

En savoir plus

Prévention du VIH et secours aux sinistrés après le tsunami

Dans les semaines qui ont suivi le tsunami du 26 décembre dernier, les enfants adressés aux cliniques d'Aceh en Indonésie ont commencé à présenter une forte fièvre et une éruption cutanée caractéristique de la rougeole. L'exiguïté des camps de tentes où vivaient ces enfants a contribué à la diffusion de la maladie qui s'octroie un tribut étonnamment mortel sur les populations déplacées hors de leur foyer. Notre personnel soignant s'est risqué quotidiennement, en compagnie des autorités sanitaires indonésiennes, à faire des piqûres avec des seringues de vaccination et à administrer aux petits enfants des comprimés effervescents de vitamine A susceptibles d'atténuer les complications de la rougeole.

Au cours de notre périple d'un camp à l'autre et en plein chaos, notre infirmière spécialisée dans la périnatalité a même pris le temps d'identifier les sages-femmes, de s'enquérir de la situation des femmes et de distribuer des kits de produits d'hygiène pour les accouchements.

Elle avait été recrutée pour accomplir cette tâche. Les premiers secours consistaient à prodiguer aux populations de la nourriture, un abri, de l'eau propre et des soins médicaux élémentaires. À l'instar de ces interventions, cependant, assurer la santé génésique devenait incontestablement une priorité majeure en raison notamment du VIH/sida. Les experts des organisations humanitaires reconnaissent à présent qu'une dévastation semblable à celle provoquée par le tsunami peut intensifier les facteurs de risque de contracter le sida et fait donc des actions de prévention un volet important de l'intervention d'urgence.

« Après une catastrophe naturelle, les conditions habituellement propices à la propagation du VIH empirent », explique Yannick Guégan du département des Affaires humanitaires de l'ONU-sida,

programme de l'ONU en faveur de la lutte contre le VIH/sida.

Selon Yannick Guégan, le déplacement massif de populations et de collectivités hors de leur foyer, l'instabilité sociale, l'intensification de la pauvreté due à la perte des revenus et l'afflux de populations nouvelles (secouristes et humanitaires, soldats, logisticiens) sont les facteurs qui ont été associés dans le passé à la transmission du VIH/sida. L'expérience d'autres crises en Afrique du Sud et au Timor oriental quelques années auparavant a montré un accroissement de la vulnérabilité en situation d'urgence qui peut augmenter l'incidence des maladies sexuellement transmissibles (MST) dont le VIH/sida.

Après les catastrophes, les survivants ont des besoins si prégnants que seules les méthodes simples de promotion de la prévention du VIH sont efficaces. Vers 1995, les associations humanitaires ont mis en place des services complets de première intervention fondés sur une norme minimale appelée Minimum Initial Service Package (MISP). Il s'agit d'un ensemble d'actions visant à lutter contre le VIH et la violence sexuelle et répondre à d'autres besoins de santé reproductive en situation d'urgence pressante. Ces dernières années, cette norme minimale a reçu l'agrément des principaux organismes de secours d'urgence, du Haut Commissariat aux Réfugiés de l'ONU à SPHERE qui a établi des normes d'intervention. Ces bailleurs de fonds de haut niveau recommandent vivement aux urgentistes d'intégrer une approche simple de la prévention du VIH/sida dans l'assistance d'urgence aux populations.

Les services MISP intègrent la prévention du VIH dans le système de santé en mettant des préservatifs gratuits à la disposition des sinistrés et en s'assurant que l'équipement médical et le sang transfusé sont exempts de tout agent infectieux. « Rien de plus complet ne serait approprié dans les premières semaines », estime Sandy Krause qui dirige le projet de santé reproductive de la Women's Commission for Refugee Women and Children. Peu après le tsunami, Sandy Krause et ses collègues sont

partis en Asie pour rencontrer des secouristes d'Aceh et discuter des services MISP afin d'évaluer leur mise en œuvre.

Le dispositif mis en place après le tsunami donne aux collectivités l'occasion de développer une meilleure prévention globale du VIH/sida couplée à des actions de sensibilisation et de l'intégrer dans un système de post-urgence durable à long terme. « Après le tsunami, l'ONU essaie d'élaborer un plan de relance amélioré, c'est-à-dire de rendre la situation meilleure qu'elle n'a jamais été auparavant », poursuit Yannick Guégan. « La possibilité d'accélérer la lutte contre le VIH s'ouvre ainsi à nous ».

