 53, pp. 293-348. Les cinq principes dégagés par les auteurs sont les suivants : séparation des fonctions de stratégie et des fonctions d'exécution ; création d'agences, décentralisation des instances bureaucratiques ou *empowerment* de groupes d'utilisateurs ; concurrence entre acteurs publics et avec le secteur privé et externalisation de l'offre ; renforcement des responsabilités et de l'autonomie des échelons en charge de la mise en œuvre de l'action de l'État ; gestion par les résultats fondée sur la réalisation d'objectifs dans le cadre de programmes de contractualisation (p. 295).

Puis il commence à prélever une goutte de sang au bout du doigt de cet homme et me demande de sortir pour ne pas assister à la remise du résultat. L'entretien a duré quatre minutes. Juste après, une jeune femme noire entre dans le camion :

Simon : « Vous connaissez AIDES ?

Consultante : Oui, sur le sida.

Simon : C'est ça. C'est votre premier test ?

Consultante : Oui.

Simon [remplissant le questionnaire] : Vous avez quel âge ?

Consultante : 22 ans.

Simon : Vous avez des enfants ?

Consultante : Oui.

Simon : Vous vivez en couple ?

Consultante : Oui.

Simon : Allez ! [il commence le prélèvement.] C'est bien de faire le test de temps en temps, une fois par an si on est sérieux, tous les six mois si on l'est moins. »⁷³⁷

Cet entretien a duré six minutes. Là encore, en l'absence de toute question sur le pays de naissance et les pratiques sexuelles, la peau noire est considérée comme un facteur de risque à part entière, et cette femme se voit proposer les mêmes recommandations de test de dépistage annuel que les gays au CDAG hospitalier parisien ou au Checkpoint.

5. Conclusion : la santé publique comme *street-level bureaucracy* ?

Comment comprendre les arbitrages que font ces salariés (hospitaliers ou associatifs) au contact des publics, entre leur conception des « bonnes pratiques » d'entretien et l'exigence de rendement ? Un détour par les travaux de Michael Lipsky sur les « bureaucraties du niveau de la rue », peu utilisé dans les travaux de sociologie de la santé ou de sociologie médicale, pourra s'avérer fécond, et scientifiquement justifié puisqu'on cherche ici à rendre compte de la mise en œuvre d'une politique de santé publique dans les sites où s'opère le contact avec les publics. Michael Lipsky nomme « bureaucraties du niveau de la rue » les écoles, services de police, services sociaux, services juridiques, et autres

⁷³⁷ AIDES, action à la gare de Grande, notes d'observation, 3 octobre 2012.

agences dont les travailleurs interagissent avec des publics et délivrent un service avec un certain « pouvoir discrétionnaire ». Du fait de leurs contraintes de travail, ces travailleurs ne peuvent en général pas faire leur travail conformément aux conceptions idéales qu'eux et leurs pairs en ont, parce qu'ils manquent de temps, d'informations ou d'autres ressources nécessaires pour répondre de façon adéquate aux cas individuels. C'est pourquoi les bureaucrates du niveau de la rue font face à ce travail difficile en développant des pratiques routinières et des schèmes psychologiques *simplifiant leur clientèle* et leur environnement d'une façon qui influence le résultat de leurs efforts. Ils développent des conceptions de leur travail et de leurs clients qui réduisent le fossé entre leur idéal de service et leurs contraintes de travail. Le traitement de masse des clients est la norme et ceci a des implications importantes pour la qualité du service rendu. Lipsky avance que des métiers aussi divers que ceux de conseiller, juge, officier de police, et travailleur social sont structurellement similaires au point qu'on peut les comparer. À de nombreuses reprises il mentionne aussi les travailleurs de la santé comme faisant partie des *street-level bureaucrats* typiques⁷³⁸. Il observe que, si les gouvernements subventionnent des *community-based organizations* (c'est-à-dire des associations « communautaires », telles que celles où se déroule une partie de mon enquête), les contrôles dont elles font l'objet les rapprochent des *street-level bureaucracies* et que, si les pratiques entre travailleurs peuvent varier, il est peu probable qu'elles varient selon qu'ils sont employés de l'Etat ou d'entités non lucratives⁷³⁹ (mais par soustraction, on peut supposer que l'existence d'une relation marchande directe ait davantage d'influence sur les pratiques). Mes observations sur le contenu des entretiens de dépistage concordent avec son hypothèse. Michael Lipsky propose un cadre d'analyse des politiques publiques qui articule d'une part l'examen des lois et des arènes de prise de décision, et d'autre part l'exploration des bureaux où des travailleurs « du niveau de la rue » rencontrent des publics, où il identifie les éléments communs à des occupations en apparence très disparates. Ce cadre d'analyse, que Lipsky propose de généraliser à d'autres services pour explorer leurs différences et comprendre leurs tendances communes, aide à identifier les caractéristiques du traitement des individus (*people-processing*) en l'arrimant à l'analyse des contraintes de travail dans les structures publiques et associatives de dépistage du VIH/sida, et plus généralement dans les structures de soins curatifs ou préventifs.

Ainsi les pratiques de classement objectif et subjectif des usagers du dépistage, dans la mesure où elles permettent aux salariés d'économiser du temps et de limiter l'inconfort associé à un entretien portant sur des pratiques intimes, relèvent de routines de travail et de réponses subjectives par lesquelles les travailleurs modifient leur conception des matières premières avec lesquelles ils travaillent (leurs clients) afin de rendre plus acceptable le fossé entre leurs objectifs (avant tout pédagogiques) et leurs réalisations. Développées pour faire face aux difficultés et aux ambiguïtés de leur travail, ces routines deviennent le résultat

⁷³⁸ Michael Lipsky, *Street-Level Bureaucracy. Dilemmas of the Individual in Public Services*, New York, Russell Sage Foundation, 2010 [1980], p. XVI de la préface, puis pp. 3, 6, 19, 69, 73, 183.

⁷³⁹ Lipsky, *op. cit.* p. 215-216.

effectif des politiques publiques que leurs agences sont censées mettre en œuvre⁷⁴⁰ : le Plan National VIH peut bien recommander d'associer dépistage ciblé et dépistage généralisé ; *dès lors que le financement public des associations est conditionné au ciblage des publics les plus exposés, la logique de ciblage imprègne toutes les étapes du travail de santé publique*, non seulement en amont de la conception des actions, mais aussi dans le cadre même de l'interaction avec le client. Le durcissement des catégories forgées par l'épidémiologie pour décrire le réel et orienter l'action devient le résultat effectif de l'action publique. Or, on l'a vu, la visibilité publique des données d'incidence du VIH (publiées chaque année et commentées rituellement dans la presse grand public à chaque 1^{er} décembre) s'accompagne d'une quasi-invisibilité des données de mortalité, qui mettent en évidence une mortalité plus précoce des femmes, grandes absentes des pratiques de ciblage, des inactifs et des étrangers. Le réel de l'épidémiologie n'est pas le réel des cimetières. C'est le réel des financeurs publics qui attendent des résultats, en nombre de tests, de positifs et de traitements, de maladies épargnées plus que de vies de malades allongées.

Quant aux agents du dépistage - ou, pour paraphraser Lipsky, *street-level health workers* - ils ont choisi ce travail pour sa dimension relationnelle et pédagogique. Ils ont vingt personnes dans la file d'attente et ils préfèrent ceux qui parlent et se prêtent au jeu. Leur problème essentiel, comme celui des *street-level bureaucrats*, est qu'ils pourraient interagir de façon « flexible et compréhensive » avec chaque client individuel, mais que s'ils faisaient ainsi avec trop de clients leur capacité à être flexibles disparaîtrait : ils sont pris dans un dilemme entre l'augmentation du nombre de clients et le maintien de la qualité du service⁷⁴¹. La différenciation parmi les clients les aide alors à faire face à leur charge de travail. De même que les conseillers en recherche d'emploi et les enseignants investissent davantage leurs « clients » les plus susceptibles de trouver un emploi ou de progresser⁷⁴², les agents du dépistage sélectionnent ceux qui sont les plus susceptibles de répondre au traitement, ici un traitement préventif par la parole ; les autres auront en règle générale des entretiens plus courts (et seront, bien sûr, traités en cas de test positif). Orienter leurs services vers les clients coopératifs ou qui répondent au traitement permet à ces agents, qui travaillent au contact des publics avec des ressources (de temps) limitées, de croire qu'ils optimisent leurs ressources. Trier c'est concentrer des moyens limités là où leur probabilité d'être efficaces est plus grande, pas nécessairement là où ils sont les plus nécessaires : ici, concentrer l'effort pédagogique en direction des usagers les mieux dotés des ressources sociales et scolaires favorisant l'appropriation des informations médicales.

La motivation à surinvestir certains usagers au détriment d'autres découle donc de *causes structurelles* diverses, telles que la *course aux financements par projets* pour les associations (comme on l'a vu au chapitre 2) ou les *consignes hiérarchiques*. Mais elle résulte aussi de la *gratification* que ces salariés retirent à aider des personnes susceptibles d'en tirer

⁷⁴⁰ Lipsky, *op. cit.* pp. 82-83 et 86.

⁷⁴¹ Lipsky, *op. cit.* p. 99.

⁷⁴² Lipsky, *op. cit.* pp ; 105-107 et 150-152.

un bénéfice. Leur préférence pour les clients qui parlent est du même ordre que celle des enseignants pour les élèves dont ils reçoivent des réponses positives⁷⁴³. La différenciation des clients relève d'une stratégie pour faire face (*coping strategy*) aux contradictions du travail (assurer une écoute active et fournir des outils préventifs ajustés aux risques individuels dans un temps moyen de sept minutes) et d'un mode individuel de rationalisation de ces contradictions. La différenciation des clients permet aux travailleurs de faire pour certains ce qu'ils ne sont pas en mesure de faire pour tous. Les salariés sauvent ainsi pour une partie de la clientèle une conception de leur travail relativement cohérente avec les conceptions idéales qu'ils en ont. Dans leur expérience du travail, il n'y a alors pas de dissonance entre le travail tel qu'il devrait être fait et le travail tel qu'il est fait pour une partie de la clientèle. Le travailleur sait ainsi qu'il est capable de bien faire son travail et peut mieux défendre son *ego* contre les compromissions auxquelles le contraint l'organisation de son travail. Le chouchou de l'enseignant n'est pas seulement un enfant obéissant mais un enfant qui confirme à l'enseignant sa capacité à enseigner. Le « bon » malade confirme au médecin sa capacité à soigner. Le « bon » client du dépistage est celui qui confirme au médecin et à l'infirmière leur capacité à écouter, et au salarié associatif sa capacité à mobiliser l'autre en même temps qu'il l'écoute. Fait notable : pour certains de mes enquêtés, tous médecins, le « bon » client est celui dont le test est positif, celui qu'on pourra traiter.

Pour faire face aux difficultés de leur travail, ces salariés modifient donc leurs conceptions des clients, mais aussi leurs conceptions de leur travail. La modification des conceptions du travail peut consister à *renoncer au traitement adéquat de tous au profit du « bon » traitement de quelques-uns* (ceux qui se prêtent au jeu de la verbalisation de conduites intimes), ou à renoncer aux ambitions préventives de l'entretien qui entoure le dépistage pour limiter son travail à la recherche des malades qui s'ignorent en faisant un maximum de tests et en écourtant le temps d'entretien. C'était le cas lors de l'action en camion présentée plus haut.

Michael Lipsky invite à aller au-delà de l'observation que le traitement des clients par les *street-level bureaucrats* reflète et renforce les divisions raciales et de classe, et à rendre compte des attitudes adaptatives et comportements qui leur permettent de faire face aux contraintes de leur travail (*coping behaviors*). Les réponses aux contraintes du travail surgissent de la situation de travail, mais leur contenu et leur direction sont colorés par la culture dominante, qui permet de rationaliser les conduites qui débouchent sur des négligences vis-à-vis des clients⁷⁴⁴. Ainsi, lorsqu'au CDAG de Fondange, la médecin, Yasmina Slimani, élude, dans un entretien de trois minutes avec une femme noire de 26 ans, la question sur le nombre de partenaires sexuels, c'est parce qu'il faut faire vite car certains usagers s'impatientent et quittent la salle d'attente, mais lorsqu'elle lui prescrit le dépistage de la syphilis sans avoir connaissance du nombre de partenaires sexuels, c'est « parce que

⁷⁴³ Lipsky, *op. cit.* p. 111.

⁷⁴⁴ Lipsky, *op. cit.* p. 182.

les Blacks [...] ont le sang très chaud, beaucoup de rapports »⁷⁴⁵. Quand les clients du dépistage protestent contre les représentations et propos vexatoires dont ils font l'objet en cas de recours répété au dépistage, ils obtiennent parfois le développement de structures « communautaires » où le dépistage se veut assuré « par les pairs », comme à AIDES ou, dans une forme incluant des professionnels de santé gays, au Checkpoint. Mais ces innovations fonctionnent aussi en protégeant les services de soins de pressions pour le changement, et en isolent les salariés de la confrontation à certaines populations de clients. À propos des unités spéciales développées par les agences publiques suite aux revendications des mouvements pour les droits des femmes et des minorités, Michael Lipsky observe que ces dispositifs ont contribué à améliorer l'emploi des femmes et des minorités dans ces agences, peut-être à d'authentiques changements dans les attitudes du personnel de certaines agences et à une meilleure compréhension des clients dans certaines circonstances, mais qu'ils n'ont pas changé les services publics⁷⁴⁶.

Ce long détour par les *street-level bureaucracies* amène à généraliser l'analyse à toute relation entre soignant et soigné dans le champ médical.

⁷⁴⁵ CDAG de Fondange, notes d'observation, 7 février 2012.

⁷⁴⁶ Lipsky, *op. cit.* pp. 135-136.

Conclusion :

Le travail de santé publique au niveau de la rue : de la lucidité sélective des savoirs d'État à la reproduction des inégalités sociales dans et par les services de santé

1. Ciblage de l'action publique et division du travail de santé publique

Toute politique publique suppose la préconstruction de catégories pour identifier ses cibles. Si la statistique est un acte d'État qui impose une vision légitime sur le monde social⁷⁴⁷, alors il importe de rendre compte des effets que produit cette vision du monde à tous les niveaux de l'action publique.

En matière de santé publique, la discipline scientifique qui informe l'action publique est l'épidémiologie. À travers le cas de l'épidémie de sida, on a montré, par une analyse quantitative de la mortalité et par sa comparaison avec les publications épidémiologiques sur l'évolution de l'épidémie, comment les savoirs d'État saisissent les déterminants sociaux de la santé, et isolent ceux qui paraissent plus accessibles à l'action. En France, les hommes homosexuels et les personnes migrantes d'Afrique subsaharienne sont particulièrement exposés au risque d'infection par le VIH, et les membres des classes populaires et les femmes étrangères en décèdent plus précocement. Mais la recherche épidémiologique est plus active, ou plus exactement fait l'objet de publications plus nombreuses et mieux diffusées, pour documenter les déterminants des nouvelles infections que pour déterminer ceux des décès précoces. Et l'action publique, depuis la commercialisation de traitements efficaces, vise avant tout à réduire le nombre de contaminations, plus que les inégalités de classe et de genre face à la mort.

Réduire le nombre de contaminations suppose de délimiter les groupes où elles sont les plus nombreuses et de trouver, parmi eux, les malades qui s'ignorent. C'est ainsi que, comme on l'a montré par une recherche archivistique et l'analyse secondaire de travaux sociohistoriques, le dépistage est devenu un axe majeur de l'action publique. En effet, lorsque les premiers tests de dépistage sont développés en 1985, il n'existe pas de traitement efficace. L'action publique et associative cherche alors d'abord à combattre la stigmatisation des malades. Le dépistage vise surtout, en informant les personnes séropositives, à éviter de nouvelles contaminations. Après la commercialisation des trithérapies en 1996, le nombre de décès chute rapidement et l'espérance de vie des malades sous traitement rejoint progressivement celle des personnes non infectées, mettant

⁷⁴⁷ Pierre Bourdieu, *Sur l'État. Cours au collège de France (1989-1992)*, Paris, Seuil, 2012, p. 242.

la « fin du sida », sinon à portée de main, du moins au cœur des discours institutionnels sur la question au début des années 2010⁷⁴⁸. Dès lors, le dépistage vise avant tout à trouver des malades et à les traiter pour éviter d'autres contaminations. Il en résulte un durcissement des catégories épidémiologiques délimitant les groupes de population les plus exposés au risque de contamination que sont les hommes homosexuels et les hommes et femmes nés dans un pays d'Afrique subsaharienne. S'il existe des offensives récurrentes d'États conservateurs pour « effacer les populations-clés [homosexuels, transsexuels, prostituées, toxicomanes] de la feuille de route de l'ONU », comme le dénonce en 2016 une représentante d'une coalition internationale d'associations de lutte contre le sida⁷⁴⁹, elles ne remettent pas en cause, du moins en France, le consensus scientifique, politique et associatif sur le ciblage de ces groupes populations.

Or, depuis une dizaine d'années, environ cinq millions de tests de dépistage sont pratiqués chaque année en France (soit 80 pour 1000 habitants). Une politique publique qui se donne pour but le contrôle de l'épidémie suppose de savoir s'ils sont pratiqués de façon à identifier un maximum de personnes séropositives.

Tant que la maladie est grave et incurable, il importe de ne pas faire peur aux malades ; dès lors que des traitements efficaces sont disponibles, il importe de les trouver, pour les traiter. L'action publique s'adosse alors au découpage de la population en sous-groupes par une science d'État : l'épidémiologie. S'il faut trouver les malades, encore faut-il savoir où et avec qui les chercher.

L'enquête a permis de comprendre comment cette opération s'accompagne de médiations, ici associatives : il s'agit de recruter des médiateurs issus des groupes visés, gays et migrants d'Afrique subsaharienne, afin de les atteindre plus aisément, et à moindres frais. L'action associative contemporaine peut alors être décrite comme une composante de l'action publique, car son mode de financement par projets la rend dépendante de l'agenda de l'action publique, et car elle s'inscrit dans une véritable division du travail de santé publique ajustée aux divisions du monde social.

La défense d'une « juridiction » professionnelle analysée par Andrew Abbott⁷⁵⁰ tolère donc des incursions de non-professionnels dans le but d'étendre l'action publique à des catégories de population qui lui échappent. La délégation de tâches médicales à des acteurs non-médicaux étant indissociable d'un certain degré de rationalisation du travail médical⁷⁵¹, l'élargissement de la pratique du dépistage à des salariés associatifs non-professionnels de

⁷⁴⁸ ONUSIDA, *Accélérer la riposte. Mettre fin à l'épidémie de sida d'ici à 2030*, 2014.

⁷⁴⁹ Citée dans Marie Bourreau, « La Russie freine les ambitions de l'ONU dans la lutte contre le sida », *Le Monde*, 11 juin 2016, p. 6. Chapeau de l'article : « Les Nations unies sont divisées sur la question de la prise en charge des populations les plus vulnérables, notamment les homosexuels. »

⁷⁵⁰ Andrew Abbott, *The system of professions. An Essay on the Division of Expert Labor*, Chicago, University of Chicago Press, 1988.

⁷⁵¹ Patrick Castel, Magali Robelet, « Comment rationaliser sans standardiser la médecine ? Production et usages des recommandations de pratiques cliniques », *Journal de gestion et d'économie médicales*, 2009/3, 27, pp. 98-115 et notamment p. 101.

santé implique alors un certain durcissement des catégories de population ciblées par l'action publique, qui produit des effets sur les catégories de pensée et d'action des agents de santé publique.

Née d'un questionnement sur le rôle des services de santé dans la (re)production des inégalités sociales face à la maladie et la mort, cette recherche a ainsi rendu compte de pratiques de classement des publics, qui découlent d'une part du raisonnement épidémiologique à orientation avant tout préventive et des exigences de rentabilité des administrations sanitaires, et d'autre part de l'investissement pédagogique et préventif des agents travaillant au contact du public. Ma recherche a mis en évidence certains des effets sociaux de ces pratiques de classement, modestes mais qui contribuent à répondre à aux interrogations à l'origine de cette recherche.

2. Des agents de santé publique aux trajectoires sociales contrastées, et une ambition pédagogique commune

L'analyse des trajectoires de ces agents de santé publique contemporains que sont les agents du dépistage met en évidence trois modalités d'investissement dans cette pratique, associées à des trajectoires sociales et professionnelles différenciées.

Pour les infirmières et infirmiers, issus en majorité des classes populaires et connaissant une trajectoire d'ascension sociale plus ou moins rapide, il s'agit d'échapper aux contraintes du travail hospitalier et des soins curatifs. Le travail relationnel et préventif qu'ils déploient dans leur activité de dépistage s'inscrit dans une série d'évolutions de leur poste et de promotions dans la hiérarchie des métiers du soin.

Pour les médecins, membres des classes supérieures occupant des positions relativement dominées dans le champ médical (médecins généralistes, médecins de santé publique), le dépistage tient une place généralement périphérique dans leur travail, mais répond à leur goût pour une « médecine globale », ou « santé globale », qui mette « le patient au centre » sans se limiter aux soins curatifs et techniques. Leur investissement dans le dépistage apporte un supplément d'âme à leur activité principale, par le travail relationnel et préventif auquel elle donne lieu, par l'histoire des équipes médicales impliquées dans le VIH/sida, et du fait des populations visées, décrites par ces médecins comme motivant un geste solidaire pour les siens (gays en général) ou pour les autres (migrants).

Quant aux salariés associatifs, qu'ils soient médecins, infirmiers ou non-professionnels de santé, c'est la solidarité avec un groupe dont ils font partie (gays, migrants, personnes trans) qui les meut, quels que soient leurs capitaux sociaux et professionnels. Mais leurs trajectoires sociales, et surtout les rétributions qu'ils retirent de

leur travail associatif, les distinguent entre eux : le travail le plus contraignant et le moins rémunéré est assuré par les non-professionnels de santé.

