




PRESTATION DIFFÉRENCIÉE DE SERVICES POUR LE VIH :


CADRE DÉCISIONNEL POUR LES SERVICES DE DÉPISTAGE DU VIH

Mobilisation, dépistage, mise en relation

Il est temps d'aborder différemment *le dépistage*.



Au cours des vingt dernières années, d'importants progrès ont été accomplis pour identifier les personnes vivant avec le VIH (PVVIH) et les mettre en relation avec des services de soin du VIH. De nombreux pays ont déjà atteint le premier objectif de 90% en adaptant les services de dépistage du VIH, en proposant des services dans les établissements de santé et les centres communautaires, et en optant pour le partage des tâches. Ceci dit, pour certains pays et certaines populations spécifiques, l'accès au dépistage demeure très problématique. Comment pouvons-nous atteindre le reste des personnes vivant avec le VIH qui ne connaissent pas encore leur statut ? Les principes de la prestation différenciée de services peuvent-ils contribuer à identifier nos lacunes et à adapter nos services ? Nous vous invitons à poursuivre votre lecture pour voir comment nous pouvons aborder différemment *le dépistage*.



Il est temps d'aborder différemment le dépistage du VIH. Un appui coordonné de la part des donateurs, des organismes de mise en œuvre, des communautés et des réseaux de PVVIH est nécessaire pour relever ce défi et atteindre l'objectif de dépistage visant à ce que 90% de toutes les PVVIH connaissent leur statut d'ici 2020. *Prestation différenciée de services pour le VIH : cadre décisionnel pour les services de dépistage du VIH* montre comment les principes de la prestation différenciée de services peuvent appuyer une démarche systématique pour atteindre le reste des personnes vivant avec le VIH qui ne connaissent pas leur statut. Ces principes devraient s'appliquer à un public mondial.

Ce document est le quatrième volet de la série des cadres décisionnels. Les cadres précédents ont mis l'accent sur les modèles de prestation de services liés aux TAR pour les clients stables et les populations spécifiques, telles que les femmes enceintes et qui allaitent, les enfants et les populations clés. Ce cadre est le premier à aborder une autre partie de la cascade des soins du VIH. Nous espérons que cette approche structurée de l'analyse de situation et de l'élaboration des modèles de prestation de services de dépistage du VIH vous aidera à atteindre le premier 90.

RÉSUMÉ



Comment vais-je atteindre le reste des personnes vivant avec le VIH qui ne connaissent pas leur statut avec les ressources dont nous disposons ? Nous devons atteindre nos objectifs 90-90-90.

Découvrez l'histoire d'**Andrew**, gestionnaire de programme VIH de district, page 8



Comment suis-je censée avoir un dépistage du VIH tous les six mois ? Les files d'attente à la clinique sont trop longues. Je ne sais pas trop où m'approvisionner régulièrement en préservatifs, et j'ai entendu dire que certains de mes amis ont commencé à prendre la PrEP. Où dois-je aller ?

Découvrez l'histoire de **Namrata**, travailleuse du sexe, page 8

Les objectifs mondiaux ont été fixés pour qu'à l'horizon 2020, 90% des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut, 90% d'entre elles accèdent aux traitements et 90% des personnes sous traitement atteignent un état de suppression virale. À l'horizon 2030, ces objectifs augmenteront à 95% dans l'ensemble de la cascade. Les progrès accomplis pour atteindre le premier 90 accusent un retard par rapport à d'autres domaines de la cascade, les hommes, les jeunes et les populations clés enregistrant les écarts les plus importants. Bien que plus de deux personnes vivant avec le VIH sur trois connaissent leur statut dans le monde entier, les gestionnaires de programme sont mis au défi de trouver des moyens efficaces et efficaces d'atteindre ceux qui ne sont pas encore diagnostiqués et de les mettre en relation avec des services de soin.

Des objectifs de prévention ont aussi été fixés, notamment un objectif mondial visant à réduire à moins de 500 000 le nombre de nouvelles infections d'ici 2020¹. Pour atteindre cet objectif, la mise en relation des clients avec les cinq piliers de prévention devrait être au cœur de tout modèle de prestation de services de dépistage du VIH. Ces piliers sont : la prévention combinée pour les adolescents et les jeunes femmes ; la prévention combinée pour les populations clés ; des programmes de distribution de préservatifs ; la circoncision masculine médicale volontaire et les services de santé en matière de sexualité et de procréation pour les hommes et les garçons ; et l'introduction rapide de la prophylaxie pré-exposition (PrEP).

Les préoccupations exprimées ci-dessus par Andrew, gestionnaire de programme VIH de district, et Namrata, membre d'une population clé, soulignent quelques-unes des difficultés rencontrées dans plusieurs endroits alors que nous continuons d'élargir l'accès aux services de dépistage du VIH.

La prestation différenciée de services (PDS), aussi appelée prise en charge différenciée, est une approche axée sur le client. Elle simplifie et adapte les services liés au VIH dans l'ensemble de la cascade des soins du VIH pour refléter les préférences et les attentes de divers groupes de PVVIH tout en réduisant les fardeaux inutiles qui pèsent sur le système de santé². La PDS facilite le transfert des ressources vers les clients qui en ont le plus besoin, et à ce titre, elle vise, dans le contexte du dépistage du VIH, à élaborer des stratégies de dépistage du VIH destinées à identifier les PVVIH qui ne connaissent pas encore leur statut afin de les mettre en relation avec des services de soin du VIH. L'approche de la PDS aidera les gestionnaires de projets à aborder différemment la mobilisation, le dépistage et la mise en relation avec les services de soin et de prévention.

Ce cadre vise à utiliser les principes de la PDS (éléments, Partie 4, et composantes de base, Partie 6) présentés dans les cadres précédents^{3,4} pour aider les gestionnaires de programmes de lutte contre le VIH à l'échelle nationale et de district, les partenaires de mise en œuvre, les prestataires d'assistance technique et autres parties prenantes clés à analyser et à adapter leurs modèles de prestation de services de dépistage du VIH. Le but est de proposer une approche systématique pour mettre au point une **combinaison stratégique de stratégies de dépistage**, notamment pour déterminer les modèles de dépistage qui doivent être adaptés, construits ou abandonnés. L'approche considèrera les trois **aspects fondamentaux du premier objectif 90 : la mobilisation, le dépistage et la mise en relation avec des services de prévention et/ou de traitement, Partie 2.**

Le Cadre décisionnel pour les services de dépistage du VIH est un outil pratique étayé par un recueil d'outils et de pratiques exemplaires en ligne accessibles sur www.differentiatedservicedelivery.org destiné à guider les gestionnaires de programmes de lutte contre le VIH sur la manière d'aborder différemment les services de dépistage du VIH et de mise en relation. Le but consiste à adapter les services de dépistage aux besoins de la communauté en tenant compte des composantes principales du dépistage en adoptant une approche axée sur le client.

Aperçu du cadre

La Partie 1 donne un aperçu de la PDS, notamment la manière dont les services différenciés de dépistage du VIH s'inscrivent dans la PDS. La Partie 2 souligne les trois aspects fondamentaux de tout modèle de prestation de services de dépistage du VIH : mobilisation ; dépistage et mise en relation avec des TAR ou des services de prévention. La Partie 3 décrit un plan en six étapes destiné à aider les gestionnaires de programme à déterminer qui a besoin en priorité d'approches différenciées du dépistage du VIH et comment les mettre au point en utilisant les composantes de base.

La Partie 4 décrit les trois éléments clés d'un client, à savoir : les caractéristiques cliniques du client, la ou les populations spécifiques auxquelles il appartient ; et le contexte dans lequel il vit. La Partie 5 explique comment élaborer un programme optimisé et efficace soit en adaptant des modèles de dépistage du VIH existants, soit en élaborant de nouveaux modèles. La Partie 6 donne un aperçu des composantes de base utilisées pour construire un modèle. Ce cadre contient des études de cas et des exemples concrets qui illustrent la manière dont les éléments et les composantes de base ont été utilisés pour concevoir des services différenciés de dépistage du VIH.

DÉFIS COMMUNS : POURQUOI IL EST TEMPS D'ABORDER DIFFÉREMMENT LE DÉPISTAGE

PERSPECTIVE DU CLIENT



Mon mari ne viendra jamais se faire tester à la clinique. Il travaille toute la journée et il nous faut deux heures pour nous rendre à notre clinique. Qu'en est-il de mon ancien partenaire, ne devrait-il pas être testé aussi ?

Comment puis-je tester les enfants et le mari de cette femme vivant avec le VIH ? Ils ne sont toujours pas venus à la clinique et ils habitent loin. Devrais-je contacter son ancien partenaire ?



Je n'aime pas aller à la clinique et demander un test de dépistage du VIH. Les agents de santé ne sont pas d'un abord facile. Pourquoi ne pouvons-nous pas nous tester nous-mêmes ?

Je travaille dans un contexte où la prévalence du VIH est bien supérieure dans nos populations clés. Comment puis-je les atteindre pour leur faire le test quand elles n'aiment pas venir à la clinique ?

PERSPECTIVE DE L'AGENT DE SANTÉ (AS)

J'aimerais faire un test de dépistage du VIH, mais je ne veux pas perdre ma place dans la file d'attente pour voir le docteur. Je pense que je vais laisser tomber aujourd'hui.

Comment puis-je faire un test de dépistage du VIH à tous ces clients dans mon service ambulatoire (SA) ? La file d'attente est tellement longue et je n'ai pas le temps de faire un dépistage de qualité. Je peux, tout au plus, tester huit personnes aujourd'hui.



J'ai fait un test de dépistage du VIH il y a quelques semaines et il était positif, mais je ne veux vraiment pas que l'on fasse le test à mon enfant.

Je suis très inquiète car cet enfant présente des signes du VIH, mais je ne pense pas que sa mère veuille que je lui fasse le test. Que dois-je faire ?



TABLE DES MATIÈRES

Résumé	ii
Défis communs : pourquoi il est temps d'aborder différemment le dépistage	iii
Préface	vii
PARTIE 1 : INTRODUCTION	VIII
Qu'est-ce que la prestation différenciée des services pour le VIH ?	1
La prestation différenciée de services comprend le dépistage du VIH	1
De quelle manière les services de dépistage du VIH sont-ils déjà différenciés ?	2
Pourquoi devons-nous réévaluer la manière dont les services de dépistage du VIH sont différenciés ?	3
Comment ce cadre contribuera-t-il à l'élaboration d'une combinaison stratégique de services différenciés de dépistage du VIH ?	3
Comment ce cadre contribuera-t-il à la construction systématique de modèles différenciés de prestation de services de dépistage du VIH ?	3
PARTIE 2 : LES ASPECTS FONDAMENTAUX DES SERVICES DE DÉPISTAGE DU VIH	4
PARTIE 3 : L'APPROCHE EN SIX ÉTAPES DES SERVICES DIFFÉRENCIÉS DE DÉPISTAGE DU VIH	6
Étape 1 : Procéder à une analyse de situation	9
Étape 2 : Définir les objectifs	11
Étape 3 : Déterminer pour qui les services de dépistage du VIH seront différenciés	11
Étape 4 : Adapter ou construire un modèle de services différenciés de dépistage du VIH	12
Étape 5 : Mettre au point une combinaison stratégique de modèles différenciés de prestation des services de dépistage du VIH – adapter, construire ou abandonner	12
Étape 6 : Évaluer et déterminer quels autres modèles différenciés de prestation des services de dépistage du VIH sont requis	13
PARTIE 4 : QUELS SONT LES TROIS ÉLÉMENTS ?	14
Les trois éléments	15
Comment différencier en fonction des caractéristiques cliniques ?	16
Comment différencier en fonction de la population spécifique ?	16
Comment différencier en fonction du contexte ?	17
PARTIE 5 : DÉTERMINER S'IL FAUT ADAPTER OU CONSTRUIRE	18
Adapter ou construire	19
Question 1 : Existe-t-il un service de dépistage du VIH qui pourrait être adapté pour un autre environnement ou une autre population ?	20
Question 2 : Existe-t-il un service de dépistage du VIH qui est peu performant parce qu'il n'inclut pas la mobilisation et/ou la mise en relation ?	21
Quand faut-il construire un nouveau modèle de prestation de services de dépistage du VIH ?	21

PARTIE 6 : ADAPTER OU CONSTRUIRE DES MODÈLES DIFFÉRENCIÉS DE PRESTATION DE SERVICES DE DÉPISTAGE DU VIH.....	22
Les composantes de base	23
QUAND les SDV sont-ils fournis ?	24
OÙ les SDV sont-ils fournis ?	26
QUI assure la prestation des SDV ?	28
QUELS services sont fournis ?	30
 PARTIE 7 : METTRE AU POINT UNE COMBINAISON STRATÉGIQUE DE MODÈLES DIFFÉRENCIÉS DE PRESTATION DE SERVICES DE DÉPISTAGE DU VIH – ADAPTER, CONSTRUIRE OU ABANDONNER	32
Combinaison stratégique	33
 PARTIE 8 : MISE EN RELATION AVEC LA PRÉVENTION DU VIH ET L'INITIATION DES TAR	36
Mise en relation avec la prévention	37
Mise en relation avec l'initiation des TAR	38
 PARTIE 9 : CONCLUSION	40
 RÉFÉRENCES	42
 ANNEXES	44

LISTE DES ÉTUDES DE CAS

Étude de cas 1 : Dépistage du VIH par des prestataires non professionnels et des tests d'auto-dépistage, Ukraine	10
Étude de cas 2 : État des lieux des SDV en Tanzanie	10
Étude de cas 3 : Formation des prestataires non professionnels sur le dépistage, Côte d'Ivoire	11
Étude de cas 4 : Mobilisation des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, Brésil	13
Étude de cas 5 : Dépistage systématique avec option de refus pour identifier les enfants, Zimbabwe	19
Étude de cas 6 : Atteindre les familles des personnes séropositives qui s'injectent des drogues, Pakistan	19
Étude de cas 7 : Améliorer le CDIP avec des conseillers non professionnels, Malawi	19
Étude de cas 8 : Leçons d'efficacité des approches de dépistage dans les prisons, Malawi	35
Étude de cas 9 : Mise à l'essai d'un outil de dépistage des symptômes et des risques à l'occasion du dépistage communautaire du VIH, Tanzanie	35

LISTE DES EXEMPLES

Exemple 1 : Approches communautaires pour les populations clés, Vietnam	25
Exemple 2 : Atteindre les hommes à Eshowe, Afrique du Sud	27
Exemple 3 : Sensibilisation à la CMMV et notification des partenaires avec des kits d'auto-dépistage, Malawi	29
Exemple 4 : Services de notification des partenaires et de dépistage des autour des cas index en établissement, Cameroun	31

ABRÉVIATIONS

AC	Agents cliniques	PEV	Programme élargi de vaccination
AS	Agent de santé	PI	Point d'intervention
CDIP	Conseil et dépistage à l'initiative du prestataire	PID	Personnes qui s'injectent des drogues
CHW	Agent de santé communautaire	POS	Procédure opérationnelle standard
CMMV	Circoncision masculine médicale volontaire	PrEP	Prophylaxie pré-exposition
EDS	Enquête démographique et sanitaire	PVVIH	Personnes vivant avec le VIH
EFMC	Excellence and Friends Management Care Centre	ROOT	Dépistage systématique avec option de refus
HSH	Hommes ayant des reports sexuels avec des hommes	SA	Service ambulatoire
IST	Infections sexuellement transmissibles	SDV	Services de dépistage du VIH
MdS	Ministère de la santé	SH	Service d'hospitalisation
MNT	Maladie non transmissible	SPrN	Soins prénataux
OMS	Organisation mondiale de la santé	TAR	Traitement antirétroviral
ONG	Organisation non gouvernementale	TB	Tuberculose
PC	Populations clés	TDR	Test de diagnostic rapide
PDS	Prestation différenciée de services	TS	Travailleur du sexe
		TS	Travailleuse du sexe
		VHC	Virus de l'hépatite

« Nous faisons tellement de campagnes de sensibilisation au dépistage, mais nous n'identifions presque aucun nouveau client séropositif et bon nombre des personnes qui viennent faire le test en ont déjà fait un, même au cours des derniers mois. Comment puis-je atteindre les personnes séropositives qui n'ont pas encore été testées et m'assurer qu'elles commencent le TAR avec les fonds limités dont je dispose ? »



PRÉFACE

Contexte de la série des cadres décisionnels

Le premier *Cadre décisionnel de prestation des TAR*³ a été publié en juillet 2016 et définit le contexte et les principes de la prestation différenciée de services en utilisant les éléments et les composantes de base pour concevoir et construire des modèles de prestation différenciée des TAR pour les clients cliniquement stables.

Dépassant le cadre des clients cliniquement stables, un autre *Cadre décisionnel de prestation différenciée des TAR pour les enfants, les adolescents et les femmes enceintes et qui allaitent*⁴ a été élaboré et lancé en 2017. Un troisième Cadre décisionnel axé sur les populations clés sera publié en 2018.

Le présent cadre, le quatrième de la série, utilise le même procédé par étape pour adapter ou construire des modèles de PDS pour toutes les populations spécifiques – qui sont désormais axés sur la mobilisation, le dépistage et la mise en relation. Les mêmes principes, qui consistent à utiliser les éléments et les composantes de base comme cadre systématique d'élaboration d'un modèle de prestation de services de dépistage du VIH, sont utilisés. Ce document vient compléter les lignes directrices qui existent déjà, et propose une approche systématique et programmatique pour élaborer des modèles de prestation de services appropriés pour le dépistage du VIH dans un contexte donné.

Services différenciés de dépistage du VIH

Jusqu'à présent, le concept de PDS s'est essentiellement concentré sur l'élaboration de modèles de soins visant à simplifier la prestation des TAR pour les clients stables et pour les populations spécifiques, telles que les enfants et les adolescents, et les femmes enceintes et qui allaitent³. Dans de nombreux environnements, les services de dépistage du VIH présentent déjà des éléments d'une approche de PDS. Le dépistage du VIH peut être proposé dans les établissements comme dans les communautés, la composante « où », et dans de nombreux contextes, les tâches s'y rapportant ont été déléguées à des agents de santé non professionnels, la composante « qui ». Ceci dit, il est possible que les éléments (Partie 4) et les composantes de base (Partie 6) des trois aspects fondamentaux de tout modèle de dépistage (**mobilisation, dépistage et mise en relation**) (Partie 2) n'aient pas été systématiquement appliqués dans tous les paramètres des programmes.

Objectifs du Cadre décisionnel pour les services différenciés de dépistage du VIH

Prestation différenciée de services pour le VIH : Cadre décisionnel pour les services de dépistage du VIH est le quatrième volet d'une série de cadres sur la mise en œuvre d'une PDS qui peut néanmoins être lu séparément. Le Cadre a pour objectif de :

- Définir le **contexte** des principes de la PDS
- Proposer des **Exemples** de modèles différenciés de prestation de services de dépistage du VIH qui démontrent comment utiliser les aspects fondamentaux (Partie 2), les éléments (Partie 4) et les composantes de base (Partie 6)
- Donner des **Lignes directrices** pour déterminer les modèles différenciés de prestation de services de dépistage du VIH dont on a besoin, et s'il faut adapter des modèles ou en construire de nouveaux.

Le Cadre décisionnel pour les services de dépistage du VIH s'adresse à la fois aux gestionnaires de programmes nationaux et de district de lutte contre le VIH, et, le cas échéant, aux partenaires de mise en œuvre, aux donateurs et autres organisations qui soutiennent les programmes nationaux de lutte contre le VIH.

Le référentiel en ligne, www.differentiatedservicedelivery.org, a été mis à jour afin d'inclure les pratiques exemplaires et les publications pertinentes sur le dépistage et la mise en relation différenciés, notamment tous les documents pertinents disponibles jusque-là sur www.HIVST.org.

« Les pairs leaders aident les gens au sein de leurs communautés à découvrir leur statut sérologique et à démarrer un traitement lorsque cela est nécessaire. Cette approche novatrice élimine les obstacles à la prestation de soins pour les personnes qui en ont le plus besoin. »

– OMS, Vietnam



PARTIE 1

INTRODUCTION

QU'EST-CE QUE LA PRESTATION DIFFERENCIÉE DE SERVICES POUR LE VIH ?

La prestation différenciée de services (PDS), aussi appelée prise en charge différenciée, est une approche axée sur le client qui vise à simplifier et à adapter les services liés au VIH dans l'ensemble de la cascade des soins du VIH en vue de refléter les besoins et les préférences des différents groupes de PVVIH tout en réduisant les charges inutiles pesant sur le système de santé². La PDS devrait permettre d'éliminer les obstacles à l'accès aux services pour les clients, de réduire la charge que représente la prestation de services pour les agents de santé, et permettre aux systèmes communautaires et de santé de recentrer les ressources sur les personnes qui en ont le plus besoin. Pour répondre à la diversité des besoins des personnes sollicitant des services de dépistage et de traitement du VIH, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) recommande une approche différenciée de la prestation de services^{5,6}.

La PDS vise à améliorer la qualité de l'expérience du client, en mettant le client au cœur de la prestation de services, tout en

veillant à ce que le système de santé fonctionne de manière efficace et responsable sur le plan médical. Les besoins du client sont la principale force motrice de l'adaptation de la prestation de services. À partir de là, les différents besoins cliniques, la population spécifique (femmes enceintes et qui allaitent, enfants et adolescents ou populations clés) et le contexte dans lequel le client vit doivent être pris en compte. Ces trois éléments sont discutés plus en détail dans la Partie 4.

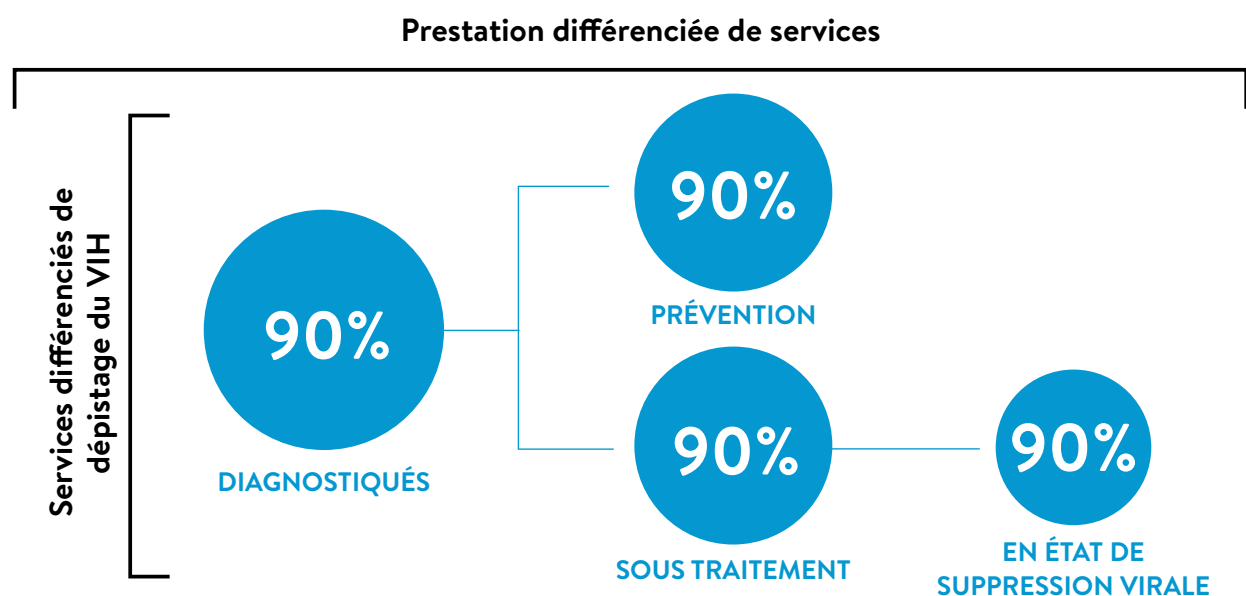
La PDS soutient la réaffectation des ressources en faveur de ceux qui en ont le plus besoin et à ce titre, elle vise, dans le contexte du dépistage du VIH, à élaborer des stratégies de dépistage du VIH permettant d'identifier les PVVIH qui ne connaissent pas encore leur statut afin de les mettre en relation avec des services de soin ou de prévention du VIH. Dans le contexte actuel, le principal défi consiste à trouver la bonne combinaison stratégique de modèles de dépistage.

