



**DÉPISTAGE
COMMUNAUTAIRE
DÉMÉDICALISÉ:
BONNES PRATIQUES
ET GUIDE
DE FORMATION**

Contenu

page	3	Édito
	5	À propos de Coalition PLUS
	6	Nos valeurs et principes d'action
	7	Le réseau de Coalition PLUS
	9	Notre impact
page	10	PARTIE I : DÉPISTAGE COMMUNAUTAIRE : LES SUCCÈS DES PLATEFORMES SOUS-RÉGIONALES DE COALITION PLUS
	11	Lever les barrières au dépistage démédicalisé
	17	Renforcer la contribution communautaire au dépistage

page	26	PARTIE II : GUIDE DE FORMATION
	27	Introduction au guide standard de formation au dépistage communautaire démédicalisé
	29	Session I : Introduction de la formation
	49	Session II : Bases sur le VIH et les IST, les modes de transmissions, épidémiologie et facteurs de risques
	68	Session III : Défis des interventions auprès des populations clés
	81	Session IV : Conseil et réalisation du test

ÉDITO



Par Bintou Dembele-Keita, Amira Herdoïza, Naoual Laaziz, Jeanne d'Arc Kabanga et Annette Ebsen Treebhoobun, Coordinatrices de Plateforme et administratrices de Coalition PLUS

D'après l'ONUSIDA, en 2021 **5,9 millions des 38,4 millions de personnes vivant avec le VIH ne connaissent pas leur statut sérologique (15 %)**¹. Ces données nous rappellent toute l'importance du dépistage qui constitue la porte d'entrée vers la prise en charge en cas de découverte de séropositivité. Dépister, c'est ainsi permettre aux personnes vivant avec le VIH de bénéficier d'un traitement qui, s'il est bien pris, leur garantit une espérance et une qualité de vie comparables à celles des personnes non infectées. Dépister, c'est aussi impacter la dynamique épidémiologique en réduisant la charge virale des personnes prises en charge jusqu'à l'indétectabilité, de telle manière qu'elles ne transmettent plus le VIH.

Dans nos pays, à travers tout le réseau de Coalition PLUS, les épidémies sont majoritairement concentrées parmi des populations spécifiques qui sont particulièrement exposées au VIH en raison de facteurs cumulés de vulnérabilité. C'est le cas des travailleurs.euses du sexe, des hommes ayant des relations homosexuelles ou des usagers.ères de drogues. Aux pratiques sexuelles ou de consommation de produits psychoactifs s'ajoutent des facteurs de vulnérabilité sociale, comme la criminalisation, la stigmatisation et les discriminations, qui poussent les personnes dans la clandestinité et les éloignent des centres de prise en charge. À cela s'ajoute la difficulté de mettre en place des politiques de santé publique efficaces pour parvenir à toucher les personnes éloignées du soin.

Face à ces enjeux, les associations communautaires ont su apporter une réponse adaptée depuis plus d'une décennie déjà : **le dépistage communautaire démedicalisé**. Assuré par des pair éducateurs.rices issus.es des communautés, avec qui ils et elles entretiennent une relation de confiance et de proximité, le dépistage communautaire

¹ <https://www.unaids.org/fr/resources/fact-sheet>

se déploie au-devant des personnes, directement sur leurs lieux de sociabilité. À travers nos réseaux et nos Plateformes sous-régionales, nous avons pu décupler cette force communautaire en organisant des dizaines de formations bénéficiant à des centaines de pair éducateurs.rices à travers le monde. Dans les différents programmes que portent les Plateformes, nous constatons que nos associations parviennent à dépister des milliers des personnes quasi exclusivement issues des populations vulnérables, et dont près d'un tiers ont recours au dépistage pour la première fois. Plus récemment, avec l'avènement des tests de dépistage rapide combinés, on peut désormais dépister aussi les hépatites virales et les autres IST. Enfin, dans les pays dont les systèmes de santé sont particulièrement fragiles, partager les tâches aux non-soignants.es démultiplie les efforts et soulage le corps médical en palliant le manque de médecins.

À travers ce **guide standard de formation au dépistage communautaire démedicalisé**, nous avons souhaité partager et diffuser l'expertise développée par les réseaux et Plateformes de Coalition PLUS. Destiné aux chargés-es de programme de prévention qui souhaitent former leurs équipes de pair éducateurs.rices, ce guide standard fait la synthèse des différents guides utilisés dans nos Plateformes et réseaux, au cours de leurs activités de renforcement de dispositifs de dépistage.

Par ailleurs, la contribution communautaire à la lutte contre le VIH n'est pas toujours reconnue à la hauteur de son efficacité. C'est pourquoi nous avons souhaité accompagner ce guide de **différents exemples de réussites illustrant à différents niveaux la mise en œuvre du dépistage communautaire** dans le réseau de Coalition PLUS.

Nous vous en souhaitons une excellente lecture.



À PROPOS DE COALITION PLUS

Créée en 2008, Coalition PLUS est un réseau international d'organisations communautaires de lutte contre le VIH/sida et les hépatites virales, engagées pour les droits et la santé des populations clés de l'épidémie !



Atelier inter-réseaux, Dakar, novembre 2022

NOS VALEURS ET PRINCIPES D'ACTION

Transformation sociale

Changer la société et l'environnement pour un meilleur accès à la santé et aux droits des personnes affectées et infectées par le VIH et les populations clés de l'épidémie. Nos associations ne sont pas seulement des opératrices de santé, elles ont aussi vocation à changer le regard des sociétés sur les personnes vivant avec le VIH et/ou une hépatite virale et les populations clés de ces épidémies (travailleurs-ses du sexe, hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, personnes trans, personnes migrantes, usagers-es de drogues, etc.). Nos associations intègrent la dimension du genre dans les actions de terrain, les programmes et dans le plaidoyer qui se doivent d'être les plus inclusifs possible.

Démarche communautaire

Faire avec les populations clés du VIH à toutes les étapes de notre action et de notre gouvernance. Nous militons pour que les personnes infectées, affectées ou particulièrement vulnérables au VIH et aux hépatites virales soient systématiquement associées aux processus de décisions et à la mise en œuvre opérationnelle des programmes de santé qui les concernent. Rien pour nous sans nous !

Gouvernance partagée

Être un réseau international au sein duquel chaque pays, chaque organisation a le même poids dans les décisions. Nos associations membres sont les mieux placées pour prendre les décisions stratégiques qui s'imposent et qui les concernent. Chacune d'entre elles fait entendre sa voix au sein des instances politiques de notre union et joue pleinement son rôle dans la prise de décision. L'apprentissage et la solidarité entre pairs est au cœur de la vision du réseau.

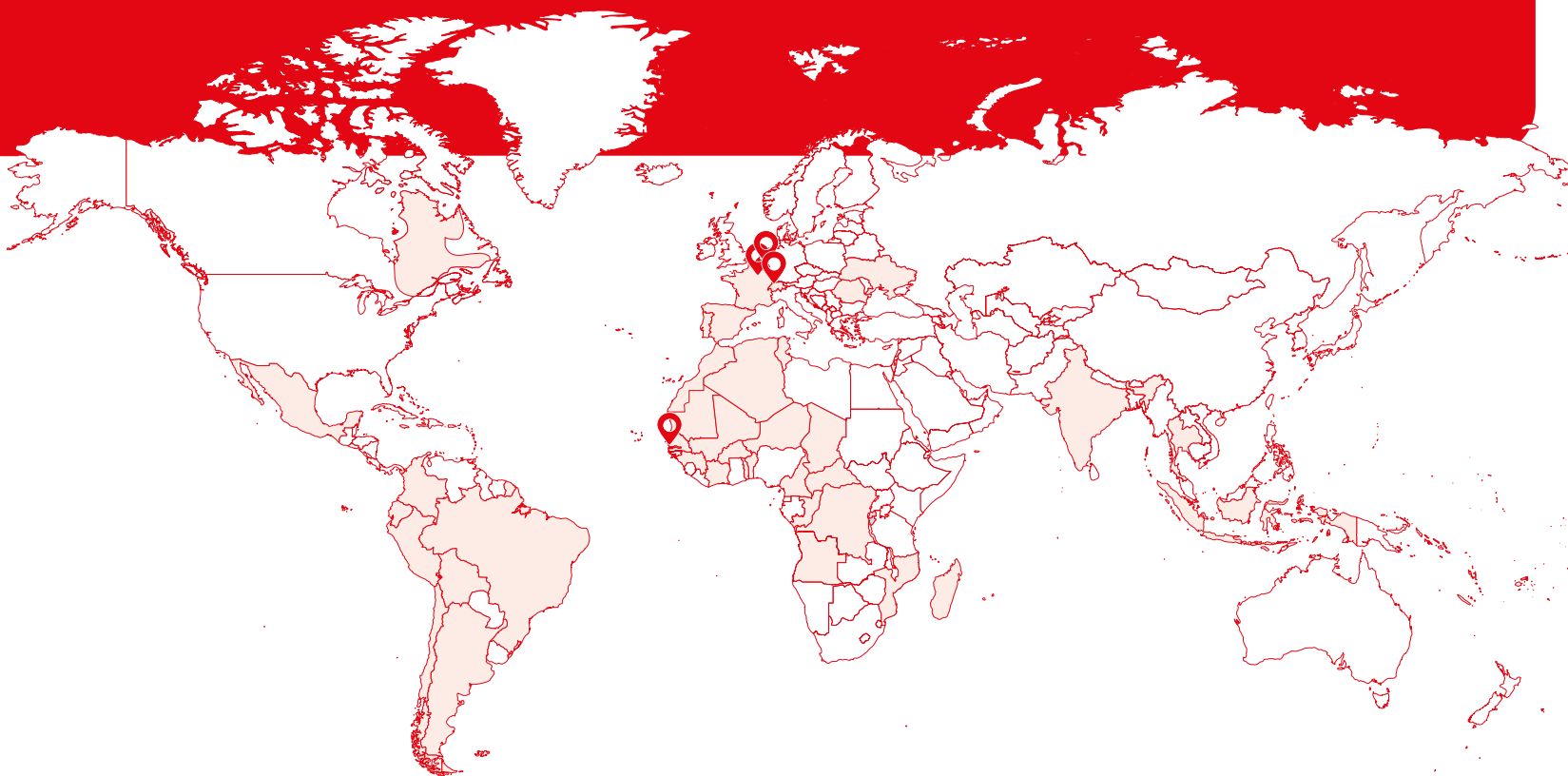


LE RÉSEAU DE COALITION PLUS :

110
associations

55
Pays

10
réseaux
internationaux



- **5** continents et **55** pays
- **110** associations partenaires
- **15** d'entre elles constituent le Conseil d'administration
 - 100% Life, Ukraine
 - AIDES, France
 - ALCS, Maroc
 - ANCS, Sénégal
 - ANSS, Burundi
 - ARAS, Roumanie
 - ARCAD Santé PLUS, Mali
 - COCQ-SIDA, Canada (Québec)
 - GAT, Portugal
 - Fundación Huésped, Argentine
 - IDH, Bolivie
 - Kimirina, Équateur
 - Malaysian AIDS Council, Malaisie
 - PILS, Maurice
 - REVS PLUS, Burkina Faso
- **5** bureaux : Bruxelles (Belgique), Dakar (Sénégal), Genève (Suisse), Pantin (France), Marseille (France)
- Ressources humaines : **100+** salariés-es
- Programmes : **17** en cours soutenus par **8** organismes publics et privés

Les réseaux régionaux et thématiques de Coalition PLUS

- Réseau régional « Plateforme **Afrique centrale et de l'Est** » (PACE) : Burundi, Cameroun, Congo-Brazzaville, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Rwanda, Tchad
- Réseau régional « Plateforme **Afrique de l'Ouest** » (PFAO) : Mali, Bénin, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Guinée Conakry, Niger, Sénégal, Togo
- Réseau régional « Plateforme **Amériques-Caraïbes** » (PFAC) : Équateur, Bolivie, Canada (Québec), Colombie, Guatemala, France (Guyane française, Martinique, Guadeloupe, Saint-Martin), République dominicaine, Argentine
- Réseau régional « Plateforme **Europe** » : France, Portugal, Roumanie, Ukraine
- Réseau régional « Plateforme **Moyen-Orient et de l'Afrique du Nord** » (MENA) : Maroc, Égypte, Algérie, Liban, Mauritanie, Tunisie
- Réseau régional « Plateforme **Océan Indien** » (PFOI) : République de Maurice (île Maurice, île Rodrigues), Comores, France (Mayotte, La Réunion), Madagascar, Seychelles
- Réseau régional Plateforme « **Asie du Sud et du Sud-Est** » (SASEA) : Malaisie, Inde, Indonésie, Thaïlande
- **Alliance globale des communautés pour la santé et les droits (AGCS PLUS)** : Algérie, Bénin, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Côte d'Ivoire, Guinée Conakry, Mali, Maroc, Sénégal, Togo, Tunisie
- **Réseau ibéro-américain d'études sur les hommes gays, les autres HSH et les personnes trans (RIGHT PLUS)** : Espagne, Chili, Pérou, Mexique, Portugal, Brésil, Bolivie, Guatemala
- **Réseau lusophone** : Portugal, Brésil, Timor oriental, Guinée-Bissau, Angola, Mozambique, Cap-Vert, Sao Tomé-et-Principe



NOTRE IMPACT

Accès aux services de santé

60 actions de renforcement des organisations dans leur offre de services communautaires de santé ou en structuration associative.

Envers **300** acteurs·rices communautaires.

20 centres de santé sexuelle communautaires dans le monde, dédiés aux populations vulnérables.

Recherche communautaire

107 citations scientifiques (articles, colloques, conférences) dans le cadre de 17 projets.

20 abstracts sur 25 accompagnés dans le cadre de tutorat, retenus par les conférences scientifiques AFRAVIH 2022 et AIDS 2022.

Plaidoyer

1 programme dédié à l'augmentation des ressources du Fonds mondial.

Mobilisation pour la reconnaissance du statut des Pairs éducateurs·rices

Participation à la **72^e** session de la Commission africaine des droits de l'homme et des peuples

1 dispositif d'appui technique plaidoyer envers 18 associations



©Coalition PLUS/Nicolas Beaumont

Stratégie d'accompagnement, de mobilisation pour l'optimisation des ressources du PEPFAR à travers les processus COP et ROP (plan opérationnel national et régional) dans **6** pays d'Afrique francophone

1 réseau de **11** plaideurs·ses dans **9** pays pour l'accès aux soins et la défense des droits humains



Partie I
**Dépistage
communautaire :
les succès
des Plateformes
sous-régionales
de Coalition PLUS**

DÉPISTAGE COMMUNAUTAIRE : LES SUCCÈS DES PLATEFORMES SOUS-RÉGIONALES DE COALITION PLUS

1 | Lever les barrières au dépistage démedicalisé

A | Accompagner un pays à la mise en œuvre d'une stratégie globale de démedicalisation :

L'exemple de la Plateforme Afrique Centrale et de l'Est (PACE) au Congo

En République du Congo, l'épidémie VIH est de type généralisé avec une séroprévalence estimée à 3.2 %¹. Cependant, la dynamique de l'infection reste marquée par de fortes disparités selon les catégories de population : on note une féminisation, une juvénalisation et surtout une concentration chez les populations clés. À titre d'exemple, la prévalence chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HSH) est de 41.2 %² ! Le VIH demeure donc un véritable problème de santé publique auquel il faut apporter des réponses spécifiques.

Du fait de ressources pétrolières importantes, le Congo est identifié comme un pays riche et est classé parmi les pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure. Cette situation limite très fortement l'accès à l'aide publique au développement

international. Cependant, on constate la faiblesse du système de santé qui d'après Dr. Thierry Ifoundza³ est un système défaillant marqué par un déficit en ressources humaines qualifiées et un état de vétusté très accentué des infrastructures sanitaires. Dans le département de Brazzaville par exemple, l'évaluation du Programme Nationale de Développement Sanitaire (PNDS) a montré que onze Centres de Santé Intégré (CSI) sur trente-trois, ainsi qu'un hôpital de base sur quatre, sont dans un état de délabrement très avancé. Outre la vétusté des infrastructures, le système de santé souffre aussi de la faiblesse du plateau technique et des ruptures d'approvisionnement, notamment en antirétroviraux pour les adultes : de 2014 à 2017 on évalue le cumul des ruptures de soins à 32 mois⁴ ! Or, l'irrégularité des traitements entraîne la résistance aux ARV et l'augmentation de

1 UNAIDS, 2018

2 Cadre stratégique national de lutte contre le sida et les infections sexuellement transmissibles 2019-2020

3 <https://www.congopage.com/congo-brazzaville-un-systeme-de-sante-dystopique-ou-sont-passe-les-milliards-alloues-a-la-sante-dr/>

<http://icibrazza.com/livre-congo-brazzaville-un-systeme-de-sante-dystopique-de-thierry-paul-ifoundza/>

4 <https://www.cfsi.asso.fr/projet/congo-brazzaville-defendre-droits-personnes-vivant-vih/>

la mortalité, pourtant évitables. Enfin, on constate également des lacunes en termes de suivi nutritionnel ou encore psychosocial des PVVIH.

À côté de ce sombre tableau, les populations clés sont également confrontées à la stigmatisation sociale et à la quasi-absence de structures dédiées à leur prise en charge.

Face à ces constats, il importe d'établir une approche différenciée de prévention et de prise en charge centrée sur les besoins des populations ; ici plus qu'ailleurs **la démedicalisation, doit être non pas une simple option mais une stratégie forte.**

C'est dans ce contexte que la Plateforme Afrique du Centre et de l'Est (PACE) de Coalition PLUS a accompagné le pays pour diversifier l'offre de service de dépistage en associant les communautés, afin que l'atteinte des objectifs nationaux et des 90-90-90 des Nations Unies deviennent réalistes et réalisables, et non un simple slogan.

Un plaidoyer pour un environnement favorable à la démedicalisation

Le processus de plaidoyer a été amorcé par la coordination de la PACE en concertation avec ses partenaires congolais.es, le Réseau National des Positifs du Congo (RENAPC) et l'Association des Jeunes Positifs du Congo (AJPC). Plusieurs rencontres ont ainsi été tenues avec le ministère de la Santé, garant de la politique, des normes et des protocoles nationaux, puis avec les partenaires techniques et financiers. Les points de discussion

ont essentiellement tourné sur la nécessité d'une implication des acteurs.rices communautaires dans la prise en charge globale du VIH. Ce processus de plaidoyer en continu a permis de nouer des alliances stratégiques et d'amorcer la levée des barrières pour une participation réelle des communautés à l'offre de dépistage mais également à la prise en charge communautaire des personnes infectées, notamment avec la dispensation communautaire des ARV. Toute cette dynamique s'est accompagnée d'un processus de renforcement de capacités.

Le diagnostic organisationnel (DO) de l'AJPC : révélateur d'un besoin de formation sur le dépistage démedicalisé et la prise en charge communautaire des personnes infectées

Pour renforcer l'AJPC, un diagnostic organisationnel a ainsi été mené par la PACE et a permis de passer en revue la dynamique associative, le mécanisme de gouvernance, la gestion des ressources humaines, la gestion financière, la planification des activités, et la mobilisation de ressources. À l'issue de cet exercice un plan de renforcement a été élaboré et validé avec l'équipe dirigeante de l'association.

Cet exercice de revue critique des forces/faiblesses et menaces/opportunités de l'organisation a révélé non seulement l'envie mais également le besoin d'organiser **un atelier national de formation au dépistage démedicalisé** pour l'ensemble des organisations membres du RENAPC dont l'AJPC.



©Coalition PLUS/Nicolas Beaumont



Formation sur le dépistage communautaire démedicalisé

Répondant à cette demande, la PACE a organisé un atelier de formation sur le dépistage communautaire démedicalisé de quatre jours (10 – 13 décembre 2019). Pendant cet atelier, des relais issus.es de la communauté ont été formés.es aux principes de base du dépistage avec une emphase sur le counseling, l'annonce du résultat, la gestion de la confidentialité, la réalisation technique du test, et la gestion des déchets biomédicaux. **La formation des acteurs.rices communautaires demeure un maillon essentiel** du dispositif de mise en place d'une stratégie de dépistage communautaire démedicalisé. En plus de la formation, **un mécanisme de supervision** a été instauré pour accompagner, orienter, renforcer et soutenir les pair éducateurs.rices sur le terrain.

Toujours en décembre 2019, les premiers résultats de dépistage, l'engouement noté au niveau des communautés et le fort plaidoyer auprès des autorités médicales ont permis à la cheffe du Programme Nationale de Lutte contre le Sida (PNLS), Dr R. C. Laure Mikassissa, d'attribuer à l'AJPC son **agrément national** pour mener le dépistage communautaire et la délivrance communautaire des ARV aux personnes infectées.

Cette décision fait entrer le Congo dans une ère nouvelle qui doit permettre aux acteurs.rices communautaires de mieux accompagner les efforts publics en matière de dépistage et surtout de renforcer le continuum de services et le partenariat public-société civile. Ainsi, le PNLS a en charge la fourniture des intrants, des réactifs, des kits d'auto-tests et des ARV, et la quantification des intrants est faite par le RENAPC en prise directe avec le terrain.

Cette expérience de la PACE au niveau du Congo marque la volonté de la Plateforme d'accompagner ses partenaires dans la mise en place de stratégies novatrices de lutte contre le VIH. Au-delà de la formation, il s'agit d'assurer une disponibilité en permanence des intrants et aussi établir un mécanisme de suivi/recyclage (supervision formative, sessions de formation continue etc.) des acteurs.rices communautaires formés.

B | Accompagner à l'implémentation d'un projet pilote de dépistage communautaire :

Les exemples de la Plateforme Océan Indien (PFOI) à Madagascar et de la Plateforme Afrique de l'Ouest (PFAO) au Niger

©Coalition PLUS/Nicolas Beaumont



Deux pays qui présentent des problématiques et des contextes épidémiologiques similaires

Niger et Madagascar sont deux pays lointains l'un de l'autre du point de vue géographique, mais qui partagent des réalités similaires notamment du point de vue socio-économique. Ainsi, l'indice de développement humain (IDH) figure parmi les plus bas de la planète pour ces deux pays.

Au Niger, la population est estimée à 22.3 millions d'habitants en 2019 et la croissance du Produit Intérieur Brut (PIB) par habitant n'est que de 1.9 %. Selon le dernier classement du développement humain du Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD), le pays arrive en dernière position du classement mondial avec un IDH de 0.377⁵.

Madagascar, avec une population de plus de 26 millions d'habitants, n'est pas mieux loti avec un IDH en 2019 qui s'établit à 0.528 et qui place le pays dans la catégorie « développement humain faible » et au 164^{ème} rang parmi 189 pays et territoires⁶.

En plus de ces similitudes socio-économiques, le Niger et Madagascar partagent un profil épidémiologique VIH presque identique. En effet, dans les deux pays, l'épidémie VIH touche les populations clés (PC). Au Niger, la prévalence chez les travailleuses du sexe est de 16.6 % et de 17.2 %⁷ chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes. Au niveau de la Grande Île, la prévalence du VIH est concentrée chez les hommes ayant des rapports sexuels avec

d'autres hommes et chez les travailleuses du sexe avec des taux d'infection importants, respectivement de 14 % et 5 %⁸.

Cette situation préoccupante de l'infection au VIH au niveau des populations clés se traduit difficilement par des décisions de politiques publiques visant à inverser durablement la progression du VIH au sein de ces populations, telles qu'une allocation conséquente des ressources, une politique de prise en charge médicale holistique et des lois garantissant les droits humains.

La prise en charge des populations clés reste un défi majeur dans ces deux contextes

Du fait de la stigmatisation, les deux pays rencontrent d'énormes difficultés dans la mise en place de réponses adéquates à la problématique du VIH chez les populations clés.

« Je vis avec le VIH mais du fait de la forte homophobie, je n'ose pas partager ma sérologie avec ma mère au risque qu'elle fasse un arrêt cardiaque car ici les gens sont tous homophobes »⁹
(Aslam, étudiant nigérien, 23 ans).

