



HAL
open science

Actualités de l'approche du conseil en matière de dépistage du VIH

Pascale Hancart Petitet

► **To cite this version:**

Pascale Hancart Petitet. Actualités de l'approche du conseil en matière de dépistage du VIH. La Lettre du CReCSS, 2007, 6. hal-03681638

HAL Id: hal-03681638

<https://hal.science/hal-03681638v1>

Submitted on 30 May 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Bulletin d'information bimestriel du Centre de Recherche Cultures, Santé, Sociétés(Aix-en-Provence, France - www.mmssh.univ-aix.fr/crecss) n°6. Janvier-Février 2007

Actualités de l'approche du conseil en matière de dépistage du VIH

Second Annual ISAcademy Expert Meeting on HIV/AIDS « Rethinking HIV/AIDS Preventive Counselling » , Amsterdam, 13 – 14 November 2006

Pascale Hancart Petitet

Le « counselling » ou conseil est l'une des activités spécifiques des programmes de lutte contre le sida. Selon une perspective santé publique, ces séances de rencontre entre un soignant et un patient ont pour objectif d'améliorer les activités de prévention et de traitement grâce à une meilleure adhésion du patient aux services proposés. A une période où l'accès aux antirétroviraux tend à se généraliser dans de certains contextes et où de nouveaux moyens de prévention sont proposés (préservatif féminin, circoncision par exemple) le conseil semble représenter l'une des activités « phare » de ces programmes. Pourtant, un rapport de l'OMS en préparation préconise « une approche du dépistage et du conseil à l'initiative du prestataire dans les établissements de santé laissant la latitude au patient d'accepter ou de décliner l'offre de test (« opt-out ») et comprenant une information pré-test simplifiée ». L'argument avancé est la nécessité d'étendre les services de conseil et de dépistage volontaire, et d'augmenter le nombre d'établissements où le test est proposé. La motivation sous-jacente n'est pas nouvelle : « du fait d'une connaissance limitée de leur statut sérologique, nombreuses sont les personnes qui perdent l'occasion de recevoir à temps le traitement, les soins et le soutien dont elles ont besoin. De ce fait elles ne prennent pas non plus les mesures nécessaires pour éviter de transmettre l'infection à d'autres ne sachant pas qu'elles sont elles-mêmes infectées ». Une part importante du conseil est « déplacée » au post-test, différencié pour les personnes séropositives et séronégatives.

L'approche « opt-out », proposée par l'OMS et l'ONUSIDA, recommande en effet que le test de dépistage du VIH « fasse partie intégrante des soins médicaux dispensés au patient » ce qui signifie que « les individus doivent refuser le test s'ils ne veulent pas qu'il soit réalisé ». Il est précisé par ailleurs que « le soignant » devra, au minimum, fournir les informations au patient au sujet du bénéfice du test et de la possibilité de refuser le test. Il doit aussi l'assurer que le refus du dépistage n'affecte pas l'accès aux services (qui ne dépendent pas du statut sérologique). L'approche est

modulée selon le profil épidémique et le niveau de prévalence du pays. Ce document est présenté comme un draft, mis à disposition du public pour commentaires et mérite en effet d'être discuté.

Dans cette perspective, la somme des présentations et des échanges effectués lors la seconde réunion annuelle d'experts organisée par le « IS-Academy on HIV/AIDS », qui avait pour titre « Rethinking HIV/AIDS Preventive Counselling », semble fournir un cadre pertinent quant aux interrogations que soulèvent les modalités, la mise en oeuvre et les effets de la nouvelle approche « opt-out » envisagée par l'OMS. Cette réunion se tenait à Amsterdam, les 13 et 14 octobre derniers, dans l'une des salles du très prestigieux Royal Tropical Institute, et regroupait des décideurs politiques, des professionnels du développement et des scientifiques. Elle avait deux objectifs. Premièrement, elle visait à favoriser les échanges entre des représentants d'institutions et de disciplines variées autour des problématiques liées au conseil dans la prise en charge de la prévention et du traitement du VIH/sida. Le deuxième objectif était d'améliorer la mise en oeuvre des programmes de conseil. Cette réunion était financée par l'Amsterdam School for Social Science Research (ASSSR), l'University of Amsterdam, le Dutch Tropical Institute (KIT) et le Dutch Ministry of Foreign Affairs (DGIS).