Si les modalités d'investissement et le rapport au travail de ces différentes catégories d'agents de santé publique diffèrent selon leurs trajectoires sociales, ils partagent cependant un moteur commun : un désir pédagogique inébranlable. Car, quand bien même l'objectif principal du dépistage n'est plus la promotion de conduites préventives mais la mise sous traitement précoce des séropositifs, l'ambition préventive, c'est-à-dire pédagogique, reste, pour les agents du dépistage, un puissant moteur d'investissement dans ce travail. En dépit de sa réorientation vers le traitement précoce, le dépistage relève alors toujours d'une entreprise normative qui vise à changer les comportements en objectivant l'intime. Malgré les réticences des agents du dépistage à objectiver les caractéristiques sociales et les pratiques de leurs usagers, leur travail préventif nécessite, pour bien fonctionner, que les agents aient construit une figure de l'usager, à partir des propriétés visibles de ce dernier.

Déterminer le « rendement » pédagogique⁷⁵² de la communication médicale m'a amenée à objectiver deux de ses caractéristiques : sa durée et son contenu ; et à chercher comment elles varient en fonction des appartenances de classe, de genre, nationales et sexuelles de ses destinataires. En effet, on l'a vu, ces propriétés sociales déterminent des niveaux inégaux d'exposition au VIH (les gays et migrants étant plus fortement exposés) et de mortalité par sida (les femmes, notamment étrangères, et les membres des classes populaires, décédant plus précocement). Il s'agit donc de comprendre comment le service rendu varie en fonction des besoins objectifs. Or, si la durée des interactions varie peu en fonction des appartenances des usagers, leur contenu est fortement déterminé par les appartenances nationales (réelles ou supposées) et sexuelles.

Interrogés sur les critères selon lesquels ils modifient au cours de l'interaction le contenu et la forme de leurs messages, les agents du dépistage du VIH font preuve d'un niveau d'auto-censure qui varie avec leur expérience du dépistage et avec leur trajectoire sociale et professionnelle. Elle est maximale dans le discours des infirmières et infirmiers participant depuis quelques mois au dépistage, et pour qui les enjeux de reconnaissance professionnelle sont importants puisqu'ils ont quitté des postes de travail « très technique » pour s'investir dans un travail « relationnel ». L'accès à une position de surplomb pédagogique s'accompagne ainsi, dans leur cas, d'une homogénéisation du public. Très attentifs à la plus ou moins grande dépendance des malades vis-à-vis des soignants lorsqu'ils assuraient un travail technique de soin, ils adhèrent massivement, une fois placés en situation où le soin n'est « que » préventif, à la norme de l'autonomie du patient, pensé comme socialement indifférencié.

Adapter le service au public, c'est, aux yeux des agents du dépistage, ajuster les conseils préventifs à des populations inégalement exposées au risque de contamination (les

⁷⁵² Bourdieu et Passeron, *op. cit.*, pp. 89.

gays étant proportionnellement les plus exposés), inégalement informées de l'amélioration des traitements (les migrants et les membres des classes populaires étant décrits comme moins informés), et en position inégale pour négocier les conditions de leur protection (les femmes étant en position défavorable du fait de la fréquente dépendance économique et de la fréquence des violences conjugales⁷⁵³).

Mais, soucieux du rendement de leur travail pédagogique, les agents du dépistage s'adressent différemment aux usagers selon ce qu'ils perçoivent de leur réceptivité à leurs conseils. L'investissement des agents du dépistage dans le travail pédagogique s'exerce inégalement, privilégiant les membres des classes moyennes et supérieures, et tendant ainsi à renforcer les inégalités devant la maladie. L'effet amplificateur est d'autant plus marqué que l'anticipation subjective par les agents de la réception de leur travail pédagogique n'est pas contredite par une objectivation des déterminants sociaux de la santé au cours des interactions avec les usagers.

Dorothée Prud'homme met en évidence le caractère ambigu de « ce que les professionnels [...] appellent l'«adaptation» de la relation de soin aux différences «culturelles» du patient » et les « pratiques professionnelles discriminatoires » que masque cette notion d'« adaptation » du service. Elle « autorise la mise en œuvre de pratiques professionnelles différentielles, fondées sur les représentations racialisées [...] des patients »⁷⁵⁴. Ma recherche permet de préciser l'analyse de la différenciation sociale du service : tout traitement différentiel n'est pas discriminatoire. L'adaptation du service à l'utilisateur peut en effet recouvrir, sur mon terrain, des pratiques de renoncement aux « bonnes pratiques » pédagogiques avec les usagers jugés peu réceptifs, mais aussi, au contraire, un effort marqué, et coûteux en temps, à connaître les éléments biographiques qui permettent d'estimer les risques sanitaires auxquels sont exposés les usagers. Dans le premier cas, l'adaptation du service à l'utilisateur est fondée sur une impression subjective, une représentation, et relève de la discrimination. Dans le second cas, elle est étayée par un effort d'objectivation de vulnérabilités et de déterminants sociaux de la santé, et relève de l'action positive, de l'action consciente de rattrapage.

3. Objectiver les publics fragiles pour se doter d'un projet de rattrapage des inégalités sociales de santé ?

⁷⁵³ L'enquête nationale sur les violences envers les femmes en France (ENVEFF) a montré qu'une femme sur 10 était victime de violences conjugales : Maryse Jaspard, Elisabeth Brown, Stéphanie Condon, Dominique Fougeyrollas-Schwebel, Annick Houel, Brigitte Lhomond, Florence Maillachon, Marie-Josèphe Saurel-Cubizolles, Marie-Ange Schiltz, *Les violences envers les femmes en France. Une enquête nationale*, Paris, La documentation française, 2002.

⁷⁵⁴ Prud'homme, *op. cit.* p. 541.

Or, si le travail relationnel et pédagogique fait, aux yeux des agents de santé publique, toute la noblesse de leur travail, le travail de dénombrement et d'objectivation de leurs publics en constitue le « sale boulot ». Leur réticence à objectiver les destinataires du service permet de comprendre leurs difficultés à identifier les plus exposés au risque de décéder précocement du sida (membres des classes populaires et femmes immigrées d'Afrique subsaharienne), dont on a vu qu'ils bénéficient de traitements plus tardifs et plus discontinus y compris lorsqu'ils sont dépistés précocement.

La méfiance des agents du dépistage vis-à-vis des activités de comptage et les stratégies qu'ils développent pour déléguer le « sale boulot » d'objectivation des publics ont permis de comprendre en quoi les activités de dénombrement diffèrent à chacun des quatre niveaux de mise en œuvre de l'action publique (ici en matière de santé), tels que les définit Nicolas Belorgey dans son plaidoyer pour une approche ethnographique de l'action publique : les auteurs de normes (agences et institutions de santé publique), pour qui compter sert à *définir des politiques publiques*, ici en mettant l'accent sur l'objectif de réduction des contaminations ; les intermédiaires et agents d'encadrement, pour qui compter sert à *évaluer les actions* et les réorienter éventuellement, notamment vers des publics où la probabilité de trouver des séropositifs est élevée ; les acteurs de base ou *street-level bureaucrats* décrits par Michael Lipsky⁷⁵⁵, qui travaillent « au contact direct des destinataires de la politique » et pour qui *compter n'a pas d'utilité immédiate*.

Ces derniers perçoivent plutôt le dénombrement des groupes de population comme un outil aux mains des intermédiaires pour orchestrer une « course à la rentabilité » ; ils le ressentent comme illégitime au regard de ce qui fait la noblesse du travail relationnel, voire politiquement et moralement suspect lorsqu'il s'agit de classer des individus dans des groupes relevant de politiques publiques spécifiques et toujours suspectes d'alimenter la stigmatisation de groupes minoritaires (ici, gays, migrants, prostituées, usagers de drogues). La valorisation du travail relationnel avec les publics peut alors être interprétée comme un moyen, pour les agents de santé publique, de se prémunir contre la tentation toujours présente du contrôle sur ces publics et d'apaiser la méfiance de ceux-ci vis-à-vis d'un dispositif qui sonde les pratiques intimes.

Car, pour les destinataires de l'action publique (« public », « cible », « usagers »)⁷⁵⁶, il peut être *troublant d'être compté*. C'est pourquoi les acteurs de base leur demandent de se compter eux-mêmes, et les intermédiaires sélectionnent des acteurs de base parmi les destinataires, comme c'est le cas dans le dépistage dit « communautaire ».

Et pourtant l'enquête montre que les acteurs de base ne sont pas dénués de ressources pour objectiver les inégalités sociales parmi leur public. Pour ces *street-level*

⁷⁵⁵ Michael Lipsky, *Street-Level Bureaucracy. Dilemmas of the Individual in Public Services*, New York, Russell Sage Foundation, 2010 [1980].

⁷⁵⁶ Nicolas Belorgey, « De l'hôpital à l'État : le regard ethnographique au chevet de l'action publique », *Gouvernement et action publique*, 2012, 2 (2), pp. 9-40.

bureaucrats de la santé publique, ce qui pose problème, ce n'est donc pas *faire avec* les inégalités sociales, mais les *dire* : les reconnaître, en prendre la mesure, non à la lecture de publications scientifiques, mais dans leur travail quotidien au contact de leurs publics.

La réticence à objectiver les déterminants sociaux de la santé dans le cadre de l'interaction individuelle témoigne d'une méfiance vis-à-vis du récit misérabiliste de la maladie, d'autant plus forte sur ce terrain que l'espace social du sida s'est constitué dans le rejet d'un modèle médical de contrôle des populations. Dans la relation individuelle, seul l'individu singulier est un interlocuteur pour le soignant, indépendamment de ses attributs sociaux. Dans l'action collective en santé publique, seuls les groupes mobilisés sont des interlocuteurs de l'action publique.

La recherche met donc en évidence les facteurs qui concourent à faire de l'objectivation des publics fragiles le « sale boulot » du travail de santé publique au contact du public : la valorisation professionnelle d'un travail relationnel socialement désincarné, la division sociale du travail de santé publique entre institutions publiques et associatives et entre groupes professionnels, une méfiance générale vis-à-vis d'une vision misérabiliste de la maladie et des groupes de population qu'elle atteint ou tue plus fréquemment, un encadrement institutionnel faible ou absent des pratiques d'objectivation des publics.

Les connaissances et méconnaissances épidémiologiques, et notamment la discrétion des données publiques sur la mortalité par sida, produisent donc un effet sur les catégories de pensée et d'action des intermédiaires et des acteurs de terrain. La focalisation des auteurs de normes de santé publique sur les nouvelles contaminations rend non disponibles et disqualifie les appartenances de classe et de genre pour les agents exerçant au contact des publics.

Et pourtant, quand bien même ils renâclent à objectiver, entre les destinataires du service qu'ils fournissent, des inégalités sur lesquelles ils estiment que leur travail n'a pas prise, ils passent leur temps à classer leurs publics, mais selon d'autres critères.

Si le recueil de la sexualité, de la nationalité, et de la position de classe des usagers est plus exhaustif et plus fin dans les consultations plus longues, la brièveté des interactions (sept minutes en moyenne), en général anonymes, conduit les agents à écourter le recueil objectif des caractéristiques sociales requis dans leur lieu de travail, et permet de rendre compte de la sociologie spontanée à l'œuvre dans le travail de santé publique, entre reprise des catégories du sens commun et imposition de catégories savantes. C'est particulièrement net dans les structures publiques, où le public est socialement plus hétérogène que dans les structures associatives, où le classement des publics a lieu en amont des interactions.

L'analyse des pratiques de classement objectivées par les dossiers médicaux et des divers questionnaires utilisés par les structures enquêtés pour connaître et décrire leurs publics, ainsi que l'observation de 214 consultations, montrent que les critères de classement utilisés par les agents du dépistage sont presque toujours uniquement sexuels et

raciaux, que ces deux critères s'excluent mutuellement (contribuant ainsi à une racialisation des catégories sexuelles), et qu'ils ignorent en général la profession ou le niveau d'étude, c'est-à-dire la position dans la hiérarchie sociale, y compris lorsque ces deux derniers critères sont renseignés dans les questionnaires d'accueil des structures enquêtées. Cependant, la discrétion - voire plus souvent l'absence - de la position de classe dans les critères de classement objectivés, n'empêche pas une prise en compte implicite, par les prestataires du service, de la position de classe de ses destinataires. C'est le cas lorsque des agents du dépistage renoncent, en particulier lorsque le rythme des consultations s'accélère et que la charge de travail s'alourdit, à fournir des explications jugées « trop compliquées » (mobilisant des notions de biologie et d'anatomie) aux usagers les moins dotés des ressources sociales, et notamment scolaires, qu'elles supposent.

Au contraire, les tentatives de rendre objectif le classement subjectif des publics limitent les effets de la proximité sociale entre le prestataire et le destinataire du service et permettent de mettre en place des actions de rattrapage. Moins elles sont objectivées par les agents du dépistage, plus les appartenances sociales des usagers refont surface sous la forme du « bon » ou du « mauvais client ». Figure de différenciation des clients mises en évidence dans d'autres travaux sur les relations de service, la figure du « bon client » est ici structurée par la distance à la parole : le « bon client » est celui qui parle. Il s'agit plus souvent d'une jeune femme (avant l'âge de la mise en couple, au-delà duquel elles sont décrites par les enquêtés comme plus réservées), francophone, membre des classes moyennes ou supérieures. Si les hommes homosexuels sont davantage décrits comme des « bons clients » que les hommes hétérosexuels par les enquêtés, c'est parce qu'ils leur parlent plus volontiers de leurs pratiques sexuelles, surtout lorsqu'ils sont accueillis par des salariés gays (très nombreux dans les associations enquêtées), mais également lorsqu'ils s'adressent à des médecins, presque toutes des femmes, et infirmières des hôpitaux enquêtés. Cependant certains agents du dépistage sont conscients de l'attrait exercé par le « bon client » et s'efforcent, au prix d'entretiens plus longs et au risque de remontrances de leurs supérieurs hiérarchiques dont on a (rarement) été témoin, de recueillir des éléments biographiques détaillés d'usagers moins diserts, afin de leur délivrer des informations et conseils préventifs personnalisés.

Au contraire, moins leurs outils de travail objectivent les propriétés sociales, notamment la position de classe, de leurs publics, moins les agents de santé publique peuvent contrecarrer leur tendance à renoncer à leur travail pédagogique auprès des usagers qui parlent peu (membres des classes populaires et/ou migrants non francophones).

En réalité, l'objectivation des caractéristiques sociales des usagers au cours de la prestation du service sert surtout des objectifs externes au service lui-même, comme le montre le dépouillement des comptes-rendus de réunions de responsables associatifs avec la Direction Générale de la Santé, organisées par l'Agence Nationale de la Recherche sur le Sida. Il s'agit pour chacun de prouver que sa structure est capable d'atteindre des publics

que le système de santé public et libéral n'atteint pas. L'usage des données sur les publics du dépistage, recueillies par ses agents en direction des institutions et des financeurs publics suggère ainsi que le classement de leurs publics par les agents du travail de santé publique permet de maintenir ou gagner une position dans le dispositif de santé publique.

Le classement des publics est donc avant tout utile aux structures collectives (association, service menacé d'un hôpital) pour consolider une position dans le champ médical, et apparaît de peu d'intérêt pour les agents qui travaillent au contact du public dans un temps très contraint, et n'ont que peu de latitude pour personnaliser le service rendu en fonction des propriétés sociales des usagers.

L'hypothèse des objectifs externes du classement des publics explique également la variabilité des outils de classement selon les structures, et le poids inégal des catégories sexuelles, nationales et sociales dans ces outils de classement : si la priorité de l'action publique consiste à réduire les contaminations, alors il est plus efficace de cibler les gays et les migrants, et il est plus rentable pour une structure en quête de financements de prouver sa capacité à atteindre ces « cibles ». En revanche, le maintien ou l'amélioration d'une position dans l'espace social du sida ne se joue pas sur la question des appartenances de classe ni de genre des publics.

La comparaison de structures publiques et associatives a ainsi permis de compléter l'analyse des deux principes de différenciation des pratiques mises en évidence par Vincent Dubois dans son enquête sur les contrôleurs des institutions de l'État social : à la « distance sociale » des agents à leurs publics, et au « type de rapport que les agents entretiennent avec leur institution, [...] lui-même fonction de leurs logiques de carrière »⁷⁵⁷, on peut donc ajouter les enjeux de positionnement de leur institution dans un champ, ici médical. En effet, lorsque le classement des publics sert à obtenir des financements et une certaine légitimité pour une institution, on a montré qu'il apparaît comme sans intérêt immédiat pour les agents de celle-ci, et que les pratiques des agents sont alors différenciées selon des principes de classement subjectifs éventuellement stéréotypés, tandis que l'objectivation des principes de classement au cours de l'interaction rend possible une personnalisation du service au prix d'entretiens plus longs et moins valorisés que la capacité à atteindre la « cible ».

4. Inconscient d'institution et inconscient social

⁷⁵⁷ Vincent Dubois, *loc. cit.*, 2012, pp. 94-95.

Dans sa recherche sur le travail bureaucratique des agents du contrôle de l'immigration, Alexis Spire⁷⁵⁸ appréhende « la pratique comme le produit de la relation entre des règles écrites et des opérations mentales de classement nécessaires à leur mise en œuvre », et rattache le « sens pratique » des agents à « des valeurs qui sont ancrées socialement et qui peuvent s'expliquer à partir de la trajectoire des agents, de leur position professionnelle et de leur rapport à l'institution ». Sur le terrain du dépistage du sida, il n'y a pas de « règles écrites » sur la conduite à tenir en consultation. Ces règles se veulent universelles et indépendantes des « opérations mentales de classement nécessaires à leur mise en œuvre » : tout usager du dépistage doit se voir proposer un entretien de prévention en même temps que la réalisation du test. Si règle écrite il y a, il peut s'agir des dispositifs de recueil des caractéristiques sociales et médicales des usagers, très incomplètement remplis et très différents d'une structure à l'autre. Dès lors, la mise en évidence des opérations mentales de classement des usagers permet de dévoiler « la dimension inconsciente des pratiques » : selon qu'elle s'explique « comme le produit des contraintes et catégories inculquées par l'institution » ou « comme la manifestation d'une histoire individuelle particulière et d'un rapport particulier à l'institution », Alexis Spire parle d' « inconscient d'institution », « partagé par tous les agents évoluant dans un même espace professionnel », et d' « inconscient social », effet des « variables susceptibles d'expliquer la diversité des pratiques ». Sur le terrain du dépistage du sida, l'inconscient d'institution et l'inconscient social expliquent la variation des pratiques entre les structures enquêtées et entre les agents du dépistage, mais ces variations sont transcendées par ce qu'on nommera effet « public » pour désigner l'effet du ciblage du public sur les pratiques de classement opérées par les agents du dépistage.

Mis en œuvre dans des structures publiques et associatives, sur des territoires et auprès de publics distincts, par des agents n'ayant pas tous reçu la même formation et n'appartenant pas aux mêmes groupes professionnels, le dépistage du VIH/sida permet en effet de faire la part des effets de leur socialisation professionnelle et institutionnelle et de leur position sociale sur les pratiques de classement des publics. L'effet « structure » se combine à l'effet de la socialisation professionnelle et de la position sociale des agents du dépistage. Dans les associations, ils se montrent plus curieux de l'orientation sexuelle des usagers ; à l'hôpital, ils sont plus attentifs à leur accès aux droits sociaux leur permettant de se soigner, qui renvoie à leur position de classe. Pour le recueil de l'origine nationale, c'est l'effet « public » qui prime : il est plus fréquent voire systématique à AIDES, qui cherche à cibler les « migrants » dans ses actions, et dans les CDAG hospitaliers enquêtés, situés dans des villes où la proportion d'étrangers est plus élevée, qu'au Checkpoint, où la plupart des consultants sont français.

⁷⁵⁸ Alexis Spire, « Histoire et ethnographie d'un sens pratique : le travail bureaucratique des agents du contrôle de l'immigration », in Anne-Marie Arborio, Yves Cohen, Pierre Fournier, Nicolas Hatzfeld, Cédric Lomba et Séverin Muller, *Observer le travail. Histoire, ethnographies, approches combinées*, Paris, La Découverte, 2008, pp. 61-76, notamment p. 63-64 et 70-72.

Dans la mesure où certaines structures associatives sont développées spécifiquement en direction d'un public précis (gay principalement), et recrutent leurs agents parmi ce public, les effets du type de structure, du public et de la trajectoire des agents ne peuvent être indépendants. Ainsi, au Checkpoint, le rapport entre les propriétés visibles des usagers et les schèmes de perception des agents du dépistage est un rapport d'homologie très forte, du fait de l'expérience commune de l'homosexualité et de l'appartenance commune à la moyenne bourgeoisie. Cependant, si l'effet « structure », celui du cadre de travail, se combine nécessairement avec l'effet « public », celui de la population visée, l'observation du travail des salariés de l'association AIDES et des CDAG suggère que la gêne à situer l'autre dans l'espace des classes sociales varie avec la position et la trajectoire sociales des agents du dépistage. Les rapports entre propriétés visibles des destinataires et schèmes de perception des prestataires du dépistage sont alors plus variés : déterminés par la proximité des expériences migratoires ou sexuelles à AIDES, et orientés par la proximité de genre et la distance de classe en CDAG. Les salariés de AIDES sont d'origine plus populaire que les médecins de CDAG, et plus proches des infirmiers et des infirmières, mais ils suivent une trajectoire moins souvent ascendante (voire même descendante) que les infirmiers, et surtout que les infirmières, qui ont plus de réticences que les médecins et les salariés de AIDES à classer les usagers du dépistage. La comparaison de ces structures différentes fait donc ressortir des régularités.

