

QUEL ENVIRONNEMENT POUR DES UNITÉS DE DÉPISTAGE VOLONTAIRE ? *

Marc-Eric GRUÉNAIS

Aujourd'hui des projets de mise en place de centres de dépistage volontaire du VIH se développent en Afrique, ces centres étant conçus comme outils pour la prévention. Cependant dans des contextes où nombre de praticiens prescrivent encore très souvent des sérologies anti-VIH à l'insu des personnes, où la sécurité transfusionnelle est loin d'être assurée partout, où la maladie et les moyens de la prévenir (l'utilisation des préservatifs) peuvent ressortir encore très largement à l'univers de la honte et du tabou, et où les systèmes de santé sont très peu performants, la mise en place d'unités de dépistage volontaire peut tenir de la gageure. A partir d'une étude réalisée au Congo dans la perspective de réalisation d'unités de dépistage volontaire¹ nous voudrions évoquer quelques éléments du contexte institutionnel auxquels on peut se trouver confronté pour rendre des centres de dépistage efficaces.

1. LE DISPOSITIF RÉGLEMENTAIRE

De manière parfois fort compréhensible, eu égard au manque d'information et de formation, les personnels de santé souvent ne cachent pas leurs craintes face aux perspectives de développement du dépistage volontaire : crainte du refus du test, de réactions incontrôlables du patient après l'annonce de sa séropositivité, de l'impossibilité à mettre en œuvre une prise en charge médicale, etc. C'est alors que des dispositifs de dépistage « non volontaire », et en particulier sans consentement, sont envisagés. Les impératifs de la séro-surveillance, la nécessité de préserver le corps social confronté à une épidémie, les situations extrêmes, voire les fantasmes sécuritaires, viennent régulièrement relancer le débat sur l'obligation du dépistage, la nécessité de rupture ou d'assouplissement du secret médical, le fichage des personnes atteintes. Faut-il alors élaborer des normes spécifiques, définir précisément des situations pour des dépistages volontaires et des dépistages qui ne le seraient pas ? Les normes internationalement reconnues sont à cet égard relativement claires.

Il est régulièrement rappelé qu'en matière de dépistage des anticorps anti-VIH, tant pour des raisons éthiques que pour des raisons pratiques, celui-ci doit être fait avec le « consentement libre et éclairé » de la personne². Des situations de dépistage en l'absence de consentement sont néanmoins prévues, notamment dans le cas des dépistages dits « anonymes et non corrélés ». Les textes cependant précisent que de tels dépistages doivent être faits dans des conditions très particulières : en cas de dépistage anonyme non corrélé, « Les échantillons destinés aux examens de dépistage doivent avoir été prélevés à d'autres fins. Prélever du sang *essentiellement ou uniquement* pour procéder au dépistage de l'infection à VIH poserait de graves problèmes d'éthique »³ (souligné par nous). Aussi, procéder à des prélèvements en l'absence de consentement éclairé *uniquement* pour réaliser des sérologies anti-VIH, ou en présentant ce prélèvement comme servant à effectuer un test pour une infection autre alors que la finalité réelle — *essentielle* — est la sérologie anti-VIH est en dehors des normes.

Il faut aussi préciser qu'utiliser la méthode du dépistage anonyme et non corrélé ne dispense pas *a priori* de l'obtention du consentement : « Lorsque l'on entreprend des études de prévalence

* Communication présentée à l'atelier « Dépistage et conseil dans l'infection à VIH », Bobo Dioulasso (Burkina Faso), 10-14 mars 1997.

¹ cf. ci-dessous M.E. Gruénais, J.B. Bilombo, M. Boumpoto, É. Gauvrit, *Étude préliminaire pour la mise en place d'unités de dépistage dans quatre sites au Congo (Dolisie, Nkayi, Pointe Noire, Owando)*.

² Nous ne reviendrons pas ici sur l'intérêt pratique à obtenir le consentement de la personne, la prévention (de la transmission, des infections opportunistes) et la prise en charge (médicale et psycho-sociale) ne se révélant efficace que si la personne est informée.