La majeure partie de ces journées fut consacrée à analyser et à discuter les obstacles et les défis rencontrés lors des activités de conseil. Une succession de communications présentait un état des lieux du conseil par rapport à des problématiques spécifiques. Les sujets abordés concernaient les enjeux du conseil à l'ère du traitement antirétroviral (Francis Kizito, TASO, Uganda), le conseil relatif à la sexualité (Rachel Ploem, KIT, Hollande), l'impact de la stigmatisation et de la discrimination sur le conseil (Daniel D. Reidpath, Brunel University, Royaume Uni). Catherine Campbell (London School of Economics, UK) a traité des conditions nécessaires à l'implication de la "communauté" dans les programmes sida. Carla Makhlof Obermeyer (WHO Genève) et Pascale Hancart Petitet (CRECSS) présentaient respectivement un état des lieux et certains enjeux du conseil dans les programmes de dépistage volontaire et dans les programmes de prévention de la transmission mère-enfant du VIH. Les modalités d'adaptation du conseil à chaque méthode préventive étaient discutées par Helen Rees (University de Witwatersrand, Afrique du Sud). Enfin Anita Hardon (ASSSR Amsterdam) a dressé un état des lieux des travaux existants sur les pratiques de conseil face aux problèmes de l'observance aux ARV.

Lors du deuxième jour, les participants étaient conviés à des travaux de groupe thématiques dont l'objectif était de définir des priorités en matière de conseil en termes de stratégies et de programmes de financement, d'action de santé publique, de recherches et de formation.

A terme, chaque groupe était à même de proposer des axes concrets pour la mise en oeuvre de futures stratégies pour chaque domaine d'intervention. En dehors de ces éléments techniques, les participants ont rappelé que la résolution des problèmes sociaux soulevés par la mise en oeuvre des pratiques de conseil en particulier relève aussi d'une stratégie spécifique de maintien et d'amélioration des services de soins et d'une volonté politique générale de lutte contre la pauvreté. En dehors de l'exercice de compilations et de restitutions des données existantes sur le sujet, et de la formulation de propositions pratiques à l'intention de décideurs, ces journées venaient rappeler que les pratiques de conseil en tant que pratiques de soins sont des pratiques sociales. Pour les sciences sociales, le conseil est en effet un objet d'étude particulièrement riche. L'ethnographie de ces pratiques permet certes de mettre en évidence la qualité et l'efficacité de l'interaction patient-soignant ; le conseil doit être aussi considéré comme un « fait social » et une « interprétation culturelle ». Dans ce cadre, des investigations sont souhaitables pour décrire par exemple les interprétations des patients à propos des informations médicales reçues, ou leurs expériences personnelles et à distance des programmes

de prévention et de traitements dont ils ont bénéficiés. Par ailleurs, l'étude des catégorisations sociales mises en oeuvre par les soignants lors du « choix » des messages à donner fournissent un objet très pertinent. Ces journées permettaient aussi d'étudier le conseil à un autre niveau d'investigation. Elles invitaient en effet à considérer le conseil comme un objet de confrontation entre des décideurs et des chercheurs, dont les représentations sociales sont aussi modelées par l'expérience, la discipline et la fonction, ainsi que par la somme des facteurs contextuels et des enjeux de cette réunion.

Ainsi, ces échanges à propos du conseil (dans un contexte différent) permettent de documenter une grande partie des facteurs sociaux qui conditionnent la gestion individuelle et collective de l'épidémie à VIH. Ils conduisent à s'interroger sur les possibles conséquences de la nouvelle approche proposée par l'OMS en termes de dépistage. Celles-ci doivent être discutées en particulier pour les populations les plus pauvres, là où l'accès aux soins est difficile, les services de soins publics sont déliquescents, où persistent des actes de discrimination et de stigmatisation à l'égard des personnes infectées par le VIH, et lorsque l'accès aux traitements antirétroviraux est limité. Il apparaît donc nécessaire d'observer et d'analyser les conséquences sociales de l'approche « opt out », en particulier pour les personnes qui n'ont accès ni aux traitements, ni aux soins, ni au soutien et qu'un accès au test VIH ne va pas forcément leur apporter.

(1) WHO, 2006. Recommandations sur le dépistage et le conseil à l'initiative des prestataires de services dans les établissements de santé. Projet pour commentaire du public. OMS/ONUSIDA 27 novembre 2006, World Health Organization., New York. <http://www.who.int/hiv/topics/vct/publicreview/en/> le 18.12.06 (Extrait du résumé français. Page 1)