Outre les logiques de ciblage des publics et d'atténuation de la distance sociale, le repérage des appartenances sexuelles et nationales débouche sur des entretiens d'autant plus standardisés que la personne correspond à une certaine représentation du groupe : ici, non-francophones pour les étrangers, multi-partenaires pour les gays. L'entretien est d'autant plus personnalisé que les questionnaires utilisés par les structures enquêtées sont exhaustifs et recueillent de façon objective les critères de classement. Quand le classement des personnes est indexé aux impressions subjectives du dépisteur, il semble trier, comme l'indiquent les entretiens idéal-typiques, d'abord selon la couleur de peau, et - lorsque le ciblage des publics par des actions spécifiques place l'opération de classement et de sélection en amont de l'entretien - selon l'orientation sexuelle, qui reste de l'ordre de l'implicite et du non-dit dans les autres cas. Quand les critères du classement sont objectivés, par un questionnaire oral ou écrit, l'entretien qui suit est plus personnalisé, et plus long. À comparer les questionnaires et fiches d'évaluation utilisés par les trois CDAG et les deux associations observés, il apparaît que la propriété sociale dont la connaissance par l'intervenant ouvre la possibilité d'un entretien personnalisé soit la position de classe estimée par la profession et/ou le niveau d'études. Certains des enquêtés cherchent alors à compenser les inégalités d'accès aux informations utiles (sur le traitement post-exposition par exemple).

Mais les logiques de classement des publics et de différenciation subséquente du service rendu ne deviennent intelligibles que lorsque l'enquête prend en compte les contraintes du travail. En effet, les pratiques de classement objectif et subjectif des usagers

du dépistage, dans la mesure où elles permettent aux salariés d'économiser du temps et de limiter l'inconfort associé à un entretien portant sur des pratiques intimes, relèvent de routines de travail et de réponses subjectives par lesquelles les travailleurs modifient leur conception des matières premières avec lesquelles ils travaillent (leurs clients) afin de rendre plus acceptable le fossé entre leurs objectifs (avant tout pédagogiques) et leurs réalisations. Ces *street-level health workers*, pour paraphraser Michael Lipsky, sont pris dans un dilemme entre l'augmentation du nombre de clients et le maintien de la qualité du service⁷⁵⁹. La différenciation parmi les clients les aide alors à faire face à leur charge de travail, en concentrant des moyens limités là où leur probabilité d'être efficaces est plus grande, pas nécessairement là où ils sont les plus nécessaires : ici, ce tri consiste, faute d'avoir objectivé des besoins socialement différenciés, à concentrer l'effort pédagogique en direction des usagers les mieux dotés des ressources sociales et scolaires, les plus aptes donc à s'approprier des informations médicales.

La motivation à surinvestir certains usagers au détriment d'autres découle donc de causes structurelles diverses, telles que la course aux financements par projets ou les consignes hiérarchiques. Mais elle résulte aussi de la gratification inégale que ces agents retirent de leur travail pédagogique auprès d'usagers inégalement susceptibles d'en tirer bénéfice. La différenciation des clients permet aux travailleurs de faire pour certains (ceux qui peuvent et veulent parler d'eux-mêmes) ce qu'ils ne sont pas en mesure de faire pour tous.

5. Saisir la dimension discrétionnaire du travail des soignants

Au terme de cette synthèse, on aura compris que cette recherche doit plus à la sociologie du travail et à la sociologie des classes sociales qu'à des courants théoriques plus fréquentés en sociologie de la santé. Le moment est venu de m'en expliquer.

Bien que l'objet de la recherche comporte l'étude de l'offre de biens de santé et sa contribution à la reproduction des inégalités sociales de santé, il m'a semblé nécessaire d'arracher ce travail aux méditations sur cet objet fétiche des éthiciens qu'est « la relation médecin-malade ». Il s'agissait aussi de dépasser les tentatives de réhabilitation du travail de soin invisible - entendre féminin - et l'opposition au « *cure* » qui sous-tendent les travaux sur le « *care* ». En articulant l'analyse de la relation interindividuelle à celle du champ médical et de ses rapports avec l'État et le monde associatif, l'enquête aura permis de saisir les effets de forces structurelles sur ce qui se passe dans la relation interindividuelle.

⁷⁵⁹ Lipsky, *op. cit.* p. 99.

Ces forces sont plurielles et parfois contradictoires. On a ainsi montré le rôle des financements publics dans la spécialisation des collectifs de travail en fonction de groupes définis comme cibles de l'action publique et construits comme homogènes. On a aussi mis en évidence la force des catégories épidémiologiques et montré comment elles s'imposent sur le terrain au contact des publics. On aura senti l'importance cruciale du temps, qui se convertit en argent pour les financeurs publics, pour les salariés en arbitrages parfois douloureux entre leur idéal de travail et leur travail réel, et pour les usagers en denrée variant de façon souvent inverse à leurs besoins d'explications. Observant que le client attend un traitement personnalisé là où, pour le professionnel, il représente la routine, Everett Hughes souligne qu'il existe une contradiction tenace entre la singularité de chaque cas et le processus d'acquisition des compétences dans le traitement successif de cas qui prennent place dans une longue série⁷⁶⁰. Quand chaque cas est singulier, le soignant débutant prend trop de temps (comme l'interne de l'hôpital de Grande rappelé à l'ordre par sa supérieure hiérarchique) ; quand tous les cas se ressemblent, à quelles conditions le soignant aguerri peut-il encore repérer la plus grande fragilité qui justifierait un traitement plus personnalisé et plus long ?

Conduite sur un terrain où la médecine se donne pour objet la population plus que l'individu, cette recherche amène à envisager la médecine (y compris dans d'autres secteurs où la dimension de santé publique est moins marquée) comme *street-level public health*, qui trie ses usagers et leur applique un traitement inégal pour optimiser le service, exerçant ainsi un pouvoir « discrétionnaire » sur la délivrance et surtout sur la qualité du service, et à voir en chaque soignant un opérateur de classement, à des degrés de précision divers, des individus dans des nomenclatures médicales et sociales afin d'orienter son action. Si le pouvoir discrétionnaire est celui d'appliquer un principe général à un cas singulier⁷⁶¹, le principe général est ici le travail préventif et pédagogique en matière de santé. Ma recherche montre comment les pratiques de classement des soignés par les soignants peuvent influencer sur ce travail, et plus largement sur le contenu des biens de santé. Ceux-ci sont d'autant plus standardisés que le classement est subjectif, et alors plus volontiers aligné sur des représentations ordinaires des « Noirs », des « pauvres », des « gays », des « femmes » (pour ne se limiter qu'aux catégories mobilisées sur mon terrain) ; au contraire, les biens de santé sont d'autant plus ajustés aux besoins de leurs usagers que le classement est objectivé, et qu'il inclut, aux côtés des critères de classement que la raison médicale nomme « facteurs de risque » (ici, de contamination ; ailleurs, de fumer, de boire, d'avoir un diabète, un cancer, etc.), les déterminants sociaux de la mortalité (par sida, tabac, alcool, diabète, cancer, etc.), toujours plus forte dans les classes populaires. Cette recherche sur les agents du dépistage du VIH/sida et leur travail apporte ainsi des éléments de réponse à la

⁷⁶⁰ Everett Hughes, « Le drame social du travail », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 1996, 115, pp. 94-99 [« The Social Drama of Work », *Mid-American Review of Sociology*, 1976, 1 (1), pp. 1-7].

⁷⁶¹ Alexis Spire, « L'asile au guichet. La dépolitisation du droit des étrangers par le travail bureaucratique », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 2007/4, 169, pp. 4-21 et notamment définition p. 5.

question du rôle des services de santé dans la (re)production des inégalités sociales de santé.

Il est tentant de ne voir là que la force des classements sociaux ordinaires et des préjugés de classe, racistes, sexistes et hétérosexistes des agents étudiés, ou bien encore de rapporter les pratiques observées à des formes de gouvernement des populations. Le terrain de l'enquête a résisté obstinément à de telles pistes interprétatives. Il a été plus fructueux d'analyser la médecine, non comme un savoir et un pouvoir, mais comme un travail : décompter le temps de consultation, observer les gestes, repérer les phrases passe-partout qui lèvent un malaise, comparer les salaires, chercher l'explication des pratiques de travail dans l'organisation du travail et dans ses contraintes, mettre en évidence ce qui les rapproche ou les distingue d'autres pratiques de travail développées au contact du public.

Cette recherche apporte ainsi un prolongement aux travaux sociologiques qui mettent en évidence une orientation sociale préférentielle du travail pédagogique des soignants vers les membres des classes moyennes, « assez proches socialement et culturellement pour accepter les normes officielles de santé et se montrer capables de réflexivité raisonnable à ce propos, et en situation d'infériorité supportable face à la compétence technique du praticien »⁷⁶². L'enquête montre en effet ce que cette préférence professionnelle doit à l'organisation du travail : l'augmentation des cadences de travail, telle que je l'ai observée en fin de journée lorsque la salle d'attente est encore pleine, accentue l'inégale distribution du travail pédagogique, au détriment des membres des classes populaires. De plus, ce terrain d'enquête, propice à l'analyse de l'articulation des rapports sociaux, permet d'observer comment la complicité de genre, l'expérience de l'homosexualité ou de la migration sont utilisées par les prestataires pour faciliter l'échange verbal malgré la distance de classe.

Cette recherche met également en évidence le raisonnement épidémiologique de ces soignants, basé sur leur connaissance de l'exposition inégale des populations à la maladie et la mort. Mais elle montre que leur raisonnement épidémiologique pratique est sujet aux mêmes méconnaissances que la science épidémiologique elle-même : les inégalités entre classes sociales face à la mort constituent un fait constamment minoré au profit d'autres constats épidémiologiques, comme l'inégalité entre hétérosexuels et homosexuels face au risque d'infection. Si la raison épidémiologique abrase la saisie des inégalités sociales par les agents du travail de santé publique, c'est parce qu'elle est avant tout tournée vers un horizon préventif et se donne pour objet une population pensée comme socialement indifférenciée : la « population générale ». La population générale n'existe pas, et la pensée préventive, parce qu'elle feint de l'ignorer, relève d'une idéologie.

Dans la mesure où le travail pédagogique des soignants est contraint par le temps, ils arbitrent en faveur des situations où il est le plus susceptible de produire des effets,

⁷⁶² Dominique Memmi, *Faire vivre et laisser mourir. Le gouvernement contemporain de la naissance et de la mort*, Paris, La Découverte, 2003, p. 257.

reproduisant ainsi les inégalités d'accès à l'information médicale préexistant à l'interaction⁷⁶³. Or on retrouve, ici comme ailleurs, des interactions verbales plus nombreuses, au cours de la consultation, avec les patients des classes moyennes et supérieures. Comme l'a montré Luc Boltanski dans son enquête sur la Protection Maternelle et Infantile, c'est surtout le contenu des interactions qui diffère, du fait d'un investissement inégal par les médecins du temps d'explication (des symptômes, des traitements et de leur mécanisme) : ils usent davantage d'explications avec les classes supérieures, d'ordres et de menaces avec les classes populaires⁷⁶⁴.

Par l'investigation d'un travail assuré par des médecins, mais aussi des infirmiers et infirmières et des salariés associatifs non-professionnels de santé, cette recherche sur le dépistage du VIH/sida montre que la préférence de classe des soignants doit moins à leur propre appartenance de classe qu'à la dimension pédagogique de leur travail, qui est elle-même construite par des politiques publiques. Ils considèrent en effet leur travail pédagogique et préventif comme une tâche noble en dépit de leur scepticisme quant à son efficacité. Si l'ethos renvoie aux « règles incorporées dans le cadre d'une socialisation institutionnelle » (quand l'habitus relève de « dispositions durables et transposables dans d'autres univers »⁷⁶⁵), alors on peut parler d'un ethos pédagogique du travail de santé publique, qui oriente davantage que l'habitus, les pratiques des agents, et qui les oriente préférentiellement vers les « bons clients » de la pédagogie.

Pour conclure sur la tentation sociologique à ne voir que contrôle social dans les pratiques médicales, cette enquête cherche, dans le sillage notamment d'Alondra Nelson et de sa recherche sur les centres de santé du Black Panther Party⁷⁶⁶, à montrer comment le contrôle social peut s'accommoder de logiques d'« abandon social ». Plus qu'une lecture univoque qui analyserait la médecine comme un « fonctionnalisme du pire »⁷⁶⁷, imposant des normes comportementales sous couvert de prescription médicale, l'attention aux effets socialement différenciés de l'activité médicale oblige en effet à rendre compte de ses « entreprises de morale », mais aussi de ses négligences et de ses démissions. Ces deux dimensions de l'analyse sociologique sont d'autant plus nécessaires que les groupes sociaux qui font l'objet du contrôle social et de l'abandon social à l'œuvre dans les pratiques de santé ne sont pas nécessairement les mêmes. Ainsi, sur le terrain du VIH/sida, le travail de santé publique se fait instrument de contrôle social de la sexualité des gays, des jeunes, des étrangers, qu'il contribue à discipliner, et néglige les facteurs qui rendent les femmes et les membres des classes populaires plus vulnérables face au décès précoce par sida.

⁷⁶³ Sylvie Fainzang, *La relation médecins-malades : information et mensonge*, Paris, PUF, 2006 p. 150.

⁷⁶⁴ Luc Boltanski, *Prime éducation et morale de classe*, Paris, EHESS, Cahiers du Centre de Sociologie Européenne, 1984 (1969).

⁷⁶⁵ Spire, 2008, *op. cit.*

⁷⁶⁶ Alondra Nelson, *Body and Soul : The Black Panther Party and the Fight against Medical Discrimination*, University of Minnesota Press, 2013.

⁷⁶⁷ Pierre Bourdieu, *Sur l'État. Cours au collège de France (1989-1992)*, Paris, Seuil, 2012, p. 18.

Car la mort dit mieux la vérité des rapports sociaux que la maladie : comme sur d'autres terrains (par exemple la mortalité routière étudiée par Mathieu Grossetête⁷⁶⁸), les données sur la mortalité font apparaître des inégalités de classe et, ici, de genre masquées dans les données d'incidence qui, elles, orientent l'action publique.

Cette piste peut être utile pour la sociologie de la santé, mais aussi pour la sociologie des classes sociales, en ceci qu'elle met en évidence dans le champ médical les tentations populistes et misérabilistes analysées par Claude Grignon et Jean-Claude Passeron dans le champ sociologique et littéraire⁷⁶⁹. À une différence près : ces tendances sont d'autant plus souterraines (et agissantes ?) qu'ici les opérations intellectuelles de découpage du monde social ne sont assumées que par une minorité d'agents particulièrement outillés à cet effet par leur formation professionnelle ou politique : épidémiologistes, médecins de santé publique, quelques militants. Mais, plus que la dénégation des pratiques de classement social identifiée par Pierre Bourdieu parmi les membres des « professions nouvelles » (parmi lesquelles il place les professions du travail médico-social très féminisées et qui vendent des biens symboliques et se vendent comme modèles⁷⁷⁰), ce qui domine pour la majorité des agents de santé publique, c'est la dénégation de l'existence de traitements différentiels selon leurs pratiques de classement social, qui doivent alors rester de l'ordre de l'implicite pour ne pas remettre en cause l'illusion d'un traitement indifférencié.

Cependant le constat renouvelé de censures morales au classement social des publics dans ces professions n'explique pas la permanence et la force de ces censures, en dépit de l'accumulation de connaissances sur les inégalités sociales face à la maladie et la mort. Ce travail montre comment les principes de classement internes au champ scientifique et professionnel (ici, épidémiologique et médical) déterminent la recherche par les agents de critères ajustés à des cibles de l'action publique. Le classement des publics selon leurs « facteurs de risque » (ici associés à des catégories sexuelles et raciales) de contamination l'emporte sur leur classement dans des catégories de classe, de genre et de nationalité, pourtant associées à des probabilités inégales de décéder jeune. Les agents ne perdent pas leur sens de l'orientation sociale, mais ne ressentent pas le besoin de l'objectiver parce qu'il relève d'un sens pratique. Si des principes de classement savants se combinent ainsi aux classements sociaux ordinaires dans le travail des agents de santé publique, c'est parce qu'ils les aident davantage à faire leur travail. Car, comme tant d'autres travailleurs fournissant un service à un public, ceux-ci classent leurs publics, quoi qu'ils en disent et y compris lorsqu'ils s'en défendent.

L'observation de leur travail amène donc à compléter les observations de la sociologie du travail sur le développement des « typologies des clients » analysées par Lewis

⁷⁶⁸ Mathieu Grossetête, « L'enracinement social de la mortalité routière », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 2010, 184, pp. 38-57.

⁷⁶⁹ Claude Grignon et Jean-Claude Passeron, *Le savant et le populaire. Misérabilisme et populisme en sociologie et en littérature*, Paris, Gallimard/Le Seuil, 1989.

⁷⁷⁰ Pierre Bourdieu, *La distinction. Critique sociale du jugement*, Paris, Minuit, 1979, pp. 418, 422, 429.

Mennerick. Les critères de classement sont variables (sexe, politesse, vêtements, etc.) sur les terrains considérés par Mennerick mais le classement des clients répond toujours à des besoins des travailleurs : faciliter leur travail, accroître leur contrôle sur leur travail, augmenter leur gain (pas nécessairement financier), se protéger du danger, augmenter l'acceptabilité morale de leur travail. L'usage de typologies des clients augmente alors avec la complexité du travail, le faible contrôle des travailleurs sur leur travail, le potentiel de gain au travail, le risque de danger au travail, l'inacceptabilité morale des clients, le nombre de clients par travailleur, la courte durée de l'interaction, l'hétérogénéité de la clientèle, le sentiment d'incompétence des travailleurs⁷⁷¹. Sur le terrain du dépistage du VIH/sida, on retrouve la force des cadences de travail, qui durcissent les typologies de clients. Le danger dont protège la typologie des clients est ici le danger de perdre la face, en faisant des hypothèses erronées sur des pratiques moralement connotées (sexualité, prostitution, usage de drogues) des clients. Le gain escompté ne profite pas au travailleur en tant qu'individu, mais à la structure pour laquelle il travaille, dont les financements publics dépendent de sa capacité à atteindre les publics ciblés par l'action publique.

Cette enquête apporte donc également un amendement à une hypothèse centrale de la sociologie des professions, dont la profession médicale a tenu lieu de modèle paradigmatique : celle de l'autonomie professionnelle. Les savoirs d'État orientent les typologies de client développées dans le cadre de la consultation, sans les dicter mécaniquement. C'est donc également sur le plan cognitif et intellectuel, et non seulement sur le plan des pratiques de soin, que l'autonomie professionnelle s'exerce en aval (avec les malades) mais est contrainte en amont (par l'État), comme l'observe Anne-Chantal Hardy⁷⁷². En ceci elle s'apparente à la discrétion des bureaucrates du niveau de la rue étudiés par Michael Lipsky. Mais ici le pouvoir discrétionnaire des agents de santé publique porte moins sur la délivrance d'un service que sur sa qualité : on a vu que les consultations étaient d'autant plus standardisées et pauvres en explications que les usagers étaient moins informés.

Cette recherche aura ainsi saisi ce qui contribue à rendre insaisissables les clivages de classe et de genre pour les agents qui travaillent au contact des publics : d'une part, la lucidité sélective des savoirs d'État, qui s'imposent aux agents de santé publique ; d'autre part, le rapport au travail de ces derniers, qui valorisent avant tout le travail pédagogique ; et enfin la division du travail de santé publique, qui découpe les catégories de population selon les collectifs de travail, publics, privés ou associatifs, qui prétendent les atteindre. On espère avoir ainsi éclairé les effets des conduites et des pratiques au-delà des motivations de

⁷⁷¹ Lewis A. Mennerick, « Client Typologies : A Method of Coping With Conflict in the Service Worker-Client Relationship », *Work and Occupations*, 1974, 1, pp. 396-417.

⁷⁷² Anne-Chantal Hardy, *Travailler à guérir. Sociologie de l'objet du travail médical*, Rennes, EHESP, 2013, pp. 85-87.

leurs auteurs, et contribué, à la suite des travaux de Marguerite Cognet⁷⁷³, à rendre compte de la production d'inégalités malgré l'absence d'intention discriminatoire.

Cependant la recherche qui s'achève laisse dans l'ombre un point important, qui suggère des pistes de recherches ultérieures. Le terrain d'enquête, choisi pour observer les effets de « la gueule du client » sur le travail soignant, ne peut rendre compte des pratiques professionnelles qui permettent de dépasser l'impression laissée par la « gueule du client », notamment par la fréquentation répétée et prolongée du client.

De plus, les enquêtés étant tous salariés du secteur public ou associatif, l'analyse de leur rapport au travail n'est peut-être pas généralisable aux médecins et infirmiers libéraux ou salariés du secteur privé. Anaïs Collet souligne ainsi, dans son enquête sur les « gentrificateurs » des quartiers populaires, certaines dispositions que les salariés du secteur public partagent avec les salariés associatifs observés par Mathieu Hély : « les individus qui se destinent au travail associatif partagent de nombreuses homologues avec les agents publics, à commencer par le fait que leurs parents sont fréquemment fonctionnaires. Tout se passe donc comme si les aspirations à servir la collectivité, acquises par la socialisation familiale mais aussi par l'institution scolaire, s'exprimaient aujourd'hui davantage dans l'emploi associatif, en raison de la baisse des chances d'accès aux postes de titulaire dans la fonction publique, mais aussi de la transformation de la répartition des rôles entre État et tiers secteur qui conduit les enfants des "nouvelles classes moyennes" les plus diplômés à regarder le secteur public avec un œil critique. »⁷⁷⁴ Proximité familiale avec la fonction publique, fermeture relative des recrutements dans le secteur public, dispositions à la critique de l'État : j'ai retrouvé ces éléments dans les trajectoires des agents du dépistage. Il est donc possible que certains traits de leur investissement au travail, notamment leur ethos pédagogique et leur attrait pour des techniques innovantes de communication pensées comme peu directives, soient moins marqués voire absents chez la plupart des professionnels santé libéraux.