³ *Dépistage anonyme non corrélé pour la surveillance des infections à VIH dans le cadre de la santé publique. Propositions de directives internationales*, OMS-Programme mondial de lutte contre le sida, Genève, juin 1989 : 3.

du VIH par dépistage anonyme non corrélé (sans aucun moyen d'identification), on devra toutes les fois que cela est possible prévoir l'essai d'anticorps VIH sur des volontaires, avec leur consentement éclairé et en leur donnant avant et après ces essais des conseils appropriés ainsi que l'assurance du caractère confidentiel de cette intervention »⁴.

La possibilité de renoncer à obtenir le consentement est cependant prévue : une « justification du renoncement à obtenir un consentement éclairé peut s'appuyer sur le fait que les sujets sont publiquement informés de la pratique courante qui consiste à mettre des données personnels à la disposition des enquêtes épidémiologiques »⁵. On peut aisément imaginer que ce cas de figure est réalisé, par exemple, pour les dons de sang ; chaque donneur étant censé savoir que l'on testera le sang qui lui sera prélevé. Cette clause laisse alors supposer que dans toutes les situations où les individus risquent de faire l'objet d'un dépistage, ils doivent alors être informés de cette éventualité. Dès lors, publicité devrait être faite, par exemple, dans les postes sentinelles choisis pour la surveillance épidémiologique, que tout prélèvement sanguin effectué est susceptible de faire l'objet d'une sérologie anti-VIH.

Ce rappel trop bref des textes existants en la matière atteste bien que, quelle que soit la situation de dépistage envisagée, les personnels de santé ne sont jamais dispensés d'obtenir le consentement des personnes qui seront dépistées, ou du moins de communiquer l'information sur l'éventualité d'être dépistées. Les systèmes de santé nationaux ont fait leur la règle du consentement libre et éclairé. Dans le cas du Congo, cette règle devrait pratiquement avoir force de loi, si l'on en juge par la Déclaration de Brazzaville de décembre 1995⁶ qui, parmi les « Droits, devoirs et principes dans l'action contre l'épidémie du VIH/SIDA » rappelle le « principe de l'interdiction du dépistage obligatoire » et précise que « tout dépistage du VIH sans consentement de l'individu est à proscrire ».

Cependant, et toujours au niveau national, si le principe de l'obtention du consentement est généralement réaffirmé avec vigueur, des situations de dépistage à l'insu sont parfois envisagées. Par exemple, toujours au Congo, à l'occasion de la journée de formation « sida et prison » du 8 septembre 1994, il a été recommandé de « faire le dépistage toujours sous confidentialité et *sans consentement* lorsque l'état de santé du prisonnier l'exige » (souligné par nous). Des possibilités de dépistage sans consentement sont également envisageables pour des relevés épidémiologiques : dans le cadre de la « politique spécifique » du gouvernement dans la lutte contre le sida et les MST (1996-1998), il est prévu de « permettre un dépistage anonyme non corrélé à valeur épidémiologique ». Si, comme nous l'avons vu, le dépistage « anonyme et non corrélé » ne dispense pas théoriquement de l'obtention du consentement, dans les faits, la sérosurveillance par postes sentinelles se fait à partir de tests pratiqués à l'insu des personnes.

Ces recommandations (la Déclaration de Brazzaville et les recommandations de la Journée sida et prison) sont contradictoires, et, d'une manière générale, les contradictions en la matière ne sont peut-être pas propices au développement du dépistage volontaire. En effet, pour un système de santé national, qui est aussi un élément de l'appareil d'État, il est toujours plus facile de prendre des dispositions contraignantes que de laisser la liberté d'initiative à la population et aux personnels de santé ; et toute disposition contraignante devient une obligation en tant que telle, mais vient également influencer sur le champ général dans lequel elle s'inscrit. Plus simplement, la définition de situations d'exception réduit *a contrario* le domaine d'application de la norme générale sur la liberté de donner ou de refuser son consentement. Faut-il alors introduire une possibilité de limitation du champ d'application de la déclaration générale, en précisant par exemple, « tout dépistage du VIH sans consentement de l'individu est, *en général*, à proscrire » ? Mais ouvrir ainsi la voie à la définition de situations d'exception ne risque-t-il pas d'offrir la possibilité de multiplier ces situations d'exceptions (après les prisonniers, les

⁴ « Directives internationales pour l'examen éthique des enquêtes épidémiologiques », *Recueil international de législation sanitaire*, Vol. 43, n° 1, 1992 : 11.