Compréhension des risques post-tsunami

Le tsunami a frappé des pays dans lesquels la prévalence du VIH est faible comme le Sri Lanka et l'Indonésie où, selon les estimations de l'ONU-sida, moins d'un adulte sur mille âgé de 15 à 49 ans est séropositif. La catastrophe touche aussi des pays comme l'Inde et la Thaïlande où la prévalence de la maladie chez les adultes est élevée (de 0,4 à 1,3 % en Inde et 1,8 % en Thaïlande) et la Somalie dont le taux de prévalence est inconnu. Le Tamil Nadu, état indien victime du tsunami, détient le plus fort taux de VIH/sida du sous-continent. Les statistiques de 2003 indiquent que 83,8 % des usagers de drogue et 8,8 % des femmes professionnelles du sexe y sont séropositives.

On craint que ces taux ne montent si

Dans ce numéro

En savoir plus

- Prévention VIH et secours aux sinistrés après le tsunami

Informations du monde

- Proposition d'un « corps de volontaires de la paix » composé de médecins américains
- L'Inde nie avoir le taux le plus élevé d'infections VIH
- Le Brésil rejette une subvention américaine

Question de fond

- Comprendre le conseil et le dépistage volontaire anonyme dans le cadre de la recherche : comment les volontaires accèdent-ils au conseil et au dépistage volontaire anonyme lors des études cliniques ou des essais de vaccin ?

les privations post-tsunami et les tensions incitent les survivants à la drogue ou à d'autres activités à haut risque comme la prostitution. Un nombre incalculable de familles ont perdu leur bateau, leur commerce et autres sources de revenus. Yannick Guégan craint que la pauvreté en résultant ne contraigne les femmes à se prostituer.

Les professionnels du sexe ne manqueront pas de clients potentiels. Des milliers d'étrangers sont arrivés dans les régions dévastées par le tsunami pour prêter main forte à la reconstruction et, parmi eux, se trouvent des soldats du monde entier. Dans certains pays, le taux de VIH du personnel militaire est de 2 à 5 fois plus élevé que celui de la population civile. La présence de soldats pourrait contribuer à la propagation du VIH/sida, risque que le passé a mis en lumière. Au cours des six années de guerre civile en Ouganda, les chercheurs ont établi un lien entre la localisation géographique du sida et celle de l'armée de libération nationale de l'Ouganda.

Les risques VIH liés au tsunami ne concernent pas seulement les usagers de drogues et la prostitution. Les camps et baraquements des populations déplacées, foyer de centaines de milliers de survivants du tsunami, présentent eux-mêmes une menace. En février et au début du mois de mars 2005, Sandy Krause et ses collaborateurs de Women's Commission ont organisé des interviews et des groupes de discussion dans la province indonésienne d'Aceh durement touchée. Les femmes d'Aceh ont confié qu'elles éprouvaient un malaise à vivre dans des camps avec des étrangers. Elles ont même évoqué des rumeurs de viol. Lorsque les collègues de Sandy Krause se sont enquis de la victime d'un viol, on leur a dit que la famille avait quitté la région. « Les gens disaient qu'elle l'avait bien cherché et qu'elle était demandeuse », explique Sandy Krause. « Elle a été isolée socialement et sa famille s'est éloignée ».

Sandy Krause a constaté que cette même stigmatisation s'étendait au VIH/sida. « Je crois que je n'ai jamais rencontré nulle part une telle méconnaissance du VIH. « De surcroît, la stigmatisation est tellement forte que même les personnes en possession de rudiments sur le VIH ne veulent pas qu'on le sache ».

Selon Sandy Krause, le manque de connaissance des survivants du tsunami sur le VIH/sida et leur réticence même à en parler souligne que la prévention du VIH est une nécessité urgente. Ses équipiers se sont aperçus que, deux mois après la catastrophe, les préservatifs étaient inaccessibles. Aux dires des garçons, il faut faire semblant d'être marié pour obtenir des préservatifs. « Il est immoral de ne pas mettre de préservatifs à leur disposition », ajoute Sandy Krause.

Sandy Krause a eu du mal à convaincre le personnel humanitaire de prendre des mesures simples comme la distribution de préservatifs sans lancer un vaste programme de santé reproductive. « Nous ne parvenons pas à faire comprendre ça aux gens ! Ils essaient de mettre en place une assistance beaucoup plus complète. Ils ne croient pas qu'il soit possible d'agir sans faire les choses en grand ».