Enfin, le sida est une pathologie pour laquelle épidémiologistes, soignants et militants, ont pu tracer deux équations exagérément simplificatrices mais productrices d'effets : gays = classes supérieures et femmes migrantes = classes populaires. Dès lors, aux yeux des agents du champ, les classes sociales n'avaient pas besoin d'être objectivées et les classes de sexe étaient sans objet. Il pourrait être utile d'explorer un terrain sur lequel les catégories de classe et de sexe sont reconnues comme pertinentes tant par les épidémiologistes que par les soignants. Le diabète, par exemple, pourrait répondre à ces critères : maladie chronique, plus fréquente et plus grave dans les classes populaires⁷⁷⁵, de

⁷⁷³ Marguerite Cognet, « La santé des immigrés en France. Trajectoires migratoires et histoires de santé. Post-enquête TeO n°3 », DREES – Université Paris Diderot – URMIS, mai 2013, en particulier pp. 21-22 pour la notion de « discrimination systémique ».

⁷⁷⁴ Anaïs Collet, *Rester bourgeois. Les quartiers populaires, nouveaux chantiers de la distinction*, Paris, La Découverte, 2015, pp. 90-91.

⁷⁷⁵ Annette Leclerc et al., *op. cit.*, p. 114-115.

plus en plus fréquente chez les femmes⁷⁷⁶, nécessitant des consultations médicales généralistes et spécialisées répétées, permettant d'observer l'effet différenciateur des filières de soins mis en évidence il y a plus de trente ans par Antoinette Chauvenet⁷⁷⁷.

La recherche qui s'achève aura donc tracé des pistes, dont l'exploration reste à poursuivre, pour rendre compte des mécanismes qui font que, de même que le système d'enseignement contribue à reproduire les inégalités sociales, le système de santé contribue à reproduire les inégalités sociales face à la maladie et la mort.

⁷⁷⁶ DREES, *La santé des femmes en France*, Paris, La Documentation française, 2009, p. 156.

⁷⁷⁷ Antoinette Chauvenet, *Médecines au choix, médecine de classes*, Paris, PUF, 1978.

Bibliographie

Action publique, action associative

Nicolas Belorgey, « De l'hôpital à l'État : le regard ethnographique au chevet de l'action publique », *Gouvernement et action publique*, 2012, 2 (2), pp. 9-40.

Luc Berlivet, « Déchiffrer la maladie », in Jean-Pierre Dozon et Didier Fassin (dir.), *Critique de la santé publique. Une approche anthropologique*, Paris, Balland, 2001, pp. 75-102.

Philippe Bezes, Didier Demazière, Thomas Le Bianic, Catherine Paradeise, Romuald Normand, Daniel Benamouzig, Frédéric Pierru, Julia Evetts, « *New Public management* et professions dans l'État : au-delà des oppositions, quelles recompositions ? », *Sociologie du travail*, 2011, 53, pp. 293-348.

Pierre Bourdieu, *Sur l'État. Cours au Collège de France. 1989-1992*, Paris, Raisons d'Agir/Seuil, 2012.

François Buton, « Sida et politique : saisir les formes de la lutte », *Revue française de science politique*, 2005/5, 55, pp. 787-810.

François Buton, « De l'expertise scientifique à l'intelligence épidémiologique : l'activité de veille sanitaire », *Genèses*, 2006, 65 (4), pp. 71-91.

François Buton, Frédéric Pierru, « Instituer la police des risques sanitaires. Mise en circulation de l'épidémiologie appliquée et agencification de l'État sanitaire », *Gouvernement et action publique*, 2012/4, 4, pp. 67-90.

Robert Castel, « De la dangerosité au risque », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 1983, 47-48, p. 119-127.

Renaud Crespin, « Quand l'instrument définit les problèmes. Le cas du dépistage de drogues dans l'emploi aux États-Unis », in Claude Gilbert et Emmanuel Henry (dir.), *Comment se construisent les problèmes de santé publique*, Paris, La Découverte, 2009, pp. 215-236.

Jean-Pierre Dozon, « Quatre modèles de prévention », in Jean-Pierre Dozon et Didier Fassin (dir.), *Critique de la santé publique. Une approche anthropologique*, Paris, Balland, 2001, pp. 23-46.

Vincent Dubois, « Ethnographier l'action publique. Les transformations de l'État social au prisme de l'enquête de terrain », *Gouvernement et action publique*, 2012/1, n°1, pp. 83-101.

Didier Fassin, Boris Hauray (dir.), *Santé publique. L'état des savoirs*, Paris, La Découverte, 2010.

Olivier Fillieule et Christophe Broqua, « La défection dans deux associations de lutte contre le sida : Act Up et AIDES », in Olivier Fillieule, *Le désengagement militant*, Paris, Belin, 2005, pp. 189-228.

Pierre Fournier, Louise Potvin, « Participation communautaire et programmes de santé: les fondements du dogme », *Sciences sociales et santé*, 1995, vol. 13, n°2, pp. 39-59.

Élodie Giroux, « Contribution à l'histoire de l'épidémiologie des facteurs de risque », *Revue d'histoire des sciences*, 2011, 64 (2), pp. 219-224.

Joseph Gusfield, *La culture des problèmes publics. L'alcool au volant : la production d'un ordre symbolique*, Paris, Economica, 2009 [*The Culture of Public Problems. Drinking-Driving and the Symbolic order*, Chicago, University of Chicago Press, 1981].

Patrick Hassenteufel, *Sociologie politique : l'action publique*, Paris, Armand Colin, 2011.

Mathieu Hély, Maud Simonet (dir.), *Le travail associatif*, Nanterre, Presses universitaires de Paris Ouest, 2013.

Arthur Jatteau, « Expérimenter le développement ? Des économistes et leurs terrains », *Genèses*, 2013, 93, pp. 8-28.

Yves Lochard et Maud Simonet-Cusset, « La parabole de l'Observatoire ou les limites à l'institutionnalisation d'un "partenariat cognitif" avec les associations », *Politix*, 2005/2, n°70, pp. 51-70.

Yves Lochard, « L'association, un monde à part ? », in Mathieu Hély, Maud Simonet (dir.), *Le travail associatif*, Nanterre, Presses universitaires de Paris Ouest, 2013, pp. 143-157.

Marie Loison-Leruste et Matthieu Hély, « Des entreprises associatives en concurrence : le cas de la lutte contre l'exclusion », in Mathieu Hély, Maud Simonet (dir.), *Le travail associatif*, Nanterre, Presses universitaires de Paris Ouest, 2013, pp. 191-207.

Olivier Louail, « Les Enfants de Don Quichotte face au travail de relogement des SDF du canal Saint-Martin : une politisation ambiguë », in Mathieu Hély, Maud Simonet (dir.), *Le travail associatif*, Nanterre, Presses universitaires de Paris Ouest, 2013, pp. 175-189.

Lilian Mathieu, « De l'inadaptation sociale au professionnalisme : la démarche des associations de "santé communautaire" », in Pierre Chauvin, Isabelle Parizot (dir.), *Santé et expériences de soins. De l'individu à l'environnement social*, Paris, Inserm, 2005, pp. 161-177.

John Andrew Mendelsohn, « "Typhoid Mary" Strikes Again. The social and the Scientific in the Making of Modern Public Health », *Isis*, 1995, 86, pp. 268-277.

Sandrine Musso, « Faire preuve par l'épidémiologie : lectures "indigènes" des chiffres du sida en France », *Quaderni*, 2009, 68, pp. 71-82.

Mathieu Narcy, « Le travail associatif : des salariés intrinsèquement motivés », in Mathieu Hély, Maud Simonet (dir.), *Le travail associatif*, Nanterre, Presses universitaires de Paris Ouest, 2013, pp. 19-32.

Mathilde Pette, « Associations : les nouveaux guichets de l'immigration ? Du travail militant en préfecture », *Sociologie*, 2014, 4 (5), pp. 405-421.

Vololona Rabeharisoa, Tiago Moreira, Madeleine Akrich, « Evidence-based activism : Patients' organisations, users' and activist's groups in knowledge society », *Papiers de recherche du Centre de Sociologie de l'Innovation*, 2013, n° 33.

Monika Steffen, « La comparaison internationale comme révélateur des apprentissages institutionnels. L'exemple de la lutte contre le sida », *Revue internationale de politique comparée*, 2004, 3 (11), pp. 389-411.

Santé

Andrew Abbott, *The system of professions. An Essay on the Division of Expert Labor*, Chicago, University of Chicago Press, 1988.

Anne-Marie Arborio, « Savoir profane et expertise sociale. Les aides-soignantes dans l'institution hospitalière », *Genèses*, 1996, 22, pp. 87-106.

David Armstrong, « Screening : mapping medicine's temporal spaces », *Sociology of Health and Illness*, 2012, 34 (2), pp. 177-193.

Natalie Armstrong, Helen Eborall, « The sociology of medical screening: past, present and future », *Sociology of Health and Illness*, 2012, 34 (2), pp. 1-16.

Janine Barbot, *Les malades en mouvements. La médecine et la science à l'épreuve du sida*, Paris, Balland, 2002.

Nicolas Belorgey, *L'hôpital sous pression. Enquête sur le « nouveau management public »*, Paris, La Découverte, 2010.

Luc Boltanski, *La découverte de la maladie. La diffusion du savoir médical*, Paris, EHESS-Centre de Sociologie Européenne, 1968.

Luc Boltanski, *Prime éducation et morale de classe*, Paris, EHESS, Cahiers du Centre de Sociologie Européenne, 1984 (1969).

Marcel Calvez, *La prévention du sida. Les sciences sociales et la définition des risques*, Rennes, PUR, 2004, pp. 147-173.

Danièle Carricaburu, Marie Ménoret, *Sociologie de la santé. Institutions, professions, maladies*, Paris, Armand Colin, 2004.

Danièle Carricaburu, « De la gestion technique du risque à celle du travail : l'accouchement en hôpital public », *Sociologie du travail*, 2005, 47, pp. 245-262.

Patrick Castel, Magali Robelet, « Comment rationaliser sans standardiser la médecine ? Production et usages des recommandations de pratiques cliniques », *Journal de gestion et d'économie médicales*, 2009/3, 27, pp. 98-115.

Antoinette Chauvenet, *Médecines au choix, médecine de classes*, Paris, PUF, 1978.

Sébastien Dalgarrondo, *Sida : la course aux molécules*, Paris, EHESS, 2004.

Nicolas Dodier, *Leçons politiques de l'épidémie de sida*, Paris, EHESS, 2003.

Nicole Edelman, *Les métamorphoses de l'hystérique. Du début du XIX^e siècle à la Grande Guerre*, Paris, La Découverte, 2003.

Steven Epstein, *Impure Science. Aids, Activism and the Politics of Knowledge*, University of California Press, Berkeley and Los Angeles, 1996.

Sylvie Fainzang, *La relation médecins-malades : information et mensonge*, Paris, PUF, 2006.

Sylvie Fainzang, *L'automédication ou les mirages de l'autonomie*, Paris, PUF, 2012.

Didier Fassin, *L'espace politique de la santé. Essai de généalogie*, Paris, PUF, 1996.

Didier Fassin, « L'indicible et l'impensé : la "question immigrée" dans les politiques du sida », *Sciences sociales et santé*, 1999, 17, 4, pp. 5-36.

Didier Fassin, *Quand les corps se souviennent. Expériences et politiques du sida en Afrique du Sud*, Paris, La Découverte, 2006.

Sue Fisher, « Doctor-patient communication: a social and micro-political performance », *Sociology of Health and Illness*, 1984, 6 (1), pp. 1-29.

Ludwik Fleck, *Genèse et développement d'un fait scientifique*, Paris, Flammarion, 2008, [*Entstehung und Entwicklung einer wissenschaftlichen Tatsache*, Benno Schwabe & Co, 1935].

Sandrine Garcia, « Expertise scientifique et capital militant. Le rôle des médecins dans la lutte pour la légalisation de l'avortement », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 2005, 158, pp. 96-105.

Sandrine Garcia, *Mères sous influence. De la cause des femmes à la cause des enfants*, Paris, La Découverte, 2011.

Harold Garfinkel, « De "bonnes" raisons organisationnelles pour de "mauvais" dossiers cliniques », in Harold Garfinkel, *Recherches en ethnométhodologie*, Paris, PUF, 2007 [*Studies in ethnomethodology*, Cambridge, 1967], pp. 297-323.

Gabriel Girard, *Les homosexuels et le risque du sida. Individu, communauté et prévention*, Rennes, PUR, 2013, pp. 137-184.

Anne-Chantal Hardy, *Travailler à guérir. Sociologie de l'objet du travail médical*, Rennes, EHESP, 2013.

Claudine Herzlich, « Types de clientèle et fonctionnement de l'institution hospitalière », *Revue française de sociologie*, 1973, 14 (1), pp. 41-59.

Marie Jaisson, « L'honneur perdu du généraliste », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 2002, 143, pp. 31-35.

Marie Jaisson, « La mort aurait-elle mauvais genre ? La structure des spécialités médicales à l'épreuve de la morphologie sociale », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 2020, 143, pp. 44-52.

Anne Jusseaume, Paul Marquis et Mathilde Rossigneux-Meheust, « Le soin comme relation sociale : bilan historiographique et nouvelles perspectives », *Histoire, médecine et santé*, 2015, 7, pp. 9-15.

Janina Kehr, « Blind spots and adverse conditions of care : screening migrants for tuberculosis in France and Germany », *Sociology of Health and Illness*, 2012, 34 (2), pp. 90-104.

Susan Kippax, Raewyn Connell, Gary Dowsett, June Crawford, *Sustaining Safe Sex: Gay Communities Respond to AIDS*, London, Routledge, 1993.

Pascal Marichalar, *Médecin du travail ou médecin du patron ?* Paris, Presses de Sciences Po, 2014.

Dominique Memmi, *Faire vivre et laisser mourir. Le gouvernement contemporain de la naissance et de la mort*, Paris, La Découverte, 2003.

Anne Paillet, *Sauver la vie, donner la mort. Une sociologie de l'éthique en réanimation néonatale*. Paris, la Dispute, 2007.

David Pendleton and Stephen Bochner, « The communication of medical information in general practice consultations as a function of patients' social class », *Social Science and Medicine*, 1998, 14A, pp. 669-673.

Jean Peneff, *L'Hôpital en urgence*, Paris, Métailié, 1992.

Jean Peneff, *Les Malades des urgences. Une forme de consommation médicale*, Paris, Métailié, 2000.

Jean Peneff, *La France malade de ses médecins*, Paris, Les Empêcheurs de penser en rond / Le Seuil, 2005.

Patrice Pinell (dir.), *Une épidémie politique. La lutte contre le sida en France, 1981-1996*, Paris, PUF, 2002.

Patrice Pinell, « Dépistage », in Dominique Lecourt (dir.), *Dictionnaire de la pensée médicale*, Paris, PUF, 2004, pp. 320-324.

Patrice Pinell, « À propos du champ médical : quelques réflexions sur les usages sociologiques du concept de champ », in Frédéric Lebaron et Gérard Mauger (dir.), *Lectures de Bourdieu*, Paris, Ellipses, 2012, pp. 305-318.

Laure Pitti, « Experts “bruts” et médecins critiques. Ou comment la mise en débats des savoirs médicaux a modifié la définition du saturnisme en France durant les années 1970 », *Politix*, 2010, 23 (91), pp. 103-132.

Michel Setbon, « Sida et dépistage à l’hôpital, entre désordre et régulation », *Revue française de sociologie*, 1992, 33 (2), pp. 189-211.

Michel Setbon, « La normalisation paradoxale du sida », *Revue française de sociologie*, 2000, 41 (1), pp. 61-78.

Claude Thiaudière, *Sociologie du sida*, Paris, La Découverte, 2002.

Howard Waitzkin, « Medicine, Superstructure and micropolitics », *Social Science and Medicine*, 1979, 13A, pp. 601-609.

Howard Waitzkin, « Information giving in medical care », *Journal of Health and Social Behaviour*, 1985, 26 (2), pp. 81-101.

Howard Waitzkin, « A Critical Theory of Medical Discourse: Ideology, Social Control, and the Processing of Social Context in Medical Encounters », *Journal of Health and Social Behavior*, 1989, 30 (2), pp. 220-239.

Emmanuelle Zolesio, *Chirurgiens au féminin ? Des femmes dans un métier d’hommes*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes, 2012.

Travail et relation de service

Christelle Avril, Marie Cartier, Delphine Serre, *Enquêter sur le travail. Concepts, méthodes, récits*, Paris, La Découverte, Paris, 2010.

Christelle Avril, *Les aides à domicile. Un autre monde populaire*, Paris, La Dispute, 2014.

Howard S. Becker, « Social-Class Variations in the Teacher-Pupil Relationship », *Journal of Educational Sociology*, 1952, 25 (8), pp. 451-465.

Howard S. Becker, *Outsiders. Étude de sociologie de la déviance*, Paris, Métailié, 1985, pp. 103-125 [*Outsiders*, Glencoe, 1964].

Howard Becker, « How I learned what a crock was », *Journal of Contemporary Ethnography*, 1993, 22 (1), pp. 28-35.

Howard S. Becker, *Les ficelles du métier*, Paris, La Découverte, 2002.

Sophie Bernard, « Le travail de l'interaction. Caissières et clients face à l'automatisation des caisses », *Sociétés contemporaines*, 2014, 94 (2), pp. 93-119.

Odis Bigus, « The Milkman and his Customer : A Cultivated Relationship », *Journal of Contemporary Ethnography*, 1972, 1, pp. 131-165.

Françoise Blum, « Regards sur les mutations du travail social au XX^e siècle », *Le Mouvement Social*, 2002/2, 199, pp. 83-94.

Robert Bor, Riva Miller, Eleanor Goldman, *Theory and Practice of HIV Counselling. A Systemic Approach*, London, Cassell, 1992.

Marie Cartier, « Perspectives sociologiques sur le travail dans les services : les apports de Hughes, Becker and Gold », *Le Mouvement Social*, 2005, 2011 (2), pp. 37-49.

Florent Champy, Liora Israël, « Professions et engagement public », *Sociétés contemporaines*, 2009/1, 73, pp. 7-19.

Fred Davis, « The Cabdriver and His Fare : Facets of a Fleeting Relationship », *American Journal of Sociology*, 1959, 65 (2), pp. 158-165.

Vincent Dubois, *La vie au guichet. Relation administrative et traitement de la misère*, Paris, Economica, 2010.

Jean Gadrey, « Les relations de service et l'analyse du travail des agents », *Sociologie du travail*, 1994, 36 (3), pp. 381-389.

Erving Goffman, « Les hôpitaux psychiatriques et le schéma médical-type (quelques remarques sur les vicissitudes des métiers de réparateurs) », in *Asiles. Études sur la condition sociale des malades mentaux*, Paris, Minuit, 1968, pp. 375-438.

Erving Goffman, *Les rites d'interaction*, Paris, Minuit, 1974.

Ray Gold, « Janitors versus tenants: a status-income dilemma », *American Journal of Sociology*, 1952, 57 (5), pp. 486-493.

Aloïs Hahn, « Contribution à la sociologie de la confession et autres formes institutionnalisées d'aveu », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 1986, 62-63, pp. 54-68.

Everett C. Hughes, *Le regard sociologique. Essais choisis*, Paris, EHESS, 1996 [*The sociological eye : selected papers*, Transaction Books, 1984].

Everett Hughes, « Le drame social du travail », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 1996, 115, pp. 94-99 [« The Social Drama of Work », *Mid-American Review of Sociology*, 1976, 1 (1), pp. 1-7].

Aurélié Jeantet, « "À votre service!" La relation de service comme rapport social », *Sociologie du travail*, 2003, 45, pp. 191-209.

Dominique Lhuillier, « Le "sale boulot" », *Travailler*, 2005, 14 (2), pp. 73-98.

Michael Lipsky, *Street-Level Bureaucracy. Dilemmas of the Individual in Public Services*, New York, Russell Sage Foundation, 2010 [1980].

Lewis A. Mennerick, « Client Typologies : A Method of Coping With Conflict in the Service Worker-Client Relationship », *Work and Occupations*, 1974, 1, pp. 396-417.

Francine Muel-Dreyfus, « Les instituteurs, les paysans et l'ordre républicain », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 1977, 17-18, pp. 37-61.

Francine Muel-Dreyfus, *Le métier d'éducateur. Les instituteurs de 1900, les éducateurs spécialisés de 1968*, Paris, Minuit, 1983.

Delphine Serre, « Gouverner le travail des assistantes sociales par le chiffre ? Les effets contrastés d'un indicateur informel », *Informations sociales*, 2011/5, n°167, pp. 132-139.

Delphine Serre, « Travail social et rapport aux familles : les effets combinés et non convergents du genre et de la classe », *Nouvelles Questions Féministes*, 2012, 31 (2), pp. 49-64.

Yasmine Siblot, « Stigmatisation et intégration sociale au guichet d'une institution familiale. Le bureau de poste d'un quartier populaire », *Sociétés contemporaines*, 2002, 47, pp. 79-99.

Yasmine Siblot, « Contraintes et ambivalences du travail d'accueil du public », *Informations sociales*, 2010, 158 (2), pp. 102-110.