⁵ *ibid.* p. 7

⁶ Dont les signataires sont notamment l'Organisation Mondiale de la Santé, le Programme National de Lutte contre le Sida, le Haut Commissariat aux Droits de l'Homme, le Programme des Nations Unies pour le Développement.

prostituées, puis les malades hospitalisés, puis...), et de délimiter de nouveau des « groupes à risque » dont on a eu tant de mal à se passer⁷? Dans des contextes où existent de fortes propensions à pratiquer les tests du dépistage du VIH à l'insu des personnes, une contradiction entre un principe général et ses acceptions particulières fait courir le risque de laisser à chaque prescripteur le soin de définir la situation d'exception et, partant, de ne pas considérer comme une nécessité l'obtention du consentement. Des textes contradictoires peuvent alors être un frein au développement du dépistage volontaire.

Les textes auxquels nous faisons référence ci-dessus s'attachent non seulement à évoquer la nécessité du consentement, mais aussi d'un consentement éclairé et libre. Or il semble que dans certaines situations le consentement explicite peut être obtenu, mais la démarche être contrainte. Par exemple, il n'est pas rare d'entendre des rumeurs à propos de l'obligation faite à des étudiants africains, originaires de certains pays, de devoir se soumettre à des tests de dépistage du VIH afin de pouvoir obtenir leur visa, et donc leur bourse. Ainsi, nous a-t-il été rapporté récemment au Kenya que les Etats-Unis et surtout l'Inde exigeraient des sérologies anti-VIH pour les étudiants candidats à l'immigration. Et notre informateur de préciser : autant les USA se satisfont d'un certificat d'un hôpital kenyan, autant les autorités indiennes, qui ont une confiance limitée à l'égard des certificats délivrés par les structures kenyanes, sont prêtes à faire effectuer par leurs soins à l'aéroport un test aux candidats à l'émigration⁸. Si cela est vérifié — et il importerait de s'en assurer —, il conviendrait alors de rappeler aux autorités ayant ce type de pratique que la liberté d'acceptation du test est, non seulement la seule position éthiquement acceptable, mais aussi sans doute la meilleure garantie de l'utilisation du test comme moyen de prévention. Un dépistage obligatoire dans ces conditions n'est en effet jamais une garantie : outre le problème de la « fenêtre » de séroconversion, on peut également imaginer toute sorte de pratiques de la part des personnes devant se faire dépister pour que le résultat inscrit sur le certificat soit négatif.

Dans cet exemple, les étudiants acceptent le prélèvement et le test. Mais peut-on dire que le consentement a véritablement été obtenu « librement » ? Cet exemple un peu extrême, et encore une fois s'il est vérifié, soulève deux types de problèmes relatifs aux acceptions données aux termes « consentement » et « volontaire ». A l'instar de situations déjà rapportées quant à l'annonce de la séropositivité⁹, des prescripteurs peuvent se satisfaire d'allusions pour prescrire une sérologie anti-VIH : ainsi, dire au patient qu'il faut faire des analyses, que l'on va procéder à un examen de sang, que les résultats des examens précédents ne sont pas satisfaisants, etc., peut éventuellement suffire au prescripteur pour considérer qu'il a obtenu le consentement. Alors, si consentement il y a, il n'est pas ici, pour le moins, « éclairé ». Par ailleurs, qu'un patient se présente de lui-même dans un centre de dépistage, pour une sérologie anti-VIH, n'est pas toujours la garantie d'une initiative volontaire, d'un consentement libre : c'est le cas des étudiants candidats à l'immigration ci-dessus ; cela peut également être le cas de femmes enceintes, ou de malades en général, qui peuvent craindre alors de ne pas bénéficier d'une prise en charge satisfaisante si il ou elle n'accepte pas d'être testé(e). Parmi les motifs de consultation dans les centres de dépistage de Brazzaville, on cite notamment des demandes qui seraient faites par les autorités municipales aux couples désireux de se marier, des demandes de bilan pré-opératoire, des demandes émanant de novices désireux d'entrer dans les ordres. Est-ce à dire que le chirurgien refuse d'opérer si le patient est séropositif, que l'Église refuse d'intégrer un individu infecté par le VIH, ou encore que la Mairie pourrait émettre des réserves à unir un couple dont l'un des partenaires serait atteint ?