LA PRESTATION DIFFERENCIÉE DE SERVICES INCLUT LE DÉPISTAGE DU VIH

La PDS s'applique à tout le continuum des soins liés au VIH, de la prévention à la suppression virale (Figure 1), et donc aux trois objectifs 90-90-90 ; le premier 90 est que 90% des personnes vivant avec le VIH devraient connaître leur statut⁷. Les cascades mondiales de dépistage et de traitement du VIH entre 2015 et 2016 montrent que la connaissance du statut sérologique chez les PVVIH a augmenté de 66% en 2015 à 70% en 2016. Cependant, les progrès accomplis dans le premier 90 accusent

un retard par rapport aux autres domaines de la cascade⁷. En fonction du contexte, les populations spécifiques peuvent représenter une plus grande proportion des nouvelles infections et/ou se heurter à des obstacles pour accéder aux services de dépistage du VIH. Les PVVIH qui ne connaissent pas leur statut doivent être définies dans un contexte spécifique, et des modèles différenciés de dépistage du VIH doivent être conçus pour les atteindre, sans quoi le premier objectif 90 ne sera pas atteint.

Figure 1 : La prestation différenciée de services s'applique à tout le continuum des soins liés au VIH



La PDS s'applique à l'ensemble du continuum des soins liés au VIH, y compris aux liens avec la prévention. Le présent Cadre décisionnel est axé sur la mobilisation, le dépistage, le premier 90 et la mise en relation – le deuxième 90.

Les services différenciés de dépistage du VIH doivent inclure la mise en relation

Ce cadre considère les trois aspects fondamentaux qu'il faut considérer dans tout modèle de dépistage du VIH : mobilisation, dépistage et mise en relation (Partie 2). Une approche systématique de ces trois aspects n'est pas toujours présente dans les exemples concrets de modèles différenciés de dépistage du VIH, et notamment ceux décrits dans le présent cadre. Le volet « mise en relation » d'un modèle de dépistage revêt une importance toute particulière pour atteindre les objectifs 90-90-90 car il vise à mettre les personnes séropositives en relation avec des TAR.

Le lien avec la prévention doit aussi être renforcé pour atteindre l'objectif de prévention visant à réduire à moins de 500 000 le nombre de nouvelles infections à l'horizon 2020. Les stratégies de prévention qui devraient être proposées sont décrites dans les cinq piliers de prévention de l'ONUSIDA : une prévention combinée pour les adolescentes et les jeunes femmes ; une prévention combinée pour toutes les populations clés ; des programmes complets de distribution de préservatifs ; la circoncision masculine médicale volontaire et des services de santé sexuelle et reproductive pour les hommes et les garçons ; et l'introduction rapide de la prophylaxie pré-exposition. Ces piliers sont décrits page 37.

DE QUELLE MANIÈRE LES SERVICES DE DÉPISTAGE DU VIH SONT-ILS DÉJÀ DIFFÉRENCIÉS ?




Depuis le début de l'épidémie du VIH, différentes stratégies de dépistage ont déjà été mises en œuvre. Les premières stratégies ont mis l'accent sur le CDV (conseils et dépistage volontaires) avant d'évoluer vers une introduction systématique du dépistage du VIH dans les SPn. Au milieu des années 2000, on a davantage mis l'accent sur le dépistage des populations clés par le biais de stratégies itinérantes de dépistage de nuit et de campagnes « connaissez votre statut » reposant sur la mobilisation des médias de masse et le dépistage de porte à porte. À partir de 2007, les conseils et le dépistage à l'initiative du prestataire (CDIP) a été introduit et a permis d'accroître le taux de diagnostic dans les établissements ; plus récemment, nous avons constaté une transition vers des approches qui maximisent le nombre de diagnostics de séropositivité. Certains concepts de PDS ont déjà été incorporés (Tableau 1) sans ces services de dépistage du VIH (SDV), mais une réévaluation est recommandée si nous voulons atteindre le premier objectif 90.

Par ailleurs, à l'exception du dépistage dans le cadre de SPn, la plupart de ces initiatives différenciées de dépistage n'est mise en œuvre que dans des programmes pilotes ou dans des lieux

où des partenaires de mise en œuvre appuient les services. Dans d'autres environnements, la mise en œuvre des services peut se heurter à des obstacles politiques et juridiques, par exemple pour les populations clés, et les défis liés à la stigmatisation peuvent empêcher d'autres populations d'accéder aux services de dépistage existants.

Des études systématiques antérieures ont permis de mettre en évidence les avantages et les défis restants associés à la mise en œuvre des services différenciés de dépistage du VIH^{8,9}. Du côté positif, le dépistage communautaire a été l'approche qui a permis de dépister le plus grand nombre de personnes testées pour la première fois, d'hommes, d'enfants et de clients avec des numérations de CD4 plus élevées. Ceci dit, des lacunes ont été identifiées, notamment les occasions manquées de dépistage du VIH et les populations spécifiques que l'on n'a pas encore atteintes. L'un de ces exemples, révélé par une étude systématique du CDIP en Afrique sub-saharienne, a souligné les nombreuses occasions manquées en termes de dépistage dans les cliniques¹⁰.

Tableau 1 : Exemples de la manière dont le dépistage du VIH a été différencié

 OÙ SONT PROPOSÉS LES SDV ?	Le dépistage du VIH est effectué dans l'établissement, dans la communauté et sur le lieu de travail
 QUI FOURNIT LES SDV ?	Les tâches liées au dépistage du VIH ont été réparties entre le personnel infirmier et des travailleurs non professionnels
 QUAND LES SDV SONT-ILS FOURNIS ?	Le dépistage du VIH est effectué après les heures de travail pour les populations clés (par ex., dépistage la nuit pour les travailleuses du sexe)
POPULATIONS SPÉCIFIQUES	Le dépistage du VIH est proposé comme un service avec option de refus pour les femmes enceintes dans le cadre des SPn par des infirmières sages-femmes

POURQUOI DEVONS-NOUS RÉÉVALUER LA MANIÈRE DONT LES SERVICES DE DÉPISTAGE SONT DIFFÉRENCIÉS ?

Nous devons réévaluer la manière dont les services de dépistage du VIH sont différenciés en raison des nombreuses lacunes qui ont été identifiées et qui ont mis en évidence les occasions manquées en termes de dépistage du VIH, notamment chez les populations spécifiques :

- Les occasions de dépistage et l'utilisation des SDV par les hommes sont toujours inférieures à celles des femmes¹¹.
- Moins de une fille adolescente sur cinq en Afrique connaît son statut sérologique¹².
- Les populations clés – les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH), les personnes qui s'injectent des drogues (PID), les travailleurs et travailleuses du sexe (TS) et les personnes transgenres – sont affectées de manière disproportionnée par le VIH, mais leur utilisation des services de dépistage du VIH est limitée⁷.
- Les partenaires sexuels et les enfants des PVVIH ne sont pas systématiquement testés⁵.

Prestation de services de dépistage du VIH : Mobilisation + dépistage + mise en relation

L'une des propositions critiques du présent cadre est que tout modèle de prestation de services de dépistage du VIH comprend trois aspects fondamentaux :

- **Mobilisation**
- **Dépistage**
- **Mise en relation** avec des services de traitement et/ou de prévention.

La considération stratégique de chaque aspect, à la fois de manière séparément et ensemble, devrait augmenter l'adhésion aux modèles de dépistage et leur efficacité (voir Partie 2). Les approches différenciées visant à améliorer l'efficacité des modèles de dépistage pourraient entraîner la réduction de certaines pratiques courantes.

COMMENT CE CADRE CONTRIBUERA-T-IL À LA MISE AU POINT D'UNE COMBINAISON STRATÉGIQUE DE SERVICES DIFFÉRENCIÉS DE DÉPISTAGE DU VIH

Ce cadre propose aux gestionnaires de programme une approche en six étapes (Partie 3) pour mettre au point une combinaison stratégique de modèles de prestation de services de dépistage du VIH en vue de saisir les occasions manquées et de s'occuper des populations négligées. La combinaison stratégique sera déterminée par le contexte, notamment la prévalence du VIH et la couverture actuelle du premier objectif 90, et par une étude de la manière d'utiliser plus efficacement les ressources disponibles. Cette combinaison pourrait être disparate à l'échelle d'un pays. Il est possible que dans certains environnements, des modèles de dépistage du VIH soient mis en œuvre dans toutes les régions, comme par exemple le dépistage de personnes présentant des symptômes de VIH, de tuberculose (TB) et d'infections sexuellement transmissibles (IST), ainsi que le dépistage des enfants et des partenaires sexuels des PVVIH.

Dans des environnements où une grande proportion des clients connaissent déjà leur statut, des stratégies différenciées de dépistage du VIH peuvent inclure un dépistage prioritaire reposant sur une évaluation du risque d'infection par le VIH, et l'introduction de stratégies ciblées pour les personnes n'ayant pas accès aux services, telles que des programmes de dépistage sur le lieu de travail pour les hommes. Dans les contextes à faible prévalence du VIH où le nombre de PVVIH connaissant leur statut est faible, on pourrait envisager de réduire le dépistage systématique dans les services ambulatoires et d'augmenter le CDIP dans les cliniques de traitement de la TB et des IST, et de renforcer les services de notification des partenaires. Dans tous les environnements, des programmes communautaires proposant des services de dépistage adaptés destinés à atteindre les populations clés devraient être envisagés¹³.

COMMENT CE CADRE CONTRIBUERA-T-IL À L'ÉLABORATION SYSTÉMATIQUE DE MODÈLES DIFFÉRENCIÉS DE PRESTATION DE SERVICES DE DÉPISTAGE DU VIH

Après avoir déterminé la combinaison stratégique de stratégies de dépistage du VIH, les éléments axés sur le client (Partie 4) et les composantes de base (quand, où, qui et quoi) offriront aux gestionnaires et responsables de la mise en œuvre des

programmes une approche systématique pour **construire chacun des aspects fondamentaux d'un modèle de prestation de services de dépistage du VIH : mobilisation ; dépistage ; et mise en relation (Partie 2).**



PARTIE 2

LES ASPECTS FONDAMENTAUX DES SERVICES DE DÉPISTAGE DU VIH

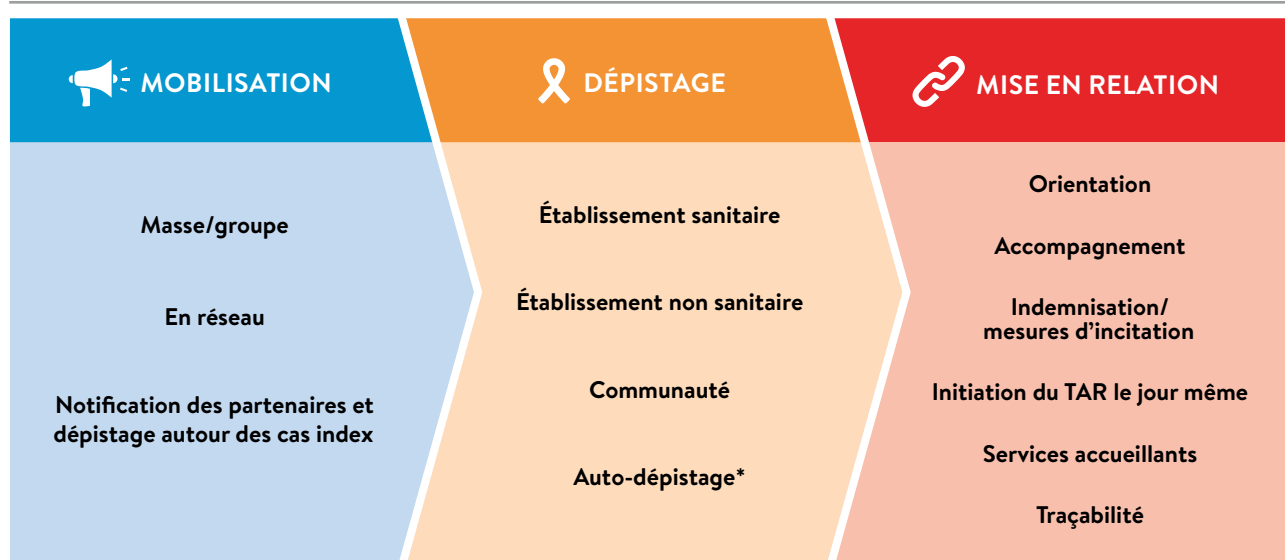
EU ME AMO

NÓS JÁ FIZEMOS O TESTE. E V

Tout modèle de prestation de services de dépistage du VIH devrait comprendre les trois aspects fondamentaux suivants : mobilisation ; dépistage et mise en relation (Figure 2). Des détails sur ces trois aspects ainsi que sur les différentes approches présentées dans la Figure 2 sont fournis en Annexe 1. Ces trois aspects sont nécessaires dans le cadre d'un modèle de prestation de services de dépistage du VIH, et devraient être inclus dans sa conception.

Dans les exemples donnés tout au long de ce cadre, ces aspects fondamentaux sont mis en valeur et les composantes de base (Partie 6) sont utilisées pour décrire leur mise en œuvre. Le Tableau 2 illustre comment utiliser ces trois aspects et les composantes de base pour concevoir un modèle de prestation de services de dépistage du VIH.

Figure 2 : Les trois aspects des services différenciés de dépistage du VIH



* L'auto-dépistage est une modalité de dépistage qui peut être utilisée dans des établissements sanitaires, dans des établissements non sanitaires ou dans la communauté. Il est ici listé comme un modèle de dépistage indépendant.

Tableau 2 : Aspects et composantes de base pour créer un modèle de prestation de services de dépistage du VIH

	MOBILISATION	DÉPISTAGE	MISE EN RELATION
QUAND	Heure de la journée et fréquence	Heure de la journée et fréquence	Délai de mise en relation et fréquence de localisation
OÙ	Lieu des activités de mobilisation	Établissement sanitaires Établissement non sanitaire Communauté	Lieu des activités de mise en relation
QUI	Qui s'occupe de la mobilisation ?	Qui réalise le dépistage du VIH ?	Qui s'occupe des liens avec la prévention ? Qui s'occupe des liens avec l'initiation des TAR ?
QUOI	Pour le dépistage du VIH seul ou avec d'autres services	Pour le dépistage du VIH seul ou avec d'autres services	Prévention : SMS/téléphone Localisation communautaire
			Initiation des TAR : SMS/téléphone Localisation communautaire



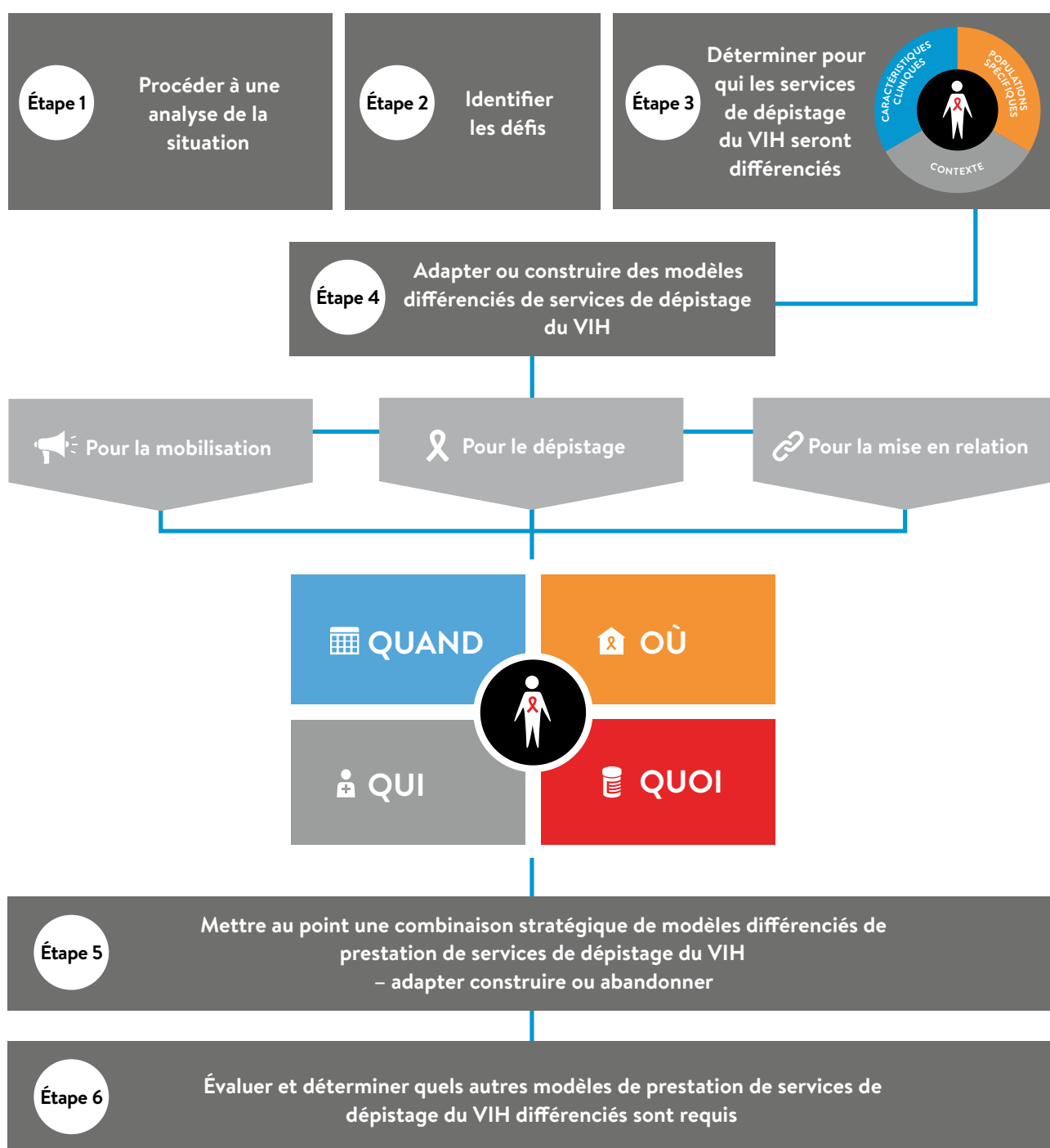
PARTIE 3

L'APPROCHE EN SIX ÉTAPES DES SERVICES DIFFÉRENCIÉS DE DÉPISTAGE DU VIH

L'élaboration de modèles différenciés de prestation de services de dépistage du VIH pourrait nécessiter des décisions stratégiques à l'échelle nationale et régionale. Il est possible qu'une combinaison d'approches du dépistage soit adoptée à l'échelle nationale, mais l'endroit où chacune d'entre elles sera appliquée dépendra de l'analyse de la situation locale. Cette participation locale dans la définition des priorités encouragera

aussi l'appropriation et l'adhésion à l'appui d'une mise en œuvre future. L'approche en six étapes décrite dans cette partie aide les ministères de la santé et les partenaires d'appui à planifier la différenciation des services de dépistage du VIH (Figure 3). Pour faciliter ce processus, plusieurs annexes peuvent être téléchargées sur <http://bit.ly/2sVehV5>. Voir Annexe 2 pour la liste complète des annexes disponibles en ligne.

Figure 3 : Approche en six étapes des services différenciés de dépistage du VIH





Découvrez l'histoire d'Andrew

Andrew est un gestionnaire du programme de lutte contre le VIH du district. Il vient de participer à une réunion de sensibilisation dans le but de donner un aperçu des modèles différenciés de prestation de services de dépistage du VIH qui seront soutenus par le programme national. La prévalence du VIH dans son district est de 7%. La couverture thérapeutique est d'environ 65% chez toutes les PVVIH et, selon les dernières données en date, il sait que 70% des femmes connaissent leur statut contre 40% des hommes. Les agents de santé des cliniques de soins primaires proposant des services ambulatoires, notamment le traitement des IST, ont dénoncé la difficulté qu'ils rencontrent pour effectuer davantage de dépistage du VIH dans le SA en raison des longues files d'attente et du manque de ressources humaines. Des travailleurs non professionnels ont été formés pour réaliser le dépistage dans des centres de CDIP liés à l'hôpital du district, mais aucun travailleur non professionnel n'a été formé pour réaliser le dépistage dans des cliniques de soins primaires et aucun « dépistage à des fins de triage » n'est effectué par les ASC dans la communauté.

Découvrez l'histoire de Namrata

Namrata est une travailleuse du sexe dans une grande ville. Elle a une bonne connaissance du VIH et a été testée deux fois au cours des dernières années. Elle sait qu'elle devrait faire le test plus souvent, mais elle trouve fatigant de faire la queue dans la clinique pendant la journée. Beaucoup de ses collègues travailleuses du sexe n'ont pas fait le test du VIH pour les mêmes raisons. Namrata a entendu parler d'un projet dans une autre ville où les travailleuses et travailleurs du sexe suivent une formation pour sensibiliser le public aux services de dépistage et de prévention du VIH, notamment la PrEP, et distribuer des tests d'auto-dépistage du VIH et des préservatifs à d'autres travailleuses et travailleurs du sexe. Elle se demande si elle pourrait aussi en faire de même dans sa communauté.



Découvrez l'histoire de John

John travaille comme agent de sécurité et commence le travail à 7 heures et finit à 18 heures. Il n'a jamais fait le test de dépistage du VIH mais il sait que là où il vit, de nombreuses personnes sont séropositives. Il a entendu parler de services de dépistage du VIH locaux à la radio où beaucoup de femmes étaient testées dans le cadre de SPPrN. Il a aussi entendu que des agents de santé communautaires dans son quartier font du porte à porte pour proposer un dépistage du VIH. Il ne peut pas se rendre à la clinique locale pendant les heures de travail et il ne tient absolument pas à ce que quelqu'un vienne chez lui. Au final, il décide de ne pas aller faire le test de dépistage car cela demande trop d'efforts.

Découvrez l'histoire de Judith, David et sa famille

Judith a appris sa séropositivité au cours du dernier trimestre de sa grossesse. Elle sait que son mari n'a pas fait le test de dépistage du VIH et ne s'est pas rendu dans un centre de santé depuis plusieurs années. Elle essaye de le persuader d'aller à la clinique, mais il dit toujours qu'il n'a pas le temps. Elle sait qu'il est très occupé, mais elle pense aussi qu'il est très nerveux à l'idée de se rendre à la clinique pour y faire le test, surtout si le test se déroule près de chez lui. Judith s'inquiète aussi pour son ancien partenaire. Est-il aussi séropositif ?



ÉTAPE 1 : PROCÉDER À UNE ANALYSE DE LA SITUATION

Avant de mettre au point une combinaison stratégique de services différenciés de dépistage du VIH, une analyse de situation doit être réalisée. Celle-ci devrait identifier les lacunes par rapport à la réalisation du premier 90, à la fois en termes de couverture géographique et de couverture des populations spécifiques, et déterminer si les stratégies de dépistage en vigueur remédient à ces lacunes. Cette analyse devrait tenir compte des trois aspects fondamentaux (mobilisation, dépistage et mise en relation) qui composent un modèle efficace de dépistage du VIH. Cette analyse devrait inclure les données suivantes :

- Les données liées au contexte épidémiologique
- Les données sur l'accès et le taux de couverture des SDV pour la population générale et les populations spécifiques
- Les politiques en vigueur (notamment l'algorithme des SDV, les procédures de contrôle de la qualité et le partage des tâches)
- Les modèles de prestation de services déjà en place
- Les points de vue des agents de santé et des clients

Idéalement, ce processus devrait être piloté par le programme national de lutte contre le VIH, en collaboration avec des coordinateurs et partenaires de mise en œuvre des SDV régionaux et de district. Un modèle de questionnaire pour faciliter cette analyse de situation est disponible en ligne, Annexe 2 sur <http://bit.ly/2sVehV5>.

1.1 Évaluer les données

Afin de déterminer la meilleure combinaison stratégique de modèles de dépistage du VIH, les données suivantes devraient être considérées :

- Prévalence régionale du VIH
- Prévalence et incidence du VIH au sein des populations spécifiques

Équilibre entre rendement et besoins

Le rendement d'un modèle de dépistage du VIH est déterminé par le nombre de cas séropositifs révélés par rapport au nombre de personnes testées. Par exemple, si sur 200 personnes testées, aucune n'est séropositive, le rendement est de 1/200, soit 0.5%.