David Silverman, *Discourses of counselling. HIV counselling as social interaction*, London, Sage, 1997.

Alexis Spire, « L'asile au guichet. La dépolitisation du droit des étrangers par le travail bureaucratique », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 2007/4, 169, pp. 4-21.

Alexis Spire, « Histoire et ethnographie d'un sens pratique : le travail bureaucratique des agents du contrôle de l'immigration », in Anne-Marie Arborio, Yves Cohen, Pierre Fournier, Nicolas Hatzfeld, Cédric Lomba et Séverin Muller, *Observer le travail. Histoire, ethnographies, approches combinées*, Paris, La Découverte, 2008, pp. 61-76.

Jeannine Verdès-Leroux, *Le travail social*, Paris, Minuit, 1978.

Inégalités sociales, rapports sociaux

Pierre Aïach, « Femmes et hommes face à la mort et à la maladie, des différences paradoxales », in Pierre Aïach, Dominique Cèbe, Geneviève Cresson et Claudine Philippe (dir.), *Femmes et hommes dans le champ de la santé. Approches sociologiques*, Rennes, ENSP, 2001, pp. 117-147.

Pierre Aïach, « Processus cumulatif d'inégalités : effet d'amplification et disposition à l'appropriation sociale », *Santé, société et solidarité*, 2004, 2, pp. 39-47.

Pierre Aïach, *Les inégalités sociales de santé. Écrits*, Paris, Economica, 2010.

Nathalie Bajos et Michel Bozon (dir.), *Enquête sur la sexualité en France. Pratiques, genre et santé*, Paris, La Découverte, 2008.

Cris Beauchemin, Catherine Borrel, Corinne Régnard, « Les immigrés en France : en majorité des femmes », *Population et sociétés*, 2013, 502, pp. 1-4.

Caroline Berchet, « État de santé et recours aux soins des immigrés en France : une revue de la littérature », *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, 2012, 2-3-4, pp. 17-21.

Basil Bernstein, *Langage et classes sociales. Codes socio-linguistiques et contrôle social*, Paris, Minuit, 1975, pp. 191-122.

Luc Boltanski, « Les usages sociaux du corps », *Annales. Économies, Sociétés, Civilisations*, 1971, 1, pp. 205-233.

Pierre Bourdieu et Jean-Claude Passeron, *La reproduction. Éléments pour une théorie du système d'enseignement*, Paris, Minuit, 1970.

Emmanuelle Cambois, Aline Désesquelles, Jean-François Ravaut, « Femmes et hommes ne sont pas égaux face au handicap », *Population et Sociétés*, 2003, 386, pp. 1-4.

Marguerite Cognet, Céline Gabarro, Émilie Adam-Vezina, « Entre droit aux soins et qualité des soins », *Hommes et migrations*, 2009, 1282, pp. 54-65.

Marguerite Cognet, Christelle Hamel et Muriel Moisy, « Santé des migrants en France : l'effet des discriminations liées à l'origine et au sexe », *Revue européenne des migrations internationales*, 2012, vol. 28, n° 2, pp. 11-34.

Marguerite Cognet, « La santé des immigrés en France. Trajectoires migratoires et histoires de santé. Post-enquête TeO n°3 », DREES – Université Paris Diderot – URMIS, mai 2013.

Raewyn Connell, *Masculinités. Enjeux sociaux de l'hégémonie*, Paris, Amsterdam, 2014 (édition établie par Meoïn Hagège et Arthur Vuattoux ; traduction de l'anglais par Claire Richard, Clémence Garrot, Florian Voros, Marion Duval et Maxime Cervulle ; post-face d'Éric Fassin).

Alain Cottureau, « La tuberculose : maladie urbaine ou maladie de l'usure au travail ? Critique d'une épidémiologie officielle : le cas de Paris », *Sociologie du travail*, 1978, 4, pp. 192-224.

Alice Desclaux et Annabel Desgrées du Loû, « Les femmes africaines face à l'épidémie de sida », *Population et Sociétés*, 2006, 428, pp. 1-4.

Didier Fassin, « Les impensés des inégalités sociales de santé », in Christophe Niewiadomski et Pierre Aïach (dir.), *Lutter contre les inégalités sociales de santé. Politiques publiques et pratiques professionnelles*, Rennes, EHESP, 2008, pp. 21-28.

John Gagnon, *Les scripts de la sexualité. Essais sur les origines culturelles du désir*, Paris, Payot, 2008.

Maud Gelly, « Les inégalités sociales, objet invisible pour l'éducation sexuelle ? Enquête ethnographique sur l'éducation sexuelle dans les collèges », *Sciences Sociales et Santé*, 2013, 31, 4, pp. 73-96.

Alain Girard, *Le choix du conjoint. Une enquête psycho-sociologique en France*, Paris, PUF/Ined, 1981 (3^{ème} édition), cahier n°70.

Claude Grignon et Jean-Claude Passeron, *Le savant et le populaire. Misérabilisme et populisme en sociologie et en littérature*, Paris, Gallimard/Le Seuil, 1989.

Michel Grignon et Dominique Polton, « Inégalités d'accès et recours aux soins », in Christine Daniel et Christine Le Clairche, *Mesurer les inégalités. De la construction des indicateurs aux débats sur les interprétations*, Paris, DREES, 2000, pp. 188-200.

Mathieu Grossetête, « L'enracinement social de la mortalité routière », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 2010, 184, pp. 38-57.

Colette Guillaumin, *L'idéologie raciste. Genèse et langage actuel*, Paris, Mouton & Co, 1972.

Julian Tudor Hart, « The inverse care law », *The Lancet*, 1971, 297 (7696), pp. 405-412.

Kate Hunt, Sally Macintyre, « Genre et inégalités sociales en santé », in Annette Leclerc, Didier Fassin, Hélène Grandjean, Monique Kaminski, Thierry Lang, *Les inégalités sociales de santé*, Paris, La Découverte, 2000, pp. 363-375.

Caroline Izambert, « Les limites de l'universel. L'accès des sans-papiers à une couverture maladie en France depuis 1999 », in Guillaume Lachenal, Céline Lefève, Vinh-Kim Nguyen (dir.), *La médecine du tri*, Paris, PUF, 2014, pp. 199-215.

Maryse Jaspard, Elisabeth Brown, Stéphanie Condon, Dominique Fougeyrollas-Schwebel, Annick Houel, Brigitte Lhomond, Florence Maillochon, Marie-Josèphe Saurel-Cubizolles, Marie-Ange Schiltz, *Les violences envers les femmes en France. Une enquête nationale*, Paris, La documentation française, 2002.

Éric Jouglà, Stéphane Rican, Françoise Péquignot, Alain Le Toullec, « La mortalité », in Annette Leclerc, Didier Fassin, Hélène Grandjean, Monique Kaminski, Thierry Lang, *Les inégalités sociales de santé*, Paris, La Découverte, 2000, pp. 147-162.

Michelle Kelly-Irving, Cyrille Delpierre, Anne-Cécile Schieber, Benoit Lepage, Christine Rolland, Anissa Afrité, Jean Pascal, Chantal Cases, Pierre Lombrail, Thierry Lang, « Do general practitioners overestimate the health of their patients with lower education ? », *Social Science and Medicine*, 2011, 73, pp. 1416-1421.

Danièle Kergoat, « Division sexuelle du travail et rapports sociaux de sexe », in Helena Hirata, Françoise Laborie, Hélène Le Doaré, Danièle Senotier, *Dictionnaire critique du féminisme*, Paris, PUF, 2000, pp. 35-44.

Georges Labica (dir.), « Classes », in *Dictionnaire critique du marxisme*, Paris, PUF, 1982, pp. 153-162 (renvoie à Karl Marx, *Misère de la philosophie*, 1947 ; Karl Marx, *Le 18 Brumaire de Louis Bonaparte*, 1851).

Guillaume Lachenal, *Le médicament qui devait sauver l'Afrique. Un scandale pharmaceutique aux colonies*, Paris, La Découverte, 2014.

Annette Leclerc, Monique Kaminski, Thierry Lang, *Inégaux face à la santé*, Paris, La Découverte, 2008.

Pierre Lombrail, « Inégalités de santé et d'accès secondaire aux soins », *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 2007, 55, pp. 23-26.

Élise Marsicano, *Genre, expérience migratoire et condition minoritaire. Les trajectoires sexuelles et préventives des migrant-e-s d'Afrique subsaharienne vivant en France*, Thèse de sciences humaines et sociales, Université Paris Sud XI, 2012, pp. 33-82.

Margaret Maruani, *Femmes, genre et sociétés. L'état des savoirs*, Paris, La Découverte, 2005.

Monique Membrado, « Les femmes dans le champ de la santé : de l'oubli à la particularisation », *Nouvelles Questions Féministes*, 2006, 25 (2), pp. 16-31.

Pierre Mormiche, « Pratiques culturelles, profession et consommation médicale », *Économie et statistique*, 1986, 189, pp. 39-50.

Pap Ndiaye, *La condition noire. Essai sur une minorité française*, Paris, Gallimard, 2008, p. 223.

Alondra Nelson, *Body and Soul : The Black Panther Party and the Fight against Medical Discrimination*, University of Minnesota Press, 2013.

Anne Paillet, Delphine Serre, « Les rouages du genre. La différenciation des pratiques de travail chez les juges des enfants », *Sociologie du travail*, 2014, 56, pp. 342-364.

Jean-Claude Passeron, François de Singly, « Différences dans la différence : socialisation de classe et socialisation sexuelle », *Revue française de science politique*, 1994, 1, pp. 48-78.

Jacqueline Perrin-Haynes, « L'activité des immigrés en 2007 », *INSEE Première*, 2008, 1212, pp. 1-4.

Roland Pfefferkorn, *Inégalités et rapport sociaux. Rapports de classes, rapports de sexes*, Paris, La Dispute, 2007.

Marie-Pierre Pouly, postface à Beverly Skeggs, *Des femmes respectables. Classe et genre en milieu populaire*, Agone, 2015, p. 369 [*Formations of Class and Gender : Becoming Respectable*, Sage, 1997].

Isabelle Robert-Bobbée et Christian Monteil, « Différentiels sociaux et familiaux de mortalité aux âges actifs : quelles différences entre les femmes et les hommes ? », *Economie et statistique*, 2006, n° 398-399, pp. 11-28.

Abdelmalek Sayad, *La double absence*, Paris, Seuil, 1999.

Olivier Schwartz, « Peut-on parler des classes populaires ? », 2011 : www.laviedesidees.fr/Peut-on-parler-des-classes/html, page consultée le 14 septembre 2014.

Dominique Tabutin, « La mortalité féminine en Europe avant 1940 », *Population*, 1978, 1, pp. 121-148.

Laurent Toulemon, « Entre le premier rapport sexuel et la première union : des jeunesses encore différentes pour les femmes et pour les hommes », in Nathalie Bajos et Michel Bozon (dir.), *Enquête sur la sexualité en France. Pratiques, genre et santé*, Paris, La Découverte, 2008.

Marilène Vuille, Séverine Rey, Catherine Fussinger, Geneviève Cresson, « La santé est politique », *Nouvelles Questions Féministes*, 2006, 25 (2), pp. 4-15.

Classements sociaux, catégorisations sociales

« Qu'est-ce que classer ? », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 1983, n°50.

Martine Avanza et Gilles Laferté, « Dépasser la "construction des identités" ? Identification, image sociale, appartenance », *Genèses*, 2005, 61 (4), pp. 134-152.

Gabrielle Balazs, « Les facteurs et les formes de l'expérience du chômage », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 1983, n°50, pp. 69-83.

Pierre Bourdieu, *La distinction. Critique sociale du jugement*, Paris, Minit, 1979.

Pierre Bourdieu, « Espace social et genèse des "classes" », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 1984, 52-53, pp. 3-14.

Anaïs Collet, *Rester bourgeois. Les quartiers populaires, nouveaux chantiers de la distinction*, Paris, La Découverte, 2015.

Alain Desrosières, *La politique des grands nombres. Histoire de la raison statistique*, Paris, La Découverte, 2010 [1993].

Euroscientia, Colloque international du projet de recherche ANR-DFG « Euroscientia », *Classer et nommer les savoirs d'État (1750-1850)*, Strasbourg, Maison interuniversitaire des sciences des sciences de l'homme – Alsace, 27 et 28 novembre 2013 (programme : http://euroscientia.univ-paris1.fr/fileadmin/euroscientia/P_final_VS_fr_11_06_2013.pdf, page consultée le 5 mai 2015).

Jean-Pierre Faguer, « Le baccalauréat "E" et le mythe du technicien », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 1983, n°50, pp. 85-96.

Claude Fossé-Poliak et Gérard Mauger, « Les loubards », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 1983, n°50, pp. 49-68.

Colin Giraud, *Quartiers gays*, Paris, PUF, 2014.

Fabien Jobard, René Lévy, John Lamberth, Sophie Névanen, « Mesurer les discriminations selon l'apparence : une analyse des contrôles d'identité à Paris », *Population*, 2012, 67 (3), pp. 423-452.

Fabien Jobard et Sophie Névanen, « La couleur du jugement. Discriminations dans les décisions judiciaires en matière d'infractions à agents de la force publique (1965-2005) », *Revue française de sociologie*, 2007, 48 (2), pp. 243-272.

Nicolas Jounin, *Chantier interdit au public. Enquête parmi les travailleurs du bâtiment*, Paris, La Découverte, 2008.

Nicolas Jounin, Fatine Ahmadouchi, Aurélie Bachiri, Boubou Bakhayokho, Julien Bihet, Requia Bouali, Nedjma Cognasse, Sarah El Mellah, Camille Gicquel, Marie Josse, Yasmina Kettal, Nina Krumnow, Alice Mimoun, Laëtitia Mokrani, Jordan Mongongnon, Pierre Orsini, Camilla Otto, Lucie Rondou, Awa Tamega, Loïse Tilbourg, El-Hadj Touré, Ulysse Tubeuf, « Le faciès du contrôle. Contrôles d'identité, apparence et modes de vie des étudiant(e)s en Île-de-France », *Déviance et Société*, 2015/1, 39, pp. 3-29.

Dominique Merllié, « Une nomenclature et sa mise en œuvre. Les statistiques sur l'origine sociale des étudiants », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 1983, n°50, pp. 3-47.

Agnès Pélagie, Tristan Poullaouec, « "Le haut du panier de la France d'en bas" ? Le sentiment d'appartenance de classe chez les professions intermédiaires », in Paul Bouffartigue, Charles Gadéa, Sophie Pochic, *Cadres, classes moyennes : vers l'éclatement ?*, Paris, Armand Colin, 2011, pp. 260-275.

Emmanuel Pierru et Alexis Spire, « Le crépuscule des catégories socioprofessionnelles », *Revue française de science politique*, 2008, 58 (3), pp. 457-481.

Dorothee Prud'homme, « La racialisation en urgence. Représentations et pratiques des professionnels hospitaliers à l'égard des patients présumés roms (2009-2012) », Sciences Po Bordeaux, dir. Yves Déloye, thèse de science politique soutenue le 8 décembre 2015.

Paul-André Rosental, *L'intelligence démographique. Sciences et politiques des populations en France (1930-1960)*, Paris, Odile Jacob, 2003.

Julius Roth, « Some Contingencies of the Moral Evaluation and Control of Clientele : The Case of the Hospital Emergency Service », *American Journal of Sociology*, 1972, 77 (5), pp. 839-856.

Priscille Sauvegrain, « La santé maternelle des "Africaines" en Île-de-France : racisation des patientes et trajectoires de soins », *Revue Européenne des Migrations Internationales*, 2012, 28 (2), pp. 81-100.

Richard Sennett, *Les tyrannies de l'intimité*, Paris, Seuil, 1979 [*The Fall of a Public Man*, Knopf, 1974].

Gaëtan Thomas, « Définir pour compter », *Revue Monstre*, 2011, 3, pp. 38-42.

Approches généralistes, approches méthodologiques

Stéphane Beaud, « L'usage de l'entretien en sciences sociales. Plaidoyer pour l'«entretien ethnographique» », *Politix*, 1996, vol. 9, n° 35, pp. 226-257.

Luc Boltanski, *De la critique. Précis de sociologie de l'émancipation*, Paris, Gallimard, 2009.

Sophie Divay, « Être sociologue et évaluateur », *Genèses*, 2013, 90, pp. 133-146.

Michel Foucault, *Sécurité, territoire, population. Cours au Collège de France 1977-1978*, Paris, Seuil/Gallimard-Hautes études, 2004.

Jack Katz, « From How to Why : Luminous Description and Causal Inference in Ethnography », *Ethnography*, 2001, 2/4, pp. 443-473 et 2002, 3/1, pp. 63-60 ; traduit et publié en français in Daniel Cefaï (dir.), *L'engagement ethnographique*, Paris, EHESS, 2010, pp. 27-106.

Jacques Lagroye, « Les processus de politisation », in Jacques Lagroye (dir.), *La politisation*, Paris, Belin, 2003, pp. 359-372.

Karl Mannheim, *Le problème des générations*, Paris, Armand Colin, 2011 [1923].

Frédérique Matonti et Franck Poupeau, « Le capital militant. Essai de définition », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 2004, 155, pp. 4-11.

Lilian Mathieu, *L'espace des mouvements sociaux*, Bellecombe-en-Bauges, Le Croquant, 2012.

Charles Wright Mills, *L'imagination sociologique*, Paris, La Découverte, 2006 [*The Sociological Imagination*, Oxford University Press, New York, 1959].

Julie Pagis, *Mai 68, un pavé dans leur histoire*, Paris, Presses de Sciences Po, 2014.

Olivier Schwartz, « L'empirisme irréductible. La fin de l'empirisme ? », postface à Nels Anderson, *Le Hobo. Sociologie du sans-abri*, Paris, Armand Colin, 2014 [1^{ère} ed. en français Nathan, 1993 ; ed. originale Chicago, 1923], pp. 335-384.

Charles Tilly, « Les origines du répertoire d'action collective contemporaine en France et en Grande-Bretagne », *Vingtième siècle*, 1984, 4 (1), pp. 89-108.

Yvonne Verdier, *Façons de dire, façons de faire. La laveuse, la couturière, la cuisinière*, Paris, Gallimard, 1979.

Publications épidémiologiques *(NB : les travaux socio-historiques portant sur l'épidémiologie sont classés dans la section « action publique »)*

Albertine Aouba, Françoise Péquignot, François Laurent, Jean Boileau, Gérard Pavillon, Éric Jouglu, « Mortalité par VIH en France : tendances évolutives depuis les années 1980 », *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, 2008, 45-46, pp. 447-452.

Françoise Cazein, Stéphane Le Vu, Josiane Pillonel, Yann Le Strat, Sophie Couturier, Betty Basselier, Florence Lot, Caroline Semaille, « Dépistage de l'infection par le VIH en France, 2003-2009 », *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, 2010, 45-46, pp. 451-454.

Françoise Cazein, Yann Le Strat, Jocelyn Dutil, Sophie Couturier, Charly Ramus, Caroline Semaille, « Dépistage de l'infection par le VIH en France, 2003-2012 », *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, 2013, 33-34, pp. 410-416.

Françoise Cazein, Florence Lot, Josiane Pillonel, Yann Le Strat, Cécile Sommen, Roselyne Pinget, Stéphane Le Vu, Sylvie Brunet, Damien Thierry, Denys Brand, Marlène Leclerc, Lotfi Benyelles, Clara Da Costa, Francis Barin, Caroline Semaille, « Découvertes de séropositivité VIH et sida – France, 2003-2012 », *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, 2014, 9-10, pp. 154-162.

Rosemary Dray-Spira, France Lert, « Social health inequalities during the course of chronic HIV disease in the era of highly active antiretroviral therapy », *AIDS*, 2003, 17, pp. 283-290.

Rosemary Dray-Spira, Kayigan Wilson d'Almeida, Cindy Aubrière, Fabienne Marcellin, Bruno Spire, France Lert et le groupe Vespa2, « État de santé de la population vivant avec le VIH en France métropolitaine en 2011 et caractéristiques des personnes récemment diagnostiquées. Premiers résultats de l'enquête ANRS-Vespa2 », *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, 2013, 26-27, pp. 285-292.

DREES, *La santé des femmes en France*, Paris, La Documentation française, 2009.

Julien Gelly, Josselin Le Bel, Isabelle Aubin-Auger, Alain Mercier, Élodie Youssef, France Mentré, Michel Nougairède, Laurent Letrilliart, Xavier Duval and the ECOGEN study group, « Profile of French general practitioners providing opportunistic primary preventive care. An observational cross-sectional multicentre study », *Family Practice*, 2014, 00, pp. 1-8.

Francesca Grillo, Julie Vallée, Pierre Chauvin, « Inequalities in cervical cancer screening for women with or without a regular consulting in primary care for gynecological health, in Paris, France », *Preventive Medicine*, 2012, vol. 54, n° 3-4, pp. 259-265.

Babak Khoshnood, Catherine De Vigan, Véronique Vodovar, Gérard Bréart, François Goffinet, Béatrice Blondel, « Advances in Medical Technology and Creation of Disparities: The Case of Down Syndrome », *American Journal of Public Health*, 2006, vol. 96, n° 12, pp. 2139-2144.

Thierry Lang, Pierre Ducimetière, Dominique Arveiler, Philippe Amouyel, Jean Ferrières, Jean-Bernard Ruidavets, Michèle Montaye, Bernadette Hass, Annie Bingham, « Is hospital care involved in inequalities in coronary heart disease mortality ? Results from the French WHO-Monica Project in men aged 30-64 », *Journal of Epidemiology and Community Health*, 1998, 52, pp. 665-671.

