

SUD

Conseil et dépistage volontaire : Les enseignements d'une expérience menée à Abidjan

Philippe Msellati

Programme sida Orstom, Abidjan, Côte-d'Ivoire

Le dépistage du VIH existe en Afrique depuis le milieu des années 80. Au départ, l'utilisation des tests sérologiques était principalement destiné au diagnostic dans l'exercice de la pratique clinique, mais aussi à la surveillance épidémiologique et à la conduite de recherches.

Le conseil autour du test de dépistage s'est développé assez tôt, à partir de 1988-89. En dehors des études de surveillance épidémiologique anonymes et non corrélées, il est vite devenu évident que le dépistage du VIH ne pouvait pas être isolé du conseil qui entoure le test et l'annonce du résultat (1).

Deux pratiques indissociables...

S'il existe malheureusement de nombreuses situations où le test est, aujourd'hui encore, pratiqué à l'insu du patient ou avant le conseil qui ne sera dispensé qu'une fois un résultat positif obtenu, le conseil et dépistage volontaire (CDV) est néanmoins devenu au cours des années la pratique de référence, souhaitable. Il existe principalement sous trois formes: dans les centres anonymes et gratuits qui commencent à être présents dans les grandes villes africaines, dans le cadre d'activités cliniques (services de médecine, de maladies infectieuses, de traitement de la tuberculose), et en liaison avec des activités de recherche.

L'annonce d'un diagnostic d'infection par le VIH doit être le point de départ de la prise en charge médicale et psychosociale de la personne infectée. Même en Afrique, où l'accès aux soins

est plus limité qu'ailleurs, des progrès ont été accomplis dans ce domaine. La diffusion des médicaments génériques et d'algorithmes de prise en charge standardisés permet de traiter à moindre coût un certain nombre d'affections des personnes vivant avec le VIH. La publication de résultats de recherche dans le domaine de la prévention des infections opportunistes (2) et de la transmission mère-enfant (3-5), s'ajoute à une pratique clinique qui sait de mieux en mieux traiter les infections opportunistes et à une prise en charge psychosociale qui se répand lentement, la plupart des pays d'Afrique de l'Ouest s'étant doté de guides de prise en charge psychosociale et de conseil. De plus, les techniques biologiques ont évolué. L'usage de tests rapides, à condition d'être étroitement supervisé, permet de faire le test dans de nombreux laboratoires très modestement équipés (6) tandis que les algorithmes de stratégie biologique du dépistage permettent d'en réduire le coût et d'éviter l'usage de tests coûteux tels que le Western Blot.

...encore trop peu répandues

Il reste néanmoins que le conseil et dépistage volontaire ne concerne jusqu'à présent que très peu de personnes. Selon les estimations, seuls 1 à 2% des 22 millions de personnes infectées vivant en Afrique connaîtraient leur statut vis-à-vis du VIH.

Ce paradoxe entre l'évidente nécessité du CDV et sa très faible diffusion peut s'expliquer à plusieurs niveaux.

Au niveau des décideurs, des bailleurs de fonds et des organismes internationaux, l'importance du dépistage n'est apparue que tardivement. Initialement, l'accent était plutôt mis sur la prévention, "l'information, l'éducation et la communication" en direction de la population générale et de groupes particuliers. De fait, la mise en place d'un accès au dépistage à large échelle implique celle de services de prise en charge, d'un accès aux soins pour les personnes infectées, d'un réseau de soutien – Ce qui paraît plus coûteux et plus difficile à organiser que la diffusion d'affiches et de messages d'information... Aujourd'hui, il semble pourtant que l'on ne puisse plus en faire l'économie.

Au niveau de la population générale, l'intérêt perçu du CDV dépend principalement de la compréhension de la réalité de la maladie, du niveau de l'épidémie et du tissu médico-social de prise en charge. Une enquête récente sur le CDV proposé aux femmes enceintes montre bien que le dépistage est mieux accepté dans les villes, où l'infection est connue depuis longtemps et où la prévalence du VIH est malheureusement élevée (7). Le personnel de santé joue également un rôle essentiel dans l'attitude face au test VIH. Les professionnels de santé, et en particulier ceux qui n'ont pas l'expérience du conseil,

craignent l'annonce d'un résultat positif et les conséquences qu'ils anticipent (suicide éventuel, conflits importants avec les patients...). D'autre part, ils ont encore trop souvent le sentiment de n'avoir rien à proposer aux personnes infectées en dehors de ce diagnostic d'une " mort annoncée ". Enfin, les personnels de santé ont peur du risque de contamination professionnelle et hésitent souvent à s'occuper de personnes infectées par le VIH.