Le rendement d'une approche de dépistage du VIH doit être compatible avec une approche axée sur les besoins et les droits de l'homme afin de veiller à ce que toutes les personnes aient accès à un dépistage de qualité. Une approche peut avoir un rendement de 0.1% mais identifier cinq personnes qui ne savaient pas avant qu'elles étaient séropositives. Une autre approche peut identifier 50 nouvelles séropositivités mais avoir un rendement de 0.01%. Par ailleurs, le dépistage du VIH est un point d'entrée pour accéder au traitement du VIH pour les personnes qui se révèlent séropositives, et une première étape vers la prévention pour celles qui sont séronégatives.

Taux de couverture de dépistage du VIH des personnes vivant avec le VIH à partir d'enquêtes réalisées auprès des populations

- Taux de couverture de dépistage du VIH (personnes jamais testées et testées au cours des 12 derniers mois) au sein des populations spécifiques (par exemple pourcentage d'hommes testés par rapport aux femmes), cibles, lacunes et rendement (tirées d'enquêtes réalisées auprès des populations et d'enquêtes démographiques et sanitaires, de rapports spécifiques et/ou d'enquêtes réalisées pour les populations clés)
- Taux de couverture de dépistage du VIH dans les zones cliniques prioritaires (SPrN/SPoN, TB, IST, malnutrition et points d'entrée du service d'hospitalisation)
- Nombre et pourcentage de PVVIH sous TAR à l'échelle nationale et régionale
- Au niveau du site, analyse des données des SDV pour déterminer l'activité SDV en cours
 - Ventilées par âge, sexe et population spécifique
 - Si le dépistage est effectué dans la communauté ou en établissement, ou résulte d'un dépistage autour des cas index
 - Proportion de clients de nouveau testés
 - Pourcentage de positivité dans les différentes populations et à travers différents modèles de prestation de services de dépistage du VIH
- Données sur l'affectation actuelle des ressources humaines pour le dépistage du VIH
- Le cas échéant, données sur les liens tirées d'enquêtes communautaires, des registres nationaux qui attribuent un identifiant unique lors du dépistage, ou de stratégies de localisation locale
- Coûts actuels des stratégies de dépistage et, le cas échéant, coûts par client séropositif identifié. Des détails sur d'autres ressources liées aux coûts sont fournis en Annexe 2.

1.2 Évaluer les politiques

Les politiques nationales devraient être comparées aux recommandations en vigueur de l'OMS relatives à la prestation de services. Les composantes de base (quand, où, qui et quoi) décrites dans la Partie 6 peuvent être utilisées comme cadre d'évaluation des politiques qui permettront de différencier efficacement les services de dépistage du VIH et de mise en relation. Les éléments essentiels à la prestation de services différenciés de dépistage du VIH sont : des politiques en faveur de la décentralisation du dépistage du VIH en dehors des établissements sanitaires (« où ») ; et la délégation des tâches au personnel infirmier et aux prestataires non professionnels formés et supervisés, notamment des pairs (« qui »). Les politiques à considérer dans le cadre du dépistage du VIH, au-delà des particularités du dépistage différencié du VIH, incluent l'âge du consentement, les obstacles juridiques pouvant empêcher les populations clés d'accéder au dépistage et à un algorithme de dépistage du VIH validé.



En tant qu'agente de santé communautaire, je rends visite aux membres de ma communauté tout le temps et je leur parle du dépistage du VIH. Pourquoi ne pourrais-je pas aussi les tester ? Je serais très heureuse de le faire.

1.3 Évaluer les modèles de prestation de services de dépistage du VIH actuellement mis en œuvre

Il est essentiel d'analyser la manière dont les services de dépistage du VIH sont actuellement fournis pour décider si un modèle existant devrait être adapté ou si de nouveaux modèles devraient être conçus (Partie 5). Dans bien des cas, il est possible que des modèles de prestation de services de dépistage du VIH existants soient, dans une certaine mesure, déjà différenciés. Cependant, la couverture ou la mise en œuvre sur le terrain peut être limitée sur le plan géographique ou au sein d'une population spécifique. L'un des aspects fondamentaux (mobilisation, dépistage et mise en relation) peut aussi avoir été différencié au sein d'un modèle de dépistage, laissant une marge de manœuvre pour adapter les autres aspects en vue d'améliorer le modèle.

Un état des lieux initial détaillé des services différenciés de dépistage du VIH est recommandé pour déterminer les services mis en œuvre dans le pays et leur portée (quelle proportion d'établissements ou de structures communautaires proposent un modèle particulier). Les exemples de services différenciés de dépistage du VIH contenus dans le présent cadre dérivent la manière dont la mobilisation, le dépistage et la mise en relation ont été mis en œuvre. D'autres exemples publiés sont disponibles sur le site Web www.differentiatedservicedelivery.org.

Cet état des lieux devrait être coordonné à l'échelle nationale et s'appuyer sur les données infranationales et/ou de district. Au lieu d'être mené de manière isolée, cet exercice devrait être étendu à toute la cascade de la prise en charge différenciée du VIH afin de maximiser l'utilisation des ressources. Les étapes suggérées pour cet inventaire incluent : une étude de la documentation publiée sur des modèles à l'intérieur et à l'extérieur du pays ; une étude des rapports d'activité du pays et des partenaires ; une enquête réalisée auprès des coordinateurs et partenaires de mise en œuvre des programmes de lutte contre le VIH ; et des visites de terrain réalisées à l'aide des éléments axés sur le client (Partie 4) et des composantes de base (Partie 6) pour évaluer la manière dont les services de dépistage du VIH sont actuellement différenciés.

Les modèles de l'Annexe 2 donnent un aperçu des questions à poser pour déterminer si le dépistage du VIH a été différencié. Des modèles similaires pour la prestation des TAR sont disponibles en ligne sur <http://bit.ly/2sVehV5>.

Étude de cas 1 :

Dépistage du VIH par des prestataires non professionnels et des tests d'auto-dépistage, Ukraine

En Ukraine, l'épidémie du VIH est très concentrée chez les populations clés et leurs partenaires. Par conséquent, des approches communautaires sont nécessaires pour le dépistage du VIH. Bien que les prestataires non professionnels ne soient pas autorisés à fournir les services de dépistage du VIH, il existe des dispositions qui prévoient un auto-dépistage du VIH. Pour articuler le travail autour de ces politiques « l'auto-dépistage du VIH avec assistance directe » a été mis en œuvre ; il s'agit pour des pairs de confiance et formés d'apporter une assistance directe aux clients pour qu'ils puissent faire eux-mêmes le test du VIH. L'auto-dépistage du VIH a été mis en œuvre dans le cadre d'un ensemble plus complet de services proposés par des prestataires non professionnels, notamment la distribution de seringues et de préservatifs.

Pour les clients dont le résultat du test d'auto-dépistage est réactif, les prestataires non professionnels proposent une aide sous forme d'orientation et de navigation vers des tests de confirmation et des traitements. Avec l'introduction de l'auto-dépistage du VIH avec assistance directe, le dépistage du VIH chez les personnes qui s'injectent des drogues a augmenté de 66 481 personnes testées en 2014 à 149 000 en 2015. Des efforts visant à explorer et à élargir la portée de l'auto-dépistage sans assistance sont en cours.

Étude de cas 2 :

État des lieux des SDV en Tanzanie

Dans le cadre d'une cartographie mondiale de la PDS, le National AIDS Control Programme en Tanzanie a procédé à un état des lieux des services de dépistage différenciés reposant sur les étapes suivantes :

- Étude de la documentation sur les modèles de dépistage du VIH et de liens, à l'intérieur et à l'extérieur de la Tanzanie
- Questionnaire adressés aux partenaires et réunions de suivi avec les parties prenantes pour présenter les modèles de prestation de services de dépistage du VIH en vigueur
- Visites de sites à l'aide d'un questionnaire normalisé.

Le rapport complet est disponible sur <https://bit.ly/2tpur8v>

Les principaux points identifiés étaient des lacunes en matière de CDIP pour les personnes hospitalisées, des clients se présentant avec des symptômes d'IST, et un dépistage communautaire appuyé par le ministère de la santé, soit pour des cas index ou pour les populations clés. Les lignes directrices nationales n'ont recommandé aucune approche systématique de la mobilisation, du dépistage et de la mise en relation avec des services de TAR ou de prévention dans le cadre du dépistage en établissement ou en milieu communautaire.

1.4 Évaluer les points de vue des agents de santé, des travailleurs communautaires et des populations clés

Les services différenciés de dépistage du VIH devraient être axés sur le client. Les discussions avec les représentants de la population générale et des populations spécifiques au sein d'une communauté de la manière dont elles perçoivent les services de dépistage actuellement proposés et leurs attentes en matière

de services faciliteront la conception d'un modèle différencié de dépistage du VIH.

Ces points de vue peuvent être recueillis en fréquentant des services cliniques dans différents points d'entrée ou après d'organismes communautaires de populations spécifiques ou par le biais d'enquêtes, de discussions de groupe et/ou d'entretiens individuels. Les agents de santé, notamment les travailleurs cliniques non professionnels et les pairs volontaires, devraient être consultés.

ÉTAPE 2 : IDENTIFIER LES DÉFIS

À l'issue de l'Étape 1, les problèmes pouvant être résolus par le biais des SDV différenciés devraient être identifiés. À ce stade, il est judicieux d'organiser un atelier rassemblant des parties prenantes clés du système de santé et de la société civile dans les buts suivants :

- Sensibiliser les coordinateurs et les partenaires de mise en œuvre du dépistage du VIH au contexte et aux principes fondamentaux de la prestation différenciée de services de dépistage du VIH. (Remarque : idéalement, cet exercice devrait être entrepris dans le cadre d'un examen intégré de la PDS portant sur l'ensemble de la cascade).
- Donner l'occasion aux parties prenantes de présenter des exemples concrets de SDV différenciés pour les adultes et les populations spécifiques dans leurs environnements. Ces exemples concrets devraient présenter le « quand », le « où », le « qui » et le « quoi » de chacun des aspects fondamentaux d'un modèle de dépistage. Si un aspect n'a pas été considéré, cela pourrait être l'occasion d'adapter un modèle existant (Partie 5).
- Présenter les résultats de l'étude documentaire nationale, régionale et/ou de district et de l'exercice de cartographie sur les SDV.
- Associer les parties prenantes à l'élaboration d'un plan visant à définir les approches nationales, à donner suite aux analyses de situation locales/de district et planifier des stratégies de mise en œuvre locales.

Comme indiqué, il est recommandé que le processus de cartographie et l'étude portent sur l'ensemble de la cascade et des populations spécifiques.

Étude de cas 3 :

Formation des prestataires non professionnels sur le dépistage, Côte d'Ivoire

En Côte d'Ivoire, les directives nationales prévoient le dépistage du VIH par des prestataires non professionnels, mais la politique n'a pas encore été mise en œuvre. La modification des directives nécessitait le soutien et d'adhésion du ministère de la santé et l'inclusion d'une formation normalisée sur le dépistage du VIH pour les prestataires non professionnels.

Pour qu'une personne devienne un prestataire non professionnel de services de dépistage du VIH, elle doit suivre un cours de formation de six jours comprenant dix modules, suivie de trois jours d'aide supervisée. Une personne expérimentée en matière de dépistage assurera aussi une formation de suivi et un accompagnement essentiellement axés sur le counseling. À présent que l'encadrement et la formation sont en place, la Côte d'Ivoire prévoit de démarrer la mise en œuvre et d'intensifier la prestation de services de dépistage du VIH par les prestataires non professionnels, pour atteindre notamment les hommes et les populations clés.

ÉTAPE 3 : DÉTERMINER POUR QUI LES SERVICES DE DÉPISTAGE DU VIH SERONT DIFFÉRENCIÉS

Une fois que le programme de prestation de services en vigueur et les défis actuels sont bien compris, les trois éléments décrits dans la Partie 4 peuvent être utilisés pour établir la priorité les modèles différenciés de SDV. Il convient de définir clairement la population choisie (générale, enfants et adolescents, femmes

enceintes et qui allaitent ou populations clés spécifiques), si celle-ci a des caractéristiques cliniques particulières et quelles spécificités de son contexte pourraient modifier la manière dont le modèle de dépistage est dispensé.

ÉTAPE 4 : ADAPTER OU CONSTRUIRE DES MODÈLES DE SERVICES DIFFÉRENCIÉS DE DÉPISTAGE DU VIH

L'analyse de situation peut révéler que des modèles ont déjà été mis en œuvre. Sur la base de l'examen des éléments de preuve et de l'expérience d'autres environnements, des adaptations peuvent être apportées à des modèles existants en vue d'améliorer leur niveau d'adhésion ou leur efficacité. Le modèle peut aussi être adapté pour répondre aux besoins d'une population spécifique similaire. **L'évaluation des services de dépistage existants doit tenir compte des trois aspects fondamentaux (mobilisation, dépistage et mise en relation).**

En l'absence de modèle de SDV pour une population dans un contexte donné, un nouveau modèle devrait être construit. Pour ce faire, les composantes de base (Partie 6), qui considèrent le « quand », le « où », le « qui » et le « quoi » de la mobilisation, du dépistage et de la mise en relation, devraient être définies.

Depuis trois ans, j'aide à mobiliser la communauté des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes en faveur du dépistage du VIH dans ma ville. Je leur dit qu'il est important qu'ils fassent le test de dépistage du VIH pour accéder à des services de traitement et de prévention. Une ONG vient de terminer une enquête qui montre que bien que beaucoup d'hommes soient intéressés par le dépistage, très peu ont été faire le test. L'organisation a discuté de ce résultat avec le MdS et ils ont suggéré que nous commencions à faire le dépistage dans la communauté. J'ai maintenant la possibilité de suivre une formation pour pouvoir réaliser le test du dépistage et distribuer des kits d'auto-dépistage du VIH, ce qui est génial. Je pense que beaucoup de mes pairs feront le test maintenant.



ÉTAPE 5 : METTRE AU POINT UNE COMBINAISON STRATÉGIQUE DE MODÈLES DE PRESTATION DE SERVICES DIFFÉRENCIÉS DE DÉPISTAGE DU VIH – ADAPTER, CONSTRUIRE OU ABANDONNER

L'analyse de situation peut permettre d'identifier un certain nombre de lacunes concernant le taux de couverture des SDV pour différentes populations spécifiques. Un exercice d'établissement des priorités devrait être réalisé au niveau local pour déterminer quels modèles de prestation de SDV devraient être adaptés ou introduits dans l'immédiat, à moyen et à long terme.

Les facteurs de détermination des priorités devraient inclure :

- Le taux de couverture du dépistage au sein des populations spécifiques à haut risque (bénéfices d'une mise en relation avec des services de traitement et de prévention)
- Nombre absolu de diagnostics par modèle de dépistage
- Coût des modèles spécifiques (coût par personne diagnostiquée)
- Rendement des modèles spécifiques. Bien que plus rentables, les stratégies de haut rendement doivent néanmoins aussi garantir une couverture de dépistage

suffisante. Dans les cas où de nombreuses approches existantes enregistrent une baisse des rendements et du nombre de clients placés sous traitement, la priorité devrait être donnée à des modèles alternatifs.

- Faisabilité de la mise en œuvre liée aux ressources humaines et financières disponibles.

L'examen de ces questions devrait déboucher sur la mise au point d'une combinaison stratégique de modèles de prestation de services de dépistage du VIH (constitués des trois aspects fondamentaux que sont la mobilisation, le dépistage et la mise en relation), au niveau des établissements comme de la communauté. Cet établissement des priorités permettra d'évaluer les ressources actuellement disponibles et débouchera sur une adaptation, une construction ou un abandon de certains modèles de prestation de services différenciés de dépistage du VIH. La Partie 7 donne des exemples de mise au point de cette combinaison stratégique.

ÉTAPE 6 : ÉVALUER ET DÉTERMINER QUELS AUTRES MODÈLES DE PRESTATION DE SERVICES DIFFÉRENCIÉS DE DÉPISTAGE DU VIH SONT REQUIS

Une fois les modèles différenciés de dépistage du VIH sélectionnés, leur mise en œuvre devrait faire l'objet d'un suivi et d'une évaluation (S&E) systématiques et d'initiatives d'amélioration de la qualité pour évaluer la faisabilité de la mise en œuvre ainsi que le recours réel au dépistage et le rendement des cas séropositifs. L'analyse des modèles pourrait conduire à d'autres adaptations ou, s'ils sont efficaces, permettre le développement d'autres modèles pour une population différente.

J'ai entendu à la radio que l'on propose le dépistage du VIH à toutes les femmes enceintes. Quand ma sage-femme m'a fait le test du dépistage lors des SPrN, le test s'est révélé positif et elle m'a mise sous traitement. Je sais que mon nouveau bébé sera testé, mais comment vais-je faire pour que mon mari et mes autres enfants le soient aussi ? Et s'ils sont séropositifs, où seront-ils traités parce qu'ils ne peuvent pas venir aux SPrN ?

Je m'inquiète aussi au sujet de mon partenaire. Et s'il était séropositif ?



Découvrez l'histoire de **Judith, David et leur famille** page 8

Étude de cas 4 :

Mobilisation des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, Brésil

Au Brésil, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et leurs partenaires ont été mobilisés au moyen d'une application pour téléphone mobile et d'une plateforme Web sécurisée « A hora é agora ». On leur a proposé des kits d'auto-dépistage du VIH gratuits (jusqu'à deux kits tous les six mois), des préservatifs et des lubrifiants, ainsi qu'une aide pour les mettre en relation avec des services de soin. Par le biais de cette plateforme, les kits d'auto-dépistage du VIH ont été livrés dans un endroit choisi par le client, y compris par courrier ou par retrait anonyme à la pharmacie. Tous les hommes dont le résultat était réactif ont été orientés vers une clinique qui accueille des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes pour faire un test de confirmation et être mis sous traitement.

En janvier 2016, le site Web du programme avait reçu 67 225 visites et 2 527 demandes de kits d'auto-dépistage du VIH. Plus de 4 000 kits ont été distribués et 17% (432/2 527) de ceux ayant demandé un kit ont dévoilé les résultats de leur test d'auto-dépistage. Trente des hommes testés (81%) ayant eu un résultat réactif ont reçu un test de confirmation, tous ayant été confirmés séropositifs.



PARTIE 4

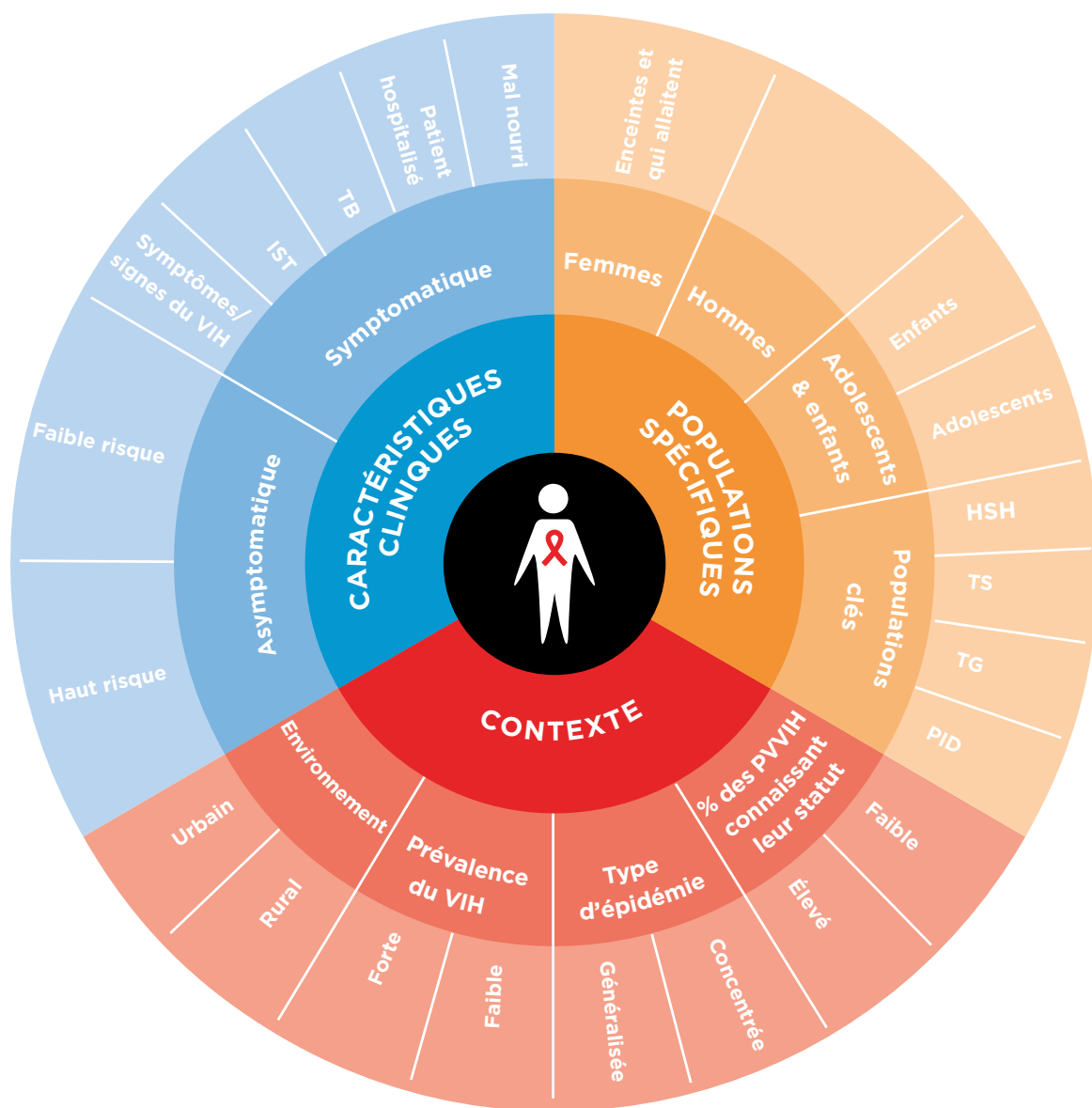
QUELS SONT LES TROIS ÉLÉMENTS ?

LES TROIS ÉLÉMENTS

Afin de proposer des services de dépistage du VIH axés sur les clients, il est utile de déterminer où se situe un client au sein des trois éléments suivants (Figure 4). Le client a-t-il des caractéristiques cliniques spécifiques, appartient-il à une population spécifique ou vit-il dans un contexte qui définira la

manière dont le modèle de prestation du service de dépistage du VIH sera conçu à l'aide des composantes de base décrites dans la Partie 6. Chacun des trois éléments est décrit dans la partie suivante

Figure 4 : Les trois éléments du dépistage différencié du VIH



COMMENT DIFFÉRENCIER EN FONCTION DES CARACTÉRISTIQUES CLINIQUES ?

La **mobilisation** peut cibler des clients présentant des symptômes du VIH ou des conditions associées à un taux de co-infection du VIH élevé. Les agents de santé devraient être mobilisés pour s'assurer qu'une approche CDIP est proposée aux clients, notamment dans les services d'hospitalisation des hôpitaux (SH), et les cliniques de soin de la TB et des IST. Pour les clients qui ne souffrent pas encore d'immunodépression grave et ne présentent pas encore des symptômes classiques de l'infection par le VIH, des stratégies de mobilisation en établissement et en milieu communautaire s'imposeront.

Le **dépistage du VIH** devrait être intégré dans les environnements cliniques associés à un taux de co-infection du VIH élevé (par exemple, cliniques de soin des IST, de la TB, de l'hépatite et SH dans les environnements à forte prévalence). Les clients bénéficiant de soins dans ces lieux devraient être une priorité et les services de dépistage du VIH devraient idéalement être fournis dans le cadre d'un guichet unique

(même jour, même clinique, même prestataire de santé). Les taux de dépistage du VIH devraient être régulièrement analysés dans ces environnements, car bien qu'elle produise souvent un rendement élevé, l'approche CDIP n'est pas toujours systématiquement mise en œuvre.

Le risque d'infection par le VIH du client devrait aussi être évalué pour déterminer la fréquence recommandée de répétition du test et pour établir les priorités concernant la mise en relation avec différentes stratégies de prévention.