5 <https://www.tresor.economie.gouv.fr/Pays/NE/indicateurs-et-conjoncture>

6 <https://www.poissondouest.com/wvr/madagascar-pauvrete%-C3%A9-classement>

7 <https://www.unaids.org/fr/regionscountries/countries/niger>

8 <https://www.unaids.org/en/regionscountries/countries/madagascar>

9 Emission Priorité Santé, mai 2018

L'homophobie et la stigmatisation du travail du sexe dans les deux pays réduisent les possibilités d'accompagnement de ces groupes, qui reposent pour beaucoup sur les organisations communautaires.

Ces interventions communautaires ont fini de relever la nécessité de mettre en place des programmes d'envergure au niveau de ces groupes avec l'implication des acteurs.rices communautaires dans la planification, la mise en œuvre et le suivi-évaluation des activités pour aider ces pays à atteindre les 90-90-90 avec principalement une emphase sur le dépistage qui permettra de connaître la situation réelle de l'infection au niveau de ces groupes et amorcer ainsi la mise sous traitement ARV.

Un sursaut des autorités en charge de la lutte contre le sida, pour une meilleure prise en charge des PC à travers des appuis Sud-Sud

Face à cette situation d'importantes actions de plaidoyer ont été initiées par les organisations de la société civile impliquées dans la lutte contre le VIH, et ont permis aux autorités d'accorder une plus large importance aux stratégies en direction des PC. C'est ainsi qu'elles ont sollicité l'appui d'une expertise internationale pour mettre en place le dépistage démedicalisé.

A Madagascar, le Secrétariat Exécutif du Comité national de lutte contre le sida (SE CNLS) a sollicité l'Initiative d'Expertise France pour réviser le protocole de prise en charge du VIH au niveau national. Sept experts.es se sont rendus.es en 2018

sur le terrain pour actualiser les normes et les procédures de dépistage, mettre à jour les protocoles de prise en charge globale des personnes vivant avec le VIH et élargir l'accès à l'examen de charge virale. Un volet important de la mission a été l'implémentation du dépistage démedicalisé au niveau du pays. A ce titre, la Plateforme Océan Indien (PFOI) de Coalition PLUS, portée par PILS, a joué un rôle déterminant dans l'animation d'**un premier atelier de formation de formateurs** avec les acteurs.rices de la lutte contre le VIH/sida à Madagascar pour travailler sur une feuille de route de dépistage communautaire. Treize formateurs.rices de TRODeurs (agent de santé communautaire en charge des tests rapides d'orientation diagnostique) ont été renforcés.es sur les principes et techniques de base du dépistage communautaire démedicalisé. Ces formateurs.rices ont pu à leur tour former plusieurs dizaines de pair éducateurs.rices au dépistage démedicalisé lors d'une seconde session supervisée par la PFOI et basée sur un protocole de formation délivré par la Plateforme et validé par les autorités malgaches.

À la suite de ces formations, une phase pilote a été initiée et a abouti à **l'intégration du dépistage démedicalisé dans la stratégie nationale de lutte contre le sida**. Ce résultat est le fruit d'une collaboration fructueuse entre Coalition PLUS, l'Initiative, l'Ambassade de France et le Fonds Mondial pour convaincre les Autorités malgaches¹⁰.

« C'est une reconnaissance de notre expertise et c'est à l'image du combat que nous menons à Coalition PLUS : montrer que l'expertise ne se trouve pas seulement au niveau des experts mais aussi des acteurs communautaires. Nous sommes désormais bien identifiés par les institutions à Madagascar. »
Mélissa Antoine, co-coordinatrice de la PFOI

¹⁰ <https://www.initiative5pour100.fr/actualites/article/mise-en-place-du-depistage-communautaire-madagascar>

Un projet similaire a été entrepris au Niger sous l'égide de la Plateforme Afrique de l'Ouest (PFAO) de Coalition PLUS, et une fois de plus à la demande des autorités nationales chargées de la lutte contre le sida après un fort élan de plaidoyer des acteurs.rices communautaires. Le Haut conseil de lutte contre le sida a contribué au financement de la session de formation d'une trentaine d'acteurs communautaires qui ont été formés au dépistage démedicalisé. La session a été animée par des experts.es communautaires de la PFAO.

Cette mobilisation de l'expertise communautaire à travers une dynamique Sud-Sud et sur une thématique importante a donné lieu à la mise en œuvre d'un **projet pilote de dépistage par les pairs**. Les résultats fort encourageants notamment au sein des populations clés, difficiles d'accès via les stratégies de dépistage classiques ont poussé les autorités à introduire le dépistage communautaire démedicalisé dans la stratégie nationale de lutte contre le sida¹¹.

Aujourd'hui grâce aux efforts de la PFAO et de ses partenaires locaux au Niger le dépistage démedicalisé est une stratégie en développement dans le pays.

Pour les deux pays, la mise à l'échelle, l'accès aux intrants, la formation continue des acteurs.rices et la documentation de bonnes pratiques et de leçons apprises issues du dépistage vont être les principaux défis pour les périodes à venir.

©Coalition PLUS/Mishelle Pozo



11 cf Plan stratégique national de lutte contre le sida 2018 - 2022

2 | Renforcer la contribution communautaire au dépistage VIH

A | Accompagner la mise à l'échelle du dépistage :

L'exemple de Coalition PLUS au Sénégal

« Mettre en place un dispositif de dépistage communautaire avec une pleine participation des populations clés va très certainement contribuer à l'atteinte du 1er 90. En effet ces communautés seront plus réceptives au dépistage fait par les pairs, l'adhésion sera plus forte »¹².

Cette déclaration en faveur du dépistage communautaire démedicalisé d'un leader des populations clés (PC) marque l'importance de cette nouvelle stratégie dans un pays où les PC paient le plus lourd tribut face à la maladie.

En effet, le Sénégal reste marqué par une épidémie VIH de type concentré, avec une prévalence faible et stable dans la population générale estimée à 0.5 %¹³ et des poches de forte flambée au niveau des populations clés les plus exposées, telles que les professionnelles du sexe (PS) 6.6 %¹⁴, les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HSH) 27.6 %¹⁵ et les personnes usagères de drogues (PUD) 5.2 %¹⁶. De plus l'incidence du VIH au niveau de ces populations clés est plus élevée avec des taux estimés 1.54 % chez les PS, 1.35 % chez les HSH et 0.55 % chez les PUD, comparativement à la population générale (0.03 %).

À l'instar de la communauté internationale, le Sénégal s'est engagé dans l'atteinte des 90-90-90 d'ici à 2020¹⁷ dans l'optique d'une élimination de l'épidémie du sida à l'orée 2030. Cependant, d'importants efforts restent à fournir, puisque suivant la cascade des soins, 72 % des PVVIH connaissent leur statut, 64 % sont sous traitement et 49 % ont une charge virale contrôlée¹⁸, d'où la nécessité de concentrer les efforts au sein des PC afin d'impacter l'épidémie dynamique.

Alors que la dynamique épidémique est particulièrement forte chez les PC, le recours au dépistage est paradoxalement très faible dans certaines communautés : on estime que seuls 13 % des HSH et 55 % des professionnelles du sexe infectés.es par le VIH connaissent leur statut¹⁹. Plusieurs facteurs expliquent cette faiblesse du dépistage au sein de ces groupes qui rapportent très souvent la stigmatisation et la peur de la découverte de leur orientation ou de leur pratique (travail du sexe/consommation de drogues) comme principales barrières par rapport à l'adhésion au dépistage.

12 Cf. Rapport forum des partenaires CNLS, 2019

13 EDS-Continue 2017

14 ENSC 2015

15 ECHSH 2017

16 UDSN 2014

17 Cadre stratégique national de lutte contre le Sida 2018 - 2022

18 GAM 2018

19 Lyons et al 2017

Dans ce contexte, il est nécessaire de diversifier l'offre de dépistage, de l'adapter aux spécificités de certains groupes sociaux en les impliquant dans l'offre de services pour toucher plus et mieux les populations clés.

Une alliance réunissant les organisations communautaires et les autorités sanitaires pour une première formation sur le dépistage démedicalisé

Ainsi en 2018, en marge du Congrès des 10 ans de Coalition PLUS à Dakar, les organisations leaders de la réponse communautaire au Sénégal (ANCS, Enda Santé et le Réseau national des populations clés) en collaboration avec la division de la lutte contre le sida du ministère de la Santé ont initié **une première formation de 140 relais communautaires (issus.es pour la plupart des associations de PC) sur le dépistage démedicalisé.**

Cette première formation, est le fruit d'un intense processus de plaidoyer auprès des institutions et de dialogue communautaire avec les acteurs.rices de la société civile qui a permis de revoir le cadre réglementaire, notamment le document de « Politique, Normes et Protocoles des services de dépistage du VIH » (CNLS 2018) ainsi que le Plan stratégique national 2018-2022.

Forts de cette volonté politique et grâce à l'appui technique de la Plateforme Afrique de l'Ouest (PFAO) de Coalition PLUS, à travers le partage d'outils de formation et l'animation des sessions de formation, les acteurs communautaires ont organisé **un atelier de formation sur le dépistage démedicalisé du 21 au 24 juin 2018.**

Pendant quatre jours, le pool de formateurs.rices constitué de l'Alliance Nationale des Communautés pour la Santé, ARCAD Santé PLUS, AIDES, DLSI et Enda Santé a engagé la formation théorique et pratique sur le dépistage démedicalisé au cours de laquelle les points suivants ont été abordés :

- Les conditions de faisabilité et l'acceptabilité du Test Rapide d'Orientation Diagnostique (TROD) et de l'autotest du VIH auprès des populations cibles ;
- L'offre communautaire de dépistage avec une emphase sur les TROD et l'autotest de dépistage du VIH ;
- Les techniques de ciblage des populations difficiles d'accès
- L'expérience pilote sur l'utilisation de l'autotest de dépistage du VIH.

“La formation a été un temps fort d'échanges entre participants et les équipes de formation. Nous nous sentons prêts pour accompagner nos pairs et jouer ainsi pleinement notre rôle dans la lutte contre le sida au Sénégal”
(Relais participant à la formation)

Aussi selon la directrice exécutive de l'ANCS :
« Il importe maintenant d'intégrer cette nouvelle stratégie dans l'offre de dépistage et surtout d'établir un partenariat avec la pharmacie nationale d'approvisionnement pour faciliter l'accès des TRODeurs aux intrants. De même, nous devons proposer une mise sous traitement précoce à toutes les personnes dépistées positives et enfin capitaliser les résultats en termes de personnes dépistées avec le Conseil National de Lutte contre le Sida. »

Ainsi, en marge du congrès de Coalition PLUS, grâce à la formation des 140 relais communautaires le ministère de la santé à travers la DLSI est passé par une homologation des modules de formation. Le déploiement est devenu effectif et l'ANCS à travers les cliniques mobiles a su couvrir les principales régions du Sénégal à travers ses antennes.

B | Accompagner un partenaire associatif à devenir un acteur clé du dépistage dans son contexte national

L'exemple de la Plateforme MENA et de SOS Pairs-Educateurs en Mauritanie

SOS Pairs Educateurs (SOS PE) un exemple réussi de mise en place d'un dispositif de dépistage communautaire dans un contexte difficile

« Aujourd'hui SOS Pairs Educateurs est reconnu comme un acteur clé de la lutte contre le sida en République Islamique de Mauritanie. Grâce à l'appui de la Plateforme MENA²⁰, notre association a été fortement soutenue, nos capacités ont été renforcées dans des domaines divers et variés. Nos actions dans le cadre de l'offre de santé sexuelle en direction des populations vulnérables sont aujourd'hui reconnues par les autorités publiques en charge de la santé et aussi les partenaires à l'aide publique au développement. Aujourd'hui, nous bénéficions des ressources du Fonds mondial ce qui est un signe de reconnaissance de notre expertise et aussi de notre capacité à gérer de manière saine et efficiente des financements extérieurs. »
(Djibril Sy, Président de SOS Pairs Educateurs).

Que de chemin parcouru pour cette organisation fondée en 1999 à Nouakchott pour lutter contre le VIH et qui est devenue aujourd'hui une association phare en Mauritanie dans un contexte marqué par une influence forte du pouvoir religieux.

En Mauritanie, les populations clés souffrent de la stigmatisation et de la discrimination ; aussi, dans un pays où les services de santé sont peu décentralisés, les populations clés qui éprouaient déjà d'énormes difficultés d'accès aux services de dépistage sont désormais touchées.

Cette situation, combinée à l'absence de politique publique de prise en charge de leurs besoins sanitaires réellement volontaristes, ainsi qu'aux services de santé peu décentralisés du pays, limite leur accès aux services de prévention et de prise en charge du VIH. Ces populations sont désormais incluses dans le programme de dépistage communautaire qui constitue ainsi un levier fort pour l'initiation au traitement, pour l'inversement de la tendance de l'épidémie VIH au sein des groupes marginalisés et l'engagement sur le chemin de la fin du Sida à l'horizon 2030.

²⁰ Plateforme Moyen Orient - Afrique du Nord qui regroupe le Maroc, la Mauritanie, la Tunisie, l'Algérie

En 2009, alors que les financements internationaux se retirent de la Mauritanie, SOS Pairs Educateurs entre en crise avec la diminution drastique de ses sources de financement, qui se traduit par un départ massif de personnel qualifié et une réduction des interventions communautaires dans un pays déjà marqué par une couverture sanitaire très faible²¹.

En 2015, SOS Pairs Educateurs intègre la Plateforme Coalition PLUS MENA, un réseau sous-régional réunissant des organisations communautaires de lutte contre le VIH qui mutualisent les meilleures pratiques, notamment à travers des activités de renforcement de capacités définies autour d'enjeux sous-régionaux partagés.

La dynamique de renforcement de SOS Pairs Educateurs par la Plateforme MENA a démarré par un important exercice de diagnostic organisationnel qui a permis d'établir un cadre d'appui consensuel en lien avec le contexte national de la lutte contre le VIH²².

Des problématiques comme le renforcement de la structuration organisationnelle notamment à travers la mise en place d'un **cadre de suivi-évaluation** avec un focus sur la notion d'**impact global** (transformation sociale, fin de l'épidémie, test and treat...) et de documents normatifs (manuel de procédures) d'outils de gestion financière (logiciel SAGE) ont permis à l'organisation d'entrer dans une phase de maturité institutionnelle.²³

Ce renforcement structurel s'est accompagné d'une diversification des enjeux thématiques et aussi d'une orientation des activités sur les priorités du pays. L'**offre de santé sexuelle** devient ainsi un axe thématique phare de l'organisation et se matérialise à travers un important **dispositif de dépistage communautaire** qui reprend le fort ancrage de SOS Pairs Éducateurs dans les différentes provinces du pays.

L'expertise développée dans le dépistage a permis à SOS Pairs Educateurs de former à son tour ses partenaires nationaux et ainsi d'assurer un déploiement des acteurs locaux à l'échelle de ce vaste pays qu'est la Mauritanie, afin d'assurer une couverture nationale du dépistage communautaire. Ainsi, une dizaine d'organisations communautaires a été renforcée sur le dépistage communautaire.

Tout le processus de renforcement à travers le partenariat avec la Plateforme MENA de Coalition PLUS a valu à SOS Pairs éducateurs une reconnaissance et un financement institutionnel de l'Initiative d'Expertise France en 2019, pour la mise en œuvre du projet intitulé « Promotion de l'accès des populations à un dépistage du VIH de qualité à travers l'action communautaire » dont les objectifs ont été:

- le renforcement des capacités sur le dépistage communautaire de 10 organisations de la société civile mauritanienne ;
- le renforcement sur les aspects de gouvernance et gestion.

En 2022, le projet de SOS PE a été reconduit pour une seconde phase.

« Loin d'être une consécration, ce projet est un double défi. Premièrement, dans sa mise en œuvre technique et aussi financière et deuxièmement, nous pensons que c'est un projet catalyseur qui peut permettre d'attirer d'autres sources de financements afin de consolider notre offre de services envers des populations négligées par les politiques publiques. C'est pourquoi nous ne ménageons aucun effort pour une réussite totale des activités »
(Djibril Sy, Président de SOS Pairs éducateurs).

21 Exemple 1.6 médecin pour 10 000 habitants source (https://www.sante.gov.mr/?wpfb_dl=2)

22 Cf. Rapport DO SOS PE du 13 au 17 avril 2015

23 Se référer au schéma sur le travail de l'Institut de Management Manitoba, « Manager une organisation »

C | Intégrer une offre de dépistage VHC à une offre initiale de dépistage VIH :

L'exemple de l'ALCS

©Coalition PLUS/Nicolas Beaumont



L'ALCS est l'association référente du ministère de la Santé en ce qui concerne le dépistage du VIH au Maroc. Grâce à ses 24 centres de dépistage et ses 5 unités mobiles, l'ALCS trouve en moyenne près de 50 % des nouvelles infections annuelles au VIH avec 10 % des tests distribués dans le pays. Par ailleurs, **l'ALCS accompagne depuis plus de trente ans les populations les plus vulnérables, dont les personnes usagères de drogues par injection, particulièrement touchés par l'hépatite C.**

En 2014, avec l'avènement de nouveaux traitements contre l'hépatite C, l'ALCS a interpellé l'État en revendiquant l'accès universel à ces nouveaux traitements (communiqué de presse avec les associations luttant pour le droit à la Santé). L'ALCS a contribué activement à l'élaboration du premier plan stratégique national de lutte contre les hépatites virales (PSN HV) en 2016, en s'assurant de l'adoption et l'intégration des meilleurs pratiques et politiques assurant un accès universel au diagnostic et soins des hépatites virales notamment l'HVC.

Par ailleurs, l'ALCS a renforcé et structuré son plaidoyer, grâce à l'appui de Coalition PLUS, ce qui a permis de lutter contre toute menace et risque pouvant compromettre le lancement et la mise en œuvre de

ce PSN HV telles que le manque de financement domestique et international, défaut de sensibilisation et absence de ressources humaines et matérielles qualifiées pour fournir le dépistage du VHC notamment auprès des populations clés souvent stigmatisées et marginalisées.

Devant le retard de mise en œuvre de ce PSN HV, l'ALCS a été proactive en menant des activités de plaidoyer en termes de :

-Financement :

- Trois mémorandums ont été adressés au Parlement pour souscrire un budget spécial de lutte contre les hépatites virales dans les projets de Loi de Finance.
- Promesses d'achat des traitements pour les communautaires par les Présidents des régions où la population usagère de drogues injectables est concentrée.
- Campagne de plaidoyer en parallèle de la campagne électorale permettant une meilleure adoption et mobilisation des politiques.

-Sensibilisation :

- Production des modules de formation sur la sensibilisation au VHC et orientation des populations clés aux centres de dépistage de l'ALCS et formation d'une centaine d'éducateurs pairs, intervenants de terrain et volontaire de l'association.
- Production des supports d'information et d'éducation adaptés aux attentes et besoins des populations clés.

-Dépistage :

- Production des modules de formation sur la le dépistage médicalisé et démedicalisé et counseling du VHC pour les médecins volontaires et les agents communautaires
- Formation d'une centaine d'agents communautaires et médecins volontaires permettant d'assurer le dépistage au niveau de 19 villes du Royaume.
- Intégration de l'offre du dépistage du VHC dans la panoplie de services offerts par l'association.

Hormis les efforts fournis par l'ALCS, l'accès au dépistage du VHC était entravé par défaut des intrants notamment les tests de diagnostic rapide du VHC. L'ALCS a sollicité des firmes pharmaceutiques nationales et internationales pour donation en matière d'intrants permettant de dépister près de 650 personnes issues des populations clés (+69 tests rapides se sont révélés positifs).

Les personnes dépistées dans les stratégies fixes ou mobiles de l'ALCS, sont orientées et ont intégré le même parcours de prise en charge de l'infection à VIH - un parcours rodé qui date de plus de deux décennies- moins stigmatisant et plus adapté aux besoins des communautés permettant ainsi une meilleure insertion aux soins.

Grâce à son plaidoyer, la mobilisation communautaire de ses militants.es et l'appui technique et financier de Coalition PLUS, l'ALCS a développé les compétences requises pour garantir un accès universel au dépistage du VHC à large échelle notamment auprès des populations clés.

L'ALCS a réussi à intégrer l'hépatite C dans son offre de dépistage en s'adaptant à tous les échelons. Elle a formé son staff, adapté ses locaux et doté ses unités mobiles avec le matériel nécessaire. L'association est donc prête et opérationnelle pour mettre à l'échelle le dépistage de l'hépatite C.

©Coalition PLUS/Nicolas Beaumont



CoNE : une association communautaire active dans le dépistage communautaire devenue leader de la lutte contre le VHC

Dans l'Etat indien de Manipur comptant 3,4 millions d'habitants.es et plus de 35 000 personnes usagères de drogues par injection, CoNE (Community for Network Empowerment), partenaire de Coalition PLUS au sein du projet VHC soutenu par Unitaïd (2017-2021), s'est distinguée en faisant adopter par le gouvernement des lignes directrices parmi les plus ambitieuses et les plus inclusives des populations clés au monde.

Pour ce faire, l'association a d'abord conduit des campagnes de dépistage communautaire lui permettant de rendre officiel le taux de prévalence de 49.52 % parmi les PUDI. Ensuite, elle s'est rendue indispensable en référant la majorité des patients du programme de traitement national. Enfin, elle a réussi à conduire des campagnes de dépistage dans les prisons de l'Etat. Aujourd'hui, CoNE est un acteur incontournable de la lutte contre le VHC et son modèle de dépistage est reconnu et plébiscité par l'OMS comme un succès communautaire à répliquer.



D | Intégrer les données issues du dépistage communautaire dans les indicateurs nationaux :

L'exemple du réseau de dépistage communautaire piloté par GAT au Portugal.



A l'instar d'autres pays, le Portugal est confronté à la difficulté d'atteindre les personnes qui ignorent leur statut sérologique, notamment parmi les communautés les plus touchées par l'épidémie de VIH, entres autres, par manque de stratégies de dépistage adaptées et susceptibles d'entraîner une meilleure adhésion au traitement. Afin de combler ce vide, en 2015, GAT décide de mobiliser un groupe de dix-neuf organisations de la société civile portugaise travaillant dans le domaine du VIH autour d'un projet collectif de dépistage communautaire.

Cette collaboration donne naissance à la [Rede de Rastreio Comunitária](#), un réseau de 26 centres de dépistage communautaire diffusés sur l'ensemble du territoire portugais qui peut compter sur un partenariat solide avec l'institut de santé publique de l'université de Porto. Pour la première fois au Portugal le réseau de dépistage communautaire propose une offre de services de prévention et de dépistage combinés du VIH, des hépatites B et C et de la syphilis s'adressant spécifiquement aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, aux personnes transgenres, aux usagers.ères des substances psychoactives, aux travailleuses et travailleurs du sexe, aux personnes sans domicile fixe et aux migrants.es.

En plus d'accompagner les usagers.ères dans leurs parcours vers l'accès au diagnostic, au traitement et/ou à la prophylaxie pré- et post- exposition au sein du service national de santé, les antennes du réseau collectent des données structurées, permettant une surveillance épidémiologique granulaire de deuxième génération sur les infections au VIH, Hépatites virales et syphilis.

©Coalition PLUS/Mishelle Pozo

La mise en place du réseau n'a pas été sans encombre. L'absence de directives nationales en matière de dépistage communautaire s'est avérée l'un des défis principaux.

Actuellement les antennes du réseau peuvent compter sur des équipes mixtes, incluant des professionnels.les de santé et des non professionnels.les en charge des tests rapides. Les pair-éducateurs.rices intègrent les équipes et effectuent les tests. Tous.tes sont formé.es par le réseau, la seule structure du pays à assurer une formation à la prévention et au dépistage du VIH, des hépatites virales et de la syphilis aux organisations communautaires.