Charlotte Lewden, Éric Jouglu, Ahmadou Alioum, Gérard Pavillon, Laurence Lièvre, Philippe Morlat, Dominique Salmon, Thierry May, Geneviève Chêne, Dominique Costagliola, « Number of deaths among HIV-infected adults in France in 2000, three-source capture-recapture estimation », *Epidemiology and Infection*, 2006, 134, pp. 1345-1352.

Charlotte Lewden, Geneviève Chêne, Philippe Morlat, François Raffi, Michel Dupon, Pierre Dellamonica, Jean-Luc Pellegrin, Christine Katlama, François Dabis, Catherine Lepout, the ANRS CO8 APROCO-COPILOTE Study Group, the ANRS CO3 Aquitaine Study Group, « HIV-infected adults with a CD4 cell count greater than 500 cells/mm³ on long term combination antiretroviral therapy reach same mortality rates as the general population », *Journal of AIDS*, 2007, 46, pp. 72-77.

Véronique Massari, Annabelle Lapostolle, Emmanuelle Cadot, Isabelle Parizot, Rosemary Dray-Spira, Pierre Chauvin, « Gender, socio-economic status, migration origin and neighborhood of residence are barriers to HIV testing in the Paris metropolitan area », *AIDS Care*, 2011, 23 (12), pp. 1609-1618.

Prescrire Rédaction, « Au crible. Le point après deux ans d'analyses des guides de pratique clinique de la Haute Autorité de Santé », *La Revue Prescrire*, 2009, 29 (306), pp. 308-309.

Grégoire Rey, Stéphane Rican, Danièle Luce, Gwenn Menvielle, Éric Jouglu, « La mesure des inégalités sociales de mortalité par cause en France : comparaison des approches chaînée et non chaînée », *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, 2013, 61(3), pp. 221-231.

Virginie Supervie, « Le TasP (Treatment as Prevention) dans le contexte actuel de l'épidémie d'infection à VIH en France. État des lieux, succès actuels et futurs défis », communication à l'International AIDS Society le 11 avril 2013.

Sources

AIDES, « Dépistage. Proposition de texte d'Hélène Rossert pour la réunion du 6 janvier 1998 », 1998.

AIDES, CA 24-25 février 2007, point 8, « Projet de résolution dépistage ».

AIDES, « Note sur l'ouverture d'un Checkpoint de dépistage à la délégation départementale de l'Hérault » (document préparatoire au CA des 8 et 9 septembre 2007), 2007.

AIDES, « ANRS DRAG. Dépistage rapide auprès des gays. Protocole de recherche biomédicale », 14 août 2009.

AIDES, communiqué de presse en direct de la XVIII^e Conférence internationale sida de Vienne, 19 juillet 2010.

AIDES, « Bilan et analyse critique de la recherche action ANRS Comtest. Étude de la faisabilité d'un dépistage du VIH, communautaire et non médicalisé, utilisant des tests rapides, réalisé par l'association AIDES auprès des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes », 2011 (document préparé pour la réponse à l'appel à projet « Soutien aux activités de dépistage communautaire » DGS/FNPEIS 2011).

AIDES, *Réduction des risques et dépistage du VIH dans le réseau AIDES. Données du 1^{er} janvier 2012 au 30 septembre 2012, analyse au 15 novembre 2012*, présentation à la Direction Générale de la Santé le 3 décembre 2012.

ANRS, Groupe Dépistage du VIH, compte-rendu de réunions.

Archives Nationales, AN 20030474/3, Conseil national février 1989 – novembre 1991, Procès-verbal du Conseil national de AIDES du 16 novembre 1991.

Archives Nationales, AN 20030474/49, AIDES Fédération/Actions juridiques/Groupe juridique 1989-1993/Dépistage du VIH, AIDES communiqué de presse 13/12/1991.

Archives Nationales, AN 20030474/49, AIDES Fédération/Actions juridiques/Groupe juridique 1989-1993/Dépistage du VIH, Conseil National du sida, *Rapport sur le dépistage obligatoire ou systématique du VIH*, 18 décembre 1991.

Archives Nationales, AN 20030474/49, AIDES Fédération/Actions juridiques/Groupe juridique 1989-1993/Dépistage du VIH, AIDES, « Argumentaire de l'association AIDES sur la politique de dépistage des anticorps anti-VIH », 8 février 1992.

Archives Nationales, AN 20030474/49, AIDES Fédération/Actions juridiques/Groupe juridique 1989-1993/Dépistage du VIH, courrier à Bruno Durieux du 13 février 1992.

Archives Nationales, AN 20030474/49, AIDES Fédération/Actions juridiques/Groupe juridique 1989-1993/Dépistage du VIH, communiqué de presse du 14 février 1992.

Archives Nationales, AN 20030474/3, Conseil national de AIDES, 15-16 mars 1997.

Archives Nationales, AN 20030474/50, AIDES Fédération/Actions thérapeutiques/Groupe national Information dur les traitements/Groupe de travail ministériel sur le dépistage précoce 1997, note de Françoise Bélingard-Deybach au directeur général de la santé, 25/03/1997.

Archives Nationales, AN 20030474/50, AIDES Fédération/Actions thérapeutiques/Groupe national Information dur les traitements/Groupe de travail ministériel sur le dépistage précoce 1997, Compte-rendu de la réunion du groupe de travail sur le diagnostic précoce de l'infection à VIH de la Division Sida de la DGS, 28/04/1997.

Archives Nationales, AN 20030474/50, AIDES Fédération/Actions thérapeutiques/Groupe national Information dur les traitements/Groupe de travail ministériel sur le dépistage précoce 1997, compte-rendu de la réunion du sous-groupe information-communication du groupe de travail ministériel sur le diagnostic précoce de l'infection à VIH de la Division Sida de la DGS, 29/05/1997.

Archives Nationales, AN 20030474/3, Conseil national de AIDES, 14 mars 1998.

Archives Nationales, AN 20030474/23, AIDES Fédération/Comité île-de-France 1997-1998.

« Arrêté du 9 novembre 2010 fixant les conditions de réalisation des tests rapides d'orientation diagnostique de l'infection à virus de l'immunodéficience humaine (VIH 1 et 2) », *Journal Officiel de la République Française*, 17 novembre 2010, n° 0266, p. 20499.

Paul Benkimoun, « Le recul du sida laisse entrevoir la fin de la pandémie d'ici à quinze ans », *Le Monde*, 17 juillet 2014.

Circulaire N°DGOS/RH4/2010/361 du 30 septembre 2010 relative d'une part, à la mise en œuvre de la nouvelle grille de catégorie A des personnels infirmiers de la fonction publique hospitalière (F.P.H.) suite à la reconnaissance de leurs diplômes au grade de licence ainsi que d'autre part, à la mise en œuvre du nouvel espace statutaire de catégorie B de la F.P.H. pour les personnels paramédicaux.

Circulaire DGS/RI2 n° 2012-222 du 1er juin 2012 relative au financement des consultations de dépistage anonyme et gratuit de l'infection par le VIH, *BO Santé-Protection sociale-Solidarité* n° 2012/7 du 15 août 2012, pp. 339-344.

Conseil National du sida, *Rapport suivi de recommandations sur l'évolution du dispositif de dépistage de l'infection par le VIH en France*, 2006.

Laetitia Darmon, « Tests rapides. La France lambine », *Le Journal du sida*, 2008, 202.

Décret n°88-61 du 18 janvier 1988 pris pour l'application de l'article L. 355-23 du code de la santé publique concernant le dépistage de façon anonyme et gratuite du virus de l'immunodéficience humaine, *Journal Officiel de la République Française*, 20/01/1988, p. 944.

Daniel Defert et Pierre Lascoumes, « Virus VIH : test ou dépistage », *Libération*, 30 janvier 1992.

Annabel Desgrées du Loû et Bruno Spire, « Éditorial. Des études essentielles pour adapter la prévention et la prise en charge des populations clés », *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, 2013, 39-40, pp. 494-495.

Élise Demange, Émilie Henry, Anne Bekelynck, Marie Préau, « Petite(s) histoire(s) de la recherche communautaire », in Élise Demange, Émilie Henry, Marie Préau, *De la recherche en collaboration à la recherche communautaire. Un guide méthodologique*, Paris, ANRS/Coalition PLUS, Collection Sciences sociales et sida, 2012, pp. 15-24.

Éric Favereau, « Pas de dépistage obligatoire du VIH », *Libération*, 22 décembre 1991.

Haute Autorité de Santé, *Dépistage de l'infection par le VIH en France. Modalités de réalisation des tests de dépistage*, octobre 2008.

Haute Autorité de Santé, *Dépistage de l'infection par le VIH en France. Stratégies et dispositif de dépistage*, octobre 2009.

Emmanuel Hirsch, *AIDES. Solidaires*, Paris, Le Cerf, 1991.

INSEE, « Population immigrée – population étrangère – Exploitation complémentaire du recensement de la population 1999 en France métropolitaine », *INSEE Résultats*, 2011, n°121.

Danièle Jourdain-Menninger, Gilles Lecoq, « Évaluation de la mise en œuvre de la recentralisation de la lutte contre les infections sexuellement transmissibles », *Inspection Générale des Affaires Sociales*, août 2010.

France Lert, Gilles Pialoux, Gabriel Girard, Élisabeth Yvers, *Rapport Mission RdRs. Prévention et réduction des risques dans les groupes à haut risque vis-à-vis du VIH et des IST*, 2010.

France Lert (dir.), *Dépistage de l'infection VIH en France 2009-2011. Synthèse des études et recherches*, Paris, ANRS, 2013.

Jean-Yves Le Talec, Annie Velter, Christine Rouzioux, George Kreplak, Guy Sebbah, Pierre Tessier, Anne Guérin, Nicolas Derche, and the steering committee of the Checkpoint

Study, « Community based rapid HIV-testing for MSM carried out by medical staff attracts young, highly educated, and "soft sex" gay or bisexual men (Checkpoint Study, Paris, France) », Poster présenté à l'International AIDS Society, Rome, 2011.

« Loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique », *Journal Officiel de la République Française*, 11 août 2004, article 88.

Ministère de la Santé et des Sports, *Plan national de lutte contre le VIH/sida et les IST 2010-2014*.

Philippe Morlat (dir.), *Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH. Recommandations du groupe d'experts. Rapport 2013 sous la direction du Pr Philippe Morlat et sous l'égide du CNS et de l'ANRS*, Paris, La Documentation française, 2013.

ONUSIDA, *Accélérer la riposte. Mettre fin à l'épidémie de sida d'ici à 2030*, 2014.

Ordonnance no 2010-177 du 23 février 2010 prise pour l'application de loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST).

Renaud Persiaux et Gilles Pialoux, « La charge virale communautaire, nouvel outil pour enrayer l'épidémie ? », *Transcriptases*, 2011, 146, pp. 33-36.

Carl Ransom Rogers, *Le développement de la personne*, Paris, Dunod-InterEditions, 2005 [Carl Ransom Rogers, *On Becoming a Person*, Boston, Houghton Mifflin Company, 1961].

Service des Maladies Infectieuses et Tropicales, *Rapport d'activité 2010*, Centre Hospitalier de Grande, 2010.

Sidaction, *Rapport d'activité 2013*.

Bruno Spire, *Inactivation d'un nouveau rétrovirus humain : le Lymphadenopathyassociated virus (LAV) isolé chez les malades atteints de syndrome lymphadénopathique (LAS) ou du Syndrome d'immunodéficience acquise (Sida)*, Thèse pour le doctorat en médecine, Paris 5 Paris Ouest, 1985.

Dominique Thiéry, « Dossier Femmes et VIH : la double peine », *Le Journal du Sida*, 2012, 224, pp. 19-34.

Catherine Tourette-Turgis, *Le counseling. Théorie et pratique*, Paris, PUF, 1996.

World Health Organization, Special Programme on AIDS, *Report of the Meeting on Criteria for HIV Screening Programmes*, Geneva, 20-21 may 1987 (WHO/SPA/GLO/87.2).

World Health Organization, Special Programme on AIDS, *Counselling in HIV Infection and Disease*, January 1988 (WHO/SPA/INF/88.2).

Yazdan Yazdanpanah et Jean-Marie Le Gall, « Étude de la faisabilité d'un dépistage du VIH, communautaire et non médicalisé, utilisant des tests rapides », présentation générale du projet de recherche pour demande de financement à l'ANRS, 2008.

Entretiens réalisés

Agents du dépistage

Lieu de travail	Prénom et nom modifiés	Âge	Profession	Date de l'entretien
AIDES (la profession est celle des salariés de AIDES avant leur embauche à AIDES, sauf pour ceux dont c'est le premier emploi=	Nicolas Darimand	30	Délégué de lieu de mobilisation (1 ^{er} emploi)	4/10/13
	Virginie Ledru	Environ 35	Auxiliaire de puériculture	20/09/13
	Christine Guilanec	43	Travailleuse sociale	26/10/13
	Dylan Hénin	26	Comptable	4/03/14
	Irène Ouafou	55	Assureuse	14/03/14
	Martin Delumeau	39	Animateur	12/06/14
	Mickaël Lefranc	24	Commercial	20/11/12
	Armel Yvonet	Environ 30	Animateur	11/03/14
Checkpoint	Rémi Buisson	34	Infirmier	28/01/14
	Éric Romero	34	Infirmier	7/02/14
	Samuel Ibanez	34	Infirmier	30/04/14
	Xavier Verpoly	58	Médecin	11/02/14
	Vincent Rueff	53	Médecin	7/03/14
CDAG des Vignes	Arezki Ramdane	53	Infirmier	15/10/13
	Joëlle Chassagne	55	Infirmière	15/10/13
	Christophe Couture	45	Infirmier	15/10/13
	Danièle Catoire	51	Infirmière	31/10/13
	Sébastien Boyet	35	Médecin	31/10/13
	Christelle Cardi	35	Médecin	8/11/13
	Pascal Lunel	45	Médecin	29/11/13
	Virginie Jeanne	36	Médecin	29/11/13
CDAG de l'hôpital de Grande	Murielle Monlouis	52	Infirmière	11/10/13
	Chantal Djian	53	Infirmière	11/10/13
	Marie-Christine Ngo	51	Médecin	11/10/13
	Magali Dubois	30	Médecin	5/11/13
	Céline Bardou	38	Médecin	8/11/13
	Vanessa Stern	30	Médecin	9/10/12
CDAG de l'hôpital de Fondange	Béatrice Guéguen	51	Médecin	14/01/14
	Yasmina Slimani	56	Médecin	8/10/13
	Marie-Claude Paoli	56	Médecin	27/09/13
	Arnaud Baquet	Environ 50	Médecin	24/09/13
	Séverine Jecker	37	Infirmière	27/09/13
Autres CDAG hospitaliers	Nedjma Khelifi	43	Aide-soignante	19/11/13
	Annie-Claire Rey	Environ 55	Médecin	18/06/13
	Laurence Lupin	Environ 50	Médecin	19/04/13

	Saïdou Kaboré	40	Médiateur en santé	10/09/13
Autres associations	Cintia Ortiz	58	Médiatrice de santé publique	5/02/13
	Mathieu Ndombe	55	Médecin	20/02/14

Témoins des évolutions du dépistage

	Institution/association	Profession	Date de l'entretien
Jean-Marie Le Gall	AIDES	Vétérinaire	16/10/12
Bruno Spire	AIDES (président)	Médecin	10/09/12
Daniel Defert	Fondateur de AIDES, ex-président	Sociologue	2/10/12
Christian Saout	CISS (ex-président de AIDES)	Magistrat	4/09/12
Frédérique Delatour	DGS	Médecin	19/04/13
Emmanuel Chateau	Act Up-Paris	Historien	17/12/13
France Lert	Inserm	Économiste et épidémiologiste	15/03/13
Stéphane Le Vu	InVS	Épidémiologiste	26/02/13
Willy Rozenbaum	CNS (président)	Médecin	16/01/14
Yazdan Yazdanpanah	AP-HP	Médecin	23/04/13
Enrique Casalino	AP-HP	Médecin	5/07/13
Elisabeth Bouvet	AP-HP	Médecin	23/04/13
Gilles Pialoux	AP-HP	Médecin	4/06/13
Dominique Rolland	CRIPS	Psychologue	6/05/14
Christine Moucazambo	COREVIH-Est	Coordinatrice	15/11/13
Stephen Karon	Sidaction, ARS	Biologiste, Coordinateur semaine Flash Test	26/11/13

Annexes

Annexe 1 : guide d'entretien

Trajectoire

Qu'est-ce qui vous a amené à travailler ici ? (et à y prendre des responsabilités si poste de direction ?)

Quelles activités professionnelles avez-vous exercées jusqu'à ce jour ?

Comment ont évolué vos revenus depuis que vous avez commencé à travailler ? (demander à quel âge)

Revenus actuels :

Comment vous débrouillez-vous avec vos horaires et conditions de travail et votre vie hors du travail ?

Comment se sont déroulées vos études ? (ville, université, sujet de thèse ou de mémoire de fin d'études)

Quelle expérience personnelle avez-vous eu du système de santé ? D'une maladie importante ? Pour vous et/ou pour vos proches ?

Où êtes-vous né ? Et vos parents ?

Quelles ont été vos expériences militantes ? associatives ? politiques ? syndicales ? dans le champ de la santé ? dans le mouvement homosexuel ? féministe ? de solidarité internationale ?

Idem (travail et militantisme) pour vos parents ? conjoint.e ? enfants ? frères et sœurs ? Pratique religieuse dans la famille ?

En famille sur quoi portaient les discussions à table ?

Que pensent vos proches (famille, amis) de votre travail ?

Comment ça pourrait se passer mieux au travail ?

Qu'envisagez-vous pour la suite de votre vie professionnelle ?

Relation

Comment décririez-vous les personnes qui viennent ici pour un test de dépistage du VIH ?

Relance : si vous deviez découper les personnes que vous accueillez en cinq groupes (ou quatre ou six, ou le nombre que vous voulez), quels seraient-ils ?

J'aimerais que vous me décriviez les entretiens que vous préférez.

Et ceux que vous aimez le moins ?

Relances : Dans votre pratique du dépistage, quelles sont les situations qui vous mettent mal à l'aise ? Au contraire, quelles sont les situations où l'entretien vous semble particulièrement facile ? Dans quel cas trouvez-vous l'entretien plus intéressant ? Qu'est-ce qui peut vous énerver lors de l'entretien ? Quelles sont les situations d'entretien qui vous font le plus plaisir ? Dans quels cas vous sentez-vous le plus utile ?

Si vous deviez me former et m'apprendre votre travail, comment décririez-vous un bon entretien ?

Et un mauvais ?

Comment adaptez-vous l'entretien selon les personnes que vous avez en face de vous ?

Relances : propositions autres que le dépistage, explications sur le traitement post-exposition, conseils préventifs, échelle des risques

Qu'est-ce qui vous fait penser que la personne en face de vous a compris ce que vous lui avez dit ?

Quelles sont les parties de votre travail que vous n'aimez pas du tout faire ? (demander fiche de poste)

Dans les pratiques de travail de vos collègues (pas forcément sur le même lieu de travail), qu'est-ce que vous n'aimez pas ?

Quelles sont selon vous les qualités et compétences les plus importantes pour faire ce travail ?

À quel rythme se succèdent les entretiens dans le cadre du dépistage ?

Relances : durée habituelle d'un entretien, durée souhaitable, nombre d'entretiens par demi-journée

Annexe 2 : grille d'observation


Pré ou post-test	Accueillant	Usager
Position du bureau		
Position des fauteuils		
Type d'affiches sur les murs		
Préservatifs masculins		
Préservatifs féminins		
Vêtements		
Nombre, sexe, âge...		
Présentation		
Entrée en matière		
Motif du test		
Questions ouvertes (compte)		
Type questions ouvertes		
Questions fermées (compte)		
Type questions fermées		
Marques de connaissance partagée des enjeux		
Difficultés préventives		
Rapports de genre		
Vécu homosexualité		
Histoire migratoire		
Emploi		
Diplôme		
Lien avec contraception		
Conseils		
Durée interaction		

Annexe 3 : déclaration obligatoire anonyme de l'infection par le VIH

Ddass de :

Infection à VIH chez l'adulte et l'adolescent de 15 ans et plus

Maladie à déclaration obligatoire (Art. L3113-1, R3113-1, R3113-2, R3113-3, R3113-5, D3113-7 du code de la santé publique)
Définition : toute sérologie VIH confirmée positive chez un sujet de 15 ans et plus pour la première fois pour le laboratoire (hors dépistage anonyme) même si le second prélèvement nécessaire à la validation de la séropositivité n'a pu être obtenu
Information individuelle des personnes : droit d'accès et de rectification (loi du 6 janvier 1978 modifiée) pendant 6 mois par l'intermédiaire du médecin déclarant auprès de l'Institut de veille sanitaire.