Les idées à l'épreuve des faits

Principal financement de l'ONU en faveur du tsunami, le fonds de l'ONU pour les populations (UNFPA) a demandé, en janvier 2005, 6 millions de dollars

“Face au traumatisme et à l'urgence, ils pensaient qu'il suffisait d'apporter les équipements de secours nécessaires. Il manquait donc des produits d'hygiène élémentaires comme les préservatifs.”

Henia Dakkak

pour réduire la propagation du VIH, mettre en œuvre des services complets de première intervention et prévenir la violence sexuelle. Cette somme ne représente qu'une infime partie des fonds disponibles, c'est-à-dire 0,6 % du milliard de dollars réclamé.

Henia Dakkak a travaillé pour l'UNFPA à Aceh. Son groupe a procuré des préservatifs masculins et féminins, des produits d'hygiène pour les accouchements et d'autres matériels de santé reproductive aux pays dévastés par le tsunami. L'UNFPA leur fournit des kits adaptés aux besoins des petites unités de soins comme des plus grands hôpitaux.

Selon Henia Dakkak, des villes comme Banda Aceh ont particulièrement besoin d'équipements car le tsunami a détruit le réseau de planning familial préexistant de la région. « Ce réseau a perdu ses bureaux, ses entrepôts et toutes ses fournitures », explique Henia Dakkak.

L'UNFPA a même distribué des préservatifs aux militaires, y compris à ceux qui étaient venus en assistance médicale. « Face au traumatisme et à l'urgence, ils

pensaient qu'il suffisait d'apporter les équipements de secours nécessaires », ajoute Henia Dakkak. « Il manquait donc des produits d'hygiène élémentaires comme les préservatifs ».

Perspectives à long terme

L'assistance aux survivants du tsunami devra se poursuivre dans les années à venir. Selon Yannick Guégan, la prévention du VIH et les programmes de contrôle revêtiront une importance majeure avec le temps. « Les risques sont plus grands à longue échéance qu'au moment même de la crise », précise-t-il en évoquant la violence sexuelle, le trafic d'êtres humains dans les camps et la présence durable de logisticiens et de travailleurs dans les régions affectées par le tsunami.

Une fois close la phase d'urgence du tsunami, l'UNFPA recourt à toutes les formes de médias pour diffuser des informations sur la prévention du VIH. « Il est nécessaire que les gens se protègent eux-mêmes et comprennent la nature des risques », ajoute Henia Dakkak. L'UNFPA s'est tourné vers les chefs religieux d'Aceh pour informer la population sur les méthodes préventives, de l'abstinence aux préservatifs, et préciser que l'emploi du préservatif n'est pas contraire à l'Islam. « Nous faisons appel aux mosquées et aux imams pour aborder ce sujet. Ils sont ouverts à l'idée d'assurer la protection de la collectivité ».

L'afflux de fonds et de personnel humanitaire constitue aussi une chance d'enrayer les risques de propagation du VIH en renforçant les programmes de lutte nationaux dans les régions touchées par le tsunami. L'ONU-sida a déjà demandé au gouvernement indien d'étendre le programme de traitement antirétroviral aux districts de la région frappée par le tsunami qui n'en bénéficiaient pas auparavant. L'ONU-sida vient aussi de promouvoir auprès des donateurs et des organisations humanitaires la nécessité d'intégrer les programmes VIH/sida dans le système d'assistance régulier. Cette intégration contribuera à éviter la stigmatisation des personnes qui recourent à ces services. Le personnel humanitaire s'efforce également d'améliorer son assistance en prenant en compte la sécurité des femmes lors de l'installation des camps ainsi que les besoins particuliers des personnes atteintes du VIH/sida dans le cadre des distributions de nourriture.

Si ces actions se révèlent fructueuses, elles permettront d'améliorer les programmes VIH/sida lors de futures catastrophes, conflits et états d'urgence. Les enquêtes sur la prévention du VIH ont déjà montré que, si les catastrophes comme le tsunami sont susceptibles d'intensifier les facteurs de risque d'infection par le VIH, ils ne doivent pas accroître la transmission du virus.

Quittant Aceh deux mois après le tsunami qui a suscité un formidable élan de générosité chez les donateurs du monde entier, nous étions déçus de voir des familles vivre encore dans des camps de toile et disposer de si peu d'eau potable propre. Certains résidents ont été relogés contre leur gré dans d'étroites baraques en bois. La reconstruction de vraies maisons et la capacité de gagner sa vie restent des priorités, mais le gouvernement et les associations humanitaires ont les ressources pour accomplir cette tâche et faire mieux encore.