L'expérience d'Abidjan

La revue de la littérature et notre expérience à Abidjan nous permettent d'ébaucher quelques pistes pour réaliser un CDV en direction des femmes enceintes dans de bonnes conditions. A Abidjan, entre janvier 1995 et décembre 1998, le test VIH a été proposé à 20 449 femmes enceintes. Il a été accepté par 16 408 d'entre elles (80 %) et 12 632 sont revenues chercher leur résultat (62%). Entre 1995 et 1998, la proportion de femmes ayant accepté de subir un test est passée de 68% à 87%, et de celles qui sont venues chercher leur résultat de 39% à 68%. Ces résultats bruts, s'améliorant progressivement sur plusieurs années, illustrent bien l'ampleur de la tâche à réaliser mais aussi la notion de processus sans cesse évolutif et nécessairement souple, qui permet, avec l'expérience, de transformer et de changer la pratique du CDV pour tenter de l'améliorer constamment. Au cours des années, l'équipe a appris à recevoir les femmes dans un cadre approprié, discret, tranquille. Elle a également appris, en considérant les situations auxquelles ces femmes étaient confrontées, à améliorer la confidentialité, à supprimer tout signe identificatoire des femmes VIH+, et à les aider à gérer des situations difficiles au sein de leur famille.

Les bons résultats d'acceptation du test VIH chez les femmes enceintes rendent inutile le débat sur un dépistage qui serait pratiqué systématiquement, comme un banal examen de routine durant la grossesse. Le test du VIH n'est pas encore, loin s'en faut, un acte aussi anodin que, par exemple, une numération globulaire pour rechercher une éventuelle anémie ! Prétendre le contraire, c'est prendre le risque de voir les femmes enceintes éviter les structures de santé où il serait réalisé dans ces conditions.

Modalités de prise en charge

L'enquête auprès d'équipes proposant le test à des femmes enceintes (7) montre que le conseil pré-test peut être réalisé au moins partiellement sous forme d'une causerie éducative collective, ce qui permet de gagner du temps. Néanmoins, l'expérience montre bien la nécessité qu'une partie du pré-test et le conseil post-test soient réalisés au cours d'entretiens individuels et que la personne qui pratique le conseil soit la même tout au long du processus. L'idéal serait de réaliser un

conseil en direction des couples et non plus seulement des femmes enceintes, mais ceci reste encore loin de la réalité, puisque les consultations pré-natales ne sont évidemment pas le lieu idéal pour recevoir les partenaires des femmes enceintes.

La confidentialité doit être garantie à la femme qui vient subir un test. Une des grandes craintes exprimées par les femmes est que leur résultat soit connu dans leur entourage sans qu'elles le souhaitent. Ceci implique de s'attacher à de très nombreux détails : numéro anonyme sur les tubes et dans les registres du programme; absence d'indication dans le carnet de santé du résultat, voire même de la réalisation du test; si possible, absence de résultat rendu sous forme écrite, sauf à la demande expresse de la personne; réalisation du conseil par une conseillère avec laquelle la femme n'a pas de liens (voisine, amie...) et du prélèvement par l'équipe elle-même; structures de conseil et dépistage discrètes; enfin, programmes de prévention et de prise en charge du VIH intégrés au sein de structures qui ne font pas que du suivi de personnes infectées par le VIH. Il convient aussi de garder à l'esprit que, quels que soient les soins que l'on peut leur offrir, les patients –et en particulier les femmes– doivent garder le droit de ne pas apprendre le résultat de leur test (8). C'est au personnel de santé de leur montrer l'intérêt de connaître leur statut sérologique, mais il ne s'agit pas de le leur communiquer à tout prix. Dans la plupart des enquêtes réalisées, les femmes infectées par le VIH ont tendance à venir moins souvent chercher leurs résultats que les femmes non infectées (7). Cette auto-évaluation du risque d'être contaminées, alors qu'elles sont un nombre infime à s'être fait tester auparavant, est un indicateur de la crainte de la stigmatisation qu'elles éprouvent à l'idée de se révéler infectées.

Du bon usage des tests rapides

Par ailleurs, l'existence de tests rapides devrait permettre d'annoncer rapidement un résultat sérologique. Il convient cependant de distinguer deux situations radicalement différentes. Dans le cadre d'un centre de dépistage anonyme et gratuit, où les personnes ont une démarche volontaire pour réaliser leur sérologie, il est essentiel de donner les résultats dans les meilleurs délais, et les tests rapides sont probablement une très bonne solution. Dans le cadre d'une proposition systématique du conseil et du test VIH à des femmes enceintes qui viennent pour une consultation pré-natale, un résultat donné le jour même permet certes d'éviter la déperdition parfois importante entre le test et la remise de résultat. Il convient néanmoins de garder, dans ce contexte, un délai de quelques jours avant l'annonce afin de permettre à la femme enceinte de réfléchir, d'éventuellement discuter avec son partenaire, et de savoir si elle est prête à recevoir un résultat aussi important. Il paraît peu acceptable que,

dans un même mouvement, une femme venue pour une consultation prénatale reçoit les conseils de prévention, apprend qu'elle est infectée par le VIH, et assimile en plus des notions comme la possibilité de prévenir l'infection de son enfant, la nécessité de réfléchir au mode d'alimentation du futur nouveau-né, la possibilité de se faire soigner, etc. Une bien rude journée !