En s'inspirant des dernières recommandations et des lignes directrices internationales, le réseau de dépistage communautaire a rédigé un manuel de procédure qui oriente les organisations affiliées sur les infrastructures nécessaires pour effectuer les tests, ainsi que sur les obligations et les responsabilités des TRODeurs. En plus de donner les informations de base sur les infections ciblées, le manuel détaille les protocoles et les modèles de dépistage et fournit un ensemble des ressources autour de l'accompagnement pré- et post- test, des procédures d'orientation, de la législation applicable et du contrôle qualité, conformément aux 5 C de l'OMS (consentement, confidentialité, conseil, résultats corrects et connexion).

Le succès de cette expérience pionnière repose sur le renforcement de capacité dont ont pu bénéficier les organisations affiliées au réseau, ce qui a permis d'augmenter le nombre des sites de dépistage et, de ce fait, d'atteindre une diffusion capillaire sur

le territoire portugais. Ainsi, le réseau n'est pas seulement un acteur du diagnostic précoce, mais aussi un hub de partage des meilleures pratiques en matière de prévention et de sensibilisation ciblées. En outre, la création d'un mécanisme de collecte de données standardisé et l'agrégation à l'échelle nationale d'indicateurs clés sur les populations à plus haut risque facilitent l'identification en "temps réel" des tendances en matière d'incidence, permettant de cibler avec davantage d'efficacité les groupes et les régions au cœur de l'épidémie dynamique. En plus de générer des indicateurs nationaux, le système de collecte permet d'atteindre une granularité très fine. Ainsi, chaque organisation peut accéder à ses propres données et des analyses à l'échelle régionale sont également possibles.

Du côté des populations clés, la fréquentation des centres de dépistage affiliés au réseau piloté par GAT prouve, encore une fois, une plus grande acceptabilité voire une préférence pour le dépistage démedicalisé, ou effectué dans les contextes communautaires. Véritables portes d'entrée dans le parcours de soins, les services communautaires offerts dans le cadre du réseau de dépistage communautaire se confirment en tant qu'acteurs incontournables et complémentaires au système de santé portugais.

La formation des pair-éducateurs.rices à la réalisation des tests et à l'accompagnement aux rendez-vous médicaux des personnes ayant reçu un résultat positif est un facteur clé de la réussite de l'intervention communautaire et de la minimisation des perdus de vue.

Les données collectées par le réseau portugais de dépistage communautaire sont communiquées au Programme national de lutte contre le VIH dans le cadre du rapport de suivi qui fait état des progrès dans la mise en œuvre de la [Déclaration de Dublin](#). Cependant, à l'heure actuelle, ces informations stratégiques ne sont pas encore prises en compte dans les rapports des Programmes nationaux pour le VIH, HV et IST. L'intégration des données du dépistage communautaire dans les indicateurs nationaux est un enjeu clés sur lequel se concentre l'action de plaidoyer de GAT et des organisations affiliées au réseau.

Entretemps, une reconnaissance officielle du succès de la stratégie mise en place est arrivée en 2019, lorsque l'Organisation mondiale de la santé a placé le réseau de dépistage communautaire piloté par GAT parmi les meilleures pratiques promouvant l'équité dans la riposte au VIH dans la région européenne.





Partie II

Guide standard au dépistage communautaire démédicalisé

INTRODUCTION AU GUIDE STANDARD DE FORMATION AU DÉPISTAGE COMMUNAUTAIRE DÉMÉDICALISÉ

Ce guide de formation au dépistage communautaire démedicalisé s'adresse aux cadres associatifs.ves et notamment aux chargés.es de programme de prévention qui souhaitent former leurs équipes de pair éducateurs.rices. Centré sur les stratégies d'intervention auprès des populations clés, il vise tout particulièrement à renforcer l'offre de dépistage démedicalisée des associations communautaires de lutte contre le VIH, les IST et les hépatites virales. Ce guide se base sur l'expérience acquise des Plateformes et réseaux de Coalition PLUS, qui, à travers leurs programmes de renforcement des services communautaires de santé, ont formé des centaines de pair-éducateurs.rices lors de dizaine de formations. Il s'agit d'une version standard et synthétique issue de quatre différents guides développés par les Plateformes Océan indien, MENA, Afrique de l'Ouest et Afrique centrale et de l'Est de Coalition PLUS.

Le document se compose des sessions et modules essentiels, visant à former les acteurs.rices communautaires non soignants au dépistage démedicalisé.

Ainsi la **première session d'introduction à la formation** vise à évoquer les rôles, postures et missions clés des pair-éducateurs.rices. Elle aborde aussi le cadre éthique dans le déploiement des actions de dépistage communautaire. Elle traite enfin des notions de bases des droits humains.

La **seconde session "Bases sur le VIH et les IST"** traite de l'histoire naturelle du VIH et aborde les modes de transmission et les moyens de prévention du VIH et des IST. Elle aborde également les facteurs cumulés de vulnérabilité au VIH et IST des populations clés.

La **troisième session "Défis des interventions auprès des populations clés"** aborde les freins et leviers d'accès au dépistage des populations clés, mais également les stratégies d'amélioration de l'accès au dépistage envers ses populations.

Enfin, la **quatrième et dernière session "Conseil et réalisation du test de dépistage"** vise à ce que les participants.es à la formation acquièrent les

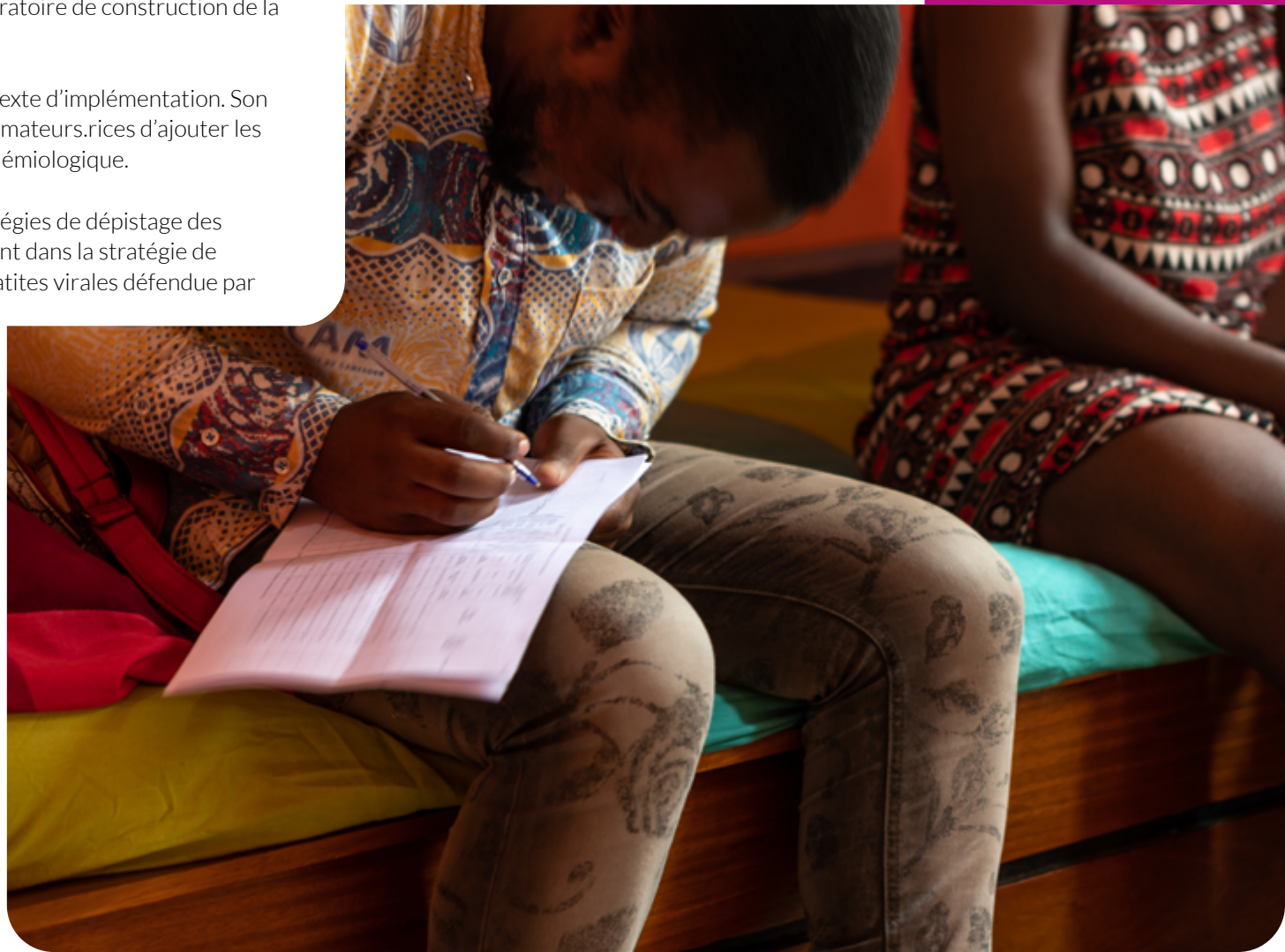
compétences relatives au counselling et à la réalisation technique du test de dépistage. Si la formation reste globalement centrée sur le dépistage VIH, les compétences clés en termes de counselling peuvent être étendues au dépistage des hépatites virales et des autres IST.

Chacune de ces quatre sessions se compose de plusieurs modules. Chaque module propose des modalités d'animation détaillées dont la plupart se base sur la participation active des bénéficiaires de la formation. Chaque module renvoie également à des annexes dont les informations faciliteront le travail préparatoire de construction de la formation pour les personnes qui la faciliteront.

Ce guide enfin vise à être utilisé dans n'importe quel contexte d'implémentation. Son contenu standard et décontextualisé permet ainsi aux formateurs.rices d'ajouter les éléments spécifiques à leur contexte socioculturel et épidémiologique.

Ce guide entend être un levier de renforcement des stratégies de dépistage des organisations communautaires. Il s'inscrit plus globalement dans la stratégie de démedicalisation de la prise en charge du VIH et des hépatites virales défendue par Coalition PLUS¹.

©Coalition PLUS/Nicolas Beaumont



¹ <https://www.coalitionplus.org/wp-content/uploads/2018/03/Guide-Démédicalisation-Coalition-PLUS-VF.pdf>

SESSION I :

INTRODUCTION DE LA FORMATION

Objectifs de la session pour les participants.es :

- Se présenter et exprimer ses attentes
- Se situer au sein du parcours de la formation
- Identifier son niveau de connaissances en début de formation
- Identifier le rôle et les missions des acteurs.rices communautaires dans le dépistage rapide
- Identifier le cadre éthique des actions du dépistage communautaire
- Acquérir des notions de base sur les droits humains dans le dépistage communautaire



Programme de la Session I

Module I : Ouverture de la formation

Durée indicative : 2h00

Séquence I : Accueil des participants.es

- Installation
- Mots d'ouverture (facultatif)
- Présentation des participants.es et des animateurs.rices
- Attentes des participants.es
- Validation du programme de la formation
- Point logistique

Matériel

Post-it, ordinateur, vidéoprojecteur, flipchart, marqueurs

Timing

1h00

Séquence II : Evaluation des connaissances

- Renseignement individuel du formulaire d'évaluation
- Correction collective du formulaire d'évaluation

Matériel

Formulaires d'évaluation à distribuer

Timing

1h00

Module II : Rôle, posture et mission des pair éducateurs.rices

Durée indicative : 1h00

Séquence I : Rôle, posture et missions des pair éducateurs.rices

- Blason

Matériel

Flipchart, marqueurs

Timing

1h30

Module III : Le cadre éthique des actions de dépistage communautaire

Durée indicative : 1h00

Séquence I : Cadre éthique des actions de dépistage communautaire

- Jeu de la ligne

Matériel

Ordinateur, vidéoprojecteur, flipchart, marqueurs

Timing

1h00

Module IV : Notios de base sur les droits humains

Durée indicative : 45 min

Séquence I : Droit à la santé et dépistage communautaire

- Brainstorming

Matériel

Ordinateur, vidéoprojecteur, flipchart, marqueurs, documents à distribuer

Timing

45 min

MODULE I : OUVERTURE DE LA FORMATION

Séquence I : Accueil des participants.es

1h00

➤ Installation

➤ Mot d'ouverture (facultatif)

Ouverture selon les procédures existantes dans le pays hôte (mot de bienvenue discours d'ouverture...).

NB. Dans la perspective de valoriser l'action communautaire et sa contribution à la lutte contre le VIH, les hépatites virales et les IST, n'hésitez pas à inviter des représentants.es institutionnels.les (ministère de la Santé, ONUSIDA, etc.) ou les partenaires techniques et financiers.

➤ Présentation des participants.es et des animateurs.rices

Les facilitateurs.rices de l'atelier se présentent, puis demandent aux participants.es de se présenter oralement, lors d'un tour de table en indiquant :

- Leur prénom (ou son nom d'usage) et le pronom qui leur convient (Il /elle) ;
- Leur structure de provenance et leur fonction.

➤ Attentes des participants.es

L'animateur.rice donne pour consigne aux participants.es d'écrire leurs attentes à l'aide de post-it qu'ils/ elles collent sur un tableau à tour de rôle, en les énonçant.

L'animateur.rice classe leurs attentes au fur et à mesure par affinité sous forme de métaplan.

➤ Validation du programme de la formation

En lien avec les attentes recueillies, le formateur.rice :

- Déroule le programme général de la formation ;
- S'assure que le programme répond aux attentes des participants.es ;
- Valide avec le groupe le programme de la formation.

➤ Point logistique



MODULE I : OUVERTURE DE LA FORMATION

Séquence II : Evaluation des connaissances

1h00

➤ Renseignement individuel du formulaire d'évaluation

En vue d'évaluer les connaissances initiales des apprenants.es, un questionnaire leur sera proposé. Il s'agira d'évaluer le niveau global des participants.es. Ces résultats aideront les formateurs à réorienter ou à adapter la méthodologie de la formation.

L'animateur.rice remet les formulaires d'évaluation aux participants.es, qu'ils et elles doivent renseigner anonymement. L'animateur.rice facilite le remplissage des fiches en énonçant les questions renseignées au fur et à mesure.

VOIR ANNEXE I-A : FORMULAIRE VIERGE D'ÉVALUATION →

NB : Il est nécessaire de préciser aux participants-es que cette évaluation n'est pas un examen mais participe à la facilitation de la formation et l'ajustement du programme.

➤ Correction collective du formulaire d'évaluation

Au terme du remplissage du formulaire, l'animateur.rice récupère les fiches et les redistribue de manière aléatoire aux participants.es.

- Avec le groupe, il clarifie les réponses question après question.
- Les participants.es apposent le chiffre 1 pour une réponse juste et 0 pour une réponse fautive, et additionnent les points à la fin de la correction.
- L'animateur.rice récupère à nouveau les fiches et procède à sa propre évaluation des acquis et des connaissances à consolider du groupe.

VOIR ANNEXE I-B : FORMULAIRE CORRIGÉ D'ÉVALUATION DES PARTICIPANTS.ES →



MODULE II : RÔLE, POSTURE ET MISSIONS DES PAIR ÉDUCATEURS.RICES

Séquence I : Rôle, posture et missions des pair éducateurs.rices

1h30

➤ Présentation des objectifs du module

- Faire identifier par les participants.es le rôle et les missions des pair éducateurs.rices dans le dépistage communautaire du VIH ;
- Faire identifier par les participants.es les éléments clés de posture des pair éducateurs.rices pour favoriser l'accessibilité au dépistage de la communauté.

➤ Modalité d'animation du module : le blason

L'animateur.rice présente les modalités d'animation du blason :

- Travail individuel : 10 min
- Travail en sous-groupe (de 3 à 10 personnes) : 25 min
- Restitution des travaux de groupes en plénière : 45 min
- Synthèse du module : 15 min

Puis l'animateur.rice distribue les blasons à chaque participant.e.

VOIR ANNEXE II : MODÈLE DE BLASON →

Après 10 minutes, l'animateur.rice forme les sous-groupes pour une première mise en commun et un blason de sous-groupe durant 25 minutes. Chaque sous-groupe désigne un.e rapporteur.euse.

L'animateur.rice passe de temps en temps dans les sous-groupes.

À l'issue des travaux de groupe, l'animateur.rice demande à chaque rapporteur.euse de venir présenter le travail collectif.

Lorsque tous les groupes ont présenté leur production :

- L'animateur.rice fait exprimer des commentaires généraux sur le contenu : *Quelles sont les similitudes ? Y a-t-il des points qui se contredisent ?*
- À partir des similitudes, l'animateur.rice fait émerger avec le groupe les points importants en insistant sur les rôles, missions et posture clés des pair éducateurs.rices :
 - *Les pair éducateurs.rices facilitent l'accès à la santé des personnes qui sont éloignées des structures de soins*
 - *Les pair éducateurs.rices ont une expertise communautaire du fait de leur proximité avec les communautés*
 - *Les pair éducateurs.rices ont une mission de soutien vers l'autonomie/ l'empowerment des personnes sur leurs déterminants de santé*
 - *Les pair éducateurs.rices s'inscrivent dans la démarche communautaire...*

➤ Synthèse du module

Sur un demi-blason un.e pair éducateur.rice c'est... / un.e pair éducateur.rice ce n'est pas..., l'animateur.rice fait une synthèse des points clés pour parvenir à une définition consensuelle du rôle et des missions des pair éducateurs.rices, validé par l'ensemble du groupe :

- *Si les pair éducateurs.rices ne sont pas soignants.es, ils et elles ont une expertise et sont des personnes ressources dans la communauté, en étant issus.es de la communauté ils et elles ont une place particulière parmi les agents de santé communautaire, ils et elles sont engagés.es et empathiques...*

MODULE III : LE CADRE ÉTHIQUE DES ACTIONS DE DÉPISTAGE COMMUNAUTAIRE

Séquence I : Le cadre éthique des actions du dépistage communautaire

1h00

➤ Présentation des objectifs du module

- Amener les participants.es à identifier les 3 concepts clés du cadre éthique du dépistage communautaire : **Confidentialité, Non-jugement et Consentement éclairé** et leur donner une définition objective ;
- Amener les participants.es à identifier ces concepts clés dans la mise en pratique du dépistage communautaire.

➤ Modalité d'animation du module : le jeu de la ligne

L'animateur.rice procèdera par le jeu de la ligne :

- Il/ elle trace au centre de la salle une ligne fictive, et peut disposer de chaque côté de cette ligne des panneaux indiquant la mention "D'accord" et "Pas d'accord" ;
- Après que l'animateur.rice ait partagé une affirmation, chaque participant.e se positionne de part et d'autre de la ligne s'ils ou elles sont d'accord, ou pas d'accord.
- Chaque participant.e explicite les raisons de son positionnement. Le formateur.rice peut commencer par le groupe le moins nombreux.
- Les participants.es peuvent changer d'opinion et se positionner de l'autre côté de la ligne en cours de jeu.
- L'animateur.rice veillera à choisir au moins une affirmation relative à l'un des trois principes éthiques clés liés au dépistage : **Confidentialité, Non-jugement et Consentement éclairé**, comme les suggestions d'affirmation ci-après :
 - Le résultat d'un test doit obligatoirement être partagé sans l'avis de la personne dépistée à un tiers ;
 - Les HSH et les travailleurs.euses du sexe doivent se faire systématiquement dépister ;
 - « Ton résultat est négatif. Tu as de la chance avec tous les risques que tu prends, tu devrais faire plus attention à l'avenir. »

- L'animateur.rice est libre de créer d'autres affirmations.
- Durant les échanges, l'animateur.rice laisse s'exprimer les participants.es et rectifie les éventuelles idées fausses.
- Il ou elle note les éléments relatifs à aux trois principes éthiques clés -Confidentialité, Non-jugement et Consentement éclairé- qui semblent importants.
- L'animateur.rice remercie les participants.es pour leur contribution à la fin du jeu.

➤ Synthèse du module

- A l'aide d'une présentation Powerpoint préalablement préparée, l'animateur.rice présente les définitions objectives des trois principes éthiques clés Confidentialité, Non-jugement et Consentement éclairé
- Il ou elle souligne l'importance de leur nécessité dans les actions dépistage communautaire en faisant le lien avec le précédent module relatif aux rôles, posture et missions des pair éducateurs.rices.

VOIR ANNEXE III : DÉFINITIONS ET NÉCESSITÉ DES TROIS PRINCIPES ÉTHIQUES CLÉS DANS LES ACTIONS DE DÉPISTAGE →

MODULE IV : NOTIONS DE BASE SUR LES DROITS HUMAINS

Séquence I : Le cadre éthique des actions du dépistage communautaire

45 min

➤ Présentation des objectifs du module

- Identifier les principaux droits humains et notamment le droit à la santé ;
- Identifier le lien entre le droit à la santé et le rôle et les missions des pair éducateurs.rices dans le dépistage communautaire.

VOIR ANNEXE IV : DÉFINITIONS ET ÉLÉMENTS CLÉS RELATIVES AUX DROITS HUMAINS ET AU DROIT À LA SANTÉ →

➤ Modalité d'animation de la séquence : le brainstorming

L'animateur.rice débute le module en proposant aux participants.es de citer les droits humains qu'ils et elles connaissent

L'animateur.rice note au tableau les propositions au fur et à mesure de manière à obtenir la liste la plus proche possible de celle compilée dans la liste des **droits humains fondamentaux** :

Le droit à la vie, le droit à la santé, le droit de penser, le droit de travailler, le droit à la sécurité, le droit à l'éducation, le droit à la propriété, le droit à une religion, le droit à l'information, le droit de circuler librement, le droit à l'intégrité physique et morale.

➤ Synthèse du module

A l'aide d'une présentation Powerpoint préalablement préparée, l'animateur.rice présente les fondements -**égalité, liberté, dignité**- et caractéristiques - **universels, inaliénables, indissociables, interdépendants et inhérents**- des droits humains

VOIR ANNEXE IV-B : FONDEMENT ET CARACTÉRISTIQUES DES DROITS HUMAINS →

Dans la même présentation Powerpoint, l'animateur.rice présente les composantes -disponibilité, accessibilité, acceptabilité et qualité- et les obligations -respecter, protéger, mettre en œuvre - du droit à la santé

VOIR ANNEXE IV-C : ÉLÉMENTS CLÉS DU DROIT À LA SANTÉ →

Enfin, l'animateur.rice veillera à mettre en perspective les éléments clés du droit à la santé avec les notions vues dans les précédents modules (confidentialité, non-jugement, accès au dépistage par les pairs, démarche communautaire...)



Annexe I : Formulaire d'évaluation des participants.es

A | Formulaire vierge d'évaluation des participants.es

FORMATION AU DÉPISTAGE COMMUNAUTAIRE DÉMÉDICALISÉ / QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION DES PARTICIPANTS.ES

Instructions :

Devant chaque question, marquer **V** si la proposition est vraie ou **F** si la proposition est fausse.

V **F**

- | | | |
|--|--|--|
| 1. Le but du conseil au dépistage est d'aider la personne et éventuellement son entourage à surmonter les réactions liées au stress de l'annonce d'un résultat positif. Vrai ou Faux ? | | |
| 2. Le conseil pré-test est l'entretien au cours duquel le/la conseiller.ère évalue les comportements à risque de la personne. Vrai ou Faux ? | | |
| 3. Si la personne n'est pas prête à faire le test, le/la conseiller.ère doit l'obliger à le faire. Vrai ou Faux ? | | |
| 4. Le conseil post-test se limite à l'annonce du résultat positif. Vrai ou Faux ? | | |
| 5. L'objectif principal du conseil post-test pour un.e client.e séronégatif.ve est de l'aider à adopter un plan pour réduire le risque de contracter l'infection à VIH. Vrai ou Faux ? | | |
| 6. La confidentialité est une exigence du conseil et dépistage du VIH. Vrai ou Faux ? | | |
| 7. Le non-respect de la confidentialité et la violation du secret professionnel peuvent donner lieu à des sanctions pénales, civiles et disciplinaires. Vrai ou Faux ? | | |
| 8. Un.e conseiller.ère communautaire doit répondre à toutes les préoccupations sur le dépistage. Vrai ou Faux ? | | |
| 9. Client.e comme conseiller.ère communautaire peuvent bénéficier de soutien psychologique. Vrai ou Faux ? | | |

FORMATION AU DÉPISTAGE COMMUNAUTAIRE DÉMÉDICALISÉ / QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION DES PARTICIPANTS.ES

Instructions :

Devant chaque question, marquer **V** si la proposition est vraie ou **F** si la proposition est fausse.