Proposition d'un « corps de volontaires de la paix » composé de médecins américains

Un rapport de l'Institute of Medicine américain vient de proposer la mise en place d'un programme de détachement de médecins, infirmières et personnel soignant des États-Unis dans les pays les plus touchés par la pandémie du VIH/sida. Il recommande qu'un groupe de 150 professionnels formés au sida soit envoyé à l'étranger pour deux années de service médical dans les pays d'Afrique, d'Asie du sud-est et des Caraïbes en vue de pallier le manque actuel de médecins. Ce programme inspiré des « volontaires de la paix » s'intitulerait « service mondial de santé américain ».

Selon ce rapport, la pénurie va d'un médecin pour 3 448 habitants au Botswana, à un pour 50 000 au Rwanda. À titre de comparaison, les États-Unis comptent un médecin pour 350 habitants. Ce service mondial de santé américain serait géré en coopération avec le plan d'urgence du président contre le sida (PEPFAR) et, selon les estimations, coûterait 100 millions de dollars par an. Le programme offre aux médecins de nombreuses primes de motivation pour y participer, y compris le remboursement de leurs études de médecine. Les 15 pays déjà subventionnés par le PEPFAR seraient les premiers à en bénéficier.

Ce rapport a été commandé par le Coordinateur global du sida auprès du département d'état américain et émane d'une requête du PEPFAR qui réclame le détachement de personnel soignant dans les régions sévèrement touchées par le VIH/sida, la tuberculose et la malaria.

Informations du monde

L'Inde nie avoir le taux le plus élevé d'infections VIH

Richard Feachem, Directeur du Fonds global de lutte contre le VIH/sida, la tuberculose et la malaria, vient d'avertir l'opinion publique que l'Inde comptait

à présent le plus grand nombre de personnes séropositives et dépassait l'Afrique du Sud. Le gouvernement indien annonce officiellement 5,1 millions d'Indiens séropositifs, tandis que les plus récentes estimations de l'ONU en attribuent 5,3 millions à l'Afrique du Sud. Richard Feachem soutient que les statistiques du gouvernement indien sont sous-estimées du fait d'un dépistage restreint et que le nombre réel se situe dans la fourchette la plus haute entre 2,5 et 8,5 millions.

Richard Feachem accuse également le gouvernement indien de ne pas combattre suffisamment l'épidémie. Il fait remarquer que la plupart des anti-rétroviraux génériques utilisés dans le monde sont fabriqués en Inde, mais que leur prix est inabordable pour les Indiens. L'organisation nationale pour la lutte contre le sida du gouvernement indien réfute les accusations de Richard Feachem, affirme que ses estimations sont fiables et que des programmes de traitement du VIH-sida sont en cours de développement en Inde.

Le Brésil rejette une subvention américaine

Une commission nationale composée de chercheurs, fonctionnaires du Ministère de la santé et militants brésiliens a récemment décliné l'octroi d'une subvention de 40 millions de dollars de l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID) car l'acceptation de ces fonds aurait obligé le Brésil à signer un engagement à dénoncer la prostitution qui n'est pas illégale dans ce pays. Au Brésil, l'accompagnement du VIH se fonde sur l'acceptation de groupes marginalisés comme les professionnels du sexe, les usagers de drogue par voie intraveineuse et d'autres groupes à risque et ce travail de proximité permet de mener une prévention du VIH efficace. Les conditions d'octroi de la subvention ont été perçues comme étant en contradiction avec ces programmes réussis. Beaucoup considèrent que l'approche brésilienne de la prévention du VIH-sida et des traitements est exemplaire et les professionnels du sexe constituent un groupe de pression puissant.

Le Brésil est le premier pays à refuser l'argent des États-Unis en raison des restrictions imposées par l'administration Bush. L'Ouganda, subventionné par le plan d'urgence du président, a récemment fait l'objet de critiques de la part de Human Rights Watch pour avoir modifié ses programmes de prévention contre le VIH afin de mettre l'accent sur l'abstinence à la suite de pressions du gouvernement américain.

« De nombreuses ONG du Brésil soutiennent le Ministre de la santé dans son refus de la subvention d'USAID. Le plus important est de bien comprendre les intérêts des institutions, indépendamment des bailleurs de fonds », explique Octavio Valente du groupe Pela Vidda de Rio.