Il conviendrait de vérifier ces informations et de connaître exactement les circonstances et les conséquences possibles de demande de test par un tiers¹⁰. Quoi qu'il en soit, il apparaît que

⁷ Dans cette logique du dépistage obligatoire, devrait également se poser la question corollaire de l'obligation des personnes infectées de se soigner.

⁸ Des rumeurs identiques courent à propos des possibilités d'obtention d'un visa auprès des autorités françaises pour des boursiers africains, et auprès des autorités égyptiennes. Il conviendrait de démentir ces rumeurs.

⁹ Cf. notre article "Qui informer ? Médecins, familles, tradipraticiens et religieux au Congo", *Psychopathologie africaine*, XXVI (2), 1994 : 189-209.

¹⁰ Par exemple, il pourrait être acceptable que la Mairie propose systématiquement un test, mais sans contraindre, c'est-à-dire sans aucune conséquence sur la décision de l'Autorité municipale d'unir ou non les partenaires.

dans nombre de situations, il peut y avoir consentement mais plus contraint que libre. La question de la liberté du consentement est d'importance dans la perspective du développement d'activité de dépistage. En effet, pour reprendre l'exemple du Kenya, il semblerait que les étudiants candidats à l'immigration constituent l'essentiel de la clientèle d'un des centres officiels de dépistage de Nairobi, centre que l'on ne peut plus vraiment désigner alors de centre de dépistage « volontaire ».

Si l'expression « dépistage volontaire » a un sens, et surtout si la démarche volontaire peut avoir une efficacité, notamment en terme de prévention, il faut sans doute réaffirmer avec vigueur les recommandations internationalement reconnues dans ce domaine, et d'être vigilant quant à l'application de l'intégralité de telles recommandations. Tout comme, il n'est nul besoin d'envisager de nouveaux textes quant au destinataire de l'information sur le résultat d'un examen — le strict respect de la déontologie médicale relative au secret médical suffit —, les textes et recommandations existants relatifs au dépistage fournissent un cadre réglementaire suffisant pour mettre en œuvre ou développer en toute sérénité des activités de dépistage volontaire.

Il y a peu de temps, on a pu plaider en faveur du « droit de ne pas savoir » — de ne pas connaître les résultats — des femmes enceintes qui avaient d'abord accepté de réaliser un test ¹¹. On accepte par ailleurs volontiers que des médecins ne veuillent pas pratiquer d'avortement eu égard à leurs convictions. Pourquoi ne pourrait-on pas également envisager que le praticien, se sentant peu compétent pour réaliser un dépistage dans les règles de l'art, ait le droit de ne pas prescrire, ou que le centre de dépistage ait le droit de ne pas réaliser un test si les raisons de la demande ne sont pas en conformité avec les normes ?