V**F**

10. Les IST se transmettent souvent par les rapports sexuels. Vrai ou Faux ?

11. Les IST non-traitées augmentent le risque de transmission du VIH. Vrai ou Faux ?

12. Le VIH se transmet uniquement par deux modes : la voie sanguine et la voie sexuelle. Vrai ou Faux ?

13. Le syndrome d'immunodéficience acquise, signifie que celui-ci a été transmis héréditairement à l'individu. Vrai ou Faux ?

14. Il existe un traitement pour maintenir en santé une personne infectée par le VIH. Vrai ou faux

15. La supervision consiste à contrôler les activités des conseillers.ères communautaires sur leur lieu de travail. Vrai ou Faux ?

16. Un test rapide de dépistage VIH est un test qui permet de détecter les anticorps anti VIH dès la contamination. Vrai ou Faux ?

17. Un test rapide est valide même si la bande ou le point de contrôle n'est pas apparent. Vrai ou Faux ?

18. Le prélèvement au bout du doigt peut se faire sur un doigt écorché. Vrai ou Faux ?

19. La biosécurité se traduit par le maintien de bonnes pratiques d'hygiène afin d'éviter toute contamination par des microbes. Vrai ou Faux ?

20. Au poste de dépistage, on ne gère que les déchets contaminés. Vrai ou Faux ?

21. Le droit à la santé ne fait pas partie des droits des populations clés. Vrai ou faux ?



B | Formulaire corrigé d'évaluation des participants.es

FORMATION AU DÉPISTAGE COMMUNAUTAIRE DÉMÉDICALISÉ/ QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION DES PARTICIPANTS.ES

Instructions :

Devant chaque question, marquer **V** si la proposition est vraie ou **F** si la proposition est fausse.

V

F

1. Le but du conseil au dépistage est d'aider la personne et éventuellement son entourage à surmonter les réactions liées au stress de l'annonce d'un résultat positif. Vrai ou Faux ?

Vrai. Dans les entretiens pré et post-test on aborde les questions des réactions aux résultats et la notion avec qui la personne partagera les résultats.

➤ Conseil pré-test

2. Le conseil pré-test est l'entretien au cours duquel le/la conseiller.ère évalue les comportements à risque de la personne. Vrai ou Faux ?

Vrai. Il vise à anticiper l'annonce du résultat.

3. Si la personne n'est pas prête à faire le test, le/la conseiller.ère doit l'obliger à le faire. Vrai ou Faux ?

Faux. Le dépistage se base sur le strict respect du consentement éclairé de la personne qui y a recours.

4. Le conseil post-test se limite à l'annonce du résultat positif. Vrai ou Faux ?

Faux. L'annonce du résultat positif doit aussi aborder la gestion des réactions de la personne, l'orientation vers un test de confirmation et vers un centre de prise en charge. Par ailleurs, on annonce aussi un résultat négatif en abordant les stratégies de prévention mises en place par la personne.

FORMATION AU DÉPISTAGE COMMUNAUTAIRE DÉMÉDICALISÉ/ QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION DES PARTICIPANTS.ES

Instructions :

Devant chaque question, marquer **V** si la proposition est vraie ou **F** si la proposition est fausse.

V**F**

5. L'objectif principal du conseil post-test pour un.e client.e séronégatif.ve est de l'aider à adopter un plan pour réduire le risque de contracter l'infection à VIH. Vrai ou Faux ?

Vrai. Lors d'un entretien de dépistage on invite la personne à identifier ses prises de risques et les stratégies pour réduire les risques d'infection au VIH.

› Considérations Éthiques

6. La confidentialité est une exigence du conseil et dépistage du VIH. Vrai ou Faux ?

Vrai. C'est l'un des principes éthiques clé du dépistage communautaire et une obligation légale qui s'applique aux pair éducateurs.rices comme aux soignants.es.

7. Le non-respect de la confidentialité et la violation du secret professionnel peuvent donner lieu à des sanctions pénales, civiles et disciplinaires. Vrai ou Faux ?

Vrai. Toute personne qui dépiste, soignant.e ou non-soignant.e (pair éducateurs.rices inclus.es) est tenue au strict respect du secret professionnel. Ne pas le respecter, c'est s'exposer à des sanctions (sanction disciplinaire pouvant aller jusqu'au licenciement, dépôt de plainte, etc.).

8. Un.e conseiller.ère communautaire doit répondre à toutes les préoccupations sur le dépistage. Vrai ou Faux ?

Vrai. Le cas échéant, il doit orienter vers des centres de santé adéquats.



FORMATION AU DÉPISTAGE COMMUNAUTAIRE DÉMÉDICALISÉ/ QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION DES PARTICIPANTS.ES

Instructions :

Devant chaque question, marquer **V** si la proposition est vraie ou **F** si la proposition est fausse.

V**F**

› Soutien Psychologique et Social

9. Client.e comme conseiller.ère communautaire peuvent bénéficier de soutien psychologique. Vrai ou Faux ?

Vrai. Il convient d'accompagner la personne dépistée par un conseil proactif. Il faut aussi mettre en place des séances de régulations pour les équipes de conseillers.ères communautaires.

› Généralités sur le VIH/ les IST

10. Les IST se transmettent souvent par les rapports sexuels. Vrai ou Faux ?

Vrai. D'où leur appellation d'Infections sexuellement transmissibles. La terminologie « rapport sexuel » ne désigne pas seulement la pénétration, mais fait référence à une large palette de pratiques.

11. Les IST non-traitées augmentent le risque de transmission du VIH. Vrai ou Faux ?

Vrai. Les muqueuses qui constituent déjà une porte d'entrée en virus sont dégradées si le sujet a contracté une IST.

12. Le VIH se transmet uniquement par deux modes : la voie sanguine et la voie sexuelle. Vrai ou Faux ?

Faux. Il peut aussi se transmettre de la mère à l'enfant au cours de la grossesse, l'accouchement et à allaitement. Des traitements prophylactiques efficaces existent pour empêcher qu'un nouveau-né soit infecté.

FORMATION AU DÉPISTAGE COMMUNAUTAIRE DÉMÉDICALISÉ/ QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION DES PARTICIPANTS-ES

Instructions :

Devant chaque question, marquer **V** si la proposition est vraie ou **F** si la proposition est fausse.

V**F**

13. Le syndrome d'immunodéficience acquise, signifie que celui-ci a été transmis héréditairement à l'individu. Vrai ou Faux ?

Faux. Le sida n'est pas héréditaire. Le virus est transmissible d'une personne à une autre. Le stade SIDA de l'infection à VIH signifie que le système immunitaire a été impacté de telle manière par le VIH que l'organisme ne peut plus se défendre.

14. Il existe un traitement pour maintenir en santé une personne infectée par le VIH. Vrai ou Faux ?

Vrai. Le traitement antirétroviral aide à stopper la progression du virus dans l'organisme et renforce l'immunité de la personne si elle prend bien son traitement + TASP

➤ GESTION DES ACTIVITÉS

15. La supervision consiste à contrôler les activités des conseillers-ères communautaires sur leur lieu de travail. Vrai ou Faux ?

Faux. La supervision est un temps pour accompagner les pair éducateurs.rices à améliorer leurs performances et à évacuer le stress lié au travail.

➤ LES TESTS DE DÉPISTAGE

16. Un test rapide de dépistage VIH est un test qui permet de détecter les anticorps anti VIH dès la contamination. Vrai ou Faux ?

Faux. Aucun test ne peut détecter le VIH immédiatement après une infection. Les tests de quatrième génération sont susceptibles de détecter les anticorps 6 semaines après une contamination. C'est ce qu'on appelle la fenêtre de séroconversion qu'il convient d'expliquer aux personnes qui souhaitent se faire dépister.

FORMATION AU DÉPISTAGE COMMUNAUTAIRE DÉMÉDICALISÉ/ QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION DES PARTICIPANTS.ES

Instructions :

Devant chaque question, marquer **V** si la proposition est vraie ou **F** si la proposition est fausse.

V**F**

17. Un test rapide est valide même si la bande ou le point de contrôle n'est pas apparent. Vrai ou Faux ?

Faux. Si la bande ou le point de contrôle n'est pas apparent, le test est invalide.

18. Le prélèvement au bout du doigt peut se faire sur un doigt écorché. Vrai ou Faux ?

Faux. Il se fait au contraire le faire sur un doigt propre et non injurié.

➤ HYGIÈNE ET BIOSÉCURITÉ

19. La biosécurité se traduit par le maintien de bonnes pratiques d'hygiène afin d'éviter toute contamination par des microbes. Vrai ou Faux ?

Vrai. C'est un protocole sanitaire nécessaire pour tout acte de prélèvement sanguin.

20. Au poste de dépistage, on ne gère que les déchets contaminés. Vrai ou Faux ?

Vrai. Au poste de dépistage, on doit gérer tout type de déchet dans des collecteurs dédiés aux intrants ayant été souillés par du sang, et ce, que le résultat soit réactif ou non.

FORMATION AU DÉPISTAGE COMMUNAUTAIRE DÉMÉDICALISÉ/ QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION DES PARTICIPANTS.ES

Instructions :

Devant chaque question, marquer **V** si la proposition est vraie ou **F** si la proposition est fausse.

V**F**

➤ DROITS HUMAINS

21. Le droit à la santé ne fait pas partie des droits des populations clés. Vrai ou Faux ?

Faux. Le droit à la santé est un droit universel pour toutes les populations, clés ou non. La santé sexuelle également.



Annexe II : Modèle de blason

**Être un.e pair éducateur.rice
c'est...**

.....

**Être un.e pair éducateur.rice
ce n'est pas...**

.....

Ce que je trouve facile...

.....

Ce que je trouve difficile...

.....

**Ce qui me plaît dans la pair
éducation...**

.....

Annexe III : Définition et nécessité des trois principes éthiques clés dans les actions de dépistage

Principes éthiques clés

Définition

Confidentialité

C'est le caractère réservé d'une information dont l'accès est limité aux seules personnes admises à la connaître. Aucune information soumise à la confidentialité ne peut être partagée à une personne tierce, sauf avec l'accord de la personne concernée.

Ex : Un résultat réactif ne doit pas être communiqué à une autre personne et engage uniquement le/la dépisteur.euses et la personne dépistée

Pourquoi est-ce nécessaire dans les actions de dépistage ?

C'est indispensable pour établir une **relation de confiance** préalable au conseil en dépistage envers des populations dont le mode de vie et / ou les pratiques sexuelles sont différentes des normes sociales communément admises.

C'est aussi une **obligation déontologique légale**.

Non-jugement

C'est accepter l'autre tel qu'il/elle est, tel qu'il/elle se ressent ; c'est accepter ses forces, ses faiblesses, ses doutes, ses contradictions. Dans le cadre d'une activité de dépistage, c'est aussi accepter son mode de vie, ses pratiques sexuelles ou de consommations de produits

Intimement lié à la confidentialité, c'est indispensable pour ne pas reproduire **la discrimination** (soit le fait d'opérer une distinction chez une personne et/ou une catégorie sociale conduisant au rejet, ou à l'exclusion sociale) et **la stigmatisation** (soit marquer une personne et/ou une catégorie sociale de préjugés négatifs) dont souffrent les populations clés.

Consentement éclairé

C'est s'assurer que la personne détient toutes les informations nécessaires pour prendre une décision qui la concerne. Dans le cadre du dépistage, il s'agit des procédures, de la signification et de l'implication qui résulte d'un résultat négatif ou réactif, et des suites possibles qui en sont corrélées.

Le dépistage se réalise sur la **base du volontariat** de la personne dépistée. À travers le cadre de confidentialité et de non-jugement garanti par le dépisteur, la personne dépistée doit être en mesure de décider ce qu'elle juge pertinent pour elle-même.

Annexe IV : Définitions et éléments clés relatives aux droits humains et au droits à la santé

A | Définitions des concepts de Droits et de droits humains

Le Droit

Le droit est constitué de l'ensemble des normes ou règles adoptées pour l'organisation de la vie en société.

Les droits humains

Ce sont les avantages reconnus à tout être humain sans distinction d'âge, de sexe, d'ethnie, de couleur, de religion, de nationalité, orientation sexuelle, etc. Ils sont propres, inhérents à la personne humaine et concourent tous à son bien être moral, physique, économique, social, culturel, etc.



B | Fondement et caractéristiques des droits humains

Les fondements des droits humains

L'égalité

Tous les hommes sont pareils. On naît tous libres et égaux en dignité et en droit.

La liberté

Tout homme naît libre. Il doit rester libre toute sa vie.

La dignité

C'est la valeur et la considération dues à tout être humain.

Caractéristiques des droits humains

Universels :

Qui s'étendent sur toute la surface de la terre et s'appliquent à tous..

Inaliénables :

Qui ne peuvent-être cédés, enlevés, retirés à la personne sans motif juridique.

Indissociables :

Qui ne peuvent-être séparés de la personne humaine.

Interdépendants :

Ne se disent de personnes ou de choses qui sont dans un rapport de dépendance mutuelle. La satisfaction de tous les droits humains doit être prise en compte

Inhérents :

Qui sont propres à la personne humaine et lui sont intimement liés

Les droits humains fondamentaux

- Le droit à la vie
- Le droit à la santé
- Le droit de penser
- Le droit de travailler
- Le droit à la sécurité
- Le droit à l'éducation
- Le droit à la propriété
- Le droit à une religion
- Le droit à l'information
- Le droit de circuler librement
- Le droit à l'intégrité physique et morale.

NB : Les droits humains sont universels, inaliénables, indissociables, interdépendants et inhérents à la personne humaine. C'est la valeur et considération dues à tous les êtres humains.

C | Éléments clés du droit à la santé

Les composantes du droit à la santé

La disponibilité :

L'existence, en quantité suffisante, des installations, des biens et des services ainsi que des programmes fonctionnels en matière de santé publique et de soins santé.

L'accessibilité :

Les installations, biens et services en matière de santé doivent être accessibles tous, l'accessibilité comporte quatre dimensions qui se recoupent mutuellement :

- La non-discrimination ;
- L'accessibilité physique
- L'accessibilité économique-
- L'accessibilité de l'information.

L'acceptabilité :

Les installations, biens et services en matière de santé doivent être respectueux de l'éthique médicale et être appropriés sur le plan culturel et réceptif aux exigences spécifiques liées à la sexualité et la santé sexuelle.

La qualité :

Les installations, biens et services en matière de santé doivent être scientifiquement et médicalement appropriés et de bonne qualité.

Les obligations du droit à la santé

À l'instar de tous les droits humains, il s'impose trois types d'obligations :

Respecter :

c'est-à-dire s'abstenir d'entraver l'exercice du droit à la santé (« ne pas nuire »).

Protéger :

c'est-à-dire empêcher des tiers (acteurs non-étatiques) de faire obstacle à l'exercice du droit à la santé (p. ex. en réglementant l'action des acteurs non-étatiques).

Mettre en œuvre :

c'est-à-dire adopter des mesures appropriées d'ordre législatif, administratif ou budgétaire pour assurer la pleine réalisation du droit à la santé.

Une autre obligation fondamentale est le respect des engagements contenus dans les différents plans stratégiques en matière de santé publique répondant aux préoccupations de l'ensemble de la population dans le domaine de la santé.

Les éléments essentiels du droit à la santé

- Accès à des soins de santé primaire
- Accès à une alimentation minimale nutritive
- Accès à des moyens d'assainissement
- Accès à de l'eau potable
- Accès aux médicaments essentiels.

Les problèmes de santé touchent généralement de façon disproportionnée les catégories sociales vulnérables et marginalisées.

SESSION II :

BASES SUR LE VIH ET LES IST, LES MODES DE TRANSMISSIONS, ÉPIDÉMIOLOGIE ET FACTEURS DE RISQUES

Objectif général de la session

Dans le cadre des activités de dépistage communautaire, réactualiser ses connaissances sur le VIH et les IST, leurs modes de transmission, les moyens de prévention, les facteurs de risque et la vulnérabilité spécifique des populations clés.

Objectifs spécifiques du/de la participant.e :

- Partager et actualiser ses connaissances sur le VIH et les IST ;
- Partager et actualiser ses connaissances sur les modes de transmissions, les outils de prévention et les principes de traitement ;
- Appréhender les notions de prévalence, d'incidence, de facteurs de risque et de vulnérabilités spécifiques des populations clés.



Programme de la Session II

Module I : Éléments clés de l'histoire naturelle de l'infection à VIH

Durée indicative : 1h00

Séquence I : Généralités sur le VIH/ sida

- Brainstorming

Matériel

Flipchart, marqueurs

Timing

30 min

Séquence II : Histoire naturelle du VIH

- Présentation Powerpoint

Matériel

Vidéoprojecteur, ordinateur

Timing

30 min

Module II : Modes de transmission et moyens de prévention du VIH et des IST

Durée indicative : 1h30

Séquence I : Modes de transmission et moyens de prévention du VIH

- Brainstorming

Matériel

Flipchart,
marqueurs,
post-it,
vidéoprojecteur,
ordinateur,
outils de prévention

Timing

45 min

Séquence II : Modes de transmission et moyens de prévention des IST

- Brainstorming

Timing

45 min

Module III : Facteurs de risque et de vulnérabilité des populations clés

Durée indicative : 2h00

Séquence I : Prévalence et incidence du VIH chez les populations clés

- Brainstorming

Matériel

Flip-chart, marqueurs,
vidéoprojecteur, ordinateur

Timing

30 min

Séquence II : Caractéristiques des facteurs de risques et de vulnérabilité des populations clés

- Travaux de groupe sur études de cas

Matériel

Flip-chart, marqueurs,
vidéoprojecteur, ordinateur

Timing

1h30

MODULE I : ÉLÉMENTS CLÉS DE L'HISTOIRE NATURELLE DU VIH

Présentation des objectifs du module :

- Partager et actualiser ses connaissances sur le VIH et des IST
- Retracer l'histoire naturelle du VIH

Séquence I : Généralités sur le VIH/ sida

30 min

➤ Modalités d'animation de la séquence : le brainstorming

L'animateur.rice adresse une série de questions aux participants.es sous forme de brainstorming :

- Qu'est-ce que c'est que le VIH ?

Informations clés :

- Virus (non une bactérie ou autre germe) besoins de cellules pour se reproduire
- Immunodéficience (cible les cellules du système immunitaire provoquant une déficience)
- Humain (spécifique aux humains)
- On parle d'infection à VIH

- Qu'est que le sida ?

Informations clés :

- Un stade de l'infection à VIH
- Syndrome (ensemble de symptômes dû à l'infection)
- Immunodéficience (cible les cellules du système immunitaire provoquant une déficience)
- Acquis : il est transmis d'une personne à une autre (pas héréditaire)

- Qui sont les groupes/populations les plus touchées ?

Informations clés :

- Selon les contextes, les hommes ayant des relations homosexuelles, les travailleurs.euses de sexe, les usagers-ères de drogues injectables, les migrants.es et les personnes déplacées, les personnes incarcérées, les personnes trans...
- Les facteurs cumulés de vulnérabilité des PC seront approfondis lors du module III de cette session



MODULE I : ÉLÉMENTS CLÉS DE L'HISTOIRE NATURELLE DU VIH

Séquence II : Éléments clés de l'histoire naturelle du VIH

30 min

➤ Modalités d'animation de la séquence : Présentation PowerPoint

VOIR ANNEXE I : HISTOIRE NATURELLE DU VIH →

L'animateur.rice retrace l'histoire naturelle du VIH à l'aide d'une présentation PowerPoint.

L'animateur.rice insistera sur les différents stades de développement de l'infection, en mettant en perspective le recours au dépistage :

- Au stade de la primo-infection
 - Durant la fenêtre de séroconversion (2 à 3 semaines après la contamination), recours possible aux tests de type antigène P24 qui détecte la présence du virus. Mais ce type de test reste onéreux et peu accessible
 - 6 semaines après la contamination, suite à l'apparition en nombre des anticorps anti-VIH, possibilité de dépister le VIH avec les tests de dépistage les plus couramment utilisés.
- Le stade d'infection silencieuse peut durer plusieurs années et le recours au dépistage n'est pas systématique en l'absence de symptômes.
- Le stade SIDA : avec l'apparition de symptômes beaucoup de personnes découvrent tardivement leur séropositivité lors de ce stade. Or, plus le VIH est diagnostiqué précocement, plus le traitement ARV sera efficace. A l'inverse, une prise en charge tardive compromet les chances de succès du traitement.

Synthèse du module

L'animateur.rice reprend les éléments clés du module :

- Le VIH est un virus qui se développe en affaiblissant le système immunitaire
- Sans prise en charge adaptée, l'infection à VIH se développe sur 3 différents stades et peut être à terme létale.
- L'animateur.rice veillera à mettre en avant le dépistage comme porte d'entrée de la prise en charge du VIH.
- Enfin, en guise de transition avec le module suivant, il/elle veillera également à souligner l'impact du traitement sur la charge virale.

MODULE II : MODES DE TRANSMISSION ET MOYENS DE PRÉVENTION DU VIH ET DES IST

Séquence I : Modes de transmission et moyens de prévention du VIH

45 min

➤ Présentation des objectifs de la séquence :

- Partager et actualiser ses connaissances sur les modes de transmission et des moyens de prévention du VIH et des IST

➤ Modalité d'animation de la séquence :

- Brainstorming d'élaboration du tableau des modes de transmission et moyens de prévention du VIH (30 min)
- Explications du tableau (15 min)

VOIR ANNEXE II-A : TABLEAU DE MODES DE TRANSMISSION ET MOYENS DE PRÉVENTION DU VIH →

L'animateur.rice complète le tableau de transmission du VIH à l'aide des informations données par les participants.es, à partir de la question suivante

- Quelles sont les modes de transmission du VIH que vous connaissez ?

Informations clés :

- Il y a 3 modes de transmission :
 - Voie sexuelle : anale, vaginale, buccale, partage de jouets sexuels...
 - Materno-fœtal : grossesse & accouchement, allaitement
 - Voie sanguine : transfusion, AES, partage de matériels usagés...

- Les pratiques sexuelles ne présentent pas les mêmes risques (échelle de risque)
- La contamination a lieu en présence d'un liquide contaminant et d'une porte d'entrée
 - Porte d'entrée = muqueuses, plaies
 - Le VIH se retrouve en quantité (variable) dans les liquides contaminants : sang, sécrétions sexuelles, lait maternel

L'animateur.rice explique que lors des entretiens dépistage, ces informations peuvent aider à évaluer la prise de risque.

MODULE II : MODES DE TRANSMISSION ET MOYENS DE PRÉVENTION DU VIH ET DES IST

Séquence II : Modes de transmission et moyens de prévention des IST

45 min

► Modalité d'animation de la séquence :

- Brainstorming d'élaboration du tableau des modes de transmission et moyens de prévention des IST (30 min)
- Explications du tableau (15 min)

VOIR ANNEXE II-B : TABLEAU DE MODES DE TRANSMISSION ET MOYENS DE PRÉVENTION DES IST →

L'animateur.rice procède de la même façon que pour la séquence précédente en posant les questions suivantes :

- Qu'est-ce qu'une IST ? Quels sont les IST que vous connaissez

Informations clés :

- Les IST sont des infections et non des maladies ;
- Les IST n'ont pas toujours des symptômes visibles ;
- Elles sont bactériennes ou virales ;
- Les similitudes/différences des modes de transmission (ex. le liquide contaminant du VHB et certaines IST = salive, le VHC = le sang) ;
- La plupart des IST peuvent être traitées et guéries (mais risque de réinfection) ;
- Contracter une IST = plus de risque de contracter le VIH

Synthèse du module

L'animateur.rice construit les deux tableaux à partir des éléments de réponses reçus lors du brainstorming et complète les informations manquantes à l'aide des tableaux en annexe.