12221*02
50959#02

D

1 - Caractéristiques socio-démographiques

Code d'anonymat* : _____ Année de naissance : _____

Sexe : M F Pays de domicile : France, précisez le département de domicile : _____ Autre pays

Lieu de naissance : France, précisez si la personne est née dans un département français d'Amérique (DFA : Guadeloupe, Martinique, Guyane) oui non
 Pays étranger, précisez : _____

Nationalité actuelle : française, précisez la nationalité à la naissance pour les Français par acquisition* : _____
 étrangère, précisez : _____

Profession (exercée ou non)* : _____ En activité professionnelle : oui non (formation, chômage, retraite, etc)

2 - Sérologies VIH

Sérologie actuelle : Date du prélèvement de la sérologie positive* : _____
jour mois année

Type de virus : VIH-1 VIH-2 inconnu Profil de séroconversion (WB ou IB incomplet témoin d'une contamination très récente)* : oui non inconnu

Sérologies antérieures* : - négative oui non inconnu Si oui Combien sur les 2 dernières années : _____
Si il existe une sérologie VIH antérieure positive, la fiche doit néanmoins être complétée* (sans compter la sérologie positive motivant la notification)
 Date de la dernière négative : _____
mois année

- positive oui non inconnu Si oui Combien sur les 2 dernières années : _____
 Date de la première positive : _____
mois année

3 - Motif de dépistage et statut clinique/immunologique

Motif(s) de réalisation de la sérologie actuelle* : risque d'exposition au VIH dans les 6 derniers mois symptômes/signes cliniques liés au VIH
 début de prise en charge pour le VIH grossesse autre, précisez : _____

Stade clinique : primo-infection symptomatique asymptomatique symptomatique non sida inconnu
 sida*, précisez : Pathologie(s) inaugurale(s) de sida : _____

Date de diagnostic du sida : _____ si décédé, date du décès : _____
mois année jour mois année

Traitements antirétroviraux pré-sida (au cours des 2 dernières années) : oui non inconnu Si oui, durée totale : < 3 mois ≥ 3 mois

Nombre de CD4 : _____ / mm³ Date de la mesure des CD4 : _____
mois année

4 - Circonstances probables de la contamination

Mode(s) de contamination probable(s) (une des 3 cases oui/non/inconnu doit être cochée pour chaque item)* :

Rapports homosexuels oui non inconnu
 Rapports hétérosexuels oui non inconnu
 Usage de drogues injectables oui non inconnu
 Autre oui non inconnu si oui, précisez : _____

Partenaire sexuel à l'origine probable de la contamination* : précisez si ce partenaire
 • était un partenaire stable occasionnel anonyme
 • vivait ou avait vécu dans une communauté* : africaine (sub-Sahara) caraïbéenne asiatique (Sud/Sud-Est)
 autre, précisez : _____

• était usager de drogues injectables autre, précisez : _____

La séropositivité du partenaire (sexuel ou d'injection) était-elle connue du patient au moment de la contamination ? oui non
 La date de contamination peut-elle être estimée ? oui non
 Si oui, précisez à quelle date ou période : _____ et comment (prise de risque unique, primo-infection, test antérieur,...) : _____

Lieu probable de la contamination : France autre pays inconnu

5 - Surveillance virologique (tests complémentaires réalisés par le CNR du VIH sur le sérum déjà prélevé pour le diagnostic)

Après avoir été informée, la personne refuse les tests de la surveillance virologique (Ne cocher cette case qu'en cas de refus de la personne)

6 - Observations

7 - Médecin prescripteur

Nom : _____ Tél. : _____ Courriel : _____

Cadre d'exercice : Hôpital ou clinique Nom de l'établissement : _____
 Nom du chef de service : _____ Spécialité du service : _____
 Médecine libérale Autre cadre, précisez : _____

Adresse : _____ Date de notification : _____
jour mois année

8 - Biologiste déclarant

Nom : _____ Tél. : _____ Courriel : _____

Nom et adresse du laboratoire (ou cachet) : _____ Date de notification : _____
jour mois année

Le biologiste adresse ce feuillet 3 au médecin prescripteur en même temps que le feuillet 2.
 Le médecin prescripteur conserve ce feuillet 3 pendant 6 mois après la notification.

Bioliste => médecin prescripteur

Annexe 4 : flyer du Checkpoint



OTEX RANT
TEST RAPIDE DU VIH
 POUR LES HOMMES
 QUI AIMENT LES HOMMES
 ...

Le dispositif de dépistage du kiosque Infos Sida s'adresse aux hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes. Comme pour l'ensemble des actions du kiosque dans le milieu LGBT, vous êtes reçu par des professionnels connaissant les pratiques sexuelles entre hommes et leurs spécificités.

Pourquoi se faire dépister ?
 Plus d'un homosexuel sur dix est porteur du VIH (17,7%) et 20% des personnes séropositives ignorent qu'elles sont porteuses du virus*. Connaître son statut sérologique permet une prise en charge optimale en cas de découverte de séroposivité au VIH. C'est aussi prendre soin de soi, se protéger et protéger les autres.

Concubinage
 Après un entretien avec un médecin, un infirmier crée une goutte de sang sur votre doigt pour pratiquer le test. 15 minutes plus tard le résultat vous report à nouveau pour vous remettre le résultat.

Le dépistage est gratuit

Lundi
 09h - 12h30 (sans rdv)

Mardi
 16h - 20h30 (sur rdv)

Mercredi
 19h - 22h (sans rdv)

Jeudi
 18h - 20h30 (sur rdv)

Vendredi
 12h - 18h (sans rdv)

Samedi
 12h - 18h (sans rdv)

Pour perdre rendez-vous :
 01 44 78 24 44

En savoir plus : www.kiosques.org/checkpoint

CENTRE DE DÉPISTAGE

*Enquête Prévacy 2009 INVS

©élifon graphique - www.prestacoda.fr

Annexe 5 : flyer présentant l'activité « dépistage » de AIDES

JUSTE UN DOIGT POUR SE FAIRE DEPISTER

Pour connaître les lieux de dépistage les plus proches de chez toi : <http://depistage.aides.org>

ESNÈRES
• HEPATITES
• TRAITEMENTS
• PREVENTION

ESNÈRES
Q AIDES

Envie de prendre soin de moi, de nous !

Nous sommes africains, cambodgiens ou asiatiques. Plusieurs d'entre nous ignorent, aujourd'hui, qu'ils sont porteurs du virus du sida. C'est dommage car sans le savoir ils mettent en danger leur santé et peuvent transmettre le virus.

Savoir si on est séropositif (ou encore séro-négatif) est plus facile aujourd'hui. Les lieux et les occasions sont plus variés. En plus des centres de dépistage anonyme et gratuit, des laboratoires, des médecins, tu peux aussi te faire dépister gratuitement par des militants de AIDES.

Mais te proposons un dépistage avec des tests rapides à chaque fois et, mieux que cela, tu te gardes anonyme. Une goutte de sang te permet d'avoir un résultat en quelques minutes !

Si tu veux, c'est aussi l'occasion d'échanger, de te faire accompagner et en toute confidentialité, sur ta sexualité.

Si le résultat est négatif, nous pouvons t'aider à trouver des contraceptifs permettant de rester séro-négatif le plus longtemps possible.

Si le résultat est positif, nous pouvons t'accompagner dans tes démarches de santé. Aujourd'hui, des traitements efficaces te permettent de vivre avec le virus et réduire les risques de le transmettre.

Et ça change pas...

TOUS ENSEMBLE faisons bouger la société ! Aides région AIDES. Il y a certainement un lieu près de chez toi pour t'enregistrer !

Né par l'air sur la voie publique. AIDES 2011 • Valeur : 35 300

JUSTE UN DOIGT POUR SE FAIRE DÉPISTER

CAPOTES + DÉPISTAGES + TRAITEMENTS = PRÉVENTION

AIDES

pour plus d'informations :
0805 160 011 (gratuit depuis un poste fixe)
depistage/5@aides.org
ou www.aides.org/vih-depistage

- 1) Combien y a-t-il de personnes infectées par le VIH (Virus du SIDA) dans le monde ? (source : OMS/UNAIDS 2009)
 * Les personnes vivent avec le VIH : 33,4 millions de personnes vivent avec le VIH.
- 2) Quelle proportion de personnes vivant avec le VIH a traversé le monde à accès aux traitements ? (source : OMS/UNAIDS 2009)
 * 35% des personnes vivant avec le VIH ont besoin dans le monde recevoir une thérapie antirétrovirale.
- 3) Combien y a-t-il de personnes infectées par le VIH en France ? (source : Rapport Yéni 2010)
 * le nombre de personnes vivant avec le VIH en France peut être estimé à 152 000 (entre 135 000 et 170 000) dont environ 50 000 ne connaissent pas leur infection.
- 4) Quel est le nombre de nouvelles contaminations par le VIH en France en 2009 ? (source : ANRS 2010)
 * 12 000 personnes ont été nouvellement contaminées en 2009.
- 5) Les étrangers séropositifs au VIH, vivant en France, bénéficient-ils d'un titre de séjour s'ils n'ont pas accès aux soins médicaux ?
 * C'est-à-dire, le cas jusqu'en Juin 2011, où la loi sur l'immigration est venue compromettre l'accès à ce titre de séjour. En effet, auparavant, si l'étranger malade révélait pas accès effectivement au traitement, il pouvait obtenir un titre de séjour. Désormais, l'accès au traitement n'existe pas dans son pays. Or l'existence ne veut pas dire accès.
- 6) Un étranger séropositif au VIH peut-il être expulser de France s'il ne peut pas se soigner dans son pays d'origine ?
 * Depuis l'adoption de la nouvelle loi sur l'immigration en Juin 2011, un étranger malade qui ne pourrait pas se soigner dans son pays ne serait pas expulsé (éloignement ou expulsion).
- 7) Combien d'étrangers séropositifs au VIH bénéficient d'un titre de séjour ? (source : Comité Interministériel de contrôle de l'immigration 2009)
 * Environ 5 000 personnes sur un total de 28 000 étrangers malades.
- 8) Comment peut-on transmettre le virus du SIDA ?
 * Au cours d'un rapport sexuel.
 * De la mère à l'enfant, intra-utérin et lors de l'accouchement.
 * En partageant du matériel d'injection.
- 9) En l'absence de port du préservatif, quelles pratiques sexuelles permettent d'éviter une contamination par le VIH ? (Sondage IFOU-MSU-SIDA 2008)
 * Toutes les pratiques sans pénétration vaginale, anale ou buccale.
 * 19% des 15-24 ans n'utilisent pas systématiquement le préservatif.
 * 2008) concernant cette dernière (81% en rapports hétérosexuels, 68% sont des jeunes filles).
- 10) Les femmes peuvent utiliser des préservatifs féminins ?
 * Oui, il s'agit du Félicon.
- 11) Le préservatif masculin doit utiliser avec un lubrifiant comme : silicone, gel à base d'eau ou du gel à base de latex alors passer le virus du SIDA.
 * Les produits « gras » rendent poreux le latex qui laisse alors passer le virus du SIDA.
- 12) Après une prise de risque, à quel moment faut-il se faire dépister ?
 * 3 mois après le risque, le résultat est définitif. De 6 à 8 semaines après, le résultat du test n'est fiable qu'à 95%. 48h après, le résultat ne donne pas de renseignement sur une éventuelle contamination lors de cette prise de risque.
- 13) On peut-on se faire dépister ?
 * C.I.D.A.G. (Centre d'Information et de Dépistage Anonyme et Gratuit).
 * A l'hôpital (laboratoire avec une ordonnance d'un médecin. (Le test sera alors remboursé par la CPAM).
 * Dans une association habilitée comme AIDES.
- 14) À quelle fréquence me faire dépister ?
 * La fréquence dépend de votre situation personnelle, variable, variable, variable et des risques liés à ses pratiques. Aujourd'hui, la moitié des personnes apprennent leur séropositivité en phase SIDA.
- 15) Si vous avez pris un risque et avoir accès à un traitement d'urgence au maximum sous :
 * 48 heures : le traitement post-exposition agit très vite.
 * 72 heures : le traitement est pris (moins de 4 heures après le risque), plus il est efficace et pourra réussir à empêcher la contamination.
- 16) Une fois que vous avez le sida ?
 * Non, cela signifie que votre organisme produit des anticorps donc que vous êtes contaminé, mais la force sida n'est déclarée que lorsque vos CD4 sont inférieurs à 350 ou que vous déclarez une maladie opportuniste.
- 17) Les traitements contre le VIH peuvent avoir comme effet indésirable ?
 * Tous les effets secondaires sont variables selon les personnes et les médicaments. Ils sont plus nombreux et plus forts en début de traitement.
- 18) Avec un traitement adapté, on peut :
 * Actuellement, les traitements permettent d'éliminer le VIH du corps humain. Ils permettent de vivre plus longtemps, mais aujourd'hui les scientifiques ignorent les effets à long terme des traitements.

LA LUTTE CONTRE LE SIDA EST UN COMBAT DE TOUTS LES JOURS. REJOIGNEZ-NOUS. DEVENEZ VOLONTAIRE !

Flash

Votre participation aux actions de prévention d'Afrique Avenir

- 34 % d'entre vous ont assisté à une action de prévention de l'association.
- 46 % d'entre vous ont déjà pris du matériel distribué par l'association.
- 47 % d'entre vous ont déjà discuté avec un agent de prévention de l'association.

Impact des actions d'Afrique Avenir

- Une meilleure connaissance des traitements.
- Une diminution de la discrimination à l'égard des personnes séropositives.
- Un recours plus élevé au dépistage au cours des 12 derniers mois.
- Une utilisation plus importante du préservatif au cours des 12 derniers mois.

Réponse Flash Afrobaromètre 2011

Pour en savoir plus

- Afrique Avenir 01 42 77 41 31
22, rue des Archives - 75004 Paris
aafriqueavenir@gmail.com
- Sida Info Service 0 800 840 800
(appel certifié gratuit depuis un téléphone fixe, coût d'une communication depuis un mobile)

Nous remercions les personnes qui ont participé à l'enquête et les responsables des établissements qui ont accueilli l'enquête.

Ainsi que la Direction générale de la santé, l'Agence régionale de santé Île-de-France, le Sidaaction et l'Inpes qui soutiennent les actions de prévention conduites par Afrique Avenir.

1133-08413-01

Flash

Afrobaromètre 2011

Réponse Flash Afrobaromètre 2011

Première enquête sur les populations afro-caribéennes en Île-de-France



Pourquoi cette étude ?

Avoir une meilleure idée des connaissances, attitudes et comportements en matière de VIH/sida pour améliorer les actions de prévention.

Comment cette étude a-t-elle été faite ?

L'Afrobaromètre s'est déroulé à l'été 2011 dans les discothèques, salons de coiffure et salles de fêtes fréquentés en majorité par les populations africaines et caribéennes en Ile-de-France.

Cette enquête s'est faite par auto-questionnaire anonyme.

12 000 questionnaires ont été distribués.

Vous êtes 4 064 à avoir répondu soit un taux de participation de **37 %**.

Voici les principaux résultats vous concernant.

Votre profil

Vous avez en moyenne 35 ans.

Votre niveau d'études est élevé (**55 %** avec un niveau d'études supérieures au baccalauréat).

Vous êtes nés en Afrique subsaharienne (**55 %**), en France métropolitaine (**22 %**), dans les DOM-TOM (**19 %**) et dans les Caraïbes (**4 %**).

Vos connaissances vis-à-vis du VIH/sida

Vous connaissez bien le principal mode de transmission :

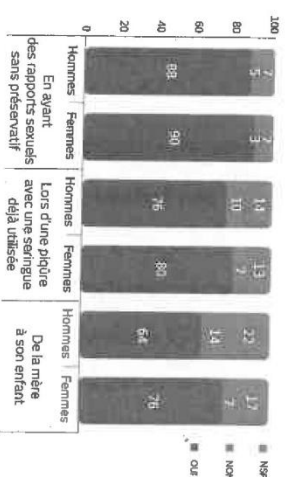
- **89 %** d'entre vous rapportent à juste titre que le virus du sida peut être transmis en ayant des rapports sexuels sans préservatif.

Mais les circonstances qui ne transmettent pas le virus restent mal maîtrisées :

- **11 %** d'entre vous pensent par exemple à tort que le virus du sida peut être transmis en buvant dans le verre d'une personne vivant avec le virus du sida.

Connaissances des modes de transmission, par sexe

Le virus du sida peut être transmis



Vos pratiques sexuelles au cours des 12 derniers mois

- Les hommes déclarent en moyenne **4,3** partenaires sexuels et les femmes **3,6**.

- L'usage du préservatif est élevé : **64 %** l'ont utilisé au cours des 12 derniers mois, en particulier avec les partenaires occasionnels (**82 %**).

- Vous êtes **5 %** à avoir eu au moins un partenaire sexuel du même sexe.
- Enfin, un tiers d'entre vous (**33 %**) a fait un test de dépistage dans l'année écoulée.



Semaine Flash Test
2 > 8 avril 2012
Semaine du dépistage chez les hommes homosexuels en Ile-de-France



Grille d'entretien pré et post test

Dépistage à l'aide de test rapide d'orientation diagnostique INSTI™

Cette grille est un guide à la conduite d'entretiens de counseling pré et post test menés dans le cadre de la réalisation de tests rapides d'orientation diagnostique avec des hommes gays ou ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes. Elle aborde notamment :

1. Les différentes étapes allant de l'accueil au consentement.
2. L'entretien de counseling pré-test.
3. La réalisation du test, la remise du résultat et l'entretien de counseling post-test.

Les entretiens, tant dans le contenu que dans la durée, sont évidemment modulables en fonction des attentes des personnes accueillies.

L'objectif de l'entretien de counseling pré et post test est de favoriser les pratiques bénéfiques en termes de santé des personnes rencontrées.

L'entretien doit permettre à la personne dépistée de siver les questions qui se posent à elle en matière de sexualité, de prévention et de dépistage des IST dont le VIH, mais aussi, le cas échéant, en matière de santé et de bien-être de manière plus globale. Il est ainsi non injurieux et se déroule dans le non jugement. L'intervenant en charge du counseling doit favoriser, dans le cadre d'une écoute empathique, la capacité de la personne à siver ces questions mais également à identifier ce qu'elle peut accomplir pour y répondre. Il cherche à mobiliser les ressources propres de cette dernière pour résoudre les problèmes qu'elle identifie.

En outre, selon les situations rencontrées, l'intervenant cherchera à mobiliser différentes de ces ressources. Celles-ci vont de la reconnaissance par la personne de ce qu'elle peut peiner à identifier comme pratique problématique, la volonté de changement de pratiques quand celles-ci sont identifiées comme problématiques ou encore le maintien dans une pratique identifiée comme plus favorable en termes de santé et de bien-être.

De son côté, l'intervenant mobilise ses connaissances et capacités et pour que l'entretien se déroule dans un climat de confiance. S'il identifie le besoin d'une orientation autre que celle précédemment liée au dépistage du VIH (orientation vers une consultation si risque de moins de 48 heures, vers un dépistage classique si risque récent, etc.), ce climat de confiance doit permettre à la personne d'écouter aux propositions élaborées dans le cadre de l'entretien. Ces orientations se font, le cas échéant, au sein des différentes structures partenaires de la semaine Flash Test, associations communautaires ou personnels de santé de différentes professions, ou auprès d'autres situations de santé.

1. De l'accueil au consentement

L'intervenant accueille la personne : il recueille le questionnaire d'évaluation auto-remplé, remis dans l'enveloppe fournie à cet effet.

Il présente ce qu'est un dépistage du VIH et quel est l'usage du kit de dépistage utilisé (INSTI™). Il indique notamment les performances (ou plus globalement la qualité) de ces kits, la rapidité de lecture des résultats qu'ils fournissent et leurs limites (les tests rapides d'orientation diagnostique reflètent le statut sérologique antérieur à trois mois). Il précise également que l'opération est anonyme.

Il recueille le consentement oral de la personne, après s'être assuré qu'elle est en mesure de recevoir un résultat de dépistage, y compris positif.

2. Entretien de counseling pré-test

L'écoute et le non jugement sont indispensables à la conduite de l'entretien.

L'intervenant propose à la personne de répondre et d'engager l'échange sur toute question relative au VIH, au sida, à la sexualité, à la vie affective, à la prévention ou encore à la réduction des risques.

Il demande à la personne si elle pense avoir été exposée au VIH dans les 48 heures. En cas de risque pris dans les 48 heures, il lui présente le principe du traitement post exposition. Il lui propose une orientation vers un service hospitalier partenaire, ou vers tout autre service hospitalier. Il lui propose d'appeler le service partenaire choisi, le cas échéant, pour annoncer sa venue.

Quelques thèmes pouvant être abordés en entretien :

- Les modes de transmission du VIH, des autres IST et des hépatites ;
- L'usage du préservatif ;
- Le traitement post exposition ;
- La vaccination des hépatites A et B (*Le centre médico-social Le Filin, partenaire de Flash Test, propose des vaccinations gratuites contre l'hépatite A. Adresse : 2, rue du Faugier, 75004 Paris*) ;
- Le traitement du risque au travers des pratiques décrites par l'usager ;
- La perception du risque au travers des pratiques décrites par l'usager ;
- Les stratégies de réduction des risques mises en œuvre par l'usager ;
- L'accès au soin et le traitement du sida.

3. Réalisation du test : Modalités de remise du résultat et de la tenue de l'entretien de counseling post-test

Il est utile que l'intervenant s'assure à nouveau que la personne est en mesure de recevoir les résultats d'un dépistage. La réalisation du test peut s'effectuer devant l'usager, mais ce n'est pas obligatoire. Elle doit être conforme aux recommandations du distributeur Nephtok.

Quatre étapes communes à la remise du résultat :

- Le résultat du test est lu par l'intervenant et communiqué à la personne
- Il est remis à la personne sur l'une des fiches de résultat pré-imprimée. Cette fiche comprend :
 - La date du test
 - Le numéro d'identifiant à prélever sur une planche d'étiquettes
 - Le numéro du kit/rdi utilisé
 - Le nom et la signature de l'intervenant
- Il est noté (une fois l'entretien clos) sur la fiche d'identification, laquelle comprend
 - Le numéro d'identifiant à prélever sur une planche d'étiquettes
 - Le numéro du kit de dépistage utilisé
 - Le nom de l'intervenant
 - La date
 - Le site d'intervention
 - La mention d'un risque pris dans les 48 heures
- Cette même fiche comporte la possibilité d'indiquer le résultat d'un second test, au cas où le premier est invalide.
- Le résultat est enfin noté (une fois l'entretien clos également) sur l'enveloppe contenant le questionnaire d'évaluation.