2. DES CENTRES SPÉCIFIQUES

La disparition du GPA (*Global Programme on AIDS*) de l'OMS a notamment marqué la fin du soutien *a priori* aux programmes nationaux de lutte contre le sida (PNLS) mis en place sous son égide dans les années 1980. Cette décision institutionnelle est parfaitement cohérente avec les dispositions générales relatives à l'aide aux pays en développement, et qui se traduit par des incitations au désengagement de l'État et au développement d'initiatives régionales et locales autonomes. Aussi la verticalité des programmes nationaux de lutte contre le sida, sans doute nécessaire au début de leur fonctionnement pour impulser une véritable politique nationale du sida dans les pays, est remise en cause aujourd'hui, et les activités de lutte contre le sida doivent être davantage intégrées dans les systèmes de santé nationaux ¹². Faut-il alors créer des centres spécifiques pour le dépistage volontaire, ou plus exactement, dans quelle mesure ces centres de dépistages doivent-ils être spécifiques ?

Si chacun reconnaît que la lutte contre le sida doit être l'affaire de tous, et en particulier de tous les personnels de santé dans tous les types de structure de soins, il est tout aussi reconnu aujourd'hui que les unités de dépistage doivent être des unités spécialisées. Des données

¹¹ A ce sujet, cf. l'article de P. Piot et al. dans le *Lancet* du 15 avril 1995 ; J.Y. Nau, « Le droit de ne pas savoir », *Le Monde*, 23-24 avril 1995 ; D. Kerouedan, « Les femmes africaines face au sida : le droit de savoir pour le droit d'exister séropositives », *Cahiers Santé*, 5, 1995 : 259-261.

¹² Ainsi, par exemple, au Congo, le PNLS était jusqu'à une date récente directement rattaché au cabinet du Ministre de la santé ; aujourd'hui, il est devenu un des départements de la Direction générale de la santé au même titre que la médecine préventive, la direction de la planification, etc. Par ailleurs, dans le Plan à moyen terme (1996-1998) du PNLS de ce pays, on peut lire : « Le programme national de lutte contre le sida va être décentralisé jusqu'au niveau périphérique... La lutte contre le sida sera intégrée aux autres soins de santé au niveau périphérique afin d'offrir un "paquet" de soins essentiels à ce niveau... La lutte contre le sida et les MST est un problème qui dépasse le cadre du Ministère de la Santé. Tous les secteurs hors santé devraient collaborer pour lutter contre ce fléau (sida) ; ainsi la collaboration inter- et multisectorielle s'impose à tous les échelons de la vie nationale. La participation communautaire, active dans la gestion et le financement local des coûts, la participation communautaire notamment au travers de l'implication des ONG, Associations et groupements divers permettra une disponibilité permanente et une utilisation rationnelle des médicaments essentiels pour la prise en charge des personnes infectées par le sida et les MST (Initiative de Bamako) ».

récentes semblent d'ailleurs plaider en faveur de la spécialisation des centres en charge du VIH/Sida, telle cette étude américaine, fondée sur une enquête rétrospective sur dix ans (1984-1994), et qui relève une diminution globale du risque de mortalité de 31% pour les patients pris en charge par les praticiens les plus expérimentés¹³. En d'autres termes, plus les patients sont suivis par des services hospitaliers spécialisés, plus leur chance de survie augmenterait.

La mise en place d'unités spécifiques requiert des personnels spécifiques dans un lieu spécifique, mais ne devant pas être en marge du système de santé. Des personnels spécifiques, cela peut vouloir dire, non seulement des personnels informés sur la maladie et formés aux techniques de conseil, mais aussi informés sur les droits et devoirs des personnels soignants, des patients en général, et des malades ou des séropositifs en particulier. Sans doute faut-il également veiller, pour ces personnels, à ce que, en situation, ils ne diffusent pas des informations ou n'adoptent pas des attitudes qui vont à l'encontre des efforts menés dans le domaine de la prévention. Voici à titre d'exemple, quelques informations qui m'ont été rapportées à propos de réactions de personnels de santé et qui me semblent aller à l'encontre des efforts de prévention : un médecin qui dissuade un de ses patients désireux de faire un test parce que le premier « connaît bien » les habitudes de vie du second qu'il considère comme une personne qui ne saurait avoir des comportements à risque ; une assistante sociale qui recommande à une personnes vivant avec le sida de recourir à telle église réputée pour son efficacité dans le traitement de la maladie ; un infirmier qui, censé travailler dans le domaine de la prévention de l'infection à VIH, se montre très réticent à proposer l'utilisation du préservatif. Aussi, la constitution d'une équipe spécifique suppose certes une formation particulière mais requiert aussi peut-être de s'interroger sur les dispositions personnelles des individus à s'approprier, du moins dans leur pratique professionnelle, l'ensemble de la « philosophie », pourrait-on dire, qui sous-tend les mesures de prévention de la maladie.