Les stratégies de **mise en relation** devraient aussi être différenciées selon la présentation clinique. Par exemple, les patients à un stade avancé du VIH, diagnostiqués dans un service ambulatoire ou par le biais d'un dépistage communautaire, devraient faire l'objet en priorité d'une stratégie de traçabilité en vue de garantir leur mise en relation avec des services de soin.

COMMENT DIFFÉRENCIER EN FONCTION DE LA POPULATION SPÉCIFIQUE ?

Les services de dépistage du VIH devraient être différenciés pour répondre aux besoins des populations spécifiques.

La **mobilisation** des populations spécifiques nécessitera de mener des campagnes dans des lieux spécifiques (comme dans les écoles, les bars et les maisons de prostitution) à des heures bien définies. On a aussi constaté que la participation des pairs et des réseaux sociaux dans les campagnes de mobilisation améliorerait le recours aux services de dépistage.

Le **dépistage du VIH** devrait être adapté à la population spécifique. Par exemple, une stratégie spécifique de dépistage répété est requise pour les populations clés ayant une vulnérabilité accrue à l'infection par le VIH. Cependant, le dépistage répété dans la population générale devrait reposer sur une évaluation clinique du risque. Le recours à l'auto-dépistage du VIH peut s'avérer une méthode particulièrement efficace pour les groupes nécessitant des dépistages fréquents.

La **mise en relation** pourrait éventuellement être adaptée en fonction des besoins d'une population spécifique. Il est impératif de bien connaître les services spécialisés qui proposent des services médicaux supplémentaires, comme par exemple un programme de services médicaux pour les travailleurs et travailleuses du sexe ou les personnes qui s'injectent des drogues, pour mettre les populations clés en relation avec le service de prestation de TAR le plus approprié.

Les liens vers les services de prévention peuvent aussi être différenciés selon le risque d'infection par le VIH au sein d'une population spécifique, en proposant aux personnes à haut risque des interventions de prévention supplémentaires telles que la PrEP.

Les liens vers les services d'initiation de traitement pour les enfants peuvent aussi être différenciés selon le statut de divulgation et l'âge de l'enfant. Il est nécessaire de savoir où les services thérapeutiques sont fournis en fonction de l'âge (par exemple, le TAR dispensé dans le cadre d'une approche familiale dans une clinique pour les moins de cinq ans) pour mettre l'enfant et les membres de la famille en relation avec les services de soin appropriés. Les agents de santé doivent aussi suivre une formation sur la divulgation du statut sérologique dans le cadre du counseling qui suit le dépistage, pour mettre l'enfant en relation avec les services appropriés et veiller à ce que le counseling se poursuive dans le service de TAR.

L'Annexe 4 souligne certains des éléments à considérer pour chaque composante de base et population spécifique. Le Tableau 3 décrit certaines des difficultés communes rencontrées par les populations spécifiques pour accéder aux SDV et la façon dont la différenciation des modèles de dépistage du VIH pourrait y remédier.

Tableau 3 : Problèmes propres aux populations et solutions potentielles apportées par la différenciation du dépistage du VIH et de la mise en relation

Problèmes	Solutions potentielles	
Hommes		
<ul style="list-style-type: none"> Faible fréquentation de l'établissement sanitaire et réticence à accéder aux services avec les femmes et les enfants Longues heures de travail Stigmatisation dans la communauté Peur d'un résultat positif Faible niveau de connaissance et de sensibilisation à la question du VIH, des TAR, et des services de prévention 	QUAND	Heures prolongées ou weekends
	OÙ	<ul style="list-style-type: none"> Fournir les SDV sur le lieu de travail, par ex., bases militaires, forces de police, mines ou usines Créer des cliniques accueillantes pour les hommes
	QUI	<ul style="list-style-type: none"> Prestataires masculins de services de dépistage du VIH Proposer des tests d'auto-dépistage du VIH
Populations clés		
<ul style="list-style-type: none"> Criminalisation, stigmatisation et discrimination Attitude inappropriée des agents de santé envers la population clé 	QUAND	Dépistage la nuit
	OÙ	Proposer un dépistage de proximité dans les lieux de travail ou de rencontre des populations clés
	QUI	<ul style="list-style-type: none"> Former des pairs pour prendre en charge les trois aspects fondamentaux des SDV Proposer des tests d'auto-dépistage du VIH
Adolescents		
<ul style="list-style-type: none"> Faible fréquentation du SA 	QUAND	Proposer un dépistage en dehors des heures d'école
	OÙ	<ul style="list-style-type: none"> Dépistage à l'école ou dans des clubs de jeunesse Mobiliser à l'aide des réseaux sociaux
	QUI	Faire participer des pairs adolescents à la mobilisation, aux tests de dépistage du VIH et aux activités de mise en relation
Femmes enceintes et qui allaitent		
<ul style="list-style-type: none"> Tester de nouveau dans la période post-partum Tester les partenaires masculins qui ne connaissent pas leur statut 	OÙ	<ul style="list-style-type: none"> Tester les femmes séronégatives qui allaitent et qui participent au PEV Tester les partenaires masculins à domicile par le biais du dépistage communautaire autour des cas index
	QUI	Catégories d'agents de santé non professionnels ou auto-dépistage par le client

COMMENT DIFFÉRENCIER EN FONCTION DU CONTEXTE ?

Dans les environnements où un grand nombre de personnes vivant avec le VIH connaissent déjà leur statut, il est essentiel que l'analyse de situation s'intéresse aux données permettant d'identifier les populations pas encore identifiées et les endroits où elles se trouvent. L'élaboration d'une stratégie dans de tels environnements pourrait supposer de réduire le dépistage de certains groupes à faible risque, afin de concentrer les ressources pour atteindre ceux qui n'ont toujours pas été testés. Dans les pays où un nombre moins important de PVVIH connaissent leur statut, la sélection des modèles de dépistage reposera davantage sur la prévalence du VIH et les obstacles à l'accès au dépistage.

Un environnement à forte prévalence sera un facteur clé pour déterminer la combinaison stratégique des modèles de prestation de services de dépistage du VIH. À l'intérieur d'un même pays, certaines régions et populations spécifiques peuvent enregistrer des taux de prévalence supérieurs, et c'est ces régions et populations qui devraient bénéficier en priorité du dépistage. La recommandation de l'OMS relative aux modèles de dépistage en fonction du type d'épidémie est énoncée dans l'Encadré 1. Ceci dit, l'adaptation de la combinaison stratégique devrait varier en fonction du pourcentage de PVVIH connaissant leur statut.

Dans les environnements ruraux où l'accès aux installations sanitaires est très difficile, il est plus important d'intégrer le dépistage du VIH dans des activités de proximité itinérantes qui existent déjà, telles qu'un programme de SPn. Les

environnements urbains peuvent aussi renfermer un nombre plus élevé de populations clés, auquel cas ils devraient bénéficier en priorité de modèles de dépistage différenciés pour ces populations.

Lignes directrices de l'OMS

Encadré 1 : Recommandations de l'OMS relatives au dépistage par contexte¹²

Dans les situations d'épidémie généralisée : Des services de dépistage du VIH systématiques devraient être proposés à tous les clients (adultes, adolescents et enfants) dans tous les milieux cliniques.

Dans les situations d'épidémie concentrée ou à faible prévalence : Des services de dépistage du VIH devraient être proposés à tous les clients (adultes, adolescents et enfants) en milieux cliniques qui présentent des symptômes ou des conditions médicales qui pourraient indiquer une infection au VIH, notamment des cas de TB présumés ou confirmés.

Quel que soit le type d'épidémie, des services de dépistage du VIH systématiques devraient être envisagés pour : les cliniques de malnutrition ; les services de soin des IST, de la TB et de l'hépatite virale ; les SPn ; et les services de santé pour les populations clés.



PARTIE 5

DÉTERMINER S'IL FAUT ADAPTER OU CONSTRUIRE

ADAPTER OU CONSTRUIRE

Le but de l'analyse de situation (Partie 3) est d'identifier les principales lacunes en matière de couverture des SDV, en mettant en évidence les lieux et les populations qui n'accèdent pas aux services. Les changements à apporter à la prestation de services des systèmes de santé nécessitent un ralliement, une motivation, une coordination, une formation et souvent, du moins lors des premières phases, un investissement financier. Une première étape importante consiste à déterminer si un ou plusieurs modèles existants pourraient être adaptés pour répondre aux besoins de la population avant d'en construire un nouveau.

Lorsqu'un modèle est déjà bien compris, mis en œuvre et opérationnel au sein du système de santé, il est plus facile de procéder à des adaptations mineures que de mettre en œuvre un nouveau modèle. Les adaptations de modèles existants que les agents de santé connaissent déjà pourraient s'avérer plus faciles et pourraient être considérées comme des activités prioritaires à court terme pour différencier les SDV. L'évaluation de tout modèle de SDV à des fins d'adaptation doit tenir compte des trois aspects fondamentaux

Étude de cas 5 :

Dépistage systématique avec option de refus pour identifier les enfants, Zimbabwe¹⁴

À Harare au Zimbabwe, on a constaté que la prévalence du VIH non diagnostiqué chez les enfants et les adolescents est supérieure à celle chez les adultes. Les difficultés liées au dépistage du VIH pour cette population concernaient essentiellement le manque de consentement des tuteurs et le manque de disponibilité des agents de santé. Ces facteurs ont conduit à des occasions manquées considérables de dépister ce groupe dans le cadre de soins primaires. Le dépistage systématique avec option de refus (ROOT) a remplacé le programme CDIP sur inscription conventionnel, et a été mis en œuvre dans six cliniques à Harare pour chaque enfant âgé de 6 à 15 ans.

Chaque clinique a reçu un conseiller non professionnel supplémentaire et la disponibilité des kits de dépistage du VIH a été maintenue. La proportion d'enfants éligibles à qui l'on a proposés le dépistage a augmenté de 76 à 93% et l'utilisation du test est passée de 71 à 95% dans le ROOT par rapport à la période du CDIP. Le rendement des diagnostics du VIH a augmenté de 2.9 à 4.5%, et un enfant qui fréquentait la clinique après l'intervention avait deux fois plus de chance d'être testé dans la période du ROOT que dans la période préalable à l'intervention.

Étude de cas 6 :

Atteindre les familles des personnes séropositives qui s'injectent des drogues, Pakistan

Au Pakistan, 42% (16 471/39 232) des personnes qui s'injectent des drogues sont séropositives. Pour atteindre leurs familles, des agents de proximité proposent un dépistage du VIH à domicile à leurs partenaires sexuels et à leurs enfants après des conseils relatifs à la divulgation et avec leur consentement. Les agentes de proximité formées agissent discrètement pour éviter d'attirer la stigmatisation, et se rendent dans les foyers de clients consentants. Après avoir établi des relations avec la famille, les agentes de proximité proposent un dépistage rapide du VIH à tous les partenaires et enfants qui répondent aux critères à l'issue d'une évaluation des risques.

Dans le cas d'un test négatif, les conjoints/partenaires actifs sont soumis à un dépistage de suivi tous les trois mois. En cas de test réactif, un autre dépistage est effectué au domicile ou dans une clinique pour confirmer le diagnostic. Si la séropositivité est avérée, les agentes de proximité encouragent la divulgation lorsque celle-ci est bénéfique et sans risque, et mettent en place un suivi du traitement et un soutien. En janvier 2018, 8.2% (286/3 455) des conjoints ayant accepté le dépistage se sont révélés séropositifs. Le programme envisage désormais d'introduire des tests d'auto-dépistage du VIH pour mieux atteindre cette population et accroître le recours au dépistage.

Étude de cas 7 :

Améliorer le CDIP avec des conseillers non professionnels, Malawi

Au Kamuzu Central Hospital du Malawi, beaucoup de patients hospitalisés n'avaient pas accès au CDIP. Au lieu d'attendre que les cliniciens orientent les clients vers un service de dépistage, le CDIP à l'initiative des conseillers a été mis en œuvre. Des agents non professionnels formés proposaient automatiquement à tous les patients admis dans les services un DCIP, quelle qu'était la raison de leur admission. Parmi les patients, 60.4% ne connaissaient pas leur statut sérologique avant l'admission et la prévalence du VIH après le dépistage était de 39.3%. Le CDIP à l'initiative des conseillers a augmenté le dépistage du VIH de 79% (643/2 957 contre 1 228/3 154), et a doublé le nombre de patients qui connaissent leur statut sérologique¹⁵. Cet exemple illustre la façon dont le « qui » a été adapté en déléguant les tâches du personnel infirmier aux conseillers non professionnels.

Question 1 : Existe-t-il un service de dépistage du VIH qui pourrait être adapté pour un autre contexte ou une autre population ?








Lorsqu'un modèle a été mené à bien dans un environnement ou pour une population spécifique, il convient d'envisager la manière dont celui-ci pourrait être adapté pour un environnement ou une population similaire.

Dans un exemple, pour atteindre les travailleuses et travailleurs du sexe, la clinique de soin du VIH de l'hôpital du district a travaillé de concert avec une organisation de travailleuses et travailleurs du sexe de la société civile pour identifier les pairs qui pourraient déterminer le meilleur moment et le meilleur endroit pour mobiliser les travailleurs du sexe en faveur du dépistage du VIH et qui pourraient distribuer des tests d'auto-dépistage et, sur demande, en superviser le déroulement. Ils ont ensuite donné des renseignements aux travailleuses et travailleurs du sexe afin de les mettre en relation avec des services de prévention et de soin dans

le district. Ce modèle de prestation de services de dépistage du VIH qui inclut la mobilisation, le dépistage et la mise en relation, a très bien fonctionné.

La clinique a été contactée par un groupe d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes préoccupés par le fait qu'un grand nombre d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes qu'ils connaissaient n'avaient jamais fait le test de dépistage du VIH parce qu'ils avaient peur d'aller à la clinique. En adaptant simplement le « où » et le « qui » des trois aspects que sont la mobilisation, le dépistage et la mise en relation, l'équipe a construit un nouveau modèle de prestation de services de dépistage du VIH pour les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes dans leur communauté.

Les composantes de base avec, en gras, les adaptations

	 MOBILISATION	 DÉPISTAGE	 MISE EN RELATION
 QUAND	Entre 20h et minuit	Entre 20h et minuit	Localisé 3 fois sur une période de trois mois
 OÙ	Bars identifiés au centre-ville pour les travailleurs et travailleuses du sexe Bars identifiés au centre-ville pour les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes	Bars identifiés au centre-ville pour les travailleurs et travailleuses du sexe Bars identifiés au centre-ville pour les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes	Clinique de prévention ou de TAR
 QUI	Pair issu des travailleurs et travailleuses du sexe Pair issu des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	Pair issu des travailleurs et travailleuses du sexe distribuant des tests d'auto-dépistage Pair issu des hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes qui distribue des tests d'auto-dépistage	Pair issu des travailleurs et travailleuses du sexe Pair issu des hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes
 QUOI	Informations sur les services de dépistage, de prévention et de soin du VIH. Distribution de préservatifs et de lubrifiants	Dépistage du VIH Distribution de préservatifs et de lubrifiants Dépistage des IST	Pour la prévention – fournir des informations sur les endroits où l'on peut accéder aux services de prévention Pour l'initiation des TAR – suivi par les pairs par des SMS et des visites à domicile



Nous avons du mal à tester les partenaires masculins des femmes qui venaient aux SPPrN. Nous nous sommes rendus dans la communauté pour parler avec les chefs et participer à quelques forums communautaires sur ce sujet. Nous leur avons dit qu'ils pouvaient venir n'importe quand, mais pas aux SPPrN, et que nous vérifierions leur pression artérielle et ferions aussi un dépistage des IST. Davantage de partenaires masculins viennent désormais, ce qui est une bonne chose car nous pouvons les mettre en relation avec notre clinique de TAR ou leur suggérer une CMMV.

Question 2 : Existe-t-il un service de dépistage du VIH qui est peu performant parce qu'il n'inclut pas la mobilisation et/ou la mise en relation ?








Dans bien des cas, il est probable que des services de dépistage du VIH aient déjà été différenciés dans une certaine mesure. S'il existe encore une lacune identifiée dans l'accès et la couverture des SDV pour une population spécifique, comment ce modèle pourrait-il être davantage adapté ? A-t-on tenu compte des trois aspects fondamentaux des SDV (mobilisation, dépistage et mise en relation) dans le modèle ?

Dans un exemple, suite à l'analyse de ses données de dépistage du VIH, une clinique était préoccupée par le faible nombre de couples qui étaient testés. Une campagne de dépistage de proximité a été organisée une fois par mois dans deux églises de la région et lors d'une assemblée communautaire à laquelle participent les couples.

Après trois mois, le personnel a constaté que la clinique n'avait toujours testé qu'en majorité des femmes dans ces lieux et que sur celles testées, seules 30% étaient enregistrées dans la base de données des TAR du district.

En utilisant les composantes de base pour la mobilisation, le dépistage et la mise en relation, la clinique a réalisé qu'elle ne disposait pas de stratégie officielle pour mobiliser les membres masculins de la communauté et pour fournir suffisamment d'informations concernant la mise en relation avec des services de prévention ou de traitement. Dans le tableau ci-dessous, les cellules en gras reflètent les ajouts qui ont été faits pour inclure les aspects fondamentaux que sont la mobilisation et la mise en relation.

Les composantes de base avec, en gras, les adaptations

	 MOBILISATION	 DÉPISTAGE	 MISE EN RELATION
 QUAND	Le dimanche avant le dépistage prévu	Le dimanche matin, une fois par mois	Suivi après deux semaines, trois tentatives d'appel
 OÙ	À l'église	À l'extérieur des deux églises	Patients localisés par téléphone ou par des visites à domicile
 QUI	Le pasteur	Personnel infirmier	Volontaires non professionnels rattachés à la clinique qui réalisent des tests de dépistage
 QUOI	Informations sur l'importance de faire un bilan de santé général, notamment un test de dépistage du VIH	Dépistage du VIH, informations sur les services de prévention et de soin, contrôle de la pression artérielle	<p>Pour la prévention : fournir des informations sur les endroits où l'on peut accéder à des préservatifs ou à la CMMV</p> <p>Pour l'initiation des TAR : identifier les lieux de prestation des TAR et suivi par SMS</p>

QUAND FAUT-IL CONSTRUIRE UN NOUVEAU MODÈLE DE PRESTATION DE SERVICES DE DÉPISTAGE DU VIH ?

Le but de tout changement apporté au modèle de prestation de services est de remédier à une lacune spécifique dans les services ou à un problème identifié pour des populations spécifiques ou des agents de santé dans un environnement particulier. Par conséquent, tout nouveau modèle doit répondre à un problème ou à une lacune spécifique identifiée. Si les services actuels ne parviennent pas à atteindre une population spécifique, un nouveau modèle de prestation de services de dépistage du VIH devra alors être envisagé.

Celui-ci devra inclure les trois aspects fondamentaux (mobilisation, dépistage et mise en relation). La Partie 6 vous explique comment utiliser les composantes de base pour construire un nouveau modèle de prestation de services de dépistage du VIH.

A photograph of a woman with dark hair tied back, wearing a grey sweater and a green and white plaid scarf. She is holding a baby who is wearing a white knit hat and a yellow and green patterned garment. The background is a plain, light-colored wall with a calendar visible in the upper left corner. The lighting is dramatic, with strong highlights and deep shadows.

PARTIE 6

**ADAPTER OU
CONSTRUIRE
DES MODÈLES
DE PRESTATION
DE SERVICES
DE DÉPISTAGE
DU VIH
DIFFÉRENCIÉS**








LES COMPOSANTES DE BASE

Cette partie décrit les quatre composantes de base et met en évidence les recommandations de l'OMS qui appuient leur mise en œuvre. Des exemples concrets sont donnés pour illustrer la manière d'appliquer les composantes de base. Nous suivons aussi nos personnages, Andrew et Namrata, alors qu'ils essaient de surmonter les obstacles associés à la prestation des services de dépistage du VIH et à leur accès.

Les composantes de base sont le fondement de tout modèle de prestation de services de dépistage du VIH (voir Figure 5).

- **Quand** les services de dépistage du VIH sont-ils fournis ? (heure et fréquence de la mobilisation, du dépistage et de la mise en relation) ?
- **Où** les services de dépistage du VIH sont-ils fournis ? (lieu de la mobilisation, du dépistage et de la mise en relation) ?
- **Qui** fournit les services de dépistage du VIH (les catégories d'agents de santé chargés de la mobilisation, du dépistage et de la mise en relation) ?
- **Quels** services sont fournis (l'ensemble des services) ?

Figure 5 : Composantes de base des modèles de services de dépistage du VIH

	 MOBILISATION	 DÉPISTAGE	 MISE EN RELATION
 QUAND	À des intervalles définis ; après le diagnostic d'un partenaire/ membre de famille	Heures d'ouverture de la clinique ; 24 h/24 dans les services de maternité et d'hospitalisation Heure ciblée pour atteindre une population spécifique. N'importe quand pour le test d'auto-dépistage du VIH (TADVIH) Fréquence définie par la vulnérabilité au HIV	Simultanément et/ou après le dépistage du VIH ; suivi pendant une période définie
 OÙ	En ligne Médias Communauté Établissements non sanitaires Établissements sanitaires	Communauté (y compris à domicile) Établissements non sanitaires Établissements sanitaires	Par téléphone Communauté/visites à domicile Établissements non sanitaires Établissements sanitaires
 QUI	Agents de santé Catégories d'agents de santé non professionnels Pairs Clients/membres de la famille	Agents de santé Catégories d'agents de santé non professionnels Pairs Clients/membres de la famille	Agents de santé Catégories d'agents de santé non professionnels Pairs Clients/membres de la famille
 QUOI	Informations sur où et pourquoi faire le dépistage et comment mettre en relation avec des services de prévention et de traitement	Dépistage du VIH Le cas échéant en combinaison avec le dépistage de la TB, des IST, le contrôle de la PA et du glucose, dépistage nutritionnel	Donner des renseignements sur où et comment accéder aux services de prévention Donner des renseignements sur où et comment accéder aux services de traitement

Des composantes de base distinctes doivent être décrites pour les trois aspects fondamentaux des services de dépistage du VIH

Comme décrit dans la Partie 2, les trois aspects fondamentaux (mobilisation, dépistage et mise en relation avec les services de traitement ou de prévention) devraient être considérés dans la conception de tout service de dépistage du VIH. Les composantes de base « quand », « où », « qui » et « quoi » doivent être décrites pour chacun de ces trois aspects. Les exemples donnés dans cette partie démontreront comment cette approche contribue à la planification et à la mise en œuvre d'un modèle de prestation de services de dépistage du HIV. Pour chaque composante de base, les trois aspects fondamentaux

peuvent être réalisés à des fréquences, dans des lieux et par des agents de santé identiques ou différents.

Les besoins du client devraient occuper une place centrale dans la conception de tout modèle de services différenciés de dépistage du VIH, et devraient être la principale raison pour adapter le service. Il appartient aux responsables de la santé du district de travailler de concert avec leurs agents de santé et clients pour identifier les problèmes propres à leur district et déterminer le « quand », le « où », le « qui » et le « quoi » permettant d'y remédier. La décision doit viser à améliorer l'accès aux services de dépistage du VIH pour le client tout en utilisant au mieux les ressources disponibles. La manière de mettre au point la combinaison stratégique des modèles de dépistage du VIH sera abordée dans la Partie 7.



« QUAND » les services de dépistage du VIH sont-ils fournis ?

Dans cette composante de base, il convient de déterminer l'heure et la fréquence auxquelles les services de dépistage du VIH (mobilisation, dépistage et mise en relation) sont proposés.

Lignes directrices de l'OMS

Encadré 2 : Recommandations de l'OMS relatives à la fréquence du dépistage du VIH¹²

Dans tous les contextes : Il est recommandé de proposer un nouveau dépistage au moins une fois par an aux personnes issues de populations clés et aux partenaires séronégatifs de couples sérodiscordants. En fonction des comportements à risque du client, des tests volontaires plus fréquents devraient être proposés et mis à disposition.

Dans les situations d'épidémie généralisée du VIH : Tester de nouveau toutes les femmes enceintes séronégatives au troisième trimestre, dans la période postpartum ou pendant le travail en raison du risque élevé d'infection par le VIH pendant la grossesse.