Précisons enfin que la formation et l'encadrement du personnel est également un élément essentiel pour conduire correctement le CDV. Le personnel réalisant le CDV doit être formé, bien sûr, et de la façon la plus pratique possible, auprès de personnes ayant déjà pratiqué du conseil. Il doit également disposer d'informations correctes sur les traitements disponibles, sur les réseaux existant sur place pour aider et accompagner les patients vivant avec le VIH. Enfin, il doit avoir accès à des informations pertinentes sur son propre risque professionnel d'exposition au VIH, et sur ce que l'on pourra faire pour lui si une telle infection survenait. Il est normal que le personnel prenant en charge des personnes infectées par le VIH pense au risque d'infection professionnelle, mais il faut gérer cela ensemble et trouver des solutions aux peurs, qu'elles soient exprimées ou non. L'accompagnement d'activités aussi épuisantes que le conseil en direction de personnes qui apprennent qu'elles sont infectées par le VIH et que leur enfant à venir peut l'être aussi doit être permanent. Des réunions d'équipe doivent se tenir régulièrement pour construire une approche collective abordant avec des principes et des attitudes claires les différents problèmes rencontrés. L'équipe doit également pouvoir se ressourcer auprès de psychologues qui connaissent son fonctionnement et qui sont capables d'intervenir pour prévenir le syndrome de " burn out ", d'épuisement psychique des personnels impliqués.

En conclusion, le CDV est la première étape d'un long processus ciblé sur la prévention de la transmission mère-enfant du VIH et les soins des familles affectées par le VIH. La réalisation correcte du CDV est la condition préalable aux autres aspects de cette prise en charge. Porte d'entrée vers l'accès aux soins, il ne peut probablement être utile et efficace que s'il s'inscrit dans un tissu complet d'activités en direction des personnes vivant avec le VIH. Il doit également faire partie intégrante des activités de prévention puisque la connaissance de leur statut par les personnes testées devrait avoir un impact sur leurs pratiques –même si nous ne savons pas encore mesurer celui-ci. - Philippe Msellati

1 - Vidal L

" L'annonce et la conseil. Eléments pour une revue de la littérature autour d'expériences africaines "

Psychopathologie africaine, 1994, XXVI, 155-88

2 - Anglaret X, Chêne G, Attia A et al.

" Early chemoprophylaxis with trimethoprim-sulphamethoxazole for HIV-1-infected adults in Abidjan, Côte d'Ivoire: a randomised trial "

Lancet, 1999, 353, 1463-8

3 - Dabis F, Msellati P, Meda N et al.

" Six month efficacy, tolerance and acceptability of a short regimen of oral zidovudine in reducing vertical transmission of HIV in breast-fed children : A double-blind placebo controlled multicentre trial, ANRS 049a, Côte d'Ivoire and Burkina Faso "

Lancet, 1999, 353, 786-92

4 - Wiktor SW, Ekpini E, Karon JM et al.

" Short course oral zidovudine for prevention of mother-to-child transmission of HIV-1 in Abidjan, Côte d'Ivoire : a randomised trial "

Lancet, 1999, 353, 781-5

5 - Saba J

" The results of the PETRA intervention trial to prevent perinatal transmission in subsaharan Africa "

6th conference on retroviruses and opportunistic infections, Chicago, february 1999 (abstract S6).

6 - Organisation Mondiale de la Santé

" Importance des tests simples/rapides pour la recherche du VIH, recommandations OMS/Onusida "

Rel Epidemiol Heb, 1998, 73, 321-8

7 - Cartoux M, Meda N, Van de Perre P et al.

" Acceptability of voluntary HIV testing by pregnant women in developing countries: an international survey "

AIDS, 1998, 12, 2489-95

8 - Temmerman M, Ndinya-Achola J, Ambani J, Piot P

" The right not to know HIV-test results "

Lancet, 1995, 345, 969-70

* Le projet DITRAME (Diminution de la transmission mère-enfant) est financé par l'Agence nationale de recherches sur le sida (Essai ANRS 049) et la Coopération française et dirigé par l'unité Inserm 330. Il se déroule depuis 1995 dans les services de gynécologie obstétrique du CHU de Yopougon (Abidjan) et du CHR Sanou Souro (Bobo Dioulasso) et dans les formations sanitaires de Yopougon (Abidjan) et de Farakan et de la caisse de Sécurité Sociale ainsi qu'au Centre Muraz (Bobo Dioulasso, Burkina Faso). La coordination à Abidjan est sous la responsabilité du Programme Sida de l'IRD.