Outre la question du profil de ces personnels, se pose aussi celle de leur statut au sein de l'ensemble des personnels de santé. Le développement des activités de dépistage se fait, ou risque de se faire, essentiellement dans le cadre de projets, soutenus par des agences de coopération, et cela conformément à la dynamique générale des actions de développement ; le dysfonctionnement des appareils d'État et la chute des financements publics font que la mise en place de n'importe quelle initiative — dans le domaine sanitaire, mais aussi dans tous les autres secteurs — requiert un financement spécifique d'une agence de coopération. Dès lors, si tel est le cas pour un projet de dépistage volontaire, les personnels de ce projet risquent de faire figure de nantis par rapport à ceux qui se trouvent dans des domaines qui ne font pas l'objet d'appuis spécifiques. Il y a deux conséquences possibles de ce type de situation : les personnels spécialisés dans le dépistage peuvent vouloir prétendre à un statut particulier qui les distinguerait donc de leurs homologues des autres services ; et ces derniers peuvent considérer qu'ils n'ont pas à collaborer avec les premiers et se désintéresser totalement d'apporter leur contribution à l'effort entrepris parce que « ils ne font pas partie du projet ».

La spécificité du lieu est aussi une question fort importante. Lorsque cette question est évoquée, on pense immédiatement aux craintes de rupture de confidentialité liées au fait d'entrer dans un local aisément identifiable comme « centre du sida ». En fait, les appréhensions qui pouvaient être formulées à ce sujet ont été en partie démenties par l'importance relative de la fréquentation de lieux spécialisés¹⁴ aisément identifiables. Le problème principale qui se fait jour aujourd'hui, me semble-t-il, est davantage la difficulté de mettre en place une unité exclusivement destinée au dépistage volontaire dans une structure hospitalière. Plus précisément, l'intégration du dépistage volontaire dans le système de santé passe par l'implantation d'unités de dépistage dans les structures de soins existantes. Au Congo, les autorités ont décidé d'installer ces unités dans des hôpitaux. Or, par définition, les hôpitaux accueillent des malades, et la tentation est évidemment grande pour les médecins d'utiliser de telles unités de dépistage pour des diagnostics, et le plus

¹³ Kitahato et al., in N. Chahine, « Médecins : l'implacable logique de la spécialisation », *Le Journal du sida*, 85, 1996 : 10-12

¹⁴ Je pense en particulier à l'USAC d'Abidjan ou au CTA de Brazzaville. Avant l'ouverture du CTA de Brazzaville, j'ai pu moi-même faire état de mes propres inquiétudes et rapporter les inquiétudes de personnels de santé à l'égard d'un bâtiment aisément identifiable comme structure spécialisée pour le sida.

souvent prescrire des tests à l'insu des malades. Par ailleurs, peut-on implanter des unités de dépistage volontaires dans des hôpitaux, avec ce que cela suppose d'utilisation de tests « pour rien », c'est-à-dire pour une majorité de personnes testées qui seront fort heureusement séronégatives, alors que la sécurité transfusionnelle n'est pas assurée dans la structure ?