Dans les situations d'épidémie concentrée du VIH : Tester de nouveau toutes les femmes enceintes séronégatives qui sont dans un couple sérodiscordant ou qui sont issues d'un groupe de population clé.

Choix du moment

Mobilisation et dépistage du VIH : Une mobilisation et un dépistage communautaires devraient être proposés au moment le plus approprié pour la population spécifique ciblée (par exemple, pour les hommes, en dehors des heures de travail, et pour les enfants en dehors des heures d'école). La réalisation des tests par les pairs procure une plus grande flexibilité, et l'utilisation de TADVIH permet aux clients de se tester eux-mêmes à leur convenance.

Au sein d'un établissement, les tests de dépistage du VIH devraient être disponibles pendant les heures d'ouverture normales de la clinique et devraient être disponibles 24h/24 dans les services de maternité et d'hospitalisation. La mise à disposition des tests de dépistage après les heures normales de travail ou le weekend peut être envisagée dans certains lieux et dans des cliniques spécifiques où le dépistage du VIH devrait être une priorité (SPrN, TB, IST, SA et SH). Un calendrier de mise en œuvre de la notification des partenaires et du dépistage du partenaire et de la famille des cas index devrait être clairement défini dans le cadre d'une procédure opérationnelle standard.

Fréquence

Mobilisation : Au sein d'un établissement, la fréquence des messages sur le dépistage du VIH dans les activités de promotion de la santé devrait être déterminée par la prévalence, le type de clinique et les ressources disponibles. Dans un contexte à forte prévalence, un processus de création de demande pour les SDV devrait être disponible tous les jours dans tous les points d'entrée cliniques et dans les services SPPrN, TB, IST et SH dans le cadre de chaque consultation.

En intégrant la promotion des services de dépistage du VIH dans le travail de catégories d'agents de santé communautaires (ASC ou PVVIH travaillant comme volontaires dans la communauté) et en travaillant avec des pairs vivant au sein d'une communauté ou d'une population clé spécifique, on peut augmenter le nombre d'activités de mobilisation en milieu communautaire. Des activités de mobilisation destinées à atteindre des populations spécifiques, ou organisées lors de grands rassemblements communautaires devraient être planifiées et leur fréquence déterminée en fonction du rendement probable par rapport aux ressources nécessaires pour le transport, le personnel et les futurs dépistages.



Lignes directrices de l'OMS

Encadré 3 : Recommandations de l'OMS relatives à la notification des partenaires¹²

Des services de notification assistée des partenaires reposant sur la participation volontaire devraient être proposés dans le cadre d'un ensemble complet de services de dépistage et de soins pour les personnes vivant avec le VIH.

Dépistage : La fréquence des répétitions de tests du VIH devrait être déterminée par le risque d'infection de l'individu. Les recommandations relatives à la fréquence des répétitions de tests sont disponibles dans les lignes directrices relatives au dépistage du VIH de l'OMS (page 312)⁵. Lorsque le taux de couverture du dépistage du VIH est élevé, une étude plus approfondie du risque devrait être réalisée, notamment dans les SA, pour éviter de tester à nouveau un grand nombre de clients à faible risque.

Mise en relation : Des procédures opérationnelles standard sur la mise en relation avec des services de prévention et de TAR devraient être élaborées à la fois pour le dépistage au sein des établissements et de la communauté. Celles-ci devraient inclure les délais attendus de mise en relation avec les services, le timing de la localisation et le nombre de tentatives de suivi à effectuer au cours d'une période définie. L'Annexe 5 décrit un modèle de POS pour la mise en relation avec des services de traitement.

Exemple 1 : Approches communautaires pour les populations clés, Vietnam

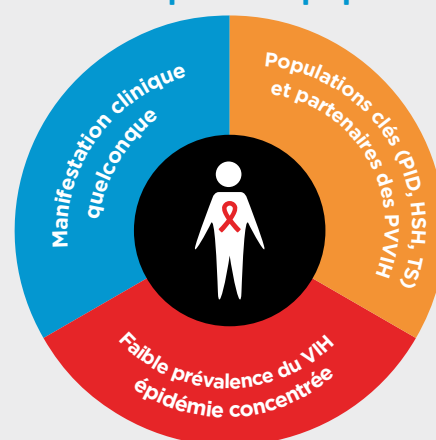
Aperçu

En 2016, on estimait que seules 73% des personnes vivant avec le VIH avaient été diagnostiquées au Vietnam. La majorité des 27% restants, celles dont le VIH n'avait pas été diagnostiqué, font partie d'un groupe de population clé, comprenant des personnes qui s'injectent des drogues, des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, des travailleuses du sexe et leurs partenaires sexuels. La couverture du dépistage du VIH par des services de dépistage conventionnels en établissements reste faible, les personnes ayant reçu un test VIH en 2016 s'élevant à 36% pour les personnes qui s'injectent des drogues, à 41% pour les travailleuses du sexe et à 43% pour les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Pour atteindre le premier objectif de 90% – diagnostic de 90% des personnes infectées par le VIH – le gouvernement du Vietnam a estimé que la couverture du dépistage du VIH chez les populations clés devait passer à au moins 80%.

Pour augmenter le dépistage chez les populations clés et atteindre les objectifs de couverture, le gouvernement vietnamien a mis en œuvre un dépistage rapide du VIH, du virus de l'hépatite C (VHC) et de la syphilis entre décembre 2015 et octobre 2017 dans huit provinces. Pour ce faire, des activités de proximité itinérantes reposant sur des services d'auto-dépistage et de notification des partenaires/dépistage autour des cas index au sein des populations clés et de leurs partenaires, ont été menées par des prestataires non professionnels issus de groupes de populations clés. Le dépistage simultané de plusieurs maladies a aussi été encouragé pour augmenter le recours aux services de dépistage.

Les partenaires sexuels des hommes séropositifs ayant des rapports sexuels avec des hommes ont été contactés et se sont vus proposer un dépistage du VIH par le biais de réseaux sociaux. Un dépistage du VIH a été proposé aux partenaires de travailleuses du sexe séropositives après avoir été orientées par des clients ou des prestataires non professionnels. Un suivi actif pendant trois à quatre mois a été nécessaire pour que toutes les PVVIH fournissent des informations sur leurs partenaires, et trois à quatre mois de plus pour contacter les partenaires des PVVIH pour leur proposer et leur fournir des services de dépistage du VIH.

Les trois éléments des approches communautaires pour les populations clés



Les composantes de base des approches communautaires pour tester les populations clés, Vietnam

	MOBILISATION	DÉPISTAGE	MISE EN RELATION
QUAND	Heure ciblée pour atteindre une population spécifique ; N'importe quand pour le TADVIH	Tous les 3 à 6 mois pour les personnes les plus à risque	Suivi actif pendant 3 à 6 mois
OÙ	Réseaux sociaux et sensibilisation communautaire	Établissements sanitaires et sensibilisation communautaire	Dans un lieu de traitement et/ou de prévention spécifique
QUI	Prestataires pairs	Prestataires pairs	Prestataires pairs et non professionnels
QUOI	Prise de contact sur les réseaux sociaux à travers la communauté et les partenaires de PVVIH	Dépistage rapide du VIH ; dépistage simultané de plusieurs maladies (VHC et syphilis) ; et auto-dépistage du VIH	<p>Pour la prévention : ensemble complet d'outils de prévention</p> <p>Pour l'initiation au TAR : navigation par les pairs vers une clinique TAR</p>

En 2017, le dépistage du VIH communautaire a été mis en œuvre et a permis d'atteindre 2 520 personnes issues de populations clés ; 67% faisaient le test pour la première fois. Sur les personnes testées, 2 094 l'ont été par des prestataires non professionnels et 426 se sont testées elles-mêmes. Sur toutes les personnes testées, 147 ont obtenu un résultat réactif (5.8%) et la séropositivité a été confirmée pour 140 d'entre

elles (96.6%). Sur les 140 cas séropositifs, 128 (91%) ont reçu un TAR. Le dépistage communautaire autour des cas index a permis d'identifier 19.3% de tous les cas séropositifs (27/140). Une étude provinciale a montré que les SDV communautaires ont permis de diagnostiquer 30 et 60% de tous les cas de VIH dans les provinces de Can Tho et Thai Nguyen.



« OÙ » les services de dépistage du VIH sont-ils fournis ?

La décentralisation des services de dépistage du VIH vers des cliniques de soins primaires et vers la communauté a été recommandée pour améliorer l'utilisation des services. Cette décentralisation peut être indiquée dans les contextes à forte comme à faible prévalence, mais le choix de l'endroit peut varier en fonction de la population spécifique ciblée et du rendement observé. La prestation de services de dépistage du VIH à différents niveaux du système de santé permet d'éliminer certains obstacles auxquels se heurtent les clients. Les personnes préoccupées par le temps et les coûts de transport pour accéder aux services de dépistage peuvent choisir un site local. D'autres qui sont préoccupées par la stigmatisation pourraient opter pour des sites centralisés, éloignés de leurs communautés.

Services de dépistage du VIH dans les établissements sanitaires

La mobilisation et le dépistage peuvent être intégrés dans le flux des patients d'une clinique spécifique (SA, TB, IST, planning familial ou SH), ou des clients peuvent être orientés vers des services de dépistage indépendants. Le choix des points d'entrée pour la mobilisation et le dépistage peut varier en fonction de la prévalence du VIH. L'Encadré 4 décrit la recommandation de l'OMS relative au choix des points d'entrée en fonction du type d'épidémie.

Pour les répétitions des tests du VIH, des kits peuvent être distribués dans l'établissement et réalisés dans l'établissement ou à domicile, ou être distribués et réalisés dans la communauté, à domicile ou dans le cadre d'une campagne de proximité itinérante.

La mise en relation avec un lieu de prévention ou de traitement à partir du lieu de dépistage devrait relever du choix du patient, et ce lieu peut être le même que le lieu de dépistage, ou pas. Les clients testés dans des établissements centraux lors d'une admission ou d'une prestation ambulatoire devraient pouvoir choisir d'être orientés vers un lieu décentralisé lorsque cela est possible.

Lignes directrices de l'OMS

Encadré 4 : Recommandations de l'OMS relatives au conseil et dépistage à l'initiative du prestataire (CDIP)

Le CDIP devrait être envisagé pour les cliniques de malnutrition, les services de soin des IST, de l'hépatite et de la TB, dans le cadre des SprN et des services de santé pour les populations clés.

Dans les situations d'épidémie généralisée du VIH : Le CDIP devrait être proposé à tous les clients et dans tous les services (notamment les services pour les IST, l'hépatite virale, la TB, les enfants de moins de cinq ans, l'immunisation, la malnutrition, les soins prénataux et tous les services pour les populations clés) comme moyen efficace et effectif d'identifier les personnes infectées par le VIH.

Dans les situations d'épidémie concentrée du VIH : Le CDIP devrait être proposé aux clients (adultes, adolescents et enfants) en milieux cliniques qui présentent des symptômes ou des conditions médicales susceptibles d'indiquer une infection par le VIH, notamment des cas de TB présumés ou confirmés.

Services de dépistage du VIH en dehors des établissements de santé

La mobilisation et le dépistage du VIH en dehors des établissements de santé peuvent se dérouler dans :

- Des établissements non sanitaires
 - Des institutions ciblant des populations spécifiques (écoles, lieux de travail, base militaire et police)
- Des lieux communautaires
 - Des lieux ciblant des populations spécifiques (clubs de jeunesse pour adolescents, bars ou clubs pour travailleuses et travailleurs du sexe, arrêts de taxi pour les hommes)
 - Des points de rassemblement communautaire (églises, matchs de football)
 - Chez les clients (dépistage communautaire autour des cas index ; campagne générale de porte à porte).

La combinaison de lieux doit être stratégiquement choisie lors du processus décisionnaire et sera déterminée par :

- La prévalence du VIH chez la population générale et chez les populations spécifiques
- Les données de couverture du dépistage du VIH pour la population générale et les populations spécifiques
- Les caractéristiques démographiques et comportementales des personnes non diagnostiquées
- Les métriques de performance des SDV (telles que le rendement, le nombre de cas séropositifs, le coût par cas séropositif).

La mise en relation devrait être définie entre le point de dépistage communautaire et le prestataire de TAR ou de services de prévention. Les patients devraient pouvoir choisir les lieux de traitement, lorsque cela est possible, en encourageant la fréquentation d'une clinique proche du domicile, mais en laissant les individus choisir leur lieu de TAR, notamment dans les contextes où les niveaux de stigmatisation sont élevés.

Lignes directrices de l'OMS

Encadré 5 : Recommandations de l'OMS relatives aux services de dépistage communautaire du VIH¹²

Dans les situations d'épidémie généralisée du VIH : L'OMS recommande des services de dépistage communautaire du VIH, avec une mise en relation avec des services de prévention, de traitement et de soin, en plus de l'offre systématique de CDIP pour toutes les populations, notamment les populations clés.

Dans les situations d'épidémie concentrée du VIH : L'OMS recommande des services de dépistage communautaire du VIH, avec une mise en relation avec des services de prévention, de traitement et de soin, en plus du CDIP pour les populations clés.

Exemple 2 :

Atteindre les hommes à Eshowe, Afrique du Sud

Aperçu

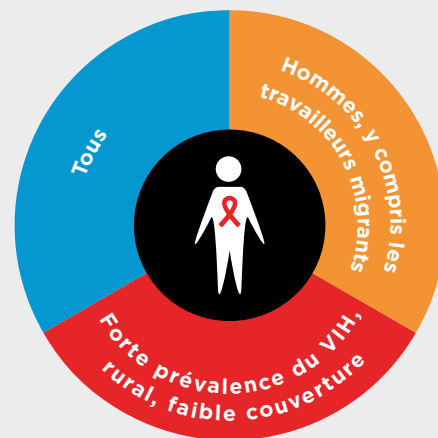
En 2016, on estimait que 86% des PVVIH connaissaient leur statut sérologique en Afrique du Sud, mais ce pourcentage était plus faible chez les hommes (79%) et les jeunes gens âgés de 15 à 24 ans (65%). La province du KwaZulu-Natal a les taux de prévalence et d'incidence du VIH les plus élevés du pays. Dans la région autour de la ville provinciale d'Eshowe, le rendement des stratégies précédemment mises en œuvre, telles qu'un travail de sensibilisation communautaire, notamment un dépistage porte à porte, était de moins de 1%. Des efforts pour atteindre les hommes s'imposaient pour combler l'écart en matière de dépistage.

Dans le cadre d'un projet pilote soutenu par une ONG, des lieux de dépistage du VIH fixes situés dans des environnements fréquentés par les hommes, comme des arrêts de taxi, ont été établis et pourvus en personnel entièrement masculin pour proposer aux hommes des services de dépistage du VIH, ainsi que d'autres services de santé, notamment le dépistage des maladies non transmissibles (MNT), la TB et les IST. Ces lieux sont situés près de cliniques proposant des traitements et une CMMV, afin de procéder rapidement aux orientations. Ces lieux étaient pratiques pour les hommes car ils pouvaient être mis en relation avec des services de traitement et initier un suivi le même jour. Le dépistage sur le lieu de travail dans une exploitation agricole a été

introduit par le biais de relations formelles avec des associations locales de propriétaires d'exploitations agricoles.

Le dépistage du VIH a été géré par un agent mobilisateur et un conseiller qui proposent un dépistage du VIH aux hommes travaillant sur des exploitations agricoles. L'agent mobilisateur et le conseiller encouragent aussi les hommes qui font le test à amener leurs partenaires féminines et leurs familles pour qu'elles se fassent tester.

Les trois éléments de la prise de contact avec les hommes à Eshowe



Les trois éléments pour le dépistage des hommes à Eshowe, Afrique du Sud

	MOBILISATION	DÉPISTAGE	MISE EN RELATION
QUAND	Heures de pointe aux arrêts de taxi Heures convenues avec les employeurs dans les exploitations	Heures de pointe aux arrêts de taxi Heures convenues avec les employeurs dans les exploitations	Dans la mesure du possible, le jour même
OÙ	Arrêts de taxi et lieux fréquentés par les hommes, lieu de travail (exploitation)	Clinique satellite adaptée aux hommes ; lieu de travail (exploitation)	Prévention locale (y compris CMMV) et établissements de traitement du MdS
QUI	Prestataires, agents mobilisateurs et conseillers masculins	Agents de santé et conseillers masculins	Prestataires et conseillers masculins
QUOI	Mobilisation communautaire par des conseillers et mobilisateurs exclusivement masculins	Dépistage rapide du VIH et dépistage des IST, MNT et TB	Pour la prévention : orientation le jour même vers un site CMMV
			Pour l'initiation des TAR : initiation des TAR le jour même

Au dernier trimestre 2017, 9,4% de nouveaux cas ont été diagnostiqués (19,6% dans les services cliniques d'Eshowe, 4,7% dans les cliniques de Mbongolwane, et environ 4,4% à travers des actions de sensibilisation axées sur les hommes et dans des lieux fixes). En 2017, 4,4% (31/709) des hommes sensibilisés par le biais d'un programme mené dans les exploitations étaient séropositifs. La majorité des hommes identifiés dans les cliniques adaptées aux des hommes et par le programme mené dans les exploitations étaient à un stade précoce de la maladie.

Dans les cliniques adaptées aux hommes, environ 30% des PVVIH identifiées avaient une numération des CD4 de plus de 500 cellules/mm³ ; et dans le programme mené dans les exploitations, 74% des PVVIH identifiées avaient une numération des CD4 de plus de 500 cellules/mm³.



« QUI » assure la prestation des services de dépistage du VIH ?

L'importance du partage des tâches

La redistribution rationnelle des tâches entre les différentes catégories d'agents de santé, notamment les prestataires non professionnels et les clients, est un principe fondamental sur lequel repose l'intensification des programmes de lutte contre le VIH, notamment les SDV. Dans chaque modèle de prestation de services de dépistage du VIH, il est important de définir les personnes chargées des activités de mobilisation, de dépistage et de mise en relation. Pour permettre un partage des tâches liées au SDV, un examen des cadres réglementaires dans le pays doit être effectué. Dans certains environnements, les barrières politiques liées au partage des tâches demeurent un obstacle majeur à l'intensification des SDV.

Des prestataires non professionnels peuvent suivre une formation pour réaliser les tests de dépistage du VIH, mais l'accompagnement continu et l'assurance qualité doivent se dérouler dans les établissements et la communauté. Des agents de santé communautaires ou des prestataires non

professionnels peuvent aussi suivre une formation pour réaliser un « test à des fins de triage » ou superviser les tests d'auto-dépistage pour filtrer les clients avant qu'ils ne soient orientés vers un conseiller ou un agent de santé formé qui procèdera à l'algorithme complet.

Dans le cadre des activités de mise en relation, il convient aussi de définir clairement la personne responsable de chaque étape d'une POS de mise en relation. Par exemple, au sein d'un établissement, idéalement la personne qui réalise le test escortera le client du point d'entrée jusqu'au service de TAR dans le cas d'un test positif.

Le rôle des pairs

Il a été démontré que la participation des pairs aux trois aspects fondamentaux d'un modèle de prestation de services de dépistage du VIH contribue à améliorer le recours aux services de dépistage chez les populations spécifiques (adolescents, populations clés). L'OMS recommande que les pairs participent à la mise en relation des clients avec les services de soin. Les pairs devront suivre une formation spécifique, mais leur facilité de contact avec certaines communautés peut éliminer les obstacles liés à la stigmatisation et renforcer les liens entre la population spécifique et le système de santé.

Le rôle du client

Grâce à l'introduction des tests d'auto-dépistage du VIH, le client participe activement à la prestation des services de dépistage du VIH. L'auto-dépistage du VIH peut se dérouler avec l'assistance directe d'un agent de santé, d'une catégorie d'agents de santé communautaires ou d'un pair formé, ou être effectué de manière indépendante et sans assistance par le client.



Lignes directrices de l'OMS

Encadré 6 : Recommandations de l'OMS relatives au dépistage du VIH réalisé par des prestataires non professionnels formés à l'aide de tests de diagnostic rapides (TDR)¹²

Les prestataires non professionnels qui sont formés et supervisés peuvent réaliser de manière indépendante un dépistage du VIH à l'aide de TDR.

Vous vous souvenez de Namrata ?



Namrata a suivi une formation pour distribuer des tests d'auto-dépistage du VIH et, lorsque ses pairs lui demandent, pour les aider directement à faire le test d'auto-dépistage. Après avoir réalisé le test d'auto-dépistage, elle encourage ses collègues travailleuses du sexe à se rendre à la clinique pour accéder à des services de traitement ou de prévention et, au besoin, s'arrange pour les accompagner.

Vous vous souvenez de John ?



Son employeur prévoit d'organiser une semaine pendant laquelle tous les employés peuvent prendre rendez-vous pour un bilan médical au siège. Le bilan ne portera pas uniquement sur le VIH ; il pourrait aussi faire contrôler sa pression artérielle et faire un examen de santé sexuelle. Pour lui, c'est beaucoup mieux de se faire tester simultanément pour différentes choses, et en plus il n'a pas à s'absenter du travail.

Exemple 3 :

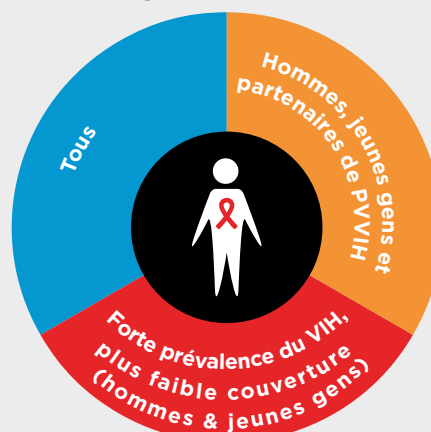
Sensibilisation à la CMMV et notification des partenaires avec des kits d'auto-dépistage, Malawi

Aperçu








Au Malawi, pour augmenter la proportion d'hommes et de jeunes gens qui connaissent leur statut sérologique, une étude visant à introduire un auto-dépistage du VIH a été réalisée.

Les approches de distribution des tests d'auto-dépistage du VIH sont axées sur la distribution par des individus formés, à savoir : (a) les personnes chargées de mobiliser les hommes pour qu'ils accèdent à la CMMV ; (b) les femmes enceintes qui pourraient remettre un kit à leurs partenaires masculins ; et (c) un membre de la communauté formé qui fait du porte à porte et se rend dans les lieux de fréquentation locaux. Les distributeurs montrent comment utiliser les tests d'auto-dépistage et donnent des informations sur ce qu'il faut faire en cas de test positif ou négatif.

Les trois éléments de la sensibilisation à la CMMV et de la notification des partenaires



Les trois éléments de la sensibilisation à la CMMV et de la notification des partenaires avec des kits d'auto-dépistage, Malawi

	 MOBILISATION	 DÉPISTAGE	 MISE EN RELATION
 QUAND	Période fixe sur un mois	Une fois par an dans la communauté Offre systématique pour les femmes dont les partenaires n'ont pas été testés lors de la première visite des SPrN	Cartes d'orientation distribuée avec les kits d'auto-dépistage
 OÙ	Communauté SPrN	Test fait à domicile ou dans un autre lieu privé	Dans un établissement de santé quelconque offrant un dépistage du VIH et une CMMV
 QUI	Membre communautaire formé/ mobilisateur	L'individu se teste lui-même seul ou avec un partenaire	Membre communautaire formé/ mobilisateur
 QUOI	Mobilisation dans la communauté et les établissements de SPrN pour expliquer et promouvoir l'auto-dépistage du VIH dans la communauté et la clinique	Auto-dépistage du VIH avec le test d'auto-dépistage du VIH OraQuick	Pour la prévention : orientation le jour même vers un service de CMMV (pour les hommes) Pour l'initiation des TAR : initiation du TAR à domicile et/ou orientation le jour même vers la clinique de TAR la plus proche

La mise en œuvre de l'auto-dépistage du VIH par des modèles de distribution communautaire et de CMMV a permis d'atteindre 26 et 68% de personnes testées pour la première fois, respectivement. Le recours à l'auto-dépistage fut le plus élevé chez les jeunes gens (50%) et les hommes (49%). Il a été démontré que la distribution secondaire aux partenaires masculins de femmes enceintes augmentait le recours au dépistage du VIH chez les hommes recevant des lettres d'invitation pour des soins standard de 17 à 92% lorsque le dépistage du VIH était proposé.