Dans une synthèse l'animateur.rice fera émerger l'importance de la prévention des IST et du VIH :

- Prendre en compte l'échelle de risques pour évaluer une prise de risque ;
- Promouvoir la réduction des risques sexuels et de consommation de produits ;
- Promouvoir le dépistage des IST et du VIH en fonction de ses pratiques ;
- Parler des conséquences des IST non ou mal traitées sur la santé des personnes, de celle de ses partenaires et en termes de vulnérabilité au VIH.

MODULE III : FACTEURS DE RISQUE ET DE VULNÉRABILITÉ DES POPULATIONS CLÉS

Séquence I : Prévalence et incidence du VIH chez les populations clés 30 min

➤ Présentation des objectifs de la séquence :

- Définir l'incidence et la prévalence
- Introduire la notion de prévalence et d'incidence des populations clés

➤ Modalité d'animation de la séquence :

- Travaux en sous-groupes de définition de la prévalence et de l'incidence et restitution (15 min)
- Présentation de l'incidence et des prévalences du VIH chez les populations clés dans le pays où se tient la formation (15 min)

L'animateur.rice répartit les participants.es en deux sous-groupes. Chaque sous-groupe doit donner une définition de la **prévalence** et de **l'incidence**.

Puis chacun des sous-groupes restituent.

Sur la base des restitutions, l'animateur.rice facilite l'adoption d'une définition qui fait consensus, sur la base des informations clés ci-dessous :

Informations clés :

- En épidémiologie, la **prévalence** est la proportion (généralement exprimée en pourcentage) du nombre de cas d'une pathologie dans une population ou une communauté donnée, sur une période donnée, dans un espace géographique donné.
- En épidémiologie, **l'incidence** est la probabilité de contracter une pathologie au sein d'une population ou d'une communauté donnée, sur une durée donnée (généralement annuelle). L'incidence ne concerne que les nouveaux cas.

L'animateur.rice présentera les prévalences des populations clés du pays où se déroule la formation (en consultant le site de l'ONUSIDA : <https://www.unaids.org/fr/regionscountries/countries> ou le plan stratégique national)

Puis les incidences des populations clés. Selon l'ONUSIDA¹, le risque de contracter le VIH est :

- 28 fois plus élevé chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, que chez les autres hommes adultes de la population générale (15-49 ans).
- 35 fois plus élevé chez les personnes qui s'injectent des drogues, que chez les autres adultes qui ne s'injectent pas.
- 30 fois plus élevé pour les travailleuses du sexe, que chez les autres femmes adultes de la population générale (15-49 ans).
- 14 fois plus élevé pour les femmes transgenres, que chez les autres femmes adultes de la population générale (15-49 ans).

1 https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2022-global-aids-update-summary_fr.pdf

MODULE III : FACTEURS DE RISQUE ET DE VULNÉRABILITÉ DES POPULATIONS CLÉS

Séquence II : Caractéristiques des facteurs de risque et de vulnérabilité chez les populations clés

1h30

➤ Présentation des objectifs de la séquence :

- Identifier les facteurs de vulnérabilité et de risque chez les populations clés

➤ Modalité d'animation de la séquence :

- Etudes de cas (1h00)
 - Consignes (5 min)
 - Travaux sous-groupes (30 min)
 - Restitution (25 min)
- Échanges et synthèse du module (30 min)
 - Pour les études de cas, l'animateur.rice donne les modalités et consignes de l'exercice :
 - Il forme 4 sous-groupes ;
 - Il donne à chaque sous-groupe une situation à étudier, la consigne étant d'identifier les **facteurs de vulnérabilité** et les **facteurs de risque** dans chacune des situations ;

VOIR ANNEXE III-A : ETUDES DE CAS →

- Il passe dans les sous-groupes pour veiller à l'état d'avancement des travaux.

A la fin des travaux, chaque sous-groupe assure une restitution au grand groupe facilitée par l'animateur.rice qui aide à clarifier les propositions. A l'issue de chaque présentation, l'animateur.rice facilite un temps d'échanges pour identifier des compléments d'éléments en grand groupe.

VOIR ANNEXE III-B : TABLEAU RÉCAPITULATIF DES FACTEURS DE VULNÉRABILITÉ ET DE RISQUES DES ÉTUDES DE CAS →

A l'issue de toutes les restitutions, l'animateur.rice invite le groupe à identifier les points communs et saillants des situations. Il/elle invitera le groupe à caractériser et à différencier les **facteurs de vulnérabilité** et les **facteurs de risques**.

Informations clés

- **Les facteurs de vulnérabilité** peuvent se cumuler et amplifient ainsi l'exposition d'un individu à une pathologie. Ils peuvent être externes (juridiques, culturels, socio-économique...) ou propres à la personne (appartenance à un groupe vulnérable, pratiques à risque, autostigmatisation, idées reçues...)
- **Les facteurs de risque** sont liés aux types de pratiques sexuelles ou aux modes de consommation.

MODULE III : FACTEURS DE RISQUE ET DE VULNÉRABILITÉ DES POPULATIONS CLÉS



Synthèse du module

- L'animateur.rice rappelle que l'incidence et la prévalence au VIH sont importantes chez les populations clés
- Cette prévalence et cette incidence sont dues à une série de facteurs de vulnérabilité et de risque qui peuvent se cumuler ;
- Les pratiques sexuelles et/ ou de consommation de produits exposent ces populations au VIH (faire le lien avec le module II sur les modes de transmission) ;
- Le contexte légal, culturel ou social qui stigmatise les populations clés a des conséquences en termes d'accès à l'information, aux moyens de prévention et à la santé ;
- Dans un entretien de counselling il est important de ne pas se centrer uniquement sur les facteurs de risque mais de prendre en compte également les facteurs de vulnérabilité pour évaluer d'éventuelles prises de risques et un niveau d'exposition au virus.

Annexe I : Histoire naturelle du VIH

Premier stade : La primo-infection

©Coalition PLUS/
Nicolas Beaumont

- Dès son entrée dans l'organisme, le VIH se multiplie et se disperse.
- Le VIH a besoin d'une cellule hôte pour se multiplier. Le VIH cible une cellule du système immunitaire : le lymphocyte CD4. Cette cellule est détruite par le processus de réplication du VIH

NB. Il existe une possibilité de stopper l'installation du virus dans l'organisme : la prise d'un traitement post-exposition (TPE) durant un mois. Pour être efficace, ce traitement d'urgence à base d'antirétroviraux doit être pris idéalement dans les 4 heures et jusqu'à 48 heures, après la prise de risque.

- Le système immunitaire met environ 3 semaines pour se défendre et contrôler la prolifération. En conséquence, la charge virale, c'est-à-dire le nombre de réplication du virus dans le corps, augmente brutalement durant cette période.

NB. Durant cette fenêtre dite de « séroconversion », seul un test de type, l'antigène P24, détecte la présence du virus dans l'organisme.

- Durant cette période, la charge virale de la personne nouvellement contaminée au VIH est très élevée : le risque de transmission est plus important.

- Comme toute infection, des symptômes peuvent apparaître durant la primo-infection : fatigue, fièvre, ganglions, état grippal... mais ils peuvent être associés à d'autres infections et passer inaperçus. L'absence de symptômes est possible aussi.
- A partir de 3 semaines, l'organisme envoie une réponse immunitaire à l'infection à VIH : l'apparition des anticorps. A partir de 6 semaines, ces anticorps sont produits en telle quantité qu'ils sont détectables.

NB. Les tests de dépistage classiques (et notamment les Test Rapides d'Orientation Diagnostique (TROD) utilisés dans le cadre des activités communautaires) détectent la présence d'anticorps anti-VIH (et non le VIH lui-même !) quand ils sont en quantité suffisante dans le sang, c'est-à-dire aux alentours de la 6ème semaine suivant la contamination (sensibilité des tests de 4e génération). La présence d'anticorps anti-VIH est donc la preuve de l'infection.

- Les anticorps réduisent la charge virale mais n'évacuent pas le VIH.



Deuxième stade : L'infection silencieuse

- Les anticorps freinent le processus de réplication du virus mais l'infection continue et reprend petit à petit le dessus sur le système immunitaire en détruisant les CD4. La charge virale augmente progressivement et invariablement, tandis que le nombre de lymphocytes CD4 baisse en parallèle.
- Selon les individus, ce processus peut durer plusieurs années, voire davantage
- Durant cette période, il n'y a pas nécessairement de symptôme, ni de suspicions d'infection.
- La charge virale n'étant pas contrôlée, elle augmente progressivement : le risque de transmission est donc élevé également.

Troisième stade : sida

- C'est le stade « visible » ou encore symptomatique de l'infection à VIH. Ce stade survient quand une personne infectée n'a pas pu bénéficier de prise en charge, ou si son traitement est devenu inefficace à cause des difficultés d'observance ou encore de résistance au traitement développée par le virus.
- La charge virale devient extrêmement élevée car les anticorps ne parviennent plus à contenir le processus de réplication du virus.
- En détruisant le système immunitaire, le VIH l'empêche de jouer son rôle de protection. La personne infectée commence à avoir des infections régulières (dites infections opportunistes) car son corps, très affaibli, ne peut plus combattre ni les microbes, ni les autres virus courants. Sans réponse immunitaire, une simple infection peut muer en pathologie grave.

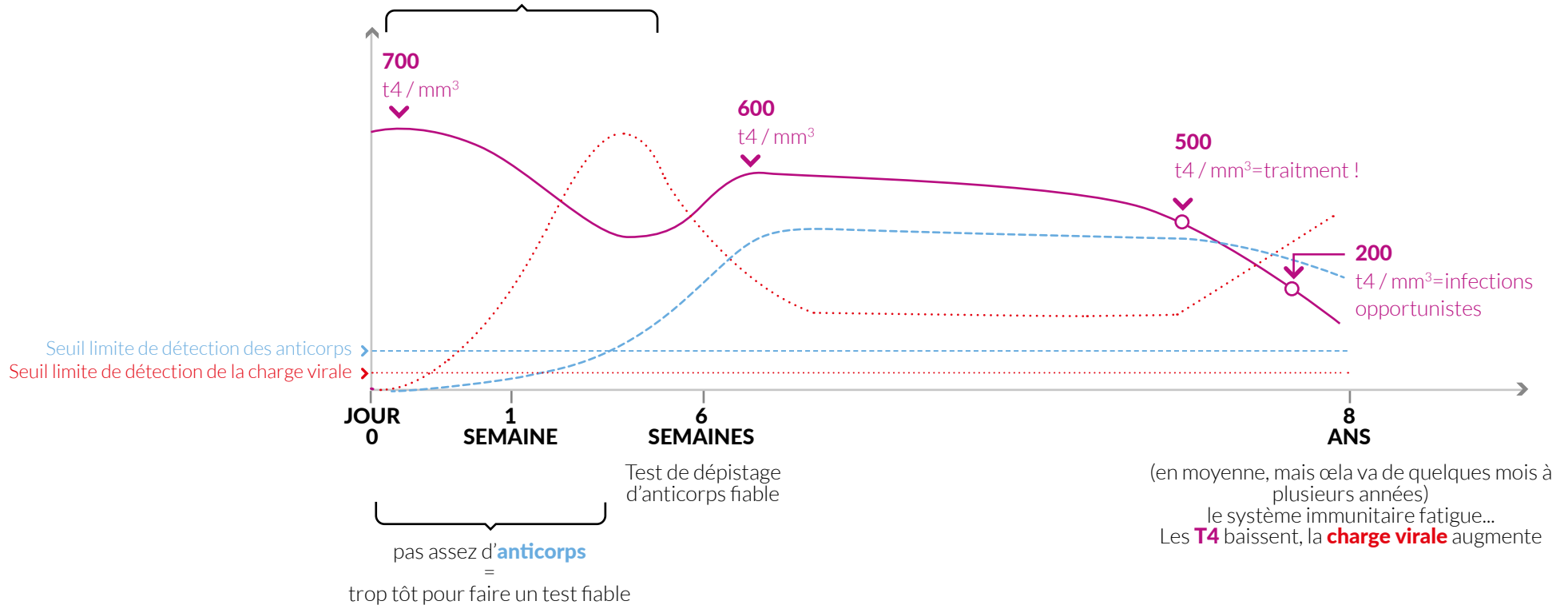
- Les infections opportunistes et/ou leurs symptômes peuvent être pris en charge. Mais sans jamais enrayer le travail de sape du VIH sur le système immunitaire.

NB. C'est très souvent au stade sida qu'une personne découvre sa séropositivité, du fait de la présence de symptômes.

- Le pronostic vital d'une personne qui ne bénéficie pas d'une prise en charge médicale des infections opportunistes ou du VIH, est engagé et l'issue devient fatale.
- Trop souvent c'est à ce stade, en étant gravement malade, que les personnes découvrent leurs infections par le VIH. La mise sous traitement ARV peut inverser la situation, mais souvent la personne reste fragilisée.

Histoire naturelle du VIH... sans traitement

La **charge virale** augmente très vite :
on est potentiellement contaminant dès quelques jours après la contamination !



.....
Charge virale =
quantité de virus dans le sang

--
Anticorps anti-VIH

—
Lymphocytes T4
(500 à 1400 T4 mm³)

Annexe II : Les modes de transmission du VIH et des IST et les moyens de préventions

A | Tableau de modes de transmission et moyens de prévention du VIH

MODE DE TRANSMISSION	TYPES DE PRATIQUES	ECHELLE DE RISQUE	COMMENTAIRES ET STRATÉGIES/ MOYENS DE PRÉVENTION
Sexuelle	Sexe orale (cunnilingus, anulingus, fellation)	<ul style="list-style-type: none"> ● Risque faible 	<ul style="list-style-type: none"> ● Risque plus élevé si liquide pré-séminal, sécrétions vaginales ou éjaculation en bouche et /ou présence de lésions buccales ● Aucun risque pour la personne qui reçoit la fellation, l'anulingus ou le cunnilingus ● Moyens de prévention : préservatif, digue dentaire, PrEP, TasP
	Pénétration vaginale	<ul style="list-style-type: none"> ● Risque élevé (davantage pour les femmes que pour les hommes) 	<ul style="list-style-type: none"> ● Risque plus élevé si liquide pré-séminal, sécrétions vaginales ou éjaculation et /ou présence de lésions vaginales ou péniennes ● Risque plus élevé pour la femme (réceptive) que pour l'homme (insertif) ● Moyens de prévention : préservatifs et gel lubrifiant, PrEP, TasP
	Pénétration anale	<ul style="list-style-type: none"> ● Risque élevé (notamment pour la personne réceptive) 	<ul style="list-style-type: none"> ● Risque plus élevé si liquide pré-séminal ou éjaculation et /ou présence de lésions anales ou péniennes ● Risque plus élevé pour le partenaire réceptif ● Moyens de prévention : préservatifs et gel lubrifiant, PrEP, TasP

MODE DE TRANSMISSION	TYPES DE PRATIQUES	ECHELLE DE RISQUE	COMMENTAIRES ET STRATÉGIES/ MOYENS DE PRÉVENTION
Sanguine	Transfusion sanguine	<ul style="list-style-type: none"> ● Si contrôle, risque résiduel 	<ul style="list-style-type: none"> ● Contrôle des poches de sang
	Accident d'Exposition au Sang	<ul style="list-style-type: none"> ● Risque élevé 	<ul style="list-style-type: none"> ● Risque élevé si la personne source a une charge virale détectable ● Moyens de prévention : respect du protocole d'hygiène de premiers secours et de soins, PEP
	Partage de seringues	<ul style="list-style-type: none"> ● Risque élevé 	<ul style="list-style-type: none"> ● Risque élevé si la personne source a une charge virale détectable ● Moyens de prévention : kit d'injection à usage unique, PrEP, TasP
De la mère à l'enfant	Grossesse & accouchement	<ul style="list-style-type: none"> ● Risque élevé (pour l'enfant) 	Moyens de prévention : <ul style="list-style-type: none"> ● Dépistage au cours de la grossesse, mise sous traitement ARV si séropositivité (TasP) ● Proposition d'accouchement sous césarienne ● PEP pour le nouveau-né
	Allaitement	<ul style="list-style-type: none"> ● Risque modéré 	Moyens de prévention : <ul style="list-style-type: none"> ● TasP, allaitement avec les produits de substitution (lait en poudre)

B | Tableau de modes de transmission, moyens de prévention et traitements des IST

INFECTION ET MICRO-ORGANISME RESPONSABLES	MODES DE TRANSMISSION	MOYENS DE PRÉVENTION	LOCALISATION	SYMPTÔMES	TRAITEMENTS
Gonococcie Le Gonocoque			Urètre, gorge, anus, vagin	<ul style="list-style-type: none"> ● Urétrite : sécrétion anormale jaune purulente ● Brûlure à la miction ou à l'éjaculation ● Prurit ou douleur au méat urétral ● Pharyngite : gorge sèche, douleur pharyngée et toux ● Sécrétion anormale jaune ou saignement ● Douleur et saignements lors de la défécation ou des rapports anaux 	<ul style="list-style-type: none"> ● Antibiotiques
Chlamydie Le Chlamydia	<ul style="list-style-type: none"> ● Sexe orale (cunnilingus, anulingus, fellation), ● Pénétration anale et vaginale 	<ul style="list-style-type: none"> ● Préservatifs 	Urètre, anus, scrotum, vagin	<ul style="list-style-type: none"> ● Urétrite : sécrétion anormale jaune purulente ● Brûlure à la miction ou à l'éjaculation ● Prurit ou douleur au méat urétral ● Sécrétion anormale jaune ou saignement ● Douleur et saignements lors de la défécation ou des rapports anaux ● Inflammation et douleur autour des testicules 	
Syphilis Le Tréponème pâle			Peau ou muqueuse de la bouche et des organes génitaux	3 stades de l'infection : <ul style="list-style-type: none"> ● Syphilis primaire : ulcération (chancre) indolore à l'endroit de l'inoculation ; ● Syphilis secondaire : éruption cutanée ● Syphilis tertiaire : atteinte neurologique, atteinte ophtalmologique 	
Chancre Mou Le Haemophilus Ducrey			Peau ou muqueuse des organes génitaux	<ul style="list-style-type: none"> ● Ulcération inflammatoire, douloureuse, profonde ● Prurit ● Ganglions 	

INFECTION ET MICRO-ORGANISME RESPONSABLES	MODES DE TRANSMISSION	MOYENS DE PRÉVENTION	LOCALISATION	SYMPTÔMES	TRAITEMENTS
Herpès	<ul style="list-style-type: none"> Baiser, sexe orale (cunnilingus, anulingus, fellation), pénétration anale et vaginale 	<ul style="list-style-type: none"> Préservatifs 	Peau ou muqueuse des organes génitaux et bouche	<ul style="list-style-type: none"> Vésicules puis ulcérations douloureuses uniques ou multiples 	<ul style="list-style-type: none"> Antiviral
Condylomes ou crêtes de coq papillomavirus	<ul style="list-style-type: none"> Pénétration anale et vaginale 	<ul style="list-style-type: none"> Préservatifs 	Peau ou muqueuse des organes génitaux	<ul style="list-style-type: none"> Végétations vénériennes : excroissances Cutanéomuqueuses Lésions précancéreuses 	<ul style="list-style-type: none"> Traitement à base locale Intervention chirurgicale (électrocoagulation)
Hépatite B Le VHB	<ul style="list-style-type: none"> Baiser, sexe orale (cunnilingus, anulingus, fellation) 	<ul style="list-style-type: none"> Préservatifs Vaccin 	Inflammation du foie	<ul style="list-style-type: none"> Fièvre, nausées, vomissements, perte d'appétit, douleurs à l'estomac, fatigue, douleurs articulaires Urine foncée, selles pâles Jaunisse 	<ul style="list-style-type: none"> Antiviral Vaccin
Hépatite C Le VHC	<ul style="list-style-type: none"> Pénétration anale et vaginale Partage de matériel d'injection Transfusion sanguine 	<ul style="list-style-type: none"> Préservatif Kits d'injection à usage unique 	Inflammation du foie	<ul style="list-style-type: none"> Fièvre, nausées, vomissements, perte d'appétit, douleurs à l'estomac, fatigue, douleurs articulaires Urine foncée, selles pâles Jaunisse 	<ul style="list-style-type: none"> Antiviral
Monkey pox (variole du singe)	<ul style="list-style-type: none"> Contact intime peau à peau 	<ul style="list-style-type: none"> Isolement de la personne infectée 	Peau, muqueuses	<ul style="list-style-type: none"> Pustules, vésicules, fièvres, fatigue 	<ul style="list-style-type: none"> Antibiotique (traitement des séquelles, vaccin)

Annexe III : Facteurs de risque et vulnérabilité des population clés

A | Etudes de cas

Cas pratique 1

Jean, 35 ans, est chauffeur routier. Il a découvert le sexe entre hommes avec un jeune homme qu'il a pris en stop 2 semaines auparavant. Lors de ce rapport, Jean a d'abord reçu une fellation, puis a pénétré son partenaire. Pour faciliter la pénétration anale, il a utilisé sa propre salive n'ayant pas de gel lubrifiant. Ni Jean ni son partenaire n'avaient de préservatif et en pleine nuit au milieu de la forêt, impossible de s'en procurer. De plus, Jean s'est dit que puisque son partenaire était jeune, ça ne craignait rien. Jean fréquente aussi régulièrement des travailleuses de sexe et se protège la plupart des fois.

Jean est inquiet car depuis quelques jours, il a un écoulement au niveau de son sexe. Il se rend dans un centre de santé mais à la consultation, il ne parvient pas à nommer ses pratiques sexuelles de peur d'être jugé.

Cas pratique 2

Voici une semaine que Amber, 21 ans, ne peut pas travailler normalement. Elle est inquiète car elle va avoir des difficultés pour payer son loyer. De plus, elle doit également aider financièrement sa famille. C'est pourquoi elle a recours ponctuellement au travail du sexe. Or, depuis quelques jours, un écoulement vaginal blanc d'une forte odeur, pour lequel elle applique un traitement traditionnel à base de plantes mais qui n'a aucun effet. Elle s'inquiète surtout car elle risque de perdre des clients. Elle se résout à ne pas leur imposer le préservatif s'ils paient mieux et ont l'air d'être en bonne santé.





Cas pratique 3

Isidore a 25 ans et est un grand sportif populaire dans son quartier. Il n'est pas indépendant et vit encore en famille. Personne n'est au courant de son homosexualité sauf son meilleur ami. Comme l'homosexualité est pénalisée dans son pays, Isidore ne fréquente pas les associations identitaires ou de lutte contre le VIH.

Il fait des rencontres essentiellement sur les réseaux sociaux et les sites de rencontres entre mecs mais elles restent occasionnelles. Il a l'habitude de donner rendez-vous à ses partenaires dans des lieux extérieurs, pas toujours très sûrs (parcs, chantiers). Ses relations sexuelles sont protégées s'il a des préservatifs sur lui. Or, en pharmacie ça coûte cher et son pharmacien lui a déjà posé des questions embarrassantes sur sa sexualité. Cela étant dit, ses préférences vont vers la fellation et la masturbation partagée. Depuis plus d'une semaine, il se plaint de maux de gorge intenses et il a souvent de la fièvre mais il a peur de se rendre au centre de santé du quartier de peur d'y être reconnu ou mal reçu.