Éviter d'utiliser les unités de dépistage volontaire en situation de diagnostic ne devrait peut-être pas constituer le problème principal, du moins en théorie. Dans la mesure où la définition clinique de Bangui est assez sûre, et où bien souvent un malade soupçonné d'être infecté par le VIH se révèle la plupart du temps positif à l'examen, il conviendrait sans doute de convaincre les médecins de l'inutilité de prescrire des sérologies anti-VIH, du moins pour les plus malades, dès lors que les signes cliniques correspondent à la définition de Bangui. Sans compter que cela permettrait de limiter singulièrement la consommation de réactifs et d'éviter des situations où l'on prescrit plusieurs fois le même test pour la même personne « pour être sûr » du diagnostic. En revanche, dépister alors que la sécurité transfusionnelle n'est pas assurée pose sans doute un problème plus complexe : être contraint de transfuser sans tester le sang alors qu'à côté des patients asymptomatiques se font dépister « peut-être pour rien » peut paraître légitimement plus difficile à accepter. Cependant, dans des structures régionales où l'activité transfusionnelle est relativement réduite, l'unité pourrait avoir la double fonction de centre de transfusion et d'unité de dépistage, pour autant que, en pratique, les deux activités soient bien séparées.

Aussi, mettre en place une unités de dépistage volontaire requiert une réflexion sur le type de personnels aptes à travailler au sein de telles unités mais aussi sur la place que ces unités peuvent occuper dans les structures de soins.

3. L'INSERTION DANS LE SYSTÈME DE SANTÉ ET DANS LA « COMMUNAUTÉ »

La mise en place d'unités de dépistage requiert aussi d'envisager l'environnement global dans lequel elles se situeront. Aujourd'hui, les initiatives en matière de santé doivent se conformer aux directives de l'Initiative de Bamako qui prévoient entre autres le recouvrement des coûts. Le dépistage a bien évidemment un coût qui varie notamment selon la technique utilisée (tests rapides, chaînes Elisa notamment) et selon l'éloignement de l'unité de dépistage par rapport au lieu d'approvisionnement en réactifs. Ici, toute une série de questions émergent alors ? Peut-on tolérer une exception quant à la mise en œuvre du recouvrement des coûts et proposer la gratuité du dépistage ? Mais dans ce cas pourquoi ne pas accepter la gratuité des examens pour des pathologies qui affectent un plus grand nombre de personnes (le paludisme, par exemple) ? Si le dépistage est gratuit, comment assurer le réapprovisionnement régulier en réactifs ? Si le dépistage n'est pas gratuit, quel est alors le prix acceptable pour la population ? Plus exactement, et considérant les différences de niveau de vie entre les zones rurales et les zones urbaines, doit-on envisager un prix unique sur l'ensemble du territoire national ? Par ailleurs, si paiement il y a, il y a de forte chance que le recouvrement des coûts ne sera que partiel : il me semble peu réaliste, surtout dans des zones éloignées où seuls les tests rapides sont envisageables (du fait d'une demande relativement faible) que le prix demandé puisse correspondre au prix de revient du test. Dès lors, un appui provenant d'une source financière extérieure au centre lui-même se révélera toujours nécessaire.

Aujourd'hui, il n'y a point de « salut sanitaire » pour quelle qu'initiative que ce soit en dehors de l'existence d'un « projet ». Par définition un projet a une durée de vie limitée, et la mise en place d'une politique de dépistage volontaire n'a de sens qu'à moyen ou à long terme. Ne disposer de tests que pour « une campagne de dépistage » n'aurait guère de sens, et ce n'est qu'avec le temps que les individus vaincraient leurs appréhensions du test et auront recours de plus en plus au dépistage. Aussi on peut se demander si la mise en place d'une activité de dépistage volontaire ne va pas à l'encontre de la dynamique de projet qui prévaut aujourd'hui dans le domaine du développement, en ce qu'elle requiert de prévoir une activité sur le long terme, réduite au départ, et qui ira en s'accroissant, et demandera donc toujours davantage de fonds.

L'environnement à envisager ne doit-il pas également prévoir un dispositif, sinon de marketing social du préservatif, du moins d'approvisionnement régulier en préservatif ? Le projet d'utilisation du dépistage comme outil pour la prévention doit être accompagné de la possibilité de mise en œuvre des moyens de prévenir la transmission, soit un accès facile et permanent aux préservatifs.