Dans l'ensemble, la séropositivité était d'environ 5%, soit 1% chez les hommes dans les établissements de CMMV, 1% chez les hommes dans la distribution secondaire, et 4% dans la distribution communautaire. Par comparaison, la séropositivité moyenne dans les établissements au Malawi est de 3%. Lorsque l'initiation des TAR à domicile était proposée, les mises en relation étaient trois fois plus nombreuses que les orientations vers des établissements.



« QUELS » services sont fournis ?

Services de dépistage du VIH indépendants

Les services de dépistage du VIH peuvent être proposés dans le cadre d'un service indépendant au sein d'établissements et d'institutions de santé, et dans la communauté. Les clients qui recherchent spécifiquement des SDV devraient être mobilisés pour participer à ces services spécifiques.

Services de dépistage du VIH intégrés

Les services de dépistage du VIH peuvent être intégrés dans des services ambulatoires, des cliniques de maladies spécifiques (TB et IST) ou d'autres services (dépistage du cancer du col de l'utérus, CMMV) qui existent déjà. De même, d'autres activités de dépistage peuvent être intégrées dans un modèle de dépistage du VIH, telles que le dépistage de la TB, des IST, de la nutrition et des MNT. L'intégration des activités peut représenter un mode de prestation de SDV plus rentable, notamment au niveau communautaire.

Vous vous souvenez de Judith, David et de sa famille ?

Après un mois à encourager une démarche autonome, l'infirmière de Judith lui a demandé si elle serait d'accord pour qu'une agente de santé communautaire se rende chez elle un soir ou un weekend quand son mari était là, ou si elle voulait ramener un kit d'auto-dépistage chez elle pour son mari. Judith connaît et apprécie son agente de santé communautaire et a accepté qu'elle vienne chez elle. En plus de proposer un test de dépistage du VIH à David, l'ASC a contrôlé sa pression artérielle et a procédé à un dépistage nutritionnel et de TB de toute la famille.

Judith ne se sentait pas à l'aise de contacter son ancien partenaire, alors l'infirmière s'est proposée de le contacter de manière anonyme.



Vous vous souvenez d'Andrew ?

Après avoir passé en revue l'analyse de situation, Andrew a découvert que les SDV n'étaient pas disponibles du jour au lendemain et les weekends dans les services d'hospitalisation et le service de maternité de l'hôpital central. Par ailleurs, il a remarqué que dans le service CDV, un nombre croissant de personnes refaisait le test très fréquemment et que la majorité d'entre elles était séronégatives. Il s'est aussi aperçu qu'il n'y avait pas de services de dépistage adaptés aux populations clés.

Sa première mesure a consisté à assurer un accès 24h/24 dans les services d'hospitalisation et de maternité et de lancer un modèle de prestation de services de dépistage du VIH (comprenant la mobilisation, le dépistage et des stratégies de mise en relation) dans des endroits névralgiques pour les travailleuses et travailleurs du sexe, le soir une fois par mois. Dans le service CDV, il a discuté de la possibilité pour les conseillers de mettre en place un outil d'évaluation des risques pour conseiller les clients sur le besoin ou pas de répéter le test.



Exemple 4 :

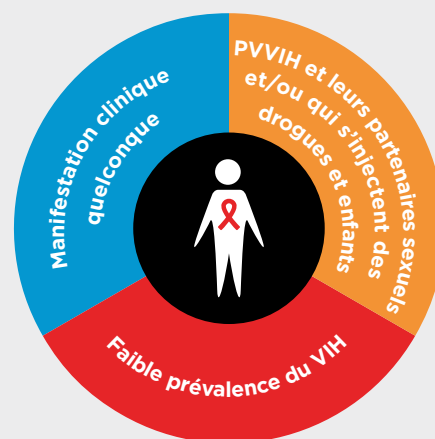
Services de notification des partenaires et de dépistage autour des cas index en établissement, Cameroun

Aperçu








Au Cameroun, la plus forte prévalence du VIH est enregistrée chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les travailleuses et travailleurs du sexe, les femmes enceintes et les militaires. Le programme national met l'accent sur le dépistage du VIH dans les établissements de santé et le dépistage des partenaires des cas index. Afin d'améliorer l'efficacité des services de dépistage du VIH, on cherche de plus en plus à atteindre les partenaires des PVVIH diagnostiqués en établissement.

Les services de dépistage des partenaires étaient systématiquement mis en œuvre dans les établissements de santé. Après un diagnostic initial, des agents de santé formés assuraient le suivi et proposaient de contacter confidentiellement les partenaires et/ou de se rendre dans les foyers pour proposer des services de dépistage du VIH. Après des conseils et des discussions, les PVVIH communiquent de manière volontaire les coordonnées des partenaires qui, selon elles, devraient être contactés, et la manière de les contacter, soit par une orientation par un client, par une orientation contractuelle ou une orientation à l'initiative d'un prestataire (voir Annexe 1). Les agents de santé formés assuraient ensuite le suivi de ces partenaires par téléphone et/ou à domicile pour proposer un test du VIH et pour prendre un rendez-vous pour eux dans l'établissement.

Les trois éléments de la notification des partenaire en établissement



Les trois éléments des services de notification des partenaires et de dépistage autour des cas index en établissement, Cameroun

	 MOBILISATION	 DÉPISTAGE	 MISE EN RELATION
 QUAND	Le client ou l'agent de santé prend contact à l'heure convenue	À l'heure convenue avec le partenaire	Localisation à des fins de suivi
 OÙ	Établissement ou domicile	Établissement ou domicile	Mis en relation avec un lieu de prévention ou de traitement
 QUI	Agents de santé formés et cas index	Agents de santé formés	Agents de santé formés Prestataires non professionnels
 QUOI	Le cas index avertit le partenaire L'agent de santé téléphone ou se rend au domicile	Dépistage rapide du VIH dans l'établissement ou dans la communauté	SMS Localisation à domicile

Entre janvier et juin 2016, 1 407 personnes infectées par le VIH ont été diagnostiquées et 1 884 partenaires potentiellement exposés au VIH ont été identifiés. Au total, 94% (1 774/1 884) des partenaires ont été notifiés et 93% d'entre eux (1 655/1 774) ont reçu un test de dépistage du VIH.

Sur les personnes ayant fait le test de dépistage, 32% (315) d'adultes et 6% (40) d'enfants étaient séropositifs et 93% d'entre eux ont été mis en relation avec des services de traitement.



PARTIE 7

**METTRE AU
POINT UNE
COMBINAISON
STRATÉGIQUE
DE MODÈLES
DE PRESTATION
DE SERVICES
DIFFÉRENCIÉS DE
DÉPISTAGE DU
VIH – ADAPTER,
CONSTRUIRE OU
ABANDONNER**

UNE COMBINAISON STRATÉGIQUE

Une combinaison stratégique d'approches de la prestation de SDV est nécessaire pour augmenter la proportion de personnes vivant avec le VIH qui connaissent leur statut. L'objectif de cette combinaison est de faciliter le diagnostic du plus grand nombre de personnes vivant avec le VIH le plus tôt possible, en maximisant le rendement, l'efficacité, la rentabilité et l'équité. Dans le cadre de l'analyse de situation (Partie 3), la combinaison de modèles de prestation de services liés au VIH devrait viser en

priorité les personnes qui ne sont toujours pas diagnostiquées et les populations les plus vulnérables à l'infection par le VIH.

Les deux études de cas suivantes illustrent, dans deux environnements, un résumé des processus décisionnels visant à déterminer la combinaison stratégique des modèles de SDV à mettre en œuvre.

1^{er} exemple de combinaison stratégique :

Faible prévalence du VIH ; faible taux de couverture du dépistage du VIH ; couverture des TAR de 40%

La prévalence du VIH dans les 10 provinces d'un pays hypothétique va de 0.7% à 2.7%. La prévalence du VIH est de 7% chez les clients qui fréquentent des cliniques de soin des IDT, de 13% chez les travailleuses et travailleurs du sexe et de 17% chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes.

Selon la toute dernière enquête démographique et sanitaire (EDS), on estime que 15% des hommes connaissent leur statut contre 40% de femmes. Au cours de la dernière année, 80% de tous les tests du VIH effectués l'ont été chez des femmes enceintes dans le cadre de SPn où le dépistage du VIH était proposé avec une option de refus.

Le CDIP est encouragé dans tous les points d'entrée des cliniques, mais les données montrent que moins d'un quart des clients IST reçoivent un test du VIH contre 70% de clients TB. Des enquêtes menées auprès des populations clés dans la capitale révèlent que seuls 30% des travailleuses et travailleurs du sexe et 25% des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes connaissent leurs statut sérologique.

Une cartographie des SDV est réalisée par le biais d'une étude documentaire et de visites sur le terrain à l'aide du questionnaire fournit en Annexe 3 :

- Le dépistage du VIH est encouragé et proposé systématiquement dans les cliniques de soin des IST et de la TB.
- Au cours des 12 derniers mois, aucune campagne du ministère de la santé n'a été menée pour promouvoir le dépistage du VIH et rien n'a visé spécifiquement les populations clés.
- Bien que les SDV soient promus dans les SA et les cliniques de soin des IST, la majorité des sites (85%) ne dispose d'aucun personnel formé au sein de la clinique pour faire le test, et les approvisionnements en kits de test sont limités.
- L'année dernière, aucun dépistage communautaire n'a été réalisé.
- Les SDV ont été différenciés dans un projet pilote d'une ONG destiné aux travailleuses et travailleurs du sexe et aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (fournis la nuit et dans des lieux où ils se rassemblent au sein de la communauté), mais les pairs ne participent pas à la mobilisation ni au dépistage.
- Il n'existe aucune ligne directrice sur la manière de mettre les clients séropositifs en relation avec des services de traitement

ou de prévention, et les sites de dépistage inclus dans l'enquête n'évaluent pas systématiquement le risque du VIH.

Combinaison stratégique de SDV (mobilisation, dépistage et mise en relation)

proposée :

MOBILISATION

Construire : Le dépistage autour d'un cas index séropositif identifié devrait être assuré par le biais de la notification des partenaires et être proposé dans l'établissement comme dans la communauté.

Le dépistage communautaire autour du cas index peut être encouragé à travers la participation de la communauté aux tests de dépistage du VIH ou la distribution de kits de tests d'auto-dépistage du VIH.

Adapter : Former des pairs issus de populations clés pour créer une demande de services de dépistage et de prévention du VIH.

Abandonner : Promotion du dépistage pour la population générale asymptomatique dans les SA afin de se concentrer sur les personnes symptomatiques du VIH, de la TB ou des IST.

DÉPISTAGE

Adapter : Conseil et dépistage à l'initiative du prestataire (CDIP) en établissement : tous les clients présentant des symptômes d'IST ou de TB et les clients présentant des symptômes et signes du VIH devraient être testés en priorité.

Construire : Proposer des services de dépistage du VIH dans les lieux de travail, tels que les institutions militaires ou les entreprises de sécurité (Voir Exemple 2 page 27), pour augmenter le dépistage chez les hommes.

MISE EN RELATION

Adapter : Utiliser des pairs formés issus de populations clés pour encourager la navigation par les pairs permettant de mettre les clients en relation avec des services de prévention et/ou d'initiation des TAR

Construire : Élaborer une POS assortie de délais clairs et de méthodes pour mettre les clients en relation avec des services de prévention et de traitement dans les établissements comme dans la communauté en vue de normaliser ce processus. Adopter les lignes directrices de l'OMS relatives à l'initiation rapide.

2^e exemple de combinaison stratégique :

Forte prévalence ; taux de couverture élevé des SDV ; couverture des TAR de 78%

La prévalence du VIH dans ce pays hypothétique est de 15.5%. Une enquête communautaire réalisée dans une province sélectionnée où des stratégies de dépistage différenciées sont envisagées a montré que 86% des personnes vivant avec le VIH connaissaient leur statut sérologique, dont 91% de femmes contre 78% d'hommes. Le taux de couverture chez les jeunes hommes âgés de 15 à 24 ans était bien inférieur, avec environ 50%. On a estimé que la prévalence du VIH chez les travailleuses et travailleurs du sexe était de 73%, et qu'environ 40% connaissaient leur statut.

Un examen des SDV actuels réalisé à l'aide du questionnaire fournit en Annexe 3 a démontré que :

- Le CDIP est proposé dans tous les points d'entrée dans les milieux hospitaliers et toutes les cliniques de soins primaires disposent de personnel formé pour fournir les SDV. 95% des malades atteints de TB ont été testés pour le VIH contre 75% de ceux atteints d'IST.
- La notification des partenaires et le dépistage autour des cas index ne sont pas systématiquement pratiqués et lorsqu'ils le sont, les partenaires sont uniquement invités à se rendre dans l'établissement.
- L'année dernière, quatre campagnes de dépistage itinérantes de proximité ont été organisées pour la population générale, mais celles-ci ont produit un faible rendement (1.7% des tests réalisés étaient positifs).
- Les SDV n'ont pas été différenciés pour les adolescents et les jeunes adultes, ni pour les populations clés.
- L'ADVIH n'a pas été mis en œuvre.

Pour l'année suivante, la combinaison stratégique de SDV (mobilisation, dépistage et mise en relation) qui suit est proposée :

MOBILISATION

Construire : Améliorer la notification des partenaires et le dépistage autour des cas index, notamment le dépistage communautaire autour des cas index.

Construire : Lancer une campagne SDV dans les lycées et les universités portant notamment sur l'introduction de kits de tests d'auto-dépistage du VIH.

Construire : Mobiliser les populations clés en faveur du dépistage par des pairs formés.

DÉPISTAGE

Adapter : Poursuivre le CDIP en établissement, mais en mettant l'accent sur l'évaluation des risques avant toute répétition du test de dépistage et améliorer les taux de dépistage du VIH chez les clients présentant des symptômes d'IST.

Adapter : Promouvoir le dépistage au sein des populations clés à travers la distribution de kits d'auto-dépistage du VIH par des pairs formés issus des populations clés et proposer les services la nuit.

Construire : Introduire des services de dépistage du VIH systématiques dans les lieux de travail, tels que les institutions militaires et les entreprises de sécurité, pour cibler les hommes.

Abandonner : Dépistage du VIH communautaire de la population générale.

MISE EN RELATION

Adapter : Introduire des procédures opérationnelles standard en matière de mise en relation, notamment une navigation par les pairs pour les populations spécifiques, au sein d'établissements de santé.

Adapter : Utiliser le suivi par SMS après le dépistage communautaire des populations clés pour faciliter la mise en relation avec des services de prévention et d'initiation des TAR.

Dans un pays donné, la proportion de PVVIH non diagnostiquées peut varier selon la géographie (par province et entre les contextes ruraux et urbains) et la population (hommes, PC et adolescents). D'où la nécessité d'une combinaison stratégique d'approches différenciées du dépistage du VIH, car une approche unique ne résoudra pas les problèmes locaux et propres au pays. Suite au réexamen de la combinaison stratégique d'approches des SDV, **la réduction ou l'arrêt complet de certaines stratégies de dépistage actuellement en vigueur pourrait être envisagé.**

Par ailleurs, la fréquence du dépistage pourrait être réduite chez les individus à faible risque d'infection par le VIH.

D'autres exemples de la manière dont les pays ont analysé et mis au point une combinaison stratégique de stratégies et d'outils de dépistage sont donnés en Annexe 2 et peuvent être consultés en ligne sur <http://bit.ly/2sVehV5>.

Étude de cas 8 :

Leçons d'efficacité des approches de dépistage dans les prisons, Malawi

Le dépistage du VIH dans les prisons malawiennes a été différencié en vue d'accroître le recours aux services et de refléter l'approche en trois étapes des services de santé dans les prisons. Le dépistage du VIH est proposé lorsqu'un prisonnier intègre la prison, deux fois par an lors de son séjour et à sa sortie. Les prisonniers sont mobilisés en faveur du dépistage du VIH à travers des discussions sur la santé à la clinique de la prison et par des pairs éducateurs (des prisonniers qui ont suivi une formation de base en enseignement de la santé) dans les cellules. Les gardiens de prison qui ont suivi une formation sur les tests de dépistage et la prestation de conseils sur le VIH réalisent le dépistage du VIH à la clinique de la prison.

Lors du dépistage semestriel où tous les prisonniers se voient proposer des tests, s'ils n'ont pas été testés au cours des six derniers mois, les prisonniers sont organisés en groupes de 10 afin de recevoir des informations sur le dépistage du VIH. Chaque prisonnier est alors invité individuellement dans la salle de dépistage et ses renseignements complets sont enregistrés dans le registre des SDV. Le numéro d'identifiant unique du registre des SDV est inscrit sur le kit de test et sur un papier, ainsi que l'heure à laquelle la solution tampon est ajoutée. Pour répondre à la demande de dépistage, le conseiller n'attend chaque résultat des tests un par un. Le prisonnier suivant est invité dans la salle pour faire la prise de sang et les mêmes étapes décrites ci-dessus recommencent. Cette opération est répétée pour le groupe des 10.

Il convient de s'assurer, à l'aide d'un chronomètre, qu'aucun test n'est lu avant qu'un délai de 15 minutes se soit écoulé et que les tests sont lus au plus tard 60 minutes à compter de l'ajout de la solution tampon. Une fois que tous les 10 prisonniers ont donné leur sang, chaque prisonnier est alors rappelé individuellement pour recevoir son résultat. Si un test positif est confirmé, des conseils sont prodigués après le test et le client est mis en relation avec des services de prise en charge et de traitement à la clinique de la prison.

En mettant en œuvre ce modèle, le taux de couverture du dépistage du VIH dans deux prisons centrales (population de 1 500 à 2 000 prisonniers) a augmenté de 43 à 97% et de 19 à 96% entre 2014 et 2017. Des adaptations similaires des flux de patients ont été documentées dans les SA et les lieux de dépistage communautaires.

Étude de cas 9 :

Mise à l'essai d'un outil de dépistage des symptômes et des risques à l'occasion du dépistage communautaire du VIH, Tanzanie

En Tanzanie, l'ICAP, basé à l'Université de Columbia, est en train de mettre en œuvre une intervention communautaire de prévention du VIH financée par le CDC et PEPFAR, appelée localement le projet « FIKIA » (Fikia signifie « atteindre » en Swahili). Le dépistage dans la communauté doit être spécifiquement ciblé pour garantir un bon rendement, contrairement au dépistage dans les établissements de santé où la maladie est déjà présente chez populations de patients. L'ICAP a mis à l'essai un outil de dépistage dans le cadre d'une combinaison d'interventions visant à accroître le rendement et le nombre de clients séropositifs identifiés à travers le dépistage communautaire. L'outil de dépistage a permis d'évaluer symptômes et les risques signalés par les patients, et notamment : i) si oui ou non il/elle a présenté des symptômes (y compris de la fièvre, une lymphadénopathie, des ulcérations buccales, une éruption cutanée, des maux de tête ou un mal de gorge) au cours des deux derniers mois, ii) si oui ou non il/elle est issu(e) d'une population clé et/ou si elle est une adolescente ou une jeune femme, iii) s'il/elle est de l'entourage d'un cas index séropositif et iv) si oui ou non il/elle pense avoir été exposé(e) au VIH depuis le dernier test. Sur la base des résultats initiaux, l'outil de dépistage a été étendu à d'autres régions afin de mieux cibler les activités de dépistage notamment pour les hommes, lors de grands événements et dans les communautés géographiquement distinctes telles que les villages de pêche et les campements miniers.



PARTIE 8

**MISE EN
RELATION
AVEC LA
PRÉVENTION
DU VIH ET
L'INITIATION
DES TAR**

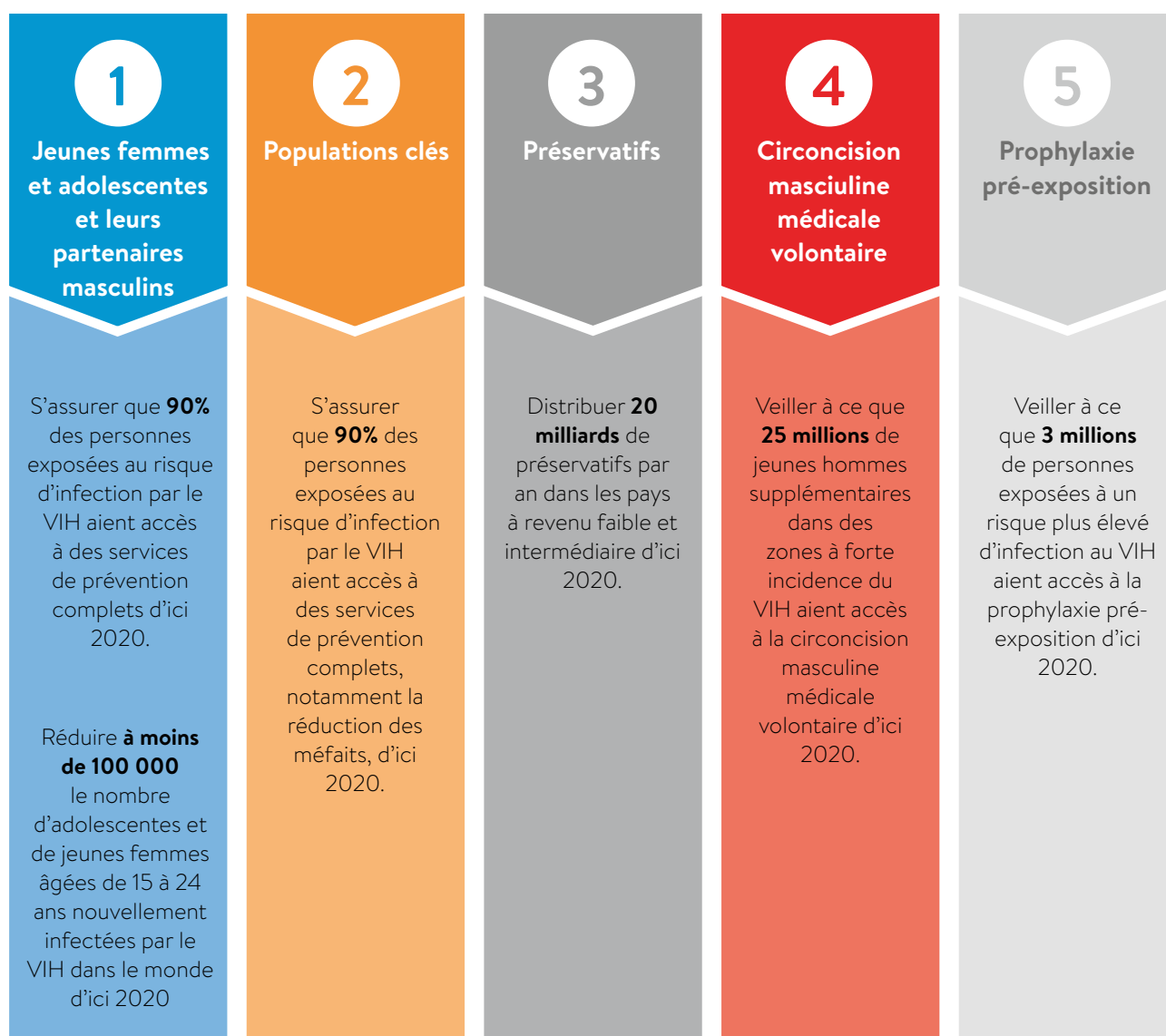
MISE EN RELATION AVEC LA PRÉVENTION

Un test du HIV est l'occasion de mettre les personnes ayant un test non réactif en relation avec des stratégies de prévention. La mise en relation avec des services de prévention peut éviter de nouvelles infections.

L'ONUSIDA propose cinq piliers et objectifs de prévention pour réduire l'incidence du VIH (Figure 6).

Figure 6 : Les cinq piliers de prévention de l'ONUSIDA*

Objectifs de prévention de l'Assemblée générale des Nations Unies



*Adapté du *Rapport sur le retard pris en matière de prévention*, ONUSIDA, 2016.