Cas pratique 4

Simplice est cadre dans une institution financière et il vit seul. Il fait partie d'un groupe de mecs qui se voient plusieurs fois par mois pour des soirées mélangeant sexe en groupe, alcool et produits psychoactifs le plus souvent sniffés. Plusieurs fois, il s'est évanoui. Un soir, il s'est laissé convaincre de se faire injecter par un nouveau membre du groupe. Il prend la PrEP et est régulièrement dépisté pour le VIH et les IST. Il se considère comme bien informé, mais oublie parfois de prendre son comprimé.

B | Tableau récapitulatif des facteurs de vulnérabilité et de risques des études de cas

ETUDES DE CAS	FACTEURS DE VULNÉRABILITÉ	FACTEURS DE RISQUES (LORS DE LA PRISE DE RISQUE)
Cas 1 : Jean	<ul style="list-style-type: none"> ● Non-utilisation systématique des moyens de prévention ● Multipartenariat ● Non-connaissance de son statut sérologique ● Non-recours au dépistage des IST ● Autostigmatisation 	<ul style="list-style-type: none"> ● Pénétration anale non protégé ● Absence de gel lubrifiant ● Présence potentielle d'IST ● Idées reçues (sur son partenaire)
Cas 2 : Amber	<ul style="list-style-type: none"> ● Précarité ● Travailleuse de sexe ponctuel et multipartenariat ● Absence d'information sur le traitement des IST ● Non recours au dépistage des IST ● Non connaissance de son statut sérologique ● Négociation du port du préservatif avec les clients 	<ul style="list-style-type: none"> ● Non recours systématique aux moyens de prévention ● Présence potentielle d'IST ● Idées reçues sur ses partenaires
Cas 3 : Isidore	<ul style="list-style-type: none"> ● Précarité ● Multipartenariat ● Autostigmatisation ● Stigmatisation des personnels de santé ● Lieux extérieurs ● Pénalisation de l'homosexualité ● Absence d'accès aux informations ● Accès limité aux moyens de prévention ● Accès limité aux centres de santé 	<ul style="list-style-type: none"> ● Non recours systématique aux moyens de prévention ● Présence potentielle d'IST
Cas 4 : Simplicie	<ul style="list-style-type: none"> ● Multipartenariat ● Manque d'observance de la PrEP ● Polyconsommation de produits et absence de connaissances sur les interactions 	<ul style="list-style-type: none"> ● Manque d'observance de la PrEP ● Polyconsommation de produits et absence de connaissances sur les interactions ● Absence de kit d'Injection à usage unique

SESSION III :

DÉFIS DES INTERVENTIONS AUPRÈS DES POPULATIONS CLÉS

Objectif général de la session

Identifier les barrières et les freins liés au dépistage, et les stratégies d'amélioration d'accès au dépistage des populations clés.

Objectifs spécifiques du/de la participant.e :

- Identifier les barrières du recours au dépistage des populations clés ;
- Identifier les solutions pouvant améliorer l'accès précoce à la connaissance de son statut sérologique au VIH, hépatites virales et IST ;
- Citer les avantages et les limites du dépistage du VIH dans les structures de prise en charge classique ;
- Identifier les stratégies innovantes de l'offre de dépistage en communauté ;
- Partager les bonnes pratiques facilitant le dépistage communautaire.



Programme de la Session III

Module I : Freins et leviers à l'accès au dépistage des populations clés

Durée indicative 3h10

Module II : Stratégies d'amélioration des services de dépistage chez les populations clés

Durée indicative : 1h30

Séquence I : Freins - barrières à l'accès au dépistage des populations clés

- Travaux de groupe sur études de cas

Séquence II : Leviers à l'accès au dépistage des populations clés

- Méta-plan

Séquence I : Stratégies innovantes de dépistage

- Travaux de groupe

Matériel

- Flipchart, marqueurs, vidéo projecteur, ordinateur ;
- Feuilles circulantes
- Post-Its

Timing

1h10

Timing

2h00

Matériel

- Documents à distribuer
- Flipchart, marqueurs, vidéo projecteur, ordinateur

Timing

1h30

MODULE I : FREINS ET LEVIERS À L'ACCÈS AU DÉPISTAGE

Présentation des objectifs du module :

- Identifier les freins/barrières à l'accès du dépistage chez les populations clés ;
- Identifier les leviers à l'accès au dépistage des populations clés ;
- Citer les avantages et les limites du dépistage classique.

Séquence I : Freins / barrières à l'accès au dépistage des populations clés

1h10

➤ Modalités d'animations de la séquence : études de cas

- Consignes (5 min)
- Travaux en sous-groupes (30 min)
- Restitution (40 min)

Pour les études de cas, l'animateur.rice donne les modalités et consignes de l'exercice :

- Il/elle forme 4 sous-groupes
- Il/elle donne à chaque sous-groupe une situation à étudier, la consigne étant d'identifier les freins/barrières à l'accès au dépistage (10 min)

VOIR ANNEXE I-A : ÉTUDES DE CAS →

À l'issue de ce premier temps, les sous-groupes s'échangent leur production et en assurent la revue : surlignage des éléments pertinents, propositions d'ajout(s), et question/ clarification (20 min).

À la fin des travaux, chaque sous-groupe assure une restitution facilitée par l'animateur.rice, en adressant au grand groupe les questions identifiées et les propositions d'ajout(s) (40 min).

Sur la base des restitutions, l'animateur.rice facilite l'identification, par catégories, des freins d'accès au dépistage :

Informations clés :

- Facteurs liés à l'environnement (éloignement des sites de dépistage, contexte local hostile...)
- Facteurs sociojuridiques (criminalisation, stigmatisation, discrimination, autorisation réglementaire...)
- Facteurs liés à l'offre de dépistage médicalisé et/ou communautaire (éthique et confidentialité, structure de prise en charge classique/communautaire...)

L'animateur.rice assure la transition avec la deuxième partie de la séquence consacrée à l'identification de solutions pour améliorer l'accès au dépistage.

MODULE I : FREINS ET LEVIERS À L'ACCÈS AU DÉPISTAGE

Séquence II : Leviers à l'accès au dépistage des populations clés 1h10

➤ Modalités d'animations de la séquence : métaplan

- ➔ Métaplan : solutions aux freins d'accès au dépistage (30 min)
- ➔ Métaplan : tableau comparatif des différentes stratégies de dépistage (30 min)
- ➔ Synthèse du module (10 min)

L'animateur.rice partage des Post-It de trois différentes couleurs-vert, rouge et jaune - aux participants.es.

- **Sur les post-it verts**, les participants.es proposent des solutions aux freins à l'accès au dépistage identifiés dans la séquence précédente, qu'ils/elles viennent ensuite coller au mur.
- L'animateur.rice facilite un regroupement des réponses apportées par catégories et valide les informations identifiées :

Informations clés :

- Deux types de dépistage accompagnés : médicalisé et démedicalisé, prise de sang ou prélèvement capillaire, résultat immédiat vs différé...
- Le rôle de la pair éducation dans le dépistage : accompagnement psychosocial, conseil et dépistage, proximité avec les communautés, déploiement au plus proche facilité...
- Parler de la diversité des formes de dépistage : protocole PrEP, autotests, index testing

- L'animateur.rice poursuit en invitant les participants à noter sur les **Post-its jaunes les avantages** et sur les **Post-its rouges les inconvénients**, du :
 - dépistage médicalisé et
 - dépistage communautaire démedicalisé.
- Au fur et à mesure des réponses apportées, l'animateur co-construit avec les participants.es un tableau comparatif.

VOIR ANNEXE I-B : TABLEAU COMPARATIF DES DIFFÉRENTES STRATÉGIES DE DÉPISTAGE ➔

- Une fois le tableau finalisé, l'animateur fait ressortir la **complémentarité et les spécificités** de chacune des approches du dépistage.



MODULE I : FREINS ET LEVIERS À L'ACCÈS AU DÉPISTAGE



Synthèse du module

L'animateur.rice met en perspective les éléments constitutifs d'un environnement favorable au dépistage communautaire pour atteindre les populations clés :

- Sensibilisation nécessaire vis-à-vis du cadre d'intervention (police, leaders de quartiers, leaders religieux...)
- Formations des pair éducateurs.rices au dépistage démedicalisé
- Sensibilisation des soignants-es aux droits humains, droit à la santé et à l'éthique médicale
- Réduire la stigmatisation et la discrimination des populations clés
- Enjeu de reconnaissance de l'expertise communautaire et du statut de pair éducateur.rice

MODULE II : STRATÉGIES D'AMÉLIORATION DES SERVICES DE DÉPISTAGE CHEZ LES POPULATIONS CLÉS

Présentation des objectifs du module :

- Identifier les stratégies innovantes de l'offre de dépistage en communauté ;
- Partager des bonnes pratiques facilitant les actions de dépistage communautaire

Séquence I : Stratégies innovantes du dépistage

1h30

➤ Modalité de l'animation : Travaux en sous-groupes

- Consignes (5min)
- Travaux de groupe (35 min)
- Restitution des travaux et échanges (40 min)
- Synthèse du module (10 min)

L'animateur.rice constitue trois groupes et attribue à chacun d'entre eux une stratégie & thématique suivante :

- **l'index testing**
- **l'autotest**
- **la PrEP**

Il/elle donne la consigne de préparer une présentation synthétique à partir de leurs propres connaissances, en trois points:

1. Définition de la stratégie ;
2. Avantage(s) en termes de dépistage ;
3. Modalité(s) de déploiement.

L'animateur.rice facilite la restitution par groupe et complète les productions en s'aidant de l'annexe :

VOIR ANNEXE II : STRATÉGIES INNOVANTES DE DÉPISTAGE →

- Après chaque présentation, un temps de clarification est organisé et les autres participants peuvent ajouter des points sur ce qui a été présenté.
- Une fois que toutes les présentations ont été faites, un temps d'échanges avec le groupe fait émerger la complémentarité de ces stratégies, leur adaptation aux contextes des populations clés et les différentes actions de plaidoyer nécessaires à l'amélioration du Tester & Traiter.

MODULE II : MODES DE TRANSMISSION ET MOYENS DE PRÉVENTION DU VIH ET DES IST



Synthèse du module

L'animateur.rice met en perspective :

- L'impact de ces stratégies dans certaines régions du monde qui l'ont systématisé ;
- La sensibilisation des pairs sur le bénéfice de ces stratégies, dans les entretiens de counselling ;
- Le besoin de mener du plaidoyer pour la mise à l'échelle de ces stratégies pour les populations clés
- Document ressources : PPT directives 2019 OMS [“Les services de dépistage du VIH : nouvelles directives, recommandations, et bonnes pratiques”](#) (Diapos 12-15 ; 22, 26-30, 40-43)

Annexe I

A | Etudes de cas

Jambar

25 ans, homosexuel, n'a jamais été sensibilisé par un pair de sa communauté. Il habite dans une zone où il n'y a pas d'associations communautaires. Les seules informations qu'il a sur le VIH sont celles qu'il voit de temps en temps à la télévision. Il s'agit très souvent d'informations relatives aux couples hétérosexuels. Pour lui qui est attiré par les garçons, il n'y a aucun risque. Il n'utilise pas de préservatifs et pour faciliter les pénétrations anales, il utilise de la salive ou encore du karité. Il a des rapports sexuels occasionnels avec quelques gars de son quartier. Mais une rumeur circule dans le quartier que l'un de ceux avec qui il a des rapports sexuels réguliers serait infecté au VIH. Jambar veut donc connaître son statut sérologique.

Comme ils sont très souvent ensemble et que l'on n'a jamais vu Jambar avec une femme, les commérages ont vite fait de se propager. On le soupçonne d'être homosexuel. Jambar a peur de se rendre au centre de santé parce que sa voisine y est sage-femme. Il craint qu'en cas de résultat positif la nouvelle circule dans le quartier. Par ailleurs, le centre de santé le plus proche est à environ 30 minutes de marche. Sans revenu, il ne peut pas non plus recourir à un taxi.



Myko

Célibataire de 22 ans, vit dans une maison close. Elle a 3 enfants et partage un studio avec deux copines. Elle a une clientèle d'hommes réguliers. Une campagne de dépistage est organisée par une association communautaire de sa localité. Pendant cette campagne l'association fait de la sensibilisation sur la prévention du VIH et des IST, la promotion du dépistage, la distribution des kits de prévention (préservatifs masculins et féminins ainsi que des dosettes de gel lubrifiant à base d'eau).

Une équipe de paires éducatrices formées au dépistage propose conseils et tests rapides. Myko a peur de faire son test, elle craint que son statut sérologique ne soit dévoilé. Elle préfère dire qu'elle a fait son test dans un centre de santé le mois dernier.

Koffi

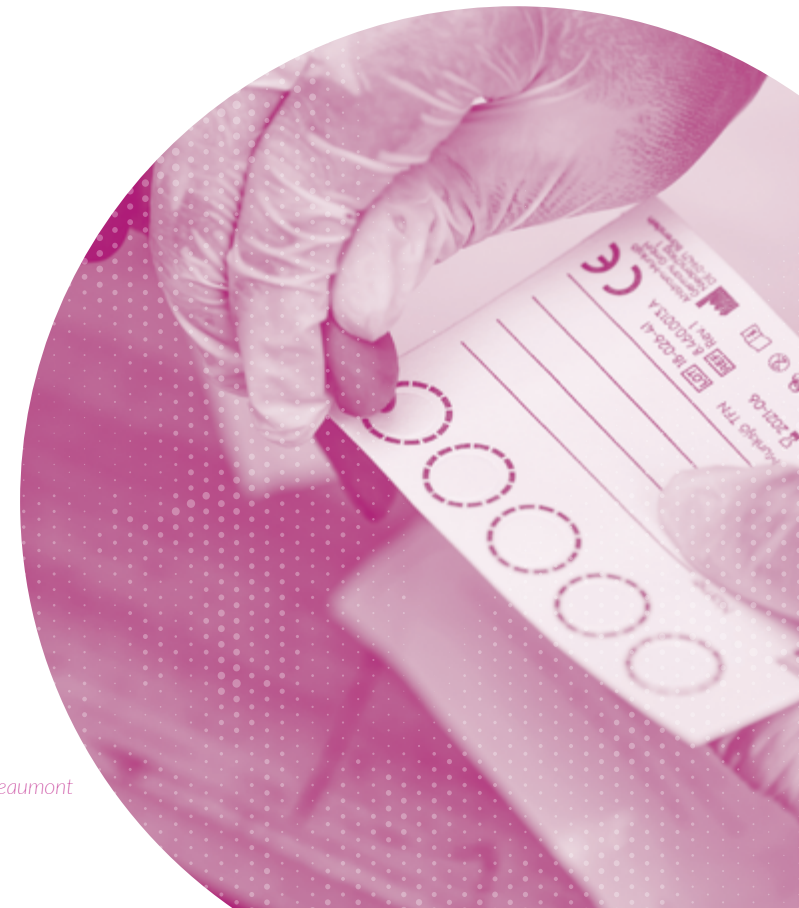
Est pair éducateur dans l'association « Le Bien-Être », une association LGBT. Il a pour mission de faire de la sensibilisation sur la prévention du VIH et des IST, du dépistage du VIH, de l'accompagnement psychosocial auprès des membres de sa communauté. Depuis trois mois il ne peut faire aucun test de dépistage du VIH car il y a une pénurie d'intrants. Il avait planifié plusieurs séances et rendez-vous avec ses pairs. Il a informé son chargé de programme de cette situation et du fait que plusieurs de ses pairs ne sont plus enthousiastes à se faire dépister et ne lui font plus confiance.

Dany

42 ans, a fait des études supérieures et a une licence en mathématiques. Depuis qu'il a terminé ses études à l'âge de 24 ans, il est sans emploi stable. Cela fait 18 ans qu'il passe d'un boulot à un autre sans parvenir à le garder.

Dany fréquente un squat où il se procure des produits psychoactifs. Il en consomme régulièrement. Plusieurs types de produits sont proposés par les dealers. Dany a une préférence pour la cocaïne qu'il injecte, car, selon lui, les effets sont immédiats et lui donnent une sensation de plénitude et de courage. Dans ce lieu (squat) on se partage des seringues faute d'en avoir suffisamment, cela permet aussi de pouvoir vite les dissimuler en cas de descente des forces de l'ordre.

Depuis 3 mois maintenant Cyrano -ancien utilisateur de drogue injectable qui a bénéficié d'une formation en Réduction des Risques (RdR)- vient régulièrement et propose échange de seringues, prévention contre l'infection à VIH et des hépatites virales et dépistage. Dany veut bien se faire dépister et comprend sa démarche mais trouve que le lieu n'est pas approprié pour se faire dépister. L'association pour laquelle Cyrano travaille et milite n'a pas encore d'espace pour accueillir les pairs de la communauté. L'association n'a pas non plus reçu d'autorisation pour ce service d'échanges de seringues qu'elle assure de manière clandestine.



B | Tableau comparatif des différentes stratégies de dépistage

TYPE DE DÉPISTAGE	AVANTAGES	LIMITES
Médicalisé	<ul style="list-style-type: none"> ● Disponibilité des intrants ● Formation des personnels soignants ayant un statut légal (reconnu par l'Etat) ● Travail en direction de tous les publics ● Orientation plus rapide pour une prise en charge médicale ● Doivent respecter les textes légaux en matière de dépistage du VIH ● Confiance envers le corps médical 	<ul style="list-style-type: none"> ● Pas de proximité avec les populations clés (et réciproquement) ● Pas de formation sur les spécificités des populations clés ● Expériences relatives de stigmatisation, discrimination, de non-respect des principes déontologiques ● Expériences relatives de préjugés, représentations sociales négatives des populations clés ● Parfois, risque de rupture de la confidentialité ● Parfois, manque de disponibilité des intrants ● Délais de remise de résultat
Communautaire démedicalisé	<ul style="list-style-type: none"> ● Connaissance de la communauté et des lieux de sociabilité ● Confiance, proximité avec les PC ● Capacité de mobilisation communautaire ● Capacité à faire circuler les autotests dans la communauté ● Formation au TROD et au counselling, parfois reconnues par l'Etat ● Facilité dans le déploiement de proximité ● Référencement, accompagnement communautaire vers la prise en charge ● Résultat immédiat¹ 	<ul style="list-style-type: none"> ● Parfois, manque de reconnaissance du statut de pair éducateur/ turn over ● Parfois, barrières réglementaires, manque de volonté politique au déploiement du dépistage communautaire ● Parfois, risque de rupture de la confidentialité. Ou crainte réelle ou supposée de rupture de confidentialité par les PC envers les PE issus des mêmes communautés ● Parfois, manque de disponibilité des intrants ● Selon les contextes, criminalisation/ exposition en tant que représentant des PC ● Perception dépréciative du non médical

1 Test réactif qui sera (ou pas) confirmé par un diagnostic médical.

Annexe II : Stratégies “innovantes” en matière de dépistage du VIH

Index testing

Définition

Approche centrée sur la personne issue des populations clés ou positive au VIH pour atteindre les contacts de son réseau (par exemple, les partenaires sexuels d'un-e TS ou les amis d'un HSH)². Chacune des personnes contactées peut à son tour mettre son réseau à disposition selon l'effet boule de neige.

Avantages / limites

- Atteindre les personnes éloignées des services de dépistage de la communauté ;
- Contribuer à réduire les transmissions secondaires, donc à impacter l'incidence au sein des populations clés ;
- Combler les gaps en matière d'accès aux services de dépistage de PC³, prioriser les réseaux sociaux et sexuels à haut risque⁴ ;
- Mettre les acteurs communautaires au centre de la lutte contre le VIH (recrutement des pairs éligibles au dépistage)
- Réduire la déperdition de potentiels bénéficiaires dans les soins.

Limite : La gestion de la confidentialité auprès des contacts des sujets

Déploiement - modalités

Selon le référentiel de la PACE, l'index testing a une place majeure⁵ pour les associations membres qui mettent en place un mécanisme de maintien dans les soins de leurs bénéficiaires

- Les pairs éducateurs-rices identifient les personnes hautement vulnérables et/ou ayant des charges virales élevées et leur proposent l'index testing.
- L'approche services différenciés est compatible avec la garantie du respect de la confidentialité du cas contact.
- Dépistage et ensuite référence dans les structures de prise en charge.

2 Cibles : pair (i) dépisté positif de moins de 3 mois avec évaluation des risques élevé ; (ii) n'ayant pas une charge virale supprimée ; (iii) en échec thérapeutique.

3 Populations clés cachées, difficiles à atteindre par les programmes de prévention.

4 Sélection minutieuse, suivi et le couplage, coaching des conseillers communautaires et pairs mobilisateurs contribueront à garantir que votre programme atteigne ces réseaux à haut risque.

5 En particulier en contexte hostile

Autotest

Définition

L'autotest est le processus par lequel une personne prélève son propre échantillon (fluide oral ou sang), effectue un test, puis interprète les résultats, souvent dans un cadre privé, seule ou avec une personne de confiance.

Avantages / limites

- Rapide : donne le résultat en 20 minutes ;
- Précis : pour les tests de qualité, agréés et lorsqu'ils sont fournis avec des instructions adéquates ;
- Pratique dans sa réalisation : inutile de se déplacer vers une structure de dépistage du VIH (réduction des coûts) ;
- Favorise l'autonomisation (« empowerment ») ;
- Discrétion : réduit la peur de la stigmatisation ;
- Forte acceptabilité de la population générale et des populations clés ;
- Permet de créer une demande pour le dépistage VIH chez les populations qui n'ont pas accès aux services actuels.

Limites :

- Pénurie des autotests, coût ;
- Manque de politiques en matière de mise en œuvre de l'autotest ;
- Insuffisance de formation des agents communautaires à l'utilisation de l'autotest.

Déploiement - modalités

Les modèles de dispensation des kits d'autotests sont divers. Le choix d'une des stratégies doit être défini en fonction du contexte, des populations ciblées notamment des personnes difficiles à atteindre⁶. Pour chacun des canaux, la dispensation peut être primaire ou secondaire⁷.

- La **dispensation primaire** d'un kit d'autotest est directement effectuée par un agent dispensateur formé⁸ auprès d'un usager. Le test peut être réalisé avec assistance directe ou sans assistance directe, en fonction de la volonté de chaque usager⁹.
- La **dispensation secondaire** est effectuée par une personne relais qui a reçu un ou plusieurs kits dans le cadre d'une dispensation primaire et qui le(s) distribue auprès de « contact(s) secondaire(s) »¹⁰.

La dispensation des kits d'ADVIH peut se faire dans le cadre d'**une stratégie fixe¹¹ ou avancée (mobile)¹²** -lieux de prostitution /PS, de sociabilité ou de rencontre/ HSH, de fréquentation/UD(I) etc.

⁶ Ainsi que de la logique d'intégration et de complémentarité de l'autotest avec les autres stratégies de dépistage, telles que le conseil et dépistage à l'initiative du prestataire (CDIP) ou le dépistage à base communautaire (dépistage démedicalisé).

⁷ A l'exception des sites de prise en charge des PVVIH où elle est exclusivement secondaire.

⁸ Professionnel de santé, assistant social, pair éducateur, travailleur communautaire, pharmacien, etc.

⁹ Certains groupes de population (en raison de leur faible niveau d'instruction notamment) peuvent avoir besoin d'une assistance directe sous la forme de démonstrations et d'explications fournies en personne avant, pendant et après la réalisation du test. L'agent dispensateur formé doit fournir des informations relatives à la réalisation de l'autotest, à l'interprétation des résultats et à la conduite à adopter, à minima avant la réalisation du test, et éventuellement pendant et/ou après la réalisation du test en fonction de la volonté de l'utilisateur.

¹⁰ Partenaire sexuel(le), un(e) pair(e), un(e) partenaire de drogue injectable, ou un membre de la famille. La personne relais reçoit au préalable les formations/conseils et outils nécessaires afin d'être capable de dispenser l'ADVIH. Elle fournit ensuite le kit d'ADVIH au sein duquel se trouve la notice du fournisseur. Elle peut également effectuer une démonstration, partager une vidéo de démonstration via les réseaux sociaux ou avec le lien internet, ainsi que le numéro de la ligne d'écoute téléphonique gratuite et anonyme (le cas échéant). Une notice complémentaire validée dans le pays peut être mise à la disposition des utilisateurs. Le test est effectué par l'utilisateur de manière autonome.