Lorsque l'on évoque la question du dépistage en général, et du dépistage volontaire en particulier, la question régulièrement posée par les praticiens et de savoir ce qu'ils pourront faire face à une personne atteinte et en l'absence de traitement, surtout si la personne n'est pas encore malade. Dans un scénario qui doit exclure l'utilisation d'anti-rétroviraux et la gratuité des soins (Initiative de Bamako oblige), sans doute faut-il mettre l'accent sur la prévention de certaines infections et pathologies, par l'utilisation de médicaments peu onéreux. Or, comme on le sait, les médicaments seront d'autant moins chers qu'ils figurent parmi la liste des génériques. Est-ce à dire que la mise en place d'unités de dépistage doit s'accompagner d'une véritable politique du médicament ?

Au delà des dispositifs institutionnels et matériels à envisager, se pose aussi la question de l'environnement humain, si l'on peut dire, dans lequel peuvent se développer les unités de dépistage, et plus précisément du cercle de personnes susceptibles d'être informé. Quels peuvent être les destinataires de l'information, au sein de la structure de soins, mais aussi au sein de la communauté ? Si le dépistage a été conseillé à un patient par un médecin de la structure où s'effectue le dépistage, par une sage-femme d'un centre de santé maternelle et infantile, éventuellement par un membre d'une association de personnes vivant avec le VIH/Sida qui participe au conseil, ceux-ci pourront-ils être destinataires du résultat de la sérologie ? Sans doute la pression de la part de tous les acteurs susceptibles d'apporter leur concours au dépistage volontaire risque-t-elle d'être forte pour être informés, et des règles de conduite devront être adoptées quant au partage de la confidentialité en général : la personne dépistée sera-t-elle laissée seule juge des personnes à informer ? Doit-on adopter une conception large de l'équipe soignante, dont l'ensemble des membres pourraient alors être informés, en y incluant tous les acteurs institutionnels susceptibles d'intervenir dans la prise en charge ? Comment amener un conjoint d'un adulte séropositif ou les parents d'un enfant infecté par le VIH à être informés du statut sérologique du partenaire ou de l'enfant ?

D'une manière générale il importe de mener une réflexion sur l'insertion du centre de dépistage dans « la communauté ». Celle-ci est constituée par l'ensemble des personnels soignants et des organisations, étatiques ou non, spécialisés dans le domaine du sida. Ce sont aussi tous les leaders d'opinion qui proposent un discours sur la maladie. Je pense ici en particulier aux tradipraticiens et aux leaders religieux dont certains — davantage les religieux que les tradipraticiens selon nos informations — affirment pouvoir guérir la maladie et s'opposent à l'utilisation du préservatif. Il faut alors sans doute connaître les discours des leaders d'opinion de la communauté afin de ne pas collaborer avec des relais qui diffusent des messages allant à l'encontre du discours de prévention que l'on cherche à diffuser.

CONCLUSION

L'ensemble des interrogations dont nous avons fait état sont la traduction, comme je l'indiquais en introduction, de préoccupations formulées par différents types d'interlocuteurs rencontrés à l'occasion d'une « étude de faisabilité » pour la mise en place d'unités de dépistage dans quatre sites au Congo. Toutes les questions posées ne peuvent sans doute pas être résolues simultanément ; et elles ne se posent pas avec la même acuité selon les régions, et selon les pays. Cependant, notre propos montre combien la mise en place de dispositif de dépistage volontaire impose une réflexion globale sur les système de santé eu égard aux contraintes de fonctionnement qui leur sont imposées aujourd'hui : initiative de Bamako, mise en œuvre d'actions par projet, développement des actions de proximité.

Gruénais Marc-Eric (1997)

Quel environnement pour des unités de dépistage volontaire ?

In : Gruénais Marc-Eric (ed.). Dépistage et traitement des personnes infectées par le VIH au Congo

Brazzaville : ORSTOM, 23-29 multigr.

Dépistage et Conseil dans l'Infection à VIH : Atelier, Bobo Dioulasso (BKF), 1997/03/10-14