MISE EN RELATION AVEC L'INITIATION DES TAR

Dans le présent cadre, la mise en relation avec le TAR désigne le moment où le client début le TAR.

Un programme spécifique d'interventions prophylactiques et de dépistage est recommandé pour les clients à un stade avancé du VIH (Encadré 8). La décentralisation du programme et la partage des tâches liées au dépistage sur le lieu d'intervention, notamment la numération des CD4, le dépistage de l'antigène cryptocoque et le test LAM pour la TB, favorisent la prestation des interventions prophylactiques et la prestation rapide des TAR au niveau des soins primaires. Pour les clients qui sont plus gravement malades, des critères d'orientation clairement définis devraient mis être en place.

L'attention des services de dépistage devrait se porter sur les clients séropositifs qui répètent leur test. Ces patients peuvent ou pas être en relation avec des services de TAR. Les raisons de la répétition du test, et les raisons de l'arrêt du TAR lorsque cela est le cas, devraient être explorées. L'initiation des TAR devrait aussi être adaptée pour la cohorte croissante de clients qui reviennent dans le circuit des soins après une période de défaut. Les services liés au TAR devraient être encouragés pour déterminer si les clients ont déjà été sous TAR afin de remédier aux causes du défaut et d'être attentif à une résistance thérapeutique éventuelle.

Les Figures 7 et 8 illustrent la manière dont les composantes de base peuvent aussi être utilisées pour élaborer des modèles de prestation de services liés à l'invitation des TAR. La Figure 7 décrit les composantes de base des analyses en laboratoire, de l'initiation des TAR et du suivi immédiat pour le client à un stade précoce du VIH. La Figure 8 décrit les composantes de base pour les clients à un stade avancé du VIH.

Lignes directrices de l'OMS

Encadré 7 : Recommandations de l'OMS relatives à l'initiation rapide du traitement antirétroviral¹⁶

L'initiation rapide du TAR^a devrait être proposée à toutes les personnes vivant avec le VIH suite à la confirmation du diagnostic du VIH et à une évaluation clinique.

L'initiation rapide du TAR devrait être proposée le jour même aux personnes qui sont prêtes à le commencer.

^a L'initiation rapide est définie comme un délai de sept jours à compter du jour du diagnostic du VIH ; la priorité pour l'évaluation et l'initiation sera donnée aux personnes à un stade avancé de la maladie.

Lignes directrices de l'OMS

Encadré 8 : Recommandations de l'OMS relatives à la prise en charge du stade avancé du VIH¹⁶

Un ensemble d'interventions comportant le dépistage, le traitement et/ou la prophylaxie des principales infections opportunistes, l'initiation rapide du TAR et un soutien intensifié à l'observance thérapeutique doit être proposé à toute personne à un stade avancé du VIH.

Stade avancé du VIH

- Pour les adultes, les adolescents et les enfants âgés \geq cinq ans, le VIH à un stade avancé se définit par une numération des CD4 < 200 cellules/ m^3 ou une manifestation caractéristique d'un stade clinique 3 ou 4 selon la classification de l'OMS.
- Tous les enfants infectés par le VIH de moins de cinq ans devraient être considérés comme étant à un stade avancé de la maladie lors de leur présentation

« Le dépistage communautaire est tellement pratique et convivial. Je peux faire le test à tout moment et en tout lieu, je suis très à l'aide de le faire. Le test est aussi rapide – je n'ai pas à attendre longtemps pour les résultats. »

– Client, Vietnam

Figure 7 : Les composantes de base de l'initiation du TAR à un stade précoce du VIH

	ANALYSES DE BASE EN LABORATOIRE	INITIATION DU TAR	SUIVI IMMÉDIAT
QUAND	Tests de base (CD4, dépistage de la TB), dans la mesure du possible, test au PI ou sur place le jour même. Si le test le jour même n'est pas possible, les résultats devraient être disponibles dans un délai d'une semaine	L'initiation rapide devrait être proposée dans un délai de 7 jours avec initiation proposée le jour même	Si initiation le jour même, semaine 1, 2 1 ^{er} , 3 ^e et 6 ^e mois
OÙ	SH, SA, clinique de soins primaires	SH, SA, clinique de soins primaires	Établissement de santé, envisager un suivi communautaire ou un travail de proximité mobile
QUI	Techniciens de laboratoire, docteurs, agents cliniques (AC), personnel infirmier, travailleurs non professionnels	Docteurs, AC, personnel infirmier	Docteurs, AC, personnel infirmier
QUOI	Évaluation de l'état de préparation (clinique et psychosociale) pour le TAR	Initiation du TAR	Suivi clinique et psychosocial

Maladie précoce : individus qui se présentent aux soins ou y retournent lorsqu'ils sont cliniquement bien (absence de stade clinique 3 ou 4 de la maladie défini par l'OMS et numération des CD4 ≥ 200 cellules/mm³)

Figure 8 : Les composantes de base de l'initiation du TAR à un stade avancé du VIH

	ANALYSES DE BASE EN LABORATOIRE	INITIATION DU TAR	SUIVI IMMÉDIAT
QUAND	Tests de base (CD4, dépistage de la TB), CRAG et LAM si indiqué), dans la mesure du possible, test au PI ou sur place le jour même. Si le test le jour même n'est pas possible, les résultats devraient être disponibles dans un délai d'une semaine	Quand le client souffre de TB ou de méningite cryptocoque, initier le TAR conformément aux directives cliniques. Si aucune IO n'est traitée, l'initiation rapide devrait être proposée dans un délai de 7 jours, voire le jour même	Les visites cliniques devraient être plus intenses (par ex., une à deux fois par semaine) jusqu'à ce que le patient soit stable ; suivi communautaire hebdomadaire une à deux fois par semaine
OÙ	SH, SA, clinique de soins primaires	SH, SA, clinique de soins primaires	Établissement de santé, envisager un suivi communautaire et/ou à domicile
QUI	Techniciens de laboratoire, docteurs, AC, personnel infirmier, travailleurs non professionnels	Docteurs, AC, personnel infirmier	Docteurs, AC, personnel infirmier, catégories d'agents de santé en milieu communautaire
QUOI	Programme de soin pour un stade avancé du VIH ¹⁶ Évaluation de l'état de préparation (clinique et psychosociale) pour le TAR	TAR Programme de prophylaxie comme indiqué	Suivi clinique et psychosocial

Maladie avancée : individus qui se présentent aux soins ou y retournent à un stade avancé du VIH, déterminé par les critères cliniques (stade 3 ou 4) et/ou immunologiques (CD4 < 200 cellules/mm³) ; ces individus peuvent ne pas avoir été préalablement traités ou avoir interrompu le traitement.



PARTIE 9

CONCLUSION

Les principes de la PDS et des services différenciés de dépistage du VIH devraient être élargis pour améliorer le taux de couverture du dépistage du VIH et pour identifier le reste des personnes vivant avec le VIH qui ne connaissent pas leur statut. Le choix du modèle dépendra du contexte déterminé par l'analyse de situation, et les modèles seront adaptés, construits ou abandonnés pour répondre aux problèmes locaux et aux besoins spécifiques du client.

Prestation différenciée de services pour le VIH : Cadre décisionnel pour les services de dépistage du VIH utilise l'approche à six étapes pour aider les gestionnaires de programmes de lutte contre le VIH à déterminer quels changements pourraient être apportés aux modèles de dépistage du VIH existants ou à concevoir de nouveaux

modèles pour des populations spécifiques dans des contextes spécifiques. En suivant ces étapes, vous pourrez élaborer des modèles de prestation de services de dépistage du VIH de qualité. Le présent cadre devrait être utilisé en parallèle avec les lignes directrices de l'OMS relatives au dépistage du VIH¹², à l'auto-dépistage du VIH, à la notification des partenaires¹⁷ et à l'initiation rapide des TAR¹⁶. D'autres exemples et outils peuvent être consultés sur www.differentiatedservicedelivery.org. Vos commentaires sont les bienvenus.

Contactez-nous à l'adresse électronique suivante dsd@iasociety.org et consultez le site www.differentiatedservicedelivery.org pour de plus amples renseignements.

Avec des services différenciés de dépistage du VIH...



Andrew a pu identifier quelle population spécifique cibler et il utilisera les composantes de base pour concevoir le modèle adapté que son district utilisera pour mobiliser, dépister et mettre les clients en relation avec des services de prévention et de traitement.



Namrata pourra elle-même faire le test du VIH lorsque son homologue distribuera les tests d'auto-dépistage du VIH à l'endroit où elle travaille. Son homologue s'assurera aussi que tout le monde est mis en relation avec un service de prévention ou de traitement.



Judith et sa famille ont tous été testés par l'agente de santé communautaire qui a procédé à la notification du partenaire et au dépistage autour du cas index. Le test du partenaire de Judith s'est révélé négatif et l'agente de santé communautaire l'a donc orienté vers la clinique pour des conseils en matière de prévention.



John et ses collègues de l'entreprise de sécurité sont optimistes concernant la poursuite de leur travail et apprécient le bilan de santé annuel, qui comprend le contrôle de leur PA et un test du VIH. On leur a conseillé plusieurs cliniques de TAR à proximité et il a beaucoup apprécié lorsque le conseiller qui l'a testé l'a appelé pour vérifier qu'il s'était rendu à la clinique et avait commencé son TAR.

RÉFÉRENCES

1. UNAIDS. *HIV prevention 2020 road map*. Geneva: UNAIDS; 2017.
2. Grimsrud A, Bygrave H, Doherty M, et al. Reimagining HIV service delivery: the role of differentiated care from prevention to suppression. *Journal of the International AIDS Society*. 2016;19(1):21484.
3. International AIDS Society (IAS). *Differentiated care for HIV: A decision framework for antiretroviral therapy delivery*. Durban, South Africa; July 2016.
4. International AIDS Society (IAS). *Differentiated Care for HIV: A decision framework for differentiated antiretroviral therapy delivery for children, adolescents and pregnant and breastfeeding women*. Paris, France; 2017.
5. World Health Organization. *Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: recommendations for a public health approach – 2nd ed*. Geneva, Switzerland: WHO; 2016.
6. WHO, CDC, USAID, PEPFAR, IAS. *Key Considerations for differentiated service delivery for specific populations: Children, adolescents, pregnant and breastfeeding women and key populations*. Geneva: World Health Organization; 2017.
7. UNAIDS. *Ending AIDS: Progress towards 90-90-90 targets*. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS); 2017.
8. Suthar AB, Ford N, Bachanas PJ, et al. Towards universal voluntary HIV testing and counselling: a systematic review and meta-analysis of community-based approaches. *PLoS Med*. 2013;10(8):e1001496.
9. World Health Organization. *Consolidated guidelines on HIV testing services 2015*. Geneva: World Health Organization; 2015.
10. Roura M, Watson-Jones D, Kahawita TM, Ferguson L, Ross DA. Provider-initiated testing and counselling programmes in sub-Saharan Africa: a systematic review of their operational implementation. *AIDS*. 2013;27(4):617-626.
11. UNAIDS. *Blind spot reaching out to men and boys: Addressing a blind spot in the response to HIV*. Geneva: UNAIDS; 2017.
12. World Health Organization. *Consolidated guidelines on HIV testing services 2015*. Geneva: World Health Organization; 2015.
13. Kelly SL, Martin-Hughes R, Stuart RM, et al. The global Optima HIV allocative efficiency model: targeting resources in efforts to end AIDS. *The Lancet. HIV*. 2018;5(4):e190-e198.
14. Ferrand RA, Meghji J, Kidia K, et al. Implementation and Operational Research: The Effectiveness of Routine Opt-Out HIV Testing for Children in Harare, Zimbabwe. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2016;71(1):e24-29.
15. LaCourse SM, Chester FM, Matoga M, et al. Implementation and Operational Research: Implementation of Routine Counselor-Initiated Opt-Out HIV Testing on the Adult Medical Ward at Kamuzu Central Hospital, Lilongwe, Malawi. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2015;69(1):e31-35.
16. World Health Organization. *Guidelines for managing advanced HIV disease and rapid initiation of antiretroviral therapy*. Geneva: WHO; 2017.
17. World Health Organization. *Guidelines on HIV self-testing and partner notification: supplement to consolidated guidelines on HIV testing services*. Geneva: WHO; 2017.
18. Press Association. Prince Harry calls for society to embrace HIV and Aids tests. *The Guardian*; 2017.

19. Naik R, Zembe W, Adigun F, et al. What Influences Linkage to Care After Home-Based HIV Counseling and Testing? *AIDS Behav.* 2018;22(3):722-732.
20. Meehan SA, Sloom R, Draper HR, Naidoo P, Burger R, Beyers N. Factors associated with linkage to HIV care and TB treatment at community-based HIV testing services in Cape Town, South Africa. *PLoS One.* 2018;13(4):e0195208.
21. Boeke CE, Nabitaka V, Rowan A, et al. Assessing linkage to and retention in care among HIV patients in Uganda and identifying opportunities for health systems strengthening: a descriptive study. *BMC Infect Dis.* 2018;18(1):138.
22. McNairy ML, Lamb MR, Gachuhi AB, et al. Effectiveness of a combination strategy for linkage and retention in adult HIV care in Swaziland: The Link4Health cluster randomized trial. *PLoS Med.* 2017;14(11):e1002420.
23. Elul B, Lamb MR, Lahuerta M, et al. A combination intervention strategy to improve linkage to and retention in HIV care following diagnosis in Mozambique: A cluster-randomized study. *PLoS Med.* 2017;14(11):e1002433.
24. Liao A, Crepaz N, Lyles CM, et al. Interventions to promote linkage to and utilization of HIV medical care among HIV-diagnosed persons: a qualitative systematic review, 1996-2011. *AIDS Behav.* 2013;17(6):1941-1962.
25. Ruria EC, Masaba R, Kose J, et al. Optimizing linkage to care and initiation and retention on treatment of adolescents with newly diagnosed HIV infection. *AIDS.* 2017;31 Suppl 3:S253-s260.
26. Kranzer K, Govindasamy D, Ford N, Johnston V, Lawn SD. Quantifying and addressing losses along the continuum of care for people living with HIV infection in sub-Saharan Africa: a systematic review. *J Int AIDS Soc.* 2012;15(2):17383.
27. Nsigaye R, Wringe A, Roura M, et al. From HIV diagnosis to treatment: evaluation of a referral system to promote and monitor access to antiretroviral therapy in rural Tanzania. *J Int AIDS Soc.* 2009;12:31.
28. Shelus V, Taylor J, Greene E, et al. It's all in the timing: Acceptability of a financial incentive intervention for linkage to HIV care in the HPTN 065 (TLC-Plus) study. *PLoS One.* 2018;13(2):e0191638.
29. Chamie G, Schaffer EM, Ndyabakira A, et al. Comparative effectiveness of novel non-monetary incentives to promote HIV testing: a randomized trial. *AIDS.* 2018.
30. Labhardt ND, Ringera I, Lejone TI, et al. Effect of Offering Same-Day ART vs Usual Health Facility Referral During Home-Based HIV Testing on Linkage to Care and Viral Suppression Among Adults With HIV in Lesotho: The CASCADE Randomized Clinical Trial. *Jama.* 2018;319(11):1103-1112.
31. USAID P, LINKAGES,. *Differentiated care for antiretroviral therapy for key populations: Case examples from the LINKAGES project.* Washington, DC: USAID; 2017.

ANNEXES



ANNEXE 1 :

Approches relatives aux trois composantes des modèles différenciés de prestation de services de dépistage du VIH

Comme indiqué dans la Partie 2, tout modèle de prestation de services de dépistage du VIH devrait inclure la mobilisation, le dépistage et la mise en relation. La présente annexe décrit des options pour ces trois composantes.

Mobilisation

Des stratégies de mobilisation sont requises pour encourager les agents de santé à proposer le dépistage, et encourager les populations à l'accepter. Les agents de santé de tous les points d'entrée des établissements où le dépistage du VIH est indiqué dans un contexte particulier devraient être sensibilisés aux avantages procurés par le dépistage du VIH et la mise en relation avec des services de prévention et de traitement. Une collaboration et une coordination sont donc nécessaires entre tous les services au sein de grandes institutions. Le personnel de la clinique de TAR devrait être mobilisé pour s'assurer que tous les partenaires et les membres de la famille des cas index sont testés.

La mobilisation peut être obtenue par le biais d'une variété de stratégies et en utilisant plusieurs stratégies parallèles. Ces stratégies comprennent notamment des approches de masse/groupe, des approches en réseaux, la notification des partenaires et le dépistage autour des cas index.

Masse/groupe

La diffusion d'informations sur le dépistage du VIH à la radio ou dans des publications locales peut servir à envoyer des messages clés sur le lieu, l'heure et la manière d'accéder aux services de dépistage du VIH aux communautés. Le recrutement de membres importants de la communauté pour promouvoir le dépistage du VIH par le biais de ces campagnes peut aussi contribuer à réduire la stigmatisation et à normaliser le dépistage du VIH¹⁸.

Approches reposant sur des réseaux – le rôle des pairs

La participation des pairs comme « ambassadeurs du dépistage du VIH » pour communiquer des informations et encourager les autres à participer au dépistage du VIH s'est avérée une stratégie efficace, notamment chez les populations spécifiques telles que les adolescents et les populations clés. Cette stratégie « boule de neige », où les clients identifient d'autres clients potentiels parmi leurs connaissances, peut aider les pairs à diffuser des informations, à distribuer des invitations ou à sensibiliser leurs pairs au dépistage. Cette stratégie peut aussi être appliquée dans des institutions spécifiques, comme par exemple des écoles ou des lieux de travail.

Notification des partenaires et dépistage autour des cas index

Le dépistage des partenaires et des enfants de clients séropositifs est une priorité. Le dépistage autour des cas index suppose de mobiliser le foyer, la famille et les partenaires de personnes infectées par le VIH pour leur proposer des services de dépistage

Lignes directrices de l'OMS

Encadré 9 : Recommandations de l'OMS relatives à la notification des partenaires¹²

Des services de notification assistée des partenaires reposant sur la participation volontaire devraient être proposés dans le cadre d'un ensemble complet de services de dépistage et de soins pour les personnes vivant avec le VIH.

du VIH (SDV). La notification des partenaires est une forme de mobilisation et est un processus volontaire dans lequel un agent de santé formé pose des questions aux personnes diagnostiquées séropositives sur leurs partenaires sexuels, et si le client accepte, proposent à ces partenaires des SDV. La notification des partenaires peut être passive ou assistée. Par ailleurs, un dépistage du VIH doit aussi être proposé aux enfants de clients séropositifs. Le dépistage autour des cas index peut être effectué en invitant les partenaires ou les enfants à se rendre dans l'établissement ou par le biais d'un dépistage communautaire ou à domicile, notamment à travers la distribution de kits de tests d'auto-dépistage par le cas index ou des catégories d'agents de santé communautaires.

La notification des partenaires peut être passive (à l'initiative du client) ou assistée (lorsque le client donne la permission à l'agent de santé de contacter ses partenaires actuels et passés). L'OMS recommande une notification assistée volontaire des partenaires.

La notification passive (aussi appelée orientation par le patient), c'est lorsqu'un agent de santé formé encourage les clients séropositifs à dévoiler d'eux-mêmes leur statut à leurs partenaires sexuels ou qui s'injectent des drogues, et suggère des SDV au partenaire. Cette stratégie peut être complétée par une autre modalité de dépistage sous la forme de kits d'auto-dépistage remis au cas index pour ses partenaires.

La notification assistée volontaire des partenaires, c'est lorsqu'un client séropositif consent reçoit l'aide d'un agent de santé formé pour dévoiler son statut ou notifier anonymement ses partenaires sexuels. Le prestataire propose alors des SDV à ces partenaires. La notification assistée des partenaires s'inscrit dans le cadre d'une orientation contractuelle, d'une orientation par le prestataire ou d'une double orientation.

- **L'orientation contractuelle,** c'est lorsque le client passe un contrat avec un prestataire formé et accepte de dévoiler son statut de lui-même et d'orienter son partenaire vers

des SDV dans un délai prescrit. Si le partenaire n'accède pas aux SDV, le prestataire de santé contactera le partenaire directement pour lui proposer les SDV.

- **L'orientation par le prestataire**, c'est lorsqu'un prestataire formé, avec le consentement du client séropositif, contacte anonymement et directement le partenaire de la personne et lui propose des SDV volontaires.
- **La double orientation**, c'est lorsqu'un prestataire formé accompagne et aide le client séropositif à dévoiler son statut et peut alors proposer des SDV au partenaire.

Dépistage

Le dépistage fait référence au modèle de prestation de services mis en œuvre pour distribuer, effectuer et enregistrer les résultats du test du VIH. Les informations concernant l'heure à laquelle les services de dépistage du VIH sont proposés, la fréquence du dépistage, le lieu où se déroule le dépistage et la personne qui effectue le test, doivent être définies pour chaque modèle. Chacun de ces aspects de la prestation du dépistage est examiné plus en détail dans la Partie 6, les composantes de base des services de dépistage du VIH.

Un dépistage précis et de qualité doit s'inscrire dans la stratégie de dépistage définie en fonction de la forte ($\geq 5\%$) ou de la faible ($< 5\%$) prévalence du VIH et utiliser les tests préqualifiés de l'OMS dans un algorithme de test validé, comme le préconisent les lignes directrices de l'OMS relatives au dépistage du VIH¹². La répétition du test de dépistage avec l'initiation du TAR pour vérifier le statut sérologique est importante pour garantir un dépistage du VIH de qualité et prévenir toute utilisation inutile du TAR. La fréquence de la répétition du test pour les clients présentant un risque permanent devrait être clairement définie dans le modèle.

En plus de l'algorithme de dépistage du VIH réalisé par les agents de santé, une stratégie appelée « **test à des fins de triage** » peut aussi être appliquée. Celle-ci est souvent utilisée en milieu communautaire où une catégorie d'agents de santé ou un travailleur pair réalise un test du VIH. S'il est positif, le client est mis en relation avec un établissement où une catégorie d'agents de santé ayant suivi une formation sur les conseils en matière de VIH et le dépistage du VIH réalise l'algorithme complet. De même, dans le cadre d'un auto-dépistage du VIH, la confirmation d'un autotest positif doit être obtenue à des fins de diagnostic.

Un test du VIH peut être réalisé dans un établissement (un établissement sanitaire ou non sanitaire) ou dans la communauté. Différentes modalités de dépistage peuvent être utilisées dans chaque endroit, y compris un autotest du VIH.

Établissement sanitaire

Le dépistage du VIH peut être proposé comme un service indépendant ou être intégré dans d'autres services d'établissements sanitaires ou de dépistage. L'OMS recommande de proposer le CDIP dans des établissements en fonction du type d'épidémie (Encadré 4, page 26)¹⁷. Le dépistage du VIH peut aussi s'accompagner d'autres activités

de dépistage portant notamment sur la TB, les IST, la nutrition, l'hypertension ou le diabète.

Établissement non sanitaire

La distribution et l'accès aux tests du VIH devraient aussi être élargis à d'autres établissements non sanitaires en fonction de l'endroit où se trouvent les populations ciblées par le dépistage. Les exemples incluent le dépistage du VIH sur les lieux de travail, dans les prisons et autres endroits confinés, dans les écoles et établissements d'enseignement, et dans d'autres établissements où l'on peut accéder à la même population de manière récurrente.

Communauté

Le dépistage du VIH peut aussi être réalisé en milieu communautaire, par un dépistage à domicile ou une sensibilisation porte à porte, des campagnes de sensibilisation itinérantes et un dépistage dans des lieux de culte, des parcs, des bars et d'autres lieux.

Auto-dépistage

L'auto-dépistage du VIH devrait être envisagé comme une modalité de dépistage en même temps que le dépistage traditionnel par des agents de santé dans le cadre d'un modèle de prestation de services de dépistage du VIH. Dans les composantes de base (quand, où, qui et quoi) de tout modèle de dépistage (Partie 6), le « qui » réalisant le test devient donc le client. Les kits d'auto-dépistage du VIH peuvent être distribués dans l'établissement ou au sein de la communauté, notamment dans le secteur privé, la communauté, les réseaux sociaux, par les partenaires, dans d'autres lieux et institutions, et peuvent être réalisés avec ou sans assistance.