¹¹ La dispensation est effectuée à partir d'établissements ou d'autres postes fixes pour une utilisation ultérieure ou à l'intérieur des institutions. Des tests peuvent être remis à des clients séropositifs ou séronégatifs pour une dispensation secondaire.

¹² La dispensation est effectuée auprès des populations cibles et/ou secondaires auprès des partenaires sexuel(le)s, pair(e)s, partenaires de drogue injectable, membres de la famille. L'intégration aux programmes de tests communautaires existants peut améliorer l'efficacité et optimiser les ressources.

PrEP

Définition

La Prophylaxie pré exposition (PrEP) est un moyen de prévention de l'infection à VIH. Elle consiste en la prise d'une association d'antirétroviraux par voie orale ou injectable par une personne non-infectée mais exposée à un haut risque de contracter le VIH par voie sexuelle ou sanguine.

Avantages / limites

Plusieurs recherches ont prouvé l'efficacité de la PrEP en prise continue et à la demande¹³.

La PrEP vient s'ajouter à une palette d'outils de préventions contre le VIH qui peuvent être utilisés seuls ou en se combinant. C'est ce qu'on appelle la **prévention diversifiée**.

Un **impact collectif** : plusieurs indices semblent montrer que la PrEP a un effet sur la baisse des contaminations¹⁴.

Limites : faible couverture (non disponibilité, passage à l'échelle, autorisation réglementaire etc). Manque de politiques en matière de mise en œuvre de la PrEP, de formation des agents communautaires sur la PrEP, ...

Déploiement - modalités

L'accès à la PrEP se fait sur prise de rendez-vous¹⁵. Proposition de la PrEP par les agents communautaires.

Première consultation médicale (ce bilan a pour objectif de s'assurer que vous n'avez aucune contre-indication à la PrEP (séropositivité au VIH, problèmes rénaux, VHB etc.) et de rechercher d'éventuelles IST pour les traiter.

Deuxième consultation interviendra 2 à 4 semaines plus tard (vérification une nouvelle fois l'absence de signes de primo-infection au VIH et, en fonction des résultats du bilan biologique première prescription (ou pas) de PrEP et traitement des éventuelles IST. Surveillance clinique et biologique

Suivi trimestriel : vérification de la sérologie VIH, fonction rénale, recherche d'IST et renouvellement de l'ordonnance PrEP. Le suivi communautaire est aussi indiqué (observance, soutien psychosocial, rdv, etc.)

13 Iprex Ole (Etats-Unis), Partners PrEP (Kenya, Ouganda), Proud (Royaume-Uni), ANRS-Ipergay (France, Canada). Ces recherches - essais ont été menées principalement chez des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) mais certaines ont aussi concerné des personnes trans et des couples hétérosexuels.

14 À San Francisco, le nombre de nouveaux cas de VIH a chuté de 49 % entre 2012 (année où la PrEP a été autorisée aux Etats-Unis) et 2016. Au Royaume-Uni, le nombre de nouveaux cas de VIH a chuté de 18 % entre 2015 et 2016. Cette baisse est encore plus impressionnante chez les HSH à Londres : - 29 %.

15 Service hospitalier spécialisé dans la prise en charge du VIH ou dans l'un des centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic, centre de santé sexuelle, médecine libérale.

SESSION IV :

CONSEIL ET RÉALISATION DU TEST DE DÉPISTAGE

Objectif général de la session

Acquérir les connaissances et savoir-faire nécessaires pour assurer un conseil pré et post test de qualité et la réalisation des gestes techniques du dépistage.

Objectifs spécifiques du/de la participant.e :

- S'approprier les principes de base et les étapes clé du counseling ;
- Acquérir les gestes techniques du test rapide d'orientation diagnostic (TROD) ;
- Savoir interpréter les résultats ;
- Garantir la gestion des déchets du site de dépistage.

Programme de la Session IV

Module I : Généralités du conseil pré et post test de dépistage & techniques de conseil

Durée indicative : 3h30

Séquence I : Principes de base du conseil pré et post test

- Brainstorming, présentation PowerPoint

Matériel

Flipchart, marqueurs, vidéoprojecteur, ordinateur

Timing

30 min

Séquence II : Eléments de contenu et base du counseling du pré et post test

- Travail en sous-groupes sur étude de cas

Matériel

Documents à distribuer, vidéoprojecteur, ordinateur, flipchart

Timing

1h00

Séquence III : Mises en situation du counseling

- Jeux de rôle

Matériel

Etude de cas

Timing

2h00

Module II : Aménagement, hygiène et biosécurité du poste de travail

Durée indicative : 1h00

Séquence I : Gestion du poste de dépistage et des déchets

- Présentation des outils de dépistage, discussion

Matériel

Flipchart, marqueurs, vidéoprojecteur, ordinateur

Timing

30 min

Séquence II : Gestion des accidents d'exposition au sang (AES)

- Brainstorming, présentation PowerPoint

Matériel

Documents à distribuer, flipchart, post-it, marqueur, vidéoprojecteur, ordinateur

Timing

30 min

Module III : Réalisation d'un test de dépistage

Durée indicative : 2h00

Séquence I : Technique de prélèvement capillaire et de réalisation des tests rapides et dried blood spot (DBS, goutte de sang séchée)¹

- Présentation du matériel de dépistage et procédure de réalisation du test

Matériel

Post-it, flipchart, marqueur, vidéoprojecteur, ordinateur

Timing

1h00

Séquence II : Prélèvement et interprétation des résultats

- Interprétation du résultat

Matériel

Gants, tampons alcoolisés, kits de TROD (réactifs, lancettes, pipettes...)

Timing

1h00

¹ Couplage avec le processus de détermination de la charge virale

MODULE I : GENERALITES DU CONSEIL PRÉ ET POST-TEST DE DÉPISTAGE ET TECHNIQUES DE CONSEIL

Présentation des objectifs du module :

- S'approprier les principes de base et les étapes clés du counseling
- Reconnaître et anticiper les réactions post annonce.



Séquence I : Principes de base du conseil pré et post test

30min

➤ Modalité d'animation de la séquence : Brainstorming et présentation powerpoint

Pour les études de cas, l'animateur.rice donne les modalités et consignes de l'exercice :

Informations clés :

VOIR ANNEXE I-A : PRINCIPES DE BASE DU CONSEIL DU DÉPISTAGE COMMUNAUTAIRE →

L'animateur.rice fait une synthèse à partir d'une présentation sur les définitions et notions de communication.

- L'OMS recommande d'appliquer la règle des 5 C

VOIR ANNEXE IV-A : PRINCIPES DE BASE DU DÉPISTAGE →

- Les différents types de communication : écoute active, communication non verbale, communication verbale, silence, empathie, sincérité, attention, neutralité, non-jugement et contrôle de soi.
- La méthode B.E.R.C.E.R

MODULE I : GENERALITES DU CONSEIL PRÉ ET POST-TEST DE DÉPISTAGE ET TECHNIQUES DE CONSEIL

Séquence II : Éléments de contenu et bases de counseling du pré et post test

1h00

➤ Modalité d'animation de la séquence : Travail en sous-groupe sur études de cas

L'animateur.rice répartit les participants.es en 2 groupes et leur distribue à chacun les mises en situation.

VOIR ANNEXE I-B : ETUDES DE CAS →

- Le premier groupe doit identifier les éléments de contenus et de posture du pré-test (Question 1).
- Le second doit identifier les éléments de contenus et de posture du post-test (Question 2)
- A la restitution, l'animateur.rice souligne les informations clés suivantes :

Informations clés

Pour le pré test

- L'accueil, disponibilité du conseiller, mise en confiance
- Evaluation des risques
- Consentement libre et éclairé
- Préparation au résultat

Pour le post test

- Partage du résultat
- Entendre et accompagner la ou les réaction(s) de la personnes dépistée
- Informations et orientation spécifiques selon le résultat

Enfin, l'animateur.rice propose une synthèse avec un powerpoint qui résume l'ensemble de la séquence.



MODULE I : GENERALITES DU CONSEIL PRÉ ET POST-TEST DE DÉPISTAGE ET TECHNIQUES DE CONSEIL

Séquence III : Mises en situation du counseling

2h00

► Modalité d'animation de la séquence : Jeux de rôle

- Jeux de rôles : 20 min X 3 (60 min).
 - Discussions : 10 X 3 (30 min)
 - Discussion collective et synthèse de la séquence : 30 min
- L'animateur.rice distribue les mêmes études de cas que lors de la séquence précédente et les grilles d'observation (techniques de counseling - étapes clés dépistage) ;
 - Il/ elle constitue des trinômes pour les jeux de rôle, l'un.e accueilli.e, l'autre accueillant et le/la troisième observateur.rice;
 - Il donne 5 min de préparation aux acteurs.rices ;
 - La personne jouant le rôle de la personne dépistée devra utiliser les informations dans le scénario mais pourra inventer les informations manquantes à mesure que le/la prestataire l'interroge (15 min. de mise en situation) ;
 - L'observateur.rice prend note des points positifs de l'intervention des prestataires et des compétences qu'ils/elles pourraient améliorer.

VOIR ANNEXE I-B : ETUDES DE CAS : GRILLE OBSERVATION TECHNIQUE COUNSELING →

- Après les 15 minutes du jeu de rôle, les acteurs.rices donnent leurs impressions / ressentis. Les observateurs.rices font également leurs retours (10 minutes maximum) ;
- Les personnes de chacun des trinômes permutent leur rôle jusqu'à ce que chacun.e se soit retrouvé.e dans les trois situations : accueilli.e, accueillant et observateur.rice.

Après le troisième jeu, une synthèse des observations est recueillie en grand groupe.



MODULE I : GENERALITES DU CONSEIL PRÉ ET POST-TEST DE DÉPISTAGE ET TECHNIQUES DE CONSEIL



Synthèse du module

L'animateur.rice insiste sur le fait que les principes clés de l'écoute active visent à :

- Obtenir la confiance et le consentement libre et éclairé de la personne ;
- Évaluer une éventuelle exposition au VIH avec la personne et à anticiper l'annonce du résultat ;
- Ce que la personne ayant obtenu un résultat non-réactif puisse identifier ses éventuelles prises de risque et adopter des stratégies adaptées de prévention/RdR ;
- Soutenir la personne ayant obtenu un résultat réactif et à l'accompagner vers un test de confirmation et une prise en charge.
- L'animateur-rice souligne également que si le prélèvement reste le geste technique principal du dépistage à maîtriser, le conseil pré et post-test restent l'élément clé fondamental du dépistage par les pairs.es.

MODULE II : AMÉNAGEMENT, HYGIÈNE ET BIOSÉCURITÉ AU POSTE DE TRAVAIL

Présentation des objectifs du module :

- Maîtriser le circuit de gestion des déchets sanitaires ;
- Identifier un accident d'exposition au sang (AES) et les conduites à tenir dans ce cas.

Séquence I : Gestion du poste de dépistage et des déchets 30 min

➤ Modalité d'animation de la séquence : Présentation des outils de dépistage et discussions

L'animateur.rice présente les outils nécessaires au dépistage :

- Test de dépistage (par exemple Determine² de Alere), lancette et tampon de migration ;
- Gants d'examen médicaux, alcool, coton, compresse ;
- Désinfectant de surface, savon ;
- Equipement de sécurité : récipient pour objets souillés par le sang (DASRI)³
- Matériel de prévention: préservatif masculin, préservatif féminin, gels lubrifiant ;
- Mobilier adéquat (notamment dans les unités mobiles).

Il/elle demande aux participants-es d'identifier les potentiels déchets sanitaires d'un poste de dépistage et d'essayer de les catégoriser.

Informations clés

Deux types de déchets :

- non souillés par le sang (les emballages par exemple.)
- souillés par le sang (lancettes, mouchoirs, test)

L'animateur.rice met en évidence le processus de tri et l'obligation de collecte des déchets sanitaires souillés. Il/elle insiste sur les étapes du circuit de gestion des déchets :

- tri à la production,
- collecte et stockage,
- transport
- traitement ,
- élimination des déchets.

VOIR ANNEXE II-A : TRI ET COLLECTE DES DÉCHETS SANITAIRES →

2 Choix du test selon disponibilité, limites selon environnement(s), niveau de performance etc.

3 Déchets d'activité de soins à risques infectieux.

MODULE II : AMÉNAGEMENT, HYGIÈNE ET BIOSÉCURITÉ AU POSTE DE TRAVAIL

Séquence II : Gestion des Accidents d'Exposition au Sang (AES)

30 min

➤ Modalité d'animation de la séquence : Brainstorming et présentation powerpoint

L'animateur.rice demande aux participants.es ce qu'est un AES ?

Informations clés

L'accident d'exposition au sang se définit comme tout contact accidentel avec du sang survenant par :

- effraction cutanée (piqûre, coupure...)
- projection sur une muqueuse (buccale, oculaire...) ou sur une peau lésée (plaie).

Ensuite, l'animateur.rice demande aux participants.es quelles sont les conduites à tenir en cas d'AES.

Informations clés

- En cas d'AES il est nécessaire d'avertir immédiatement le ou la référent.e désigné.e par la structure, pour consigner l'accident, évaluer le risque d'exposition et bénéficier éventuellement d'une prise en charge d'urgence, idéalement dans les 4 heures et jusqu'à 48 heures qui suivent l'AES

Dans une présentation Powerpoint l'animateur.rice expose les conduite à tenir en cas d'AES .

VOIR ANNEXE II-B : CONDUITES À TENIR EN CAS D'AES →

Plus d'informations sur :

[VIH, Hépatites Santé sexuelle, AFRAVIH pp 759- 764](#)



MODULE II : AMÉNAGEMENT, HYGIÈNE ET BIOSÉCURITÉ AU POSTE DE TRAVAIL



Synthèse du module

- La bonne gestion des déchets sanitaires est une obligation légale et une mesure de prévention des risques infectieux.
- En cas d'AES, la victime doit s'en remettre au/à la référent.e qui doit lui assurer une orientation vers la prise en charge pour éventuellement bénéficier d'un traitement d'urgence post-exposition.

MODULE III : RÉALISATION DU TEST DE DÉPISTAGE

Présentation des objectifs du module :

- Amener les pairs éducateurs.rices à réaliser le test de dépistage selon les directives en vigueur.

Séquence I : Technique de prélèvement capillaire et de réalisation des tests rapides et dried blood spot (DBS, goutte de sang séchée) 2h30

➤ Modalité d'animation de la séquence : Présentation du matériel de dépistage et procédure de réalisation du test.

→ Réalisation du test de dépistage 1h25

- Mise en place des participants-es : 5 min ;
- Reconnaissance du matériel à utiliser : 10 min ;
- Consignes d'hygiène et biosécurité : 10 min ;
- Réalisation du test capillaire : 25min X2 (50 min) ;
- Réalisation du test sur DBS : 25 min X2 (50 min) ;
- Utilisation du registre de dépistage : 20 min.

→ Lecture et interprétation du résultat : 15 min

→ Synthèse : 10 min

Le module est plus pratique que théorique.

La salle sera organisée depuis la veille (à la fin de la journée précédente) de manière à ce que les exercices pratiques puissent être réalisés.

Après un rappel des principes du CDV (règle des "5C" par exemple), l'animateur.rice poursuit avec la présentation du matériel à utiliser lors du dépistage.



Il/elle explique alors que :

Le test utilisera un test sanguin ou oral qui sera réalisé selon les instructions du fabricant. Le test sanguin se réalisera par prélèvement capillaire au bout du doigt.

- Ce test T1 pourrait être le test Alere Determine HIV-1/2®, le test SD BIOLINE HIV/Syphilis Duo® (pour les femmes enceintes et les PS) ou le test OraQuick HIV Self-Test®.
- Le test Alere Determine HIV-1/2® (ALERE) est un test immunochromatographique pour la détection qualitative des anticorps anti VIH1 et anti VIH2, dans le sérum, le plasma ou le sang total. Il se conserve entre 2 et 30 °C. (Les autres outils en annexe)

VOIR ANNEXE IV-B : PROCÉDURES DU TEST DE DÉPISTAGE DU VIH →

Ensuite, il/elle présente en 20 minutes les procédures de réalisation du test VIH et précise que :

- Le test du VIH se réalise sur du sang capillaire obtenu par piqûre au bout du doigt pour le TROD. Le dépistage suit les trois phases suivantes : pré-analytique, analytique et post-analytique.

L'animateur.rice poursuit par la réalisation d'un test.

→ Il/elle demande aux participants.es de s'installer l'un-e en face de l'autre suivant les dispositions prises pour le cas pratique (en 5 min).

En 10 minutes, il/elle procède à la reconnaissance du matériel à utiliser avec les participant.es :

- Demande à un volontaire de nommer le matériel qui se trouve sur le poste de dépistage,
- Demande l'attention des autres participant.es,
- Avec l'ensemble des participant.es, il/elle rectifie les éventuelles erreurs.

Pour la phase de réalisation du test il/elle donne les consignes de biosécurité aux participants.es

Réaliser le dépistage en suivant les procédures en vigueur :

- Vérifier la date de péremption et noter les numéros de lots ainsi que la date d'ouverture de chaque kit ;
- Ecrire le numéro d'identification de la personnes dépistée dans le registre de dépistage ;
- Porter une blouse (si non portée jusque-là) ;
- Se laver les mains et les essuyer au papier jetable ;
- Porter des gants propres ;
- Enlever la protection plastique du test ;
- Mettre le numéro d'identification de la personne dépistée correspondant sur le test.

Technique de prélèvement

→ L'animateur.rice choisit deux volontaires pour pratiquer le test selon leur propre expérience dans le dépistage en 25 minutes.

- Ces volontaires à tour de rôle expliquent la procédure sans se piquer.
- Ils/elles seront observés-es par le grand groupe.
- Ensuite, le grand groupe les évalue sur les critères suivants :
 - Piqûre du doigt avec une lancette,
 - Formation de la goutte de sang,
 - Recueil dans une pipette,
 - Dépôt sur la zone réservée de la bandelette.

NB : L'animateur.rice doit veiller à ce que le test des volontaires ne soit pas réalisé

(Nous ne sommes pas ici dans les conditions pour qu'un.e stagiaire prenne connaissance de son statut sérologique).

MODULE III : RÉALISATION DU TEST DE DÉPISTAGE

Séquence II : Interprétation des résultats

→ L'animateur.rice choisit un-e participant-e avec qui il/elle reprend le même exercice dans le même timing (25 min) pour corriger les erreurs.

Ensuite, l'animateur.rice amène du sang déjà prélevé dans des tubes EDTA pour la lecture et l'interprétation des résultats par les participants-es.

- Ils/elles sont amenés.es prendre une goutte de sang du tube à l'aide d'une pipette et l'appliquent sur la bandelette.
- Ensuite attendre le résultat et l'interpréter.

NB : Le premier tube doit contenir du sang contaminé au VIH et le second du sang non contaminé ; alternative : recueillir l'accord de participants.

L'animateur.rice demandera à quelques participants.es de lire et interpréter ce qu'ils/elles ont obtenu devant le reste du groupe.

Après les différentes phases, vient l'exercice pratique de la technique de dépistage rapide par chacun des participants-es (piqûre du doigt, prélèvement de sang à l'aide d'une pipette, recueil du sang et dépôt sur la bandelette, lecture et interprétation du résultat).

L'animateur.rice doit assister chaque participant-e dans sa pratique.

A la fin, des discussions seront engagées sur les difficultés et limites de l'interprétation du test.

L'animateur.rice poursuit par une présentation sur le retest, et précise que :

Les conditions du retest est que tout test de dépistage réalisé chez un sujet sur un autre échantillon, différent du premier, est appelé **Retest**. Conformément aux recommandations de l'OMS, ce retest ne doit être réalisé que dans les conditions suivantes :

- Sujets de statut indéterminé : Retest à faire après 14 jours.
- Sujets de statut VIH positif, si le dépistage a été réalisé en dehors du centre de traitement.
- Sujets de statut VIH négatif ayant un risque d'exposition élevé ou soumis à une exposition continue /régulière de l'infection à VIH. Il s'agit de:
 - Populations clés (TS, HSH, CDI) : Le retest doit être réalisé 3 mois après le premier dépistage puis deux fois par an;
 - Couples séro discordants : Retest du conjoint séronégatif au VIH chaque année ;
 - Enfants exposés par l'allaitement : Retest à faire 6 semaines après l'arrêt de l'allaitement.
 - Autres populations récemment exposées : Retest après 4 à 6 semaines (délai de séroconversion)

NB : Il n'est pas indiqué de retester un sujet sous traitement antirétroviral.

MODULE III : RÉALISATION DU TEST DE DÉPISTAGE

Synthèse du module

- La promotion des services de dépistage est une des stratégies dans le cadre de prévention de l'infection à VIH (et des hépatites virales). Elle ouvre la porte des services de prise en charge à des personnes dépistées positives. L'enjeu du dépistage précoce (et de l'initiation d'un TARV ou d'une PrEP) pour la personne et son/ses partenaires sexuels ou de consommation est crucial (santé : perte de chance si la découverte de séropositivité est tardive, prévention : enrayer les chaînes de contamination).
- Les activités de dépistage comprenant le conseil pré et post test, la réalisation des tests rapides doivent être maîtrisées par les pair éducateurs.rices pour offrir les soins de qualité à la population.

Annexe I : Généralité du conseil et dépistage & techniques du conseil

Les lignes directrices unifiées (novembre 2019) rassemblent les anciennes et les nouvelles orientations et recommandations fondées sur des données probantes permettant de fournir des services de dépistage du VIH (SDV) à fort impact dans différents contextes et en direction des diverses populations et des liens vers les services adéquats (PrEP, VIH, groupe autosupport, etc.)



A | Principes de base du conseil pré et post test

Support pédagogique : power point counseling fourni (cf. synthèse éléments des conseils pré/post test).

Définition de la notion de conseil du dépistage du VIH

L'OMS définit le counseling ou conseil pour le dépistage du VIH comme : « *un dialogue confidentiel entre un-e client-e et un-e prestataire en vue de lui permettre de surmonter le stress et de prendre des décisions personnelles par rapport au VIH/Sida* ».

L'entretien consiste notamment à évaluer le risque personnel de transmission du VIH, à préparer la personne à accueillir le résultat du dépistage, à l'aider à adopter un comportement préventif adéquat (réduction des risques d'exposition / acquisition) et à l'orienter vers les services de prévention et/ ou de prise en charge selon le résultat du test.

Le conseil est non seulement nécessaire, mais obligatoire avant le dépistage (conseil pré-test) et à l'annonce du résultat (conseil post-test).

Le conseil se réalise à travers la communication interpersonnelle mais dans certains cas, on peut aussi avoir recours à une communication en groupe.

Tous les services de dépistage du VIH doivent respecter les cinq principes recommandés par l'OMS :

- Consentement libre et éclairé ;
- Confidentialité ;
- Conseil ;
- Exactitude des résultats du dépistage ;
- Mise en relation (avec les services de soins, de traitement, prévention et autres).

Counseling pré test :

- Évaluer le niveau de risque et déterminer les indications de dépister l'infection par le VIH et les autres IST ;
- Permettre à la personne de fournir un consentement libre et éclairé à l'intervention ;
- Rechercher les facteurs pouvant favoriser ou limiter la portée de l'intervention ;
- Offrir un counseling préventif en fonction des risques décelés ;
- Assister la personne dans sa prise de décision quant à l'adoption et/ou au maintien de comportements à moindre risque / RdR.

Counseling post test résultat négatif :

- Faire un retour sur l'entretien pré-test ;
- Informer sur la signification d'un résultat négatif d'analyse à des fins de dépistage et les limites du dépistage ;
- Évaluer la possibilité d'un résultat faussement négatif ;

- Procéder à un rappel du counseling préventif en fonction des risques identifiés ;
- Assister la personne dans sa prise de décision quant à l'adoption et /ou au maintien de comportements à moindre risque /Réduction des Risques (RdR) ;
- Évaluer le besoin de visite(s) de suivi / référencement.