Rédacteur-en-chef

Dr Simon Noble

Rédacteur scientifique en chef

Dr Phil Cohen

Rédacteur scientifique

Kristen Jill Kresge

Directeur de production

Michael Hariton

Éditeur web

Dr Roberto Fernandez-Larsson

Traduction

Eurotexte

Tous les articles sont de Kristen Jill Kresge.
VAX est un projet dirigé par Kristen Jill Kresge.



VAX est un bulletin mensuel qui présente des versions résumées et moins techniques d'articles du « IAVI Report », la lettre d'information sur la recherche de vaccins anti-VIH publiée par l'Initiative internationale de vaccins contre le sida (International AIDS Vaccine Initiative – IAVI). VAX est actuellement disponible en anglais, en français, en allemand, en espagnol et en portugais en format PDF (www.iavi.org/iavireport) ou sous forme de bulletin électronique. Si vous souhaitez recevoir VAX par e-mail, envoyez-nous votre demande, en spécifiant la langue choisie, à l'adresse suivante : vax@iavi.org.

IAVI est une organisation scientifique fondée en 1996 qui a pour mission d'assurer le développement de vaccins préventifs anti-VIH sûrs, efficaces et accessibles aux populations du monde entier. Les interventions de IAVI visent quatre objectifs principaux : mobiliser les soutiens par la promotion de la cause du sida et les campagnes d'éducation, accélérer le progrès scientifique, inciter l'industrie pharmaceutique à participer au développement d'un vaccin anti-VIH et garantir un accès universel au vaccin.

Comment les volontaires accèdent-ils au conseil et au dépistage volontaire anonyme lors des études cliniques ou des essais de vaccin ?

Avant de mener un essai clinique de vaccin candidat ou une étude clinique dans une collectivité, on doit mettre en place les éléments essentiels à la recherche et au système de santé. Ces éléments incluent l'infrastructure du site d'étude, la formation des chercheurs et du personnel soignant du site d'étude afin de conseiller les participants et d'effectuer le dépistage du VIH ainsi qu'une consultation où adresser ceux qui nécessitent un traitement approprié. Sans la formation, le dépistage et les traitements, il ne peut y avoir d'essai.

L'admissibilité au recrutement dans un essai de vaccin ou une étude clinique (voir *Question de fond* de mars « Comprendre les études cliniques ») dépend du statut sérologique du volontaire potentiel, d'où la généralisation du dépistage du VIH. Pour participer aux essais de vaccin anti-VIH, les volontaires ne doivent pas être séropositifs. En revanche, pour d'autres études cliniques, les chercheurs ne recrutent que des individus porteurs du VIH. Le dépistage préalable à la participation à une étude est volontaire et ce processus s'intitule « conseil et dépistage volontaire anonyme dans le cadre de la recherche » (CDVA). Ces programmes servent de plates-formes de recrutement pour les études. D'autres sortes de programmes de CDVA pour collectivités requièrent des procédures semblables, mais n'ont pas pour but de recruter des participants à un essai. L'objectif premier de ces programmes collectifs de CDVA est de faire connaître aux gens leur statut sérologique et de leur prodiguer des conseils afin de réduire le risque de contracter le VIH de telle sorte qu'ils soient en mesure d'assurer leur propre protection et celle de leur partenaire contre l'infection VIH ou de bénéficier de soins et d'un traitement.

Comme son homologue, le CDVA dans le cadre de la recherche est confidentiel et vise à aider les volontaires à comprendre les comportements à risque associés à l'infection VIH, les conséquences du dépistage et les moyens de réduire les risques à l'avenir. Il requiert aussi d'expliquer ce qu'implique la participation à un essai et d'obtenir le consentement éclairé du volontaire potentiel appelé à participer à une étude clinique ou à un essai de vaccin. Au cours de ce processus, les chercheurs s'assurent que les candidats comprennent les modalités de l'essai avant leur recrutement et que leur participation est volontaire.

Il existe différents modèles de recrute-

ment dans les programmes de CDVA où les gens peuvent découvrir leur statut sérologique et apprendre comment les études sont menées. On utilise diverses méthodes de recrutement telles que les campagnes de sensibilisation auprès des collectivités, les groupes de discussion et les entretiens individuels. Toutes ces approches exigent toutefois une forte participation de la collectivité par le biais de commissions consultatives communautaires réunissant des personnes familiarisées avec les essais ou les études.