Mise en relation

La réalisation d'un test du VIH devrait toujours être suivie d'une mise en relation des clients (séropositifs et séronégatifs) avec un ensemble complet de services de prévention et d'une mise en relation des clients séropositifs avec des services de soin et d'initiation du TAR (Partie 8). La mise en relation avec des services de soin peut être influencée par des facteurs individuels, communautaires et liés au système de santé¹⁹. Différents types de modèles de prestation de services de dépistage (par exemple, établissement sanitaire, établissement non sanitaire, communauté) et de modalités de dépistage (CDIP et auto-dépistage) peuvent avoir un impact sur les possibilités de mise en relation et nécessiteront donc des approches différentes^{20,21}. On a aussi constaté qu'une combinaison de stratégies de mise en relation (telle que l'utilisation de SMS, un TAR précoce et un diagnostic plus rapide) peut s'avérer nécessaire pour améliorer le recours aux TAR^{22,23}. Différentes stratégies pour faciliter la mise en relation avec des services de prévention ou d'initiation des TAR sont décrites ci-dessous.

Orientation

Une fois testés, les clients auront besoin d'une orientation écrite, verbale ou électronique vers un service proposant des services de soin ou de prévention du VIH. Des formulaires et des procédures normalisés devraient être mis en place pour faciliter ce processus.

Accompagnement

Lorsque le dépistage du VIH a lieu dans une multitude de points d'entrée au sein de grandes institutions, les clients peuvent avoir des difficultés à localiser physiquement le site du TAR et à se présenter émotionnellement aux soins. De même, s'il est testé dans la communauté, un client peut se heurter à plusieurs obstacles pour localiser un site de TAR. On a constaté qu'après un dépistage, l'accompagnement direct du client jusqu'au service de TAR par la personne ayant réalisé le test ou un membre du personnel désigné (tel qu'un prestataire non professionnel ou un pair) améliorait les taux de mise en relation avec les soins²⁴. Travailler avec les pairs pour accompagner les clients jusqu'au site du TAR s'est aussi avéré particulièrement bénéfique notamment pour les adolescents²⁵ et les populations clés.

Indemnisation/mesures d'incitation

Une indemnité au titre des frais de voyage a aussi été proposée comme une pratique efficace pour améliorer la mise en relation avec les soins²⁶⁻²⁸. D'autres mesures d'incitation financières ont été proposées dans d'autres études mais n'ont pas toujours eu un impact positif sur la mise en relation²⁹. Une évaluation plus approfondie de ces mesures d'incitation pourrait s'avérer nécessaire.

Initiation du TAR le jour même

On a constaté que l'offre d'une initiation rapide du TAR le jour même à personnes prêtes à débiter le traitement contribuait à améliorer la proportion de clients séropositifs nouvellement identifiés qui commencent le traitement. L'initiation du TAR est de plus en plus décentralisée – de l'hôpital vers les centres de soins de santé primaire et, récemment, vers les communautés. Au Lesotho, on a noté une amélioration des résultats liés à l'initiation des TAR des clients qui commencent le traitement chez eux après un dépistage du VIH à domicile³⁰. Pour les populations clés, de plus en plus d'organismes communautaires entretiennent des liens avec des cliniques et proposent une initiation des TAR sur place et des renouvellements de TAR dans leurs locaux, tels que des centres d'accueil³¹.

Services accueillants

La connaissance et l'expérience des services de santé peuvent avoir une influence majeure sur la probabilité de mise en relation d'un client avec un service de soins. Si les services liés au VIH

au sein d'une communauté spécifique sont perçus comme « peu accueillants », surchargés ou s'ils ne sont pas ouverts à des heures pratiques, les clients pourraient être dissuadés de les utiliser. C'est pourquoi l'amélioration de la qualité des services liés au TAR par une approche différenciée des soins axée sur le client peut améliorer les liens entre le dépistage du VIH et l'initiation des TAR.

Les conseils prodigués après le test doivent donc contenir suffisamment d'informations sur le choix des cliniques disponibles et sur la manière et l'heure pour accéder aux services. Les clients pour lesquels la stigmatisation est encore très problématique devraient pouvoir choisir la clinique qu'ils veulent et, même si une décentralisation a été mise en place, les individus devraient décider s'ils souhaitent se rendre dans une clinique située à proximité ou en dehors de leur communauté.

L'intervention, ou la combinaison d'interventions, en matière de mise en relation devrait être planifiée pour chaque modèle et peut être conçue en utilisant les mêmes composantes de base que la prestation différenciée des TAR (Partie 6). Des procédures opérationnelles standard (POS) pour la mise en relation avec les services de soin et de prévention devraient être élaborées pour les modèles de dépistage en établissement et en milieu communautaire, et définir les personnes chargées de la mise en relation du client avec les services, et le délai dans lequel cette mise en relation doit être accomplie.

Traçabilité

En cas d'inefficacité des stratégies initiales de mise en relation, une procédure pour localiser les clients qui ne sont pas en relation avec les services de soin devra être mise en place. Lors du contact initial, lorsqu'ils sont testés, les clients devraient accepter d'être localisés et fournir idéalement un numéro de téléphone et une adresse. Les clients peuvent être localisés par des appels, des SMS ou des visites à domicile effectuées par des agents de santé familiaux ou communautaires. L'Annexe 5 donne un exemple d'une POS pour la mise en relation des clients avec des services de soin du VIH. Une POS similaire pourrait être élaborée pour la mise en relation des populations vulnérables prioritaires avec des services de prévention.

ANNEXE 2 :

Annexes d'appui à la mise en œuvre disponibles en ligne

Disponibles sur <http://bit.ly/2sVehV5>

- **Annexe en ligne 1 pour le dépistage :** Modèle pour évaluer les services différenciés de dépistage du VIH à l'échelle nationale (Excel)
- **Annexe en ligne 2 pour le dépistage :** Modèle pour évaluer les services différenciés de dépistage du VIH à l'échelle des établissements
- **Annexe en ligne 3 pour le dépistage :** Modèle pour évaluer les politiques pertinentes liées aux services différenciés de dépistage du VIH
- **Annexe en ligne 4 pour le dépistage :** Cadres politiques et réglementaires à considérer pour optimiser la mise en œuvre de l'auto-dépistage du VIH
- **Annexe en ligne 5 pour le dépistage :** Autres ressources et exemples pour faciliter la mise au point d'une combinaison stratégique de services de dépistage du VIH

Ressources supplémentaires disponibles sur le dépistage et le coût du VIH

Disponibles sur <http://bit.ly/2sVehV5>

- Série de séminaires Web de l'OMS et du Groupe de travail sur le rapport coût-efficacité des services de dépistage du VIH (CENTS) – diapositives et enregistrements
- Module SPECTRUM en ligne pour le dépistage du VIH mis à disposition par Avenir Health fin 2018 : <http://www.avenirhealth.org/index.php>

ANNEXE 3 :

Questionnaire d'évaluation des services de dépistage du VIH

Mobilisation

Population générale		Établissement
Décrivez les activités de mobilisation menées dans l'établissement		
Des campagnes de mobilisation de groupe ou de masse sont-elles organisées (campagnes médiatiques, à la radio) ? O/N		
Si oui (groupe/masse), à quelle fréquence sont-elles organisées ?		
Un dépistage autour des cas index est-il réalisé ? O/N		
Existe-t-il une POS sur la notification des partenaires et le dépistage autour des cas index ? Si oui, veuillez l'indiquer.		
La notification assistée des partenaires est-elle effectuée par les agents de santé ? O/N		
La notification assistée des partenaires est-elle effectuée par des prestataires non professionnels ? O/N		
Décrivez les nouvelles approches ou réussites en matière de mobilisation de la population générale en faveur du dépistage du VIH		
Décrivez les difficultés rencontrées pour mobiliser la population générale		
Les hommes participent-ils à la mobilisation de leurs communautés en faveur du dépistage du VIH ? O/N		
Enfants & adolescents		
OÙ	Des activités de mobilisation sont-elles menées dans les écoles ? O/N Si oui, veuillez spécifier le groupe d'âges.	
	Des activités de mobilisation sont-elles menées dans les centres pour jeunes ? O/N	
QUI	Les pairs adolescents participent-ils aux activités de mobilisation ? O/N Veuillez donner des exemples	
Populations clés		
QUAND	Les activités de mobilisation sont-elles menées à des heures adaptées pour les populations clés ? Veuillez préciser.	
OÙ	Les activités de mobilisation sont-elles menées dans des lieux spécifiques pour les populations clés ? Veuillez préciser.	
QUI	Les pairs issus des travailleuses et travailleurs du sexe participent-ils à la mobilisation de leur communauté en faveur du dépistage du VIH ? O/N	
	Les pairs issus des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes participent-ils à la mobilisation de leur communauté en faveur du dépistage du VIH ? O/N	
	Les pairs issus des personnes transgenres participent-ils à la mobilisation de leur communauté en faveur du dépistage du VIH ? O/N	
	Les pairs issus des personnes qui s'injectent des drogues participent-ils à la mobilisation de leur communauté en faveur du dépistage du VIH ? O/N	
	Les pairs issus des prisonniers et autres personnes vivant dans des milieux confinés participent-ils à la mobilisation de leur communauté en faveur du dépistage du VIH ? O/N	

Dépistage

Population générale		Établissement
QUAND	Existe-t-il des services de dépistage du VIH en dehors des heures de bureau dans les établissements sanitaires ? O/N	
	Le dépistage est-il disponible le weekend dans les établissements sanitaires ? O/N si oui, veuillez spécifier les jours et les heures.	
	Le dépistage est-il disponible 24h/24 dans les SH ? O/N	
	Le dépistage est-il disponible 24h/24 à la maternité ? O/N	
	Quand les services de dépistage communautaire sont-ils fournis ?	
OÙ Parmi les établissements ou les sites communautaires suivants, lesquels fournissent les SDV ?	CDIP dans la clinique de SPn ? O/N	
	CDIP dans la clinique de soin de la TB ? O/N	
	CDIP dans la clinique de soin des IST ? O/N	
	CDIP dans le SA ? O/N	
	CDV dans l'établissement ? O/N	
	Écoles ? O/N	
	Lieux de travail ? O/N	
	Prisons ? O/N	
	Porte à porte communautaire ? O/N	
	Sensibilisation communautaire & dépistage itinérant pour la population générale ? O/N	
	Dépistage des dans lieux communautaires fixes pour la population générale ? O/N	
	Autre mode de prestation de services de dépistage (veuillez décrire dans les commentaires)	
	Dépistage communautaire autour des cas index (sensibilisation active des cas index dans la communauté) ? O/N	
	Dépistage en établissement autour des cas index (invitation des partenaires et des membres de la famille) ? O/N	
Distribution de tests d'auto-dépistage dans l'établissement ? O/N		
Distribution de tests d'auto-dépistage dans la communauté ? O/N		
Autre - veuillez spécifier		
QUI Parmi les agents de santé suivants, lesquels sont capables de réaliser des tests rapides du VIH ?	Docteur ? O/N	
	Agent clinique ? O/N	
	Personnel infirmier ? O/N	
	Conseiller ? O/N	
	Agent de santé communautaire (qui n'est pas conseiller) ? O/N	
	Client/pair/prestataire non professionnel expert ? O/N	
	Autre - veuillez spécifier	
Enfants et adolescents		
QUAND	Le dépistage est-il proposé en dehors des heures d'école ?	
OÙ	Le dépistage est-il proposé dans les écoles ?	
	Le dépistage est-il proposé dans les cliniques de SMI ?	
	Le dépistage est-il proposé dans les cliniques PEV ou dans les activités PEV ?	
	Autre - veuillez spécifier	
QUI Prélève les gouttes de sang séchées pour l'EID	Docteur ? O/N	
	Agent clinique ? O/N	
	Personnel infirmier ? O/N	
	Conseiller ? O/N	
	Agent de santé communautaire (qui n'est pas conseiller) ? O/N	
Autre - veuillez spécifier		





Populations clés		
QUAND	Le dépistage est-il réalisé à des heures adaptées pour les populations clés ? Veuillez préciser.	
OÙ	Les activités de dépistage sont-elles réalisées dans des endroits spécifiques pour les populations clés ? Veuillez préciser.	
QUI	Les pairs issus des travailleuses et travailleurs du sexe participent-ils au dépistage de leur communauté ?	
	Les pairs issus des HSH participent-ils au dépistage de leur communauté ?	
	Les pairs issus des PT participent-ils au dépistage de leur communauté ?	
	Les pairs issus des PID participent-ils au dépistage de leur communauté ?	
	Les pairs issus des prisonniers et autres personnes vivant en milieux confinés participent-ils au dépistage de leur communauté ?	





Mise en relation





Population générale	Établissement	
Existe-t-il une POS pour mettre les clients séropositifs en relation avec des services de soin et de traitement à partir des établissements et des points de dépistage communautaires ? O/N si oui, veuillez indiquer laquelle.		
Existe-t-il un formulaire d'orientation pour la mise en relation ? O/N Si oui, veuillez préciser lequel.		
Dans l'établissement, existe-t-il un système d'escorte entre les points de dépistage et la clinique TAR ?		
Après le dépistage communautaire, le client est-il mis en relation avec un agent de santé communautaire ?		
Après le dépistage communautaire, le client est-il mis en relation avec client/pair expert ?		
Les clients testés positifs dans la communauté sont-ils localisés s'ils ne sont pas en relation avec des soins ?		
Si oui : une recherche est-elle effectuée par téléphone ?		
Si oui : une recherche communautaire est-elle effectuée aux domiciles des clients ?		
Les clients masculins séronégatifs sont-ils mis en relation avec des services de CMMV ? O/N		
Décrivez toute autre stratégie de mise en relation en place pour faciliter la mise en relation avec les soins du VIH après le dépistage		
Quelle est la recommandation concernant le délai d'initiation après un diagnostic positif ?		
Veuillez indiquer les POS relatives à l'initiation des TAR (conseils et cliniques) – pour les patients à un stade précoce comme pour les patients à un stade avancé du VIH		
Enfants et adolescents		
Comment les enfants séropositifs sont-ils mis en relation avec les services de TAR ?		
Les pairs adolescents participent-ils à la mise en relation des adolescents séropositifs aux services de TAR ?		
Populations clés		
Travailleuses et travailleurs du sexe	Comment les TS séropositifs sont-ils mis en relation avec les services de TAR ?	
	Comment les TS sont-ils mis en relation avec les services de prévention ?	
	Les pairs issus des TS participent-ils à la mise en relation des clients avec les services ?	
Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	Comment les HSH séropositifs sont-ils mis en relation avec les services de TAR ?	
	Comment les HSH sont-ils mis en relation avec les services de prévention ?	
	Les pairs issus des HSH participent-ils à la mise en relation des clients avec les services ?	
Personnes transgenres	Comment les PT séropositives sont-elles mises en relation avec les services de TAR ?	
	Comment les PT sont-elles mises en relation avec les services de prévention ?	
	Les pairs issus des PT participent-ils à la mise en relation des clients avec les services ?	
Personnes qui s'injectent des drogues	Comment les PID séropositives sont-elles mises en relation avec les services de TAR ?	
	Comment les PID sont-elles mises en relation avec les services de prévention ?	
	Les PID participent-elles à la mise en relation des clients avec les services ?	
Prisonniers et personnes vivant dans des milieux confinés	Comment les prisonniers séropositifs et les personnes séropositives vivant en milieu confinés sont-ils mis en relation avec les services de TAR ?	
	Comment les prisonniers et personnes vivant dans des milieux confinés sont-ils mis en relation avec les services de prévention ?	
	Les prisonniers et personnes vivant dans des milieux confinés participent-ils à la mise en relation des clients avec les services ?	

ANNEXE 4 :





Considérations relatives aux composantes de base par population spécifique

HOMMES	
 QUAND	Pendant les heures de travail sur les lieux de travail ; après les heures de travail, dans les établissements et pour le dépistage communautaire
 OÙ	Établissement, lieux de travail, lieux de rendez-vous (bars, matchs de football, forums communautaires pour les hommes)
 QUI	Agents de santé, agents de santé non professionnels, pairs masculins, partenaires (notification des partenaires, y compris kits d'auto-dépistage du VIH)
 QUOI	SDV intégrés à un ensemble de services de dépistage : IST, hypertension, prestation de services de prévention (préservatifs, lien avec des services de CMMV)





POPULATIONS CLÉS	
 QUAND	Heure spécifique à laquelle la population clé se réunit (le soir dans les bars ou clubs)
 OÙ	Lieu communautaire fréquenté par la population clé ou centre d'accueil
 QUI	Agents de santé ayant été sensibilisés à la prestation de services de dépistage du VIH pour la population clé spécifique Participation des pairs aux trois aspects fondamentaux des SDV Utilisation de l'auto-dépistage comme modalité de prestation de services de dépistage
 QUOI	Toutes : SDV, dépistage et traitement des IST, planning familial, services de prévention (distribution de préservatif et lubrifiants, PrEP) PID : distribution d'aiguilles et traitement de substitution des opioïdes

ENFANTS	
 QUAND	En dehors des heures d'école ; une fois testés, ne pas répéter le test sauf en cas de nouvelle exposition
 OÙ	Cliniques pour les moins de 5 ans et SA ; cliniques de malnutrition ; écoles et centres de jeunesse ; à domicile dans le cadre du dépistage communautaire autour des cas index
 QUI	Agents de santé et agents de santé non professionnels formés
 QUOI	À combiner avec une évaluation de la nutrition et un PEV

ADOLESCENTS

 QUAND	En dehors des heures d'école
 OÙ	SA et cliniques de planning familial ; écoles, centres de jeunesse et autres lieux communautaires dans lesquels les jeunes se réunissent
 QUI	Participation des pairs adolescents ; agents de santé et agents de santé non professionnels formés
 QUOI	Sensibilisation au VIH et éducation sur la santé sexuelle, y compris au planning familial et aux IST, services de prévention

FEMMES ENCEINTES ET QUI ALLAIENT

 QUAND	Même jour que les services prénataux, postnataux et le PEV Calendrier spécifique pour la répétition du test des femmes séronégatives pour identifier les séroconvertisseurs
 OÙ	SPrN, SPoN, PEV, cliniques de planning familial ; dans les établissements et dans le cadre de services communautaires
 QUI	Personnel infirmier et sages-femmes intégrant les SDV dans les services SPrN et SPoNs Envisager la formation de mères pairs pour mobiliser, tester et encourager la mise en relation avec les services
 QUOI	Dépistage du VIH intégré aux services SPrN, SPoNs, et PEV et PF

ANNEXE 5 :

Exemple de mise en relation avec les services de TAR, Ghana

3.4 Liens avec les services de TAR



- Tous les clients séropositifs devraient être mis en relation avec les services de TAR de manière proactive.
- La personne réalisant le test du VIH devrait veiller à ce que le client soit mis en relation avec les services de TAR.
- Avec le consentement du client, ses coordonnées et le lieu qu'il a choisi pour recevoir le TAR devraient être consignés dans le registre des SDV.



- Dans les grands établissements, la mise en relation pourrait nécessiter une escorte du client jusqu'à la clinique proposant les services de TAR.



- Le TAR des clients diagnostiqués séropositifs au cours d'une hospitalisation devrait être initié dans le service (sauf si une initiation retardée est indiquée pour des raisons cliniques, telles qu'un traitement de méningite cryptocoque) et un plan d'orientation doit être clairement défini en tenant compte du lieu de traitement préféré du client.



- Lorsque le client a été testé dans la communauté, l'agent de santé ou l'agent de santé non professionnel réalisant le test du VIH devrait discuter des options relatives aux sites du TAR et le client devrait, avec son consentement, être mis en relation avec un agent de santé ou un volontaire (par exemple modèle d'espoir) de sa communauté.



- Les clients dont le test du VIH réalisé le mois précédent est positif devraient être suivis pour s'assurer qu'ils sont mis en relation avec des services de soin, soit en consultant le registre du TAR, soit en contactant le client par téléphone.
- Si le client n'est pas en relation avec un service de soin, des conseils supplémentaires devraient lui être prodigués par téléphone.
- Quand il ne peut pas être joint par téléphone, le personnel infirmier communautaire ou le volontaire du modèle d'espoir devrait programmer une visite à son domicile dans le cadre d'activités de promotion systématiques pour encourager le client à accéder aux services.

REMERCIEMENTS

Nous souhaiterions remercier l'ensemble des personnes et des organisations pour leurs conseils, leurs commentaires et leur soutien tout au long de l'élaboration du *Cadre décisionnel pour les services de dépistage du VIH*.

Le cadre décisionnel est le résultat d'un processus de collaboration avec les organismes internationaux représentés dans le Groupe de travail technique. Tous les organismes ont contribué sur le plan technique aux versions préliminaires du cadre.

Merci au Groupe de travail technique pour son soutien et ses commentaires précieux – Rachel Baggaley (OMS), Stephanie Behel (CDC), Tom Ellman (MSF), Anna Grimsrud (IAS), Cheryl Johnson (OMS), Obinna Onyekwena (Global Fund), Kevin Osborne (IAS), Midnight Poonkasetwattana (APCOM), Tanya Shewchuk (BMGF), Heather Watts (OGAC) et Vincent Wong (USAID).


Merci aussi à Ade Fakoyka (Global Fund), Kleio Iakovidi (MSF), Peter Ehrenkranz (BMGF), Annette Reinsich (Global Fund), Dalila Zachary (Global Fund) pour leurs contributions aux versions précédentes du cadre.

Merci à Helen Bygrave pour avoir rédigé le *Cadre décisionnel pour les services différenciés de dépistage du VIH* et à Tara Mansell et Nelli Bazarova de l'IAS.

Un merci tout particulier aux organismes qui ont fourni des études de cas et des exemples pour ce document, notamment the National AIDS Control Programme et ICAP en Tanzanie, le Ministère de la Santé de Côte d'Ivoire et les collègues au Brésil, au Cameroun, au Malawi, au Pakistan, en Afrique du Sud, en Ukraine, au Vietnam et au Zimbabwe.

Merci à la Fondation Bill & Melinda Gates pour son soutien financier.





PRESTATION DIFFÉRENCIÉE DES SERVICES POUR LE VIH : CADRE DÉCISIONNEL POUR LES SERVICES DE DÉPISTAGE DU VIH

Publié par : International AIDS Society (IAS)
Contact : decisionframework@iasociety.org
Amsterdam, Pays-Bas, Juillet 2018.

Droit d'auteur : Nous donnons la permission de photocopier ou de reproduire des extraits du présent ouvrage à condition de citer clairement et correctement la source.

Crédits photos dans l'ordre où elles apparaissent dans le document : Esther Ouma/Photoshare ; Juan D Torres/Photoshare ; CDC and Fiotec/Brazil ; Natacha Buhler/MSF ; Eric Gauss/UNITAID ; WHO Europe ; Sami Siva/MSF ; Sami Siva/MSF ; Georgina Goodwin/ Vestegaard Frandsen/Elisabeth Wilhelm/Photoshare ; Luca Sola/MSF ; Sara Creta/ MSF ; ET Arvind Jodha/UNFPA/Photoshare.

Les photos contenues dans le présent ouvrage sont utilisées à titre d'illustration uniquement ; elles n'impliquent aucun état de santé particulier, comportement, attitude ou action de la part de toute personne apparaissant sur les photos.

Conception : Design for development, www.d4d.co.za

Découvrez comment ces personnages vont trouver des solutions aux défis communs liés au dépistage du VIH

Comment suis-je censée faire le test du VIH quand les files d'attente à la clinique sont si longues ? Je ne sais pas non plus où je peux m'approvisionner régulièrement en préservatifs et j'ai entendu dire que certains de mes amis ont commencé à prendre la PrEP. Où dois-je aller ?



Namrata,
travailleuse du
sexe

Comment vais-je atteindre le reste des personnes séropositives qui ne connaissent pas leur statut avec les ressources dont nous disposons ? Nous devons atteindre nos objectifs 90-90-90.



Andrew, gestionnaire
du programme TAR
de district

Je me demande si je devrais faire le test du VIH ? Ce n'est pas facile pour moi d'aller à la clinique pour être testé parce que je suis au travail.



John, agent de
sécurité

J'ai appris ma séropositivité pendant ma grossesse, mais mon mari dit qu'il est trop occupé pour aller à la clinique pour faire le test.



Judith, David et leur
bébé