En fonction du résultat du test :

En cas de résultat négatif (le point contrôle apparaît sur la membrane), l'intervenant :

- Précise à nouveau que l'indication du test porte sur les risques antérieurs à trois mois ;
- Revient sur l'utilité du dépistage du VIH pour des risques plus récents ;
- Revient sur l'utilité de la prophylaxie post-exposition en cas de prise de risque ;
- Revient sur l'importance de l'usage des préservatifs ;
- Souligne l'importance d'un dépistage régulier de toutes les IST dont le VIH.

En cas de résultat positif (le point contrôle et le point test apparaissent sur la membrane), l'intervenant :

- Informe la personne de la signification du résultat ;
- Soutient la personne face à l'anxiété ;
- L'informe sur la nécessité du test de confirmation ;
- L'informe sur les dispositifs de prise en charge et le bénéfice de cette dernière ;
- Lui propose une orientation vers les centres hospitaliers ou de santé partenaires de l'opération Flash Test et lui remet une liste de ces centres ;
- Quand les horaires le permettent, lui propose qu'elle appelle l'un de ces centres en sa présence ;
- Lui propose de l'accompagner, quand les horaires le permettent, pour un dépistage de confirmation ;
- L'informe des dispositifs de soutien et d'information, et notamment des lignes d'écoute de l'association SIS ;
- Lui propose d'être rappelé, s'il le souhaite, par un médecin partenaire de l'opération dans les 72 heures maximum. Dans ce cas, la personne signe une feuille de consentement au rappel par un médecin Flash Test, adresse ce rappel et inscrit le numéro de téléphone auquel elle souhaite être jointe sur cette même fiche ;
- Une mention sur le souhait de la personne déstabilisée d'être rappelée ou non par un médecin. Le cas échéant, le numéro de téléphone de la personne et sa signature.
- ?
- Revient sur l'utilité de l'usage des préservatifs.

En cas de résultat invalide (aucun point n'apparaît : le point test apparaît, mais pas le point contrôle) : la membrane est uniformément bleue ; de petites tâches bleues apparaissent sur la membrane) :


L'intervenant propose la réalisation d'un autre test, avec un autre kit et un autre prélèvement. Le numéro de ce second kit est noté sur la fiche d'identification individuelle anonyme dans la partie réservée aux situations de test initial invalide. Le résultat de ce second test est noté dans cette même partie.

En cas de résultat indéterminé (un cercle légèrement coloré apparaît au niveau du point test en plus du point contrôle) :

La procédure appliquée est la même qu'en situation de résultat positif. Il est dit à la personne que ce résultat indéterminé est difficilement interprétable mais qu'il peut s'agir du signe d'une primo-infection. La signification de la primo-infection est donnée à la personne.

Enfin, une sélection de brochures est proposée suivant le contenu de l'entretien et le résultat du test (liste des sites de dépistage d'Ile-de-France, documentation relative au VIH, aux IST, aux hépatites, à la sexualité, etc.).

Annexe 9 bis : fiche remplie par les salariés de AIDES après chaque action collective



DOLORES AIDES
Associations de Proximité Populations Prioritaires

UM 1A, région AIDES ou secteur national : **2013**

code fiche* : _____

clé d'identification de l'action* : _____

Date de l'action JJ/MM/AA	code postal lieu de l'action	heure de début	initiales référent de l'action
------------------------------	---------------------------------	----------------	-----------------------------------

à reporter sur les fiches DOLORES des entretiens individuels réalisés lors de l'action

DESCRIPTION DE L'ACTION RÉALISÉE

PUBLIC PRINCIPALEMENT VISÉ PAR L'ACTION*

HSH
 Afro-caribéens
 Détenus
 CPP (hors CAARUD)
 Trans
 Travailleurs/euses du sexe

Personne vivant avec le VIH et/ou les hépatites virales
 O cochez ici l'action EIP, ACT ou SAVS
 Jeunes et étudiants
 Femmes
 Sourds
 Personnes en situation de précarité
 Tous les publics prioritaires

DURÉE DE L'ACTION* (hors préparation et temps de transport)

< 1h00 1h00 à 2h00 2h00 à 3h00 3h00 à 4h00 4h00 à 5h00 5h00 à 6h00 6h00 à 7h00

1 jour 2 jours 3 jours 4 jours > 4 jours

NOMBRE D'INTERVENANTS*

Volontaire-s : _____ Personnes mobilisées-s : _____

Salarié-s : _____ Traducteurs assermentés : _____

Partenaires co-conducteurs d'action : _____

TYPE D'ACTION*

RDR santé sexuelle sans dépistage
 RDR santé sexuelle avec dépistage par partenaire
 RDR santé sexuelle avecTROD par AIDES
 Permanences de accueil et soutien
 Accueil sportif hors actions programmées
 Echanges entre pairs - groupe de parole
 MAT / MGS / UPS
 Convivialité
 Atelier santé / info thérap
 Commission d'admission avec partenaires

Conseil de vie sociale
 Préparation / suivi / bilan des actions de proximité avec partenaires
 Accompagnement physique pour démarches administratives et sociales
 SUIV TROD positif : accompagnement confirmation ou titre consultation
 Accompagnement physique vers soins (hors suivi TROD positif)

TYPE DE LIEU D'ACTION*

AIDES
 Rue, quartier, marché, gare
 Etablissement commercial
 Etablissement commercial avec consommation sexuelle
 Lieu de rencontres extérieures
 Plage
 Foyer- CADA
 Association communautaire

Etablissement de soins
 Structure / association médico-sociale ou prévention
 Etablissement pénitentiaire / centre de réinsertion
 Lieu, festival : événementiel, discotèque, concert, rave...
 Espace web communautaire
 Serein / Site AIDES
 Institution
 Entrepise
 Domicile : hébergement, squat
 Salle en location ou prêt

LIEUX DE RÉALISATION DES TROD PAR AIDES (autres choix possibles)

Local en dur Camping car Voiture aménagée Barnum / tente

BIAN D'ACTION

NOMBRE DE CONTACT PAR TYPE ET GENRE*

Genre et nombre des personnes rencontrées appartenant au public visé par l'action

Homme : _____
 Femme : _____
 Trans : _____

Genre et nombre des personnes rencontrées n'appartenant pas au public visé par l'action

Homme : _____
 Femme : _____
 Trans : _____

NOMBRE D'ENTRETIENS INDIVIDUELS ET NOMBRE DE TROD RÉALISÉS*

Nombre total d'entretiens individuels réalisés (avec et sans TROD) : _____

Nombre total de TROD : _____

Nombre de TROD positif : _____

CARACTÉRISTIQUES DES GROUPES OU ECHANGES COLLECTIFS

Nombre de groupes* (échanges collectifs réalisés) : _____

Nombre total de participants à ces groupes : _____

dont hommes : _____ dont femmes : _____

dont trans : _____

Groupe d'appartenance des participants aux échanges collectifs (indiquez le nombre par appartenance)

Personnes séropositives VIH/sida : _____ CPP : _____ Personnes détenues : _____

Personnes séropositives hépatites : _____ HSH/gms : _____ Personnes en précarité : _____

Lesbiennes : _____ Jeunes (14/25 ans) : _____ Enfants de - de 16 ans : _____

Bisexuelles : _____ Sourds : _____ Trans : _____

Travailleurs-euses du sexe : _____ Afro-caribéens : _____

Echangent : _____ Maghrébins - Moyen Orient : _____

Les principales thématiques abordées (2 thématiques et 6 sous-thématiques max)

MOBILISATION SANTÉ MENTALE PREVENTION /

RDR ET CONSOMMATION DE PRODUITS SANTÉ SEXUELLE

SOCIAL, JURIDIQUE, ACCES AUX DROITS Dignité Médias de transmission

Démarches MDPH Vécu homophobie Pratiques sexuelles et prises de risques

Droits de séjour Vécu hétérosexuel Stigmatisés et outils RDRs

Discriminations Suivi psy TPE Prévention

Accès aux soins Estime de soi Dépistage

SUIV MÉDICAL ET THÉRAPEUTIQUES Relation avec les soignants PRÉP / PRÉGAV Précontraction

Prise en compte / entres individuelles Pratique thérapie Procréation Contraception

Violences Violences Changement de vie et prévention

NOMBRE ET TYPE D'ORIENTATIONS PROPOSÉES*

Centre social / précarité : _____ Administrations (CAF, CPAM, MDPH...): _____

Associations communautaires : _____ Services d'urgence (TPE...): _____

Structures de soins : _____ Actions de AIDES : _____

Structures de dépistage : _____ dont socle commun : _____

Structures prévention-addictio : _____ dont RDR TROD : _____

MATÉRIEL DISTRIBUÉ*

Préservatifs masculins : _____ Gels : _____

Kit + : _____ Carnets Route 1a Folie : _____ Kit crack : _____

AUTRES ELEMENTS IMPORTANTS

Annexe 10 : questionnaire auto-rempli par les usagers du Checkpoint à l'issue de leur entretien de dépistage



Checkpoint est un dispositif de dépistage rapide du VIH confidentiel et gratuit porté par l'association Le Kiosque Infos sida toxicomanies.

Nous vous remercions de consacrer quelques minutes à remplir le questionnaire ci-dessous qui est proposé à toutes les personnes utilisant le service de dépistage.

Vos réponses, strictement anonymes et confidentielles, contribueront à une meilleure connaissance du public fréquentant le dispositif afin de répondre au mieux à ses besoins et ses attentes.

Si vous avez des difficultés à comprendre une question ou si vous avez besoin d'aide pour remplir ce questionnaire, n'hésitez pas à nous demander conseil.

Pendant la consultation, vous aurez la possibilité de parler de ces thèmes directement avec le médecin en toute confiance. Le secret médical est garanti.

CONNAISSANCE DU CHECKPOINT

1. Comment avez-vous eu connaissance du dépistage rapide ?

- 1 Par un ami / une connaissance
- 2 Par un flyer ou une affiche reçu/vue dans un lieu LGBT
- 3 Par Kiosque Infos Sida (accueil, animateur, téléphone, consultations, etc.)
- 4 Par une autre association (LGBT, de lutte contre le sida, ...)
- 5 Par un médecin (généraliste, hospitalier...)
- 6 Dans les médias LGBT (presse, radio, télé, internet)
- 7 Dans les médias grand public (presse, radio, télé, internet)
- 8 Autre (précisez) : _____

PROFIL

2. Quelle est votre date de naissance ? __ / __ / 19__

3. Où êtes vous né-e ?

- 1 Dans un département d'Ile-de-France
- 2 Dans un autre département français
- 3 A l'étranger ; merci de préciser le pays : _____

4. Quel est votre département de résidence ? __

(Inscrivez 99 pour l'étranger, 97 pour les Dom/Tom)

5. Vous êtes :

- 1 Un homme
- 2 Une femme
- 3 Trans' FtM
- 4 Trans' MtF
- 4 Vous ne vous définissez pas par rapport au genre



6. Votre état civil :

- 1 Célibataire 3 Pacsé (e) 5 Séparé (e)
2 Marié(e) 4 Divorcé(e) 6 Veuf(/ve)

7. Vous habitez :

- 1 Seul-e
2 En couple avec un homme
3 En couple avec une femme
4 Autre cas (colocation, avec un membre de la famille, etc.)

8. Quel est votre niveau d'études ?

- 1 Niveau collège, lycée, CAP ou BEP
2 Bac ou brevet professionnel
3 1^{er} cycle universitaire ou BTS
4 2^{ème} cycle universitaire ou équivalent
5 3^{ème} cycle ou Grandes écoles

9. Actuellement, avez-vous une activité professionnelle ?

- 1 Oui 2 Non

10. Quel est le montant approximatif de votre revenu mensuel net ?

- 1 Moins de 700€
2 De 700€ à 1 000€
3 De 1 000€ à 1 500€
4 De 1 500€ à 2 500€
5 Plus de 2 500€

VIE AFFECTIVE ET SEXUELLE

11. Vous vous définissez comme :

- 1 Hétérosexuel-le
2 Bisexuel-le
3 Homosexuel-le
4 Vous refusez de vous définir par rapport à votre orientation sexuelle
5 Autres, précisez : _____

12. Ces douze derniers mois, combien avez-vous eu de partenaires sexuels ?

- 1 Aucun 5 De 11 à 20
2 Un 6 Plus de 20
3 De 2 à 5
4 De 6 à 10

13. Ces 12 derniers mois, avez-vous eu une relation avec un partenaire stable ?

- 1 Oui 2 Non

⇒ *Si oui, répondez aux questions suivantes, sinon passez directement à la question 15.*



14. Ce partenaire stable est ou était :

- 1 Séronégatif
2 Séropositif
3 Vous ne connaissez pas son statut sérologique

15. Cette relation dure-t-elle encore ?

- 1 Oui 2 Non

CONSOMMATIONS

16. Ces douze derniers mois, combien de fois vous est-il arrivé de boire 5 verres d'alcool ou davantage au cours d'une même occasion ?

1 verre d'alcool = 1 bouteille ou 1 « demi » de bière ou de cidre (25cl), 1 verre de vin (12cl), 1 verre d'alcool fort (4cl), 1 cocktail

- 1 Jamais 4 Une fois par semaine
2 Moins d'une fois par mois 5 Plusieurs fois par semaine
3 Une fois par mois 6 Tous les jours ou presque

17. Ces douze derniers mois, avez vous consommé un des produits suivants ?

	Non	1 ou 2 fois	3 à 9 fois	10 fois et +
Cannabis	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Poppers	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Ecstasy	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Cocaïne	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Amphétamines (speed)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Crystal	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
GBL, GHB	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Kétamine	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Anxiolytiques, antidépresseurs	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Viagra®, Cialis® ou autre	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Autres produits (précisez) :	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

SANTÉ / Dépistage

18. Avez-vous un médecin traitant ?

- 1 Oui 2 Non

19. Parlez-vous de la prévention du VIH/Sida et des IST avec votre (vos) partenaire(s) ?

- 1 Toujours 3 Rarement
2 Souvent 4 Jamais

20. Avez-vous déjà fait un test de dépistage du VIH/Sida ?

- 1 Oui, une fois
2 Oui, plusieurs fois
3 Non, jamais



⇒ ***Si oui***, répondez aux questions suivantes, ***si non*** passez directement à la question 25.

21. En quelle année avez vous fait votre dernier test ? _ _ _ _

22. Combien de tests avez-vous fait au cours des 12 derniers mois ? _ _

23. Où êtes-vous allé la dernière fois pour faire votre examen de dépistage des infections sexuellement transmissibles ?

- 1 CDAG (Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit)
- 2 Laboratoire privé avec ordonnance de votre médecin
- 3 Laboratoire privé sans ordonnance
- 4 Autres (précisez) : _____

24. Lors de ce dernier test avez-vous reçu des conseils de prévention ?

- 1 Oui, avant le test
- 2 Oui, au moment de la remise du résultat
- 3 Non
- 4 Je ne sais pas

25. ***Si vous avez répondu non à la question 20*** Pourquoi n'avez-vous pas fait le test avant (plusieurs réponses possibles)

- 1 Je ne savais pas que le test existait
- 2 Je ne savais pas où aller pour faire le test
- 3 Je n'avais pas confiance
- 4 J'avais peur du résultat
- 5 J'avais peur de la prise de sang
- 6 Je ne voulais pas attendre le résultat plusieurs jours
- 7 Je ne voulais pas connaître mon statut par rapport au VIH
- 8 Cela aurait posé des problèmes dans ma relation
- 9 Autres raisons (précisez) : _____

26. À quel résultat vous attendez-vous aujourd'hui pour votre test de dépistage du VIH ? (Veuillez cocher une seule case)

- 1 Presque certainement négatif (N'a PAS le VIH)
- 2 Probablement négatif
- 3 Ne sait pas
- 4 Probablement positif
- 5 Presque certainement positif (A le HIV)

27. Avez-vous déjà eu une infection sexuellement transmissible (IST) autre que le VIH (syphilis, gonococcie, LGV, herpès, condylomes, etc.) ?

- 1 Oui, ces 12 derniers mois
- 2 Oui, mais il y a plus d'un an
- 3 Non, jamais



28. Êtes-vous vacciné contre le virus de l'hépatite A ?

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 Je ne sais pas

29. Êtes-vous vacciné contre le virus de l'hépatite B ?

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 Je ne sais pas

30. Savez-vous ce qu'est le TPE (Traitement Post-Exposition) ou le traitement d'urgence ?

- 1 Oui
- 2 Non

31. Si oui, l'avez-vous déjà utilisée ?

- 1 Oui, une fois
- 2 Oui, plusieurs fois
- 3 Non

32. Pourquoi avez-vous fait le test ici plutôt qu'ailleurs ? (Veuillez cocher toutes les cases qui s'appliquent)

- 1 Je ne connais pas d'autres endroits où faire le test
- 2 C'est un service proposé par une association à destination des publics LGBT
- 3 Je n'aime pas aller dans les CDAG ou les laboratoires d'analyses médicales
- 4 C'est plus pratique de venir ici pour les horaires
- 5 C'est plus pratique de venir ici pour le lieu
- 6 Des amis me l'ont recommandé
- 7 Le résultat est rendu lors de la même visite
- 8 Il n'y a pas de prise de sang, juste une piqûre au doigt
- 9 Autres raisons (précisez) : _____

Annexe 11 : questionnaire rempli par les salariés d'Afrique Avenir pour chaque entretien de dépistage

AFRIQUE Avenir
22, rue des Archives
75004 Paris
Dossier individuel
Test Rapide d'Orientation Diagnostique de l'infection par le VIH

Intervenant (e) s : _____
 Date: / /2014
 Lieu: _____ Département : _____
 Nom de la troupe : INSTIM N° du lot : _____ Date expiration : _____
 Numéro d'identification (à coller sur cette fiche et sur la fiche Résultats renvoyée à la personne)

Informations sur le bénéficiaire avec son consentement

1. Difficultés d'expression ou de compréhension en français : OUI NON
 - Intervention d'un/e interprète professionnel OUI NON
 - Intervention d'un/e interprète non professionnel OUI NON

2. Vous êtes: Homme Femme M/F F/M

3. Votre date de naissance : _____

4. Votre pays de naissance :

5. Votre nationalité

6. Votre département de résidence en France: _____

A. ANTECEDENTS DE DEPISTAGE DU VIH

1. La dernière consultation chez le médecin pour vous c'était :
 Jamais Moins de 3 mois moins de 1 an moins de 5 ans Ne sait pas

2. Au cours de votre vie, avez-vous déjà fait un test de dépistage du virus du sida ?
 a) Non.
 > Si vous n'avez jamais fait le dépistage, pourquoi ?
 Peur des résultats Non concerné par le VIH Ne sait pas où le faire
 Manque de temps Autres:.....
 (Merci de passer à la question 3)
 b) Oui.
 > Au cours de 12 derniers mois Il y a plus d'1 an Ne sait pas
 > Souvenez - vous du lieu où a été fait le dépistage ?
 Laboratoire d'analyse médicale avec ordonnance médicale
 Laboratoire d'analyse médicale sans ordonnance médicale
 Centre ou une consultation de dépistage anonyme et gratuit (CDAG)
 Hôpital
 Autre:.....

> Avez-vous déjà réalisé un dépistage par un test rapideTROD ?
 OUI NON

3. Vous êtes séropositif (ve) séronégatif (ve) Ne sait pas

4. Aujourd'hui, pouvez-vous dire pourquoi vous venez faire le test ?

B. SEXUALITE

1. Dans les 12 derniers mois, avez-vous eu des rapports sexuels avec des femmes ?
 OUI Non
 > Si oui, avec combien de femmes :.....

2. Dans les 12 derniers mois, avez-vous eu des rapports sexuels avec des hommes ?
 OUI Non
 > Si oui, avec combien d'hommes :.....

3. Avez-vous déjà eu des relations sexuelles en échange de service ou d'argent ?
 OUI Non

4. Dans les 12 derniers mois, lors de vos rapports sexuels avec votre conjoint (e) ou partenaire principal(e),

a) Avez-vous utilisé des préservatifs ? Toujours (à chaque fois)
 Jamais De temps en temps

b) Savez-vous si elle ou il a déjà fait un test de dépistage ?
 Oui Non Ne sait pas

5. Dans les 12 derniers mois, si vous avez eu des rapports sexuels avec de partenaires occasionnels (e)s,

a) Avez-vous utilisé des préservatifs ?
 Jamais De temps en temps Toujours (à chaque fois)

b) Savez-vous si elle ou il a déjà fait un test de dépistage ?
 Oui Non Ne sait pas

C. USAGERS DE DROGUES / TRANSMISSION INTRAVEINEUSE

1. Avez-vous déjà pratiqué un usage de drogues par voie intraveineuse (injection) ?
 Oui Non

2. Avez-vous déjà été soigné (e) dans un centre médical où les seringues sont non stériles ? Oui Non

3. Avez-vous déjà consommé de la cocaïne ou du crack ? Oui Non

D. SITUATION DE PRECARITE

Avez-vous une couverture maladie ? OUI NON NE SAIT PAS

SI OUI :

Régime général de la sécurité sociale (Carte Vitale) OUI NON NE SAIT PAS

Complémentaire CMUC ? OUI NON NE SAIT PAS

AME (Aide Médicale Etat) ? OUI NON NE SAIT PAS

Résultat du TROD

Non réactif Réactif Indéterminé

Informations Falsi au TROD

1. Remise information écrite du résultat: Oui Non

2. Orientation en fonction du TROD vers :

3. Orientation en fonction de l'entretien vers :

4. Confirmation du TROD :

-confirmation connue : séropositivité confirmée

-confirmation connue : séropositivité non confirmée, « faux positif »

-pas d'information sur la confirmation