Conseil préalable au dépistage

Tous les volontaires rencontrent un conseiller formé à cet effet avant de passer un test de dépistage du VIH. Lors de cet entretien, le conseiller donne au volontaire des informations élémentaires sur le VIH/sida et lui pose des questions afin de vérifier qu'il a compris le mode de transmission du VIH et les moyens de protection à sa disposition. Une grande part du CDVA consiste à expliquer quel genre de recherche est conduit sur ce site spécifique et d'informer éventuellement les volontaires qu'ils peuvent y participer.

Au cours de cet entretien préalable, le conseiller aborde les antécédents médicaux du volontaire. Le conseiller collecte des informations sur les comportements à risque du volontaire, sur sa vie sexuelle, sur l'emploi du préservatif, sur l'historique de ses MST et sur l'usage de drogue par voie intraveineuse. À partir de ces renseignements, le conseiller fournit au volontaire des explications et des conseils pour éviter et réduire les risques d'infection par le VIH. Si le volontaire participe à l'essai, ces informations serviront à déterminer si son comportement à risque évolue au cours du temps. Les chercheurs du site analyseront ces données.

Lorsque le volontaire envisage de participer à un essai de vaccin, l'entretien avec le conseiller couvre aussi les procédures de l'étude. Ces renseignements concernent le dépistage du VIH, l'emploi de méthodes contraceptives, la durée de l'essai et la nécessité de se soumettre à des consultations à date fixe. Le conseiller doit également expliquer que certains volontaires reçoivent une substance inactive appelée placebo au lieu du vaccin candidat. La plupart des essais de vaccin se font en double aveugle, c'est-à-dire que ni le médecin ni le volontaire ne savent qui a reçu le vaccin ou le placebo. Le conseiller souligne aussi que les chercheurs ignorent si le vaccin exerce une protection et ce, jusqu'à ce que les essais d'efficacité de la phase III le démontrent. Le vaccin candidat ne doit donc pas être considéré protecteur.

À l'issue de l'entretien préalable avec le conseiller, le volontaire peut choisir

de ne pas se soumettre au dépistage du VIH.

Dépistage

Le type de dépistage utilisé varie en fonction du site. La plupart des sites emploient des tests VIH rapides qui consistent simplement à se piquer le doigt pour recueillir un échantillon de sang et discerner la présence d'anticorps contre le VIH. Il suffit de 15 minutes pour obtenir le résultat de ces tests. Certains sites d'essai effectuent simultanément 2 tests rapides de façon à avoir la certitude des résultats. Sur les sites dépourvus de tests rapides, il faut s'assurer que les volontaires reviennent chercher leurs résultats de sorte qu'ils aient un entretien avec un conseiller qui les adressent à une unité de soins capable de leur prodiguer un traitement contre le VIH en cas d'infection. Pour les essais de vaccin anti-VIH, on ajoute aux classiques tests rapides un dépistage plus évolué à des fins de précision.

Conseil post-dépistage

Dès que les résultats sont disponibles, le conseiller aide la personne à les comprendre et l'informe de son statut sérologique. Si le volontaire est séronégatif, le conseiller lui explique qu'il y a un délai appelé « fenêtre » entre le moment de l'infection et l'élaboration d'anticorps contre le VIH par l'organisme. Bien qu'ils apparaissent ordinairement en 3 semaines, 3 à 6 mois peuvent être nécessaires pour détecter ces anticorps dans le test. Si le volontaire fait état d'un comportement à risque pendant ce laps de temps, le conseiller lui demande de revenir pour renouveler le test de dépistage.

Le conseiller récapitule pour le volontaire tous les moyens de réduire les risques à l'avenir sans tenir compte des résultats du test. Le conseil post-dépistage donne au volontaire séropositif l'occasion de discuter de ses problèmes. Le conseiller aide alors le volontaire à établir un plan d'action, notamment à avertir son partenaire et sa famille, à trouver une stratégie pour rester en bonne santé et l'adresse à l'unité de soins présente dans la collectivité pour suivre un traitement.

Le CDVA opéré dans le cadre de la recherche présente de nombreux avantages pour la collectivité. Des études montrent que l'incidence du VIH diminue souvent dans les régions où un dépistage massif et des campagnes de santé publique pour la promotion de l'éducation sur le VIH sont mis en place. Il y a alors de fortes chances pour que les personnes au fait de leur statut sérologique encouragent leur entourage à se faire dépister. Ce dépistage facilite le recrutement dans les essais de vaccin ou dans les études cliniques.