Counseling post test résultat positif (test réactif)

- Faire un retour sur l'entretien pré-test ;
- Informer sur la signification d'un résultat VIH réactif ;
- Informer sur l'infection qui a été détectée ;
- Conseiller sur les mesures à prendre pour limiter la transmission ;
- Assister la personne dans sa prise de décision quant à l'adoption et /ou au maintien de comportements à moindre risque /RdR ;
- Discuter de l'intervention préventive auprès des partenaires ;
- Planifier les démarches nécessaires pour le suivi médical et autres ressources ;
- Favoriser la présence à la visite de suivi.

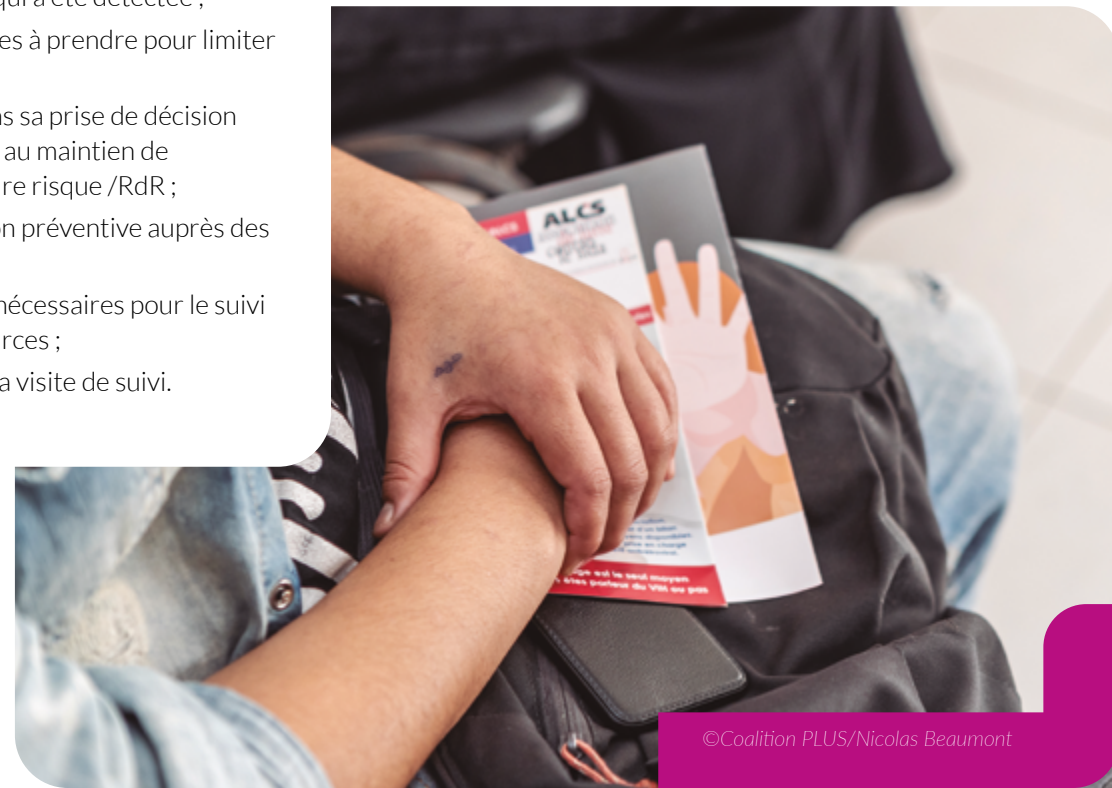


Tableau de communication lors d'un conseil

DIFFÉRENTS TYPES ET TECHNIQUES DE COMMUNICATION	
TYPES DE COMMUNICATIONS	CONTENU
Ecoute active	<ul style="list-style-type: none"> • Poser des questions au moment opportun ; • Encourager la personne à continuer « oui je comprends, je vois » ; • Utiliser les mots que la personne comprend ; • Paraphraser : reformuler en d'autres termes ce que la personne dit ; • Donner les réponses nécessaires à la personne ; • Répondre aux questions de la personne.
Communication non verbale	<ul style="list-style-type: none"> • Regarder la personne de façon à percevoir les émotions clés ce qui peut permettre de réagir convenablement ; • Écouter attentivement ce que la personne dit : <ul style="list-style-type: none"> • Se pencher légèrement vers la personne pour lui montrer qu'on l'écoute, • Faire un signe affirmatif de la tête, • Ne pas donner de signes d'impatience, • Ne pas écrire pendant qu'il parle, • Ne pas l'interrompre. <p>Le silence : le respecter, ne pas être impatient, ne pas le remplacer par des questions et ne pas le considérer comme une perte de temps</p> <p>Tenir compte des :</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Attitudes de la personne : frottements des mains, trémulations des mains ou des membres inférieurs et agitations motrices...</i> • <i>Expressions du visage : mimiques (tristesse, froncements des sourcils, décomposition du visage, accentuation des tics) et contact visuel (regard figé, évitement du regard...)</i> • <i>Signes neurovégétatifs : sueurs, pâleurs, tremblements etc.</i>

DIFFÉRENTS TYPES ET TECHNIQUES DE COMMUNICATION

TYPES DE COMMUNICATIONS	CONTENU
Communication verbale	<p>Lors d'un counseling, prioriser les questions ouvertes plutôt que les celles fermées. Les questions ouvertes sont des questions qui incitent le client à parler. Elles commencent avec les mots : Quand... ? Quoi... ? Que... ? Comment... ?</p> <p><i>Exemple : "Comment utilisez-vous des préservatifs ?"</i></p> <p>La question fermée limite la réponse à une réponse d'un mot, en général 'oui' ou 'non'</p> <p><i>Exemple : "Utilisez-vous des préservatifs ?"</i></p>
	<p>La reformulation écho consiste à simplement répéter les paroles de la personne. Cela montre que l'on est à son écoute et empathique, mais sans aller plus loin.</p> <p><i>Exemple : "En ce moment c'est difficile, je me sens fatigué".</i></p> <p><i>Reformulation écho : "Je comprends, tu te sens fatigué".</i></p>
	<p>La reformulation miroir (ou reflet) consiste à reformuler les propos de la personne avec nos propres mots en utilisant des formulations du type : « <i>En d'autres termes</i> » ; « <i>Si j'ai bien compris</i> » ; « <i>Tu veux dire que ...</i> ».</p> <p><i>Exemple : "Je ne veux pas faire le test, j'ai peur".</i></p> <p><i>Reformulation miroir : "Si j'ai bien compris vous pensez avoir pris un risque et vous avez peur du résultat si vous faites le test ?"</i></p>
	<p>La reformulation résumée (ou synthèse) fait une synthèse de ce qui a été dit par la personne en utilisant des formulations du type : « <i>En résumé tu me dis que</i> » ; « <i>Au final</i> ».</p>
	<p>La reformulation clarification consiste à lever une ambiguïté et à chercher le concret et le précis, ce qui amène la personne à clarifier sa pensée. Les termes pouvant être utilisés sont : « <i>Autrement dit</i> » ; « <i>En clair</i> » ; « <i>Tu penses donc que</i> ».</p>

AUTRES TYPES DE COMMUNICATIONS

TYPES DE COMMUNICATIONS	CONTENU
Le silence	<p>En conseil, il ne faut pas avoir peur du silence. Il peut être bénéfique pour le/la conseiller.ère et le/la client.e. Le moment de silence :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Donne le temps de réfléchir ; ● Donne de l'espace pour ressentir des sentiments ; ● Permet à une personne de procéder à son rythme ; ● Donne le temps de "gérer" des sentiments partagés ; ● Donne la liberté de choisir de continuer ou non.
L'empathie	<p>L'empathie est une disposition qui vise à se mettre à la place de l'autre. Elle aide à comprendre et ressentir les émotions de l'autre et à créer ainsi une connexion avec lui/elle. C'est un sentiment de respect et de considération envers l'autre et envers la situation qu'il/elle expose. C'est reconnaître que l'autre a ses propres sentiments et ses raisons de penser et d'agir d'une certaine manière.</p> <p>Quelques éléments qui peuvent aider à manifester de l'empathie :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Saluer les personnes par leur nom ; ● Se présenter par son nom ; ● Demander aux personnes comment elles se sentent ; ● Reconnaître/apprécier l'initiative prise par la personne (ex : d'être venu, d'avoir amené son enfant) ; ● Se montrer amical et disponible ; ● Regarder les personnes dans les yeux ; ● Toucher les clients.es, si/quand cela est opportun ; ● Utiliser un ton de voix sympathique ; ● Se faire l'écho des émotions de la personne en l'encourageant à exprimer librement ce qu'elle pense (répéter ou paraphraser ce que la personne dit) ; ● Répéter et récapituler l'information clé ; ● A la fin, rassurer la personne (calmer ses préoccupations en lui suggérant des actions spécifiques qu'il peut faire). ● Avant de le laisser partir, demander à la personne s'il y a quelque chose d'autre qu'elle aimerait savoir. La raccompagner à la porte, si possible.

AUTRES TYPES DE COMMUNICATIONS

TYPES DE COMMUNICATIONS	CONTENU
La sincérité / authenticité	La sincérité consiste à être soi-même et à ne pas faire semblant, elle permet de créer une relation de confiance.
L'attention	Cela consiste à rester concentré sur l'objectif du conseil et ne pas se disperser dans la conversation. Un manque de concentration de la part du/de la conseiller.ère peut empêcher que la conversation garde sa ligne initiale.
La posture	Se mettre au même niveau que la personne, être ouvert (peut se refléter dans le langage corporel). Une bonne posture participe de ce que la personne en face de nous soit plus à l'aise, en confiance et par conséquent contribue à "capter" son attention plus facilement.
La neutralité	Cela consiste à rester impartial et permet de ne pas entrer en conflit avec la personne (à "rouler avec la résistance"), de rester objectif dans notre démarche.
Le non-jugement	Le non-jugement consiste à ne pas mettre d'étiquette sur une personne et de l'accepter telle qu'elle est.
Le contrôle de soi	Être maître de ses actions et ne pas se laisser diriger par les émotions permet de garder des situations tendues "sous contrôle". Être calme soi-même permet aussi de calmer l'autre par effet miroir et de créer ainsi une atmosphère sereine et propice à l'échange.



Tableau de la méthode B.E.R.C.E.R.

B	BIENVENUE	<ul style="list-style-type: none">● Accueillir chaleureusement ;● Saluer chaleureusement le client ;● Rassurer sur la confidentialité, montrer sa disponibilité.
E	ENTRETIEN	<ul style="list-style-type: none">● S'entretenir avec la personne ;● Demander le motif de la visite et aider la personne à exprimer ses besoins ;● Demander son nom, prénom et âge ;● Si le personne n'est pas nouvellement accueillie, lui demander si rien n'a changé depuis la dernière visite ;● Utiliser un langage simple.
R	RENSEIGNEMENTS SUR LES TYPES DE TESTS DE DÉPISTAGE	<ul style="list-style-type: none">● Demander à la personne ce qu'elle sait des méthodes de prévention ;● Présenter les avantages et inconvénients ;● Informer de la possibilité de changer de types de test à tout moment.
C	CHOIX	<ul style="list-style-type: none">● Offrir des choix de tests appropriées aux personnes;● Aider la personne à choisir le type de test qui lui plaît ;● Dire à la personne que le choix définitif dépendra éventuellement de la disponibilité ;● Référer la personne si elle veut le type de test non disponible.
E	EXPLICATIONS	<ul style="list-style-type: none">● Expliquer les procédures du type de dépistage choisi ;● Demander s'il y a des questions à poser.
R	RETOUR	<ul style="list-style-type: none">● Donner un rendez-vous, planifier une visite de contrôle ;● Lui demander de venir autant que de besoin.

B | Etudes de cas

Pré-test de Jordy

Jordy, 25 ans, se rend dans ton association afin de se faire dépister. Lors de l'entretien les seules informations qu'il te donne sont qu'il est bisexuel, qu'il a deux copines, et qu'avec les hommes il pratique le sexe en groupe.

Il ne maîtrise pas les bases de la prévention du VIH et des IST, et ne parvient pas à partager ses pratiques et ses éventuelles prises de risques. Il veut juste se faire dépister parce qu'il veut se marier. Jordy semble fermé à toute discussion de prime abord, mais, mis en confiance, sa parole se libère peu à peu au cours de l'entretien.

Pré-test de Denise

Denise est une personne trans de 27 ans, TS, ayant un partenaire stable et beaucoup de clients. Elle est apparemment ouverte au dialogue lors du pré-test. L'évaluation des risques démontre qu'elle s'expose peu avec ses clients occasionnels. En revanche, avec certains réguliers, elle n'utilise pas toujours de protections. Elle précise aussi ne pas avoir de rapports sexuels non protégés avec son partenaire stable. Elle vient faire un test de dépistage, alors que son dernier test remonte à un an.

Question 1 : Comment parvenir à aider Jordy à s'exprimer et évaluer avec lui ses prises de risques et anticiper l'annonce du résultat (réactif ou pas) ?

Le test de Jordy est négatif

Question 2 : Comment faites-vous la préparation à l'annonce, anticiper les réactions, gérer les réactions, donner les informations utiles ?

Question 1 : Comment menez-vous l'entretien pré-test de façon à ce que Denise ait l'ensemble des éléments pour anticiper le résultat de son test, qu'il soit réactif ou qu'il ne le soit pas ?

Le résultat de Denise est positif.

Question 2 : Comment faites-vous la préparation à l'annonce, anticiper les réactions, gérer les réactions, donner les informations utiles ?



Grille observation counseling:

Soyez attentifs à la capacité du/de la conseiller.ère à :

- poser des questions ouvertes,
- valoriser,
- écouter de façon réflexive,
- résumer.

Lorsque vous les entendez, cochez la case appropriée. Dans la colonne suivante, notez des exemples de chaque type de réponse que vous avez pu entendre

TYPE DE RÉPONSE DE L'INTERVENANT	NOMBRE (COMPTER EN BÂTONS)	EXEMPLE(S)
Question ouverte		
Question fermée		
Valorisation		
Reflét		
Résumé		

FICHE SYNTHÉTIQUE POUR LE PRÉ TEST

ÉLÉMENTS	POINTS POSITIFS	POINTS NÉGATIFS
Accueil	<ul style="list-style-type: none"> ● Cadre chaleureux , ● Sourire, ● La politesse, ● Se présenter ● Demander l'objet de la visite. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Un espace non convivial et non confidentiel, ● Être indifférent.e, ● Ne pas se présenter, ● Proposer directement le test.
Disponibilité du conseiller	<ul style="list-style-type: none"> ● La posture, ● L'écoute active, ● L'empathie, ● La reformulation, ● Parler d'une voix claire, ● Exactitude des informations fournies. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Baisser la tête, manipuler son téléphone ou tout autre appareil, ● L'interrompre tout le temps, ● Être triste face aux informations reçues, ● Balbutier, ● Faiblesse des acquis du dépistage;
Mise en confiance	<ul style="list-style-type: none"> ● Garantir la confidentialité, ● Présenter le processus de dépistage et de prise en charge? ● Aider à déconstruire les idées fausses. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Omettre de poser le cadre (ex. : confidentialité), ● Appeler un autre collègue à assister au conseil, sans l'avis du/de la client.e, ● Ne pas traiter les idées reçues sur le dépistage.
Évaluation des risques	<ul style="list-style-type: none"> ● Échanger et partager avec la personne les notions de bases des IST/VIH, ● Discuter des pratiques sexuelles et des moyens de prévention, ● Aborder les prises de risques sur les 3 derniers mois. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Juger la personne sur ses pratiques sexuelles, ● Ne pas évoquer avec elle ses connaissances sur les IST et le VIH, ● Être pressé.e de conclure l'entretien.
Consentement libre et éclairé	<ul style="list-style-type: none"> ● Informer sur les avantages⁴ ● Informer sur les inconvénients⁵ ● Discussion sur le type de résultats d'un test. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Laisser les idées reçues sur le dépistage, traitement comme prévention etc. ● Ne pas amener la personne à accepter de faire son test par manque d'informations.

4 Connaître son statut, PEC gratuite et immédiate, effets du traitement pour soi et ses partenaires, accompagnement, suppression de la charge virale, autres moyens de préventions pour garder son statut négatif PrEP etc.

5 Ne pas vouloir connaître son statut sérologique, le risque de transmission secondaire, ceux liés au stade tardif /Sida et infections opportunistes, mort

FICHE SYNTHÉTIQUE POUR LE POST TEST

ÉLÉMENTS	POINTS POSITIFS	POINTS NÉGATIFS
Préparation au résultats	<ul style="list-style-type: none"> ● S'assurer que la personne est prête, ● S'assurer que la personne garde en tête les différents types de résultats. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Ne pas prendre le temps de savoir si la personne est prête à l'annonce.
Partage du résultat	<ul style="list-style-type: none"> ● Aider la personne à lire le résultat du test ; ● Annoncer le résultat du test de dépistage du VIH à la personne de manière simple et claire ; ● S'assurer que la personne comprend la signification de son résultat ; ● Soutenir la personne, au besoin ; ● Discute des options de réduction du risque ; ● Encourager (ou pas) la personne à partager son résultat ; ● Proposer si possible préservatifs et gel ; ● Discuter des autres préoccupations de la personne; ● Référer la personne et l'informer selon la nature du résultat 	<ul style="list-style-type: none"> ● Ne rien faire et laisser la personne deviner d'elle-même son résultat ; ● Ne pas reprendre avec la personne le processus du dépistage ; ● Ne pas discuter avec la personne de ces préoccupations.
Anticipation aux réactions	<ul style="list-style-type: none"> ● Assurer un rendu de résultat avec neutralité (voix, expressions et comportement), rester attentif à la réaction de la personne. 	
Types de réactions du client	Sueurs, tremblements, pleurs, cris, sanglots, stupeur, évanouissement, mutisme, agitation, colère, agressivité. Manifestations psychiques : déni (refus), indifférence, sentiments de haine, sentiment de culpabilité, d'injustice, résignation, idées suicidaires, autres	<ul style="list-style-type: none"> ● Information utiles
Information utiles	<ul style="list-style-type: none"> ● Donner des informations utiles ; ● Proposer un accompagnement selon le résultat. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Ne rien proposer

Annexe II : Aménagement, hygiène et biosécurité au poste de travail

A | Tri et collecte des déchets sanitaires

Le tri et la collecte sont réalisés au lieu de production des déchets.

Tri des déchets

Le tri des déchets est réalisé au cours de leur production, cela consiste à utiliser des récipients spécifiques à chaque type de déchet :

- Les déchets non souillés sont assimilés à des déchets ménagers et peuvent être éliminés dans une poubelle usuelle avec sachet.
- Les déchets souillés piquants, coupants et tranchants sont éliminés dans une boîte de sécurité étanche et résistante aux perforations des aiguilles, de couleur jaune. La boîte de sécurité doit être remplie au maximum au $\frac{3}{4}$.

Stockage et transport des déchets

Le stockage est un entreposage qui concourt à isoler les risques de contamination. Pour ce faire, il faut: (i) identifier un endroit discret, inaccessible au public, éloigné du matériel médical et hors de portée de main et (ii) vérifier que toutes les boîtes de sécurité à stocker ont leur orifice bien fermé.

Le convoyage des déchets produits se fait régulièrement par types de déchets, du lieu de stockage vers le site de destruction ou d'élimination.

Collecte des déchets

Le/la prestataire chargé-e de la collecte de déchets procède à l'enlèvement des sachets poubelles et boîtes de sécurité, collecte les déchets par type depuis la production jusqu'au point de stockage, et regroupe les déchets souillés pré-collectés dans une autre poubelle réservée à cet effet.

Traitement et élimination des déchets

Les déchets ménagers et assimilés sont traités et éliminés comme les ordures ménagères selon la réglementation en vigueur. Les déchets contaminés sont traités par incinération.

Nettoyage et désinfection des surfaces

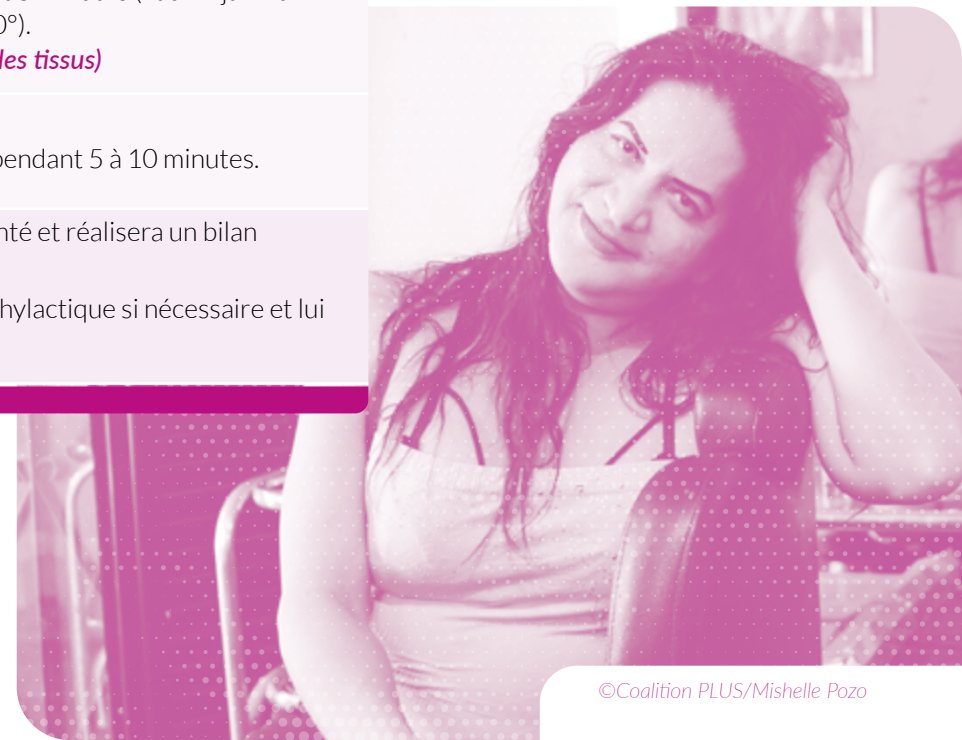
Le nettoyage consiste à enlever physiquement le sang, les liquides organiques ou autres matières visibles à l'œil nu, des sols, murs, mobiliers, ainsi que des surfaces au poste de dépistage avec un désinfectant.



B | Conduite à tenir en cas d'accident d'exposition au sang

Tableau récapitulatif de la conduite à tenir en cas d'aes

Conduite à tenir	Avertir le/la référent-e désigné-e par la structure, pour consigner l'accident et bénéficier d'une prise en charge idéalement dans les 4 heures suivant l'AES et jusqu'à 48 heures.
Attitudes immédiates	<p>En cas de piqûre, de blessure ou de contact direct sur la peau lésée. Il est recommandé de :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Nettoyer aussitôt (dans les cinq premières minutes) la zone concernée avec de l'eau et du savon et la rincer abondamment à l'eau propre. ● Ensuite désinfecter par trempage dans un désinfectant pendant 5 minutes (eau de javel à 12° fraîchement diluée au 1/10e ; Dakin ; Bétadine ou à l'alcool à 70°). <p><i>NB : Il n'est pas conseillé de faire saigner la plaie (risque d'attrition des tissus)</i></p> <p>En cas de projection sur les muqueuses ou sur les yeux :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Il faut rincer abondamment à l'eau ou au sérum physiologique pendant 5 à 10 minutes.
Attitudes ultérieures	<ul style="list-style-type: none"> ● Le/la médecin référent évaluera le risque infectieux de l'accidenté et réalisera un bilan biologique. ● Le/la médecin proposera à l'accidenté, un traitement ARV prophylactique si nécessaire et lui apportera un soutien psychologique.



Annexe III : Techniques de prélèvement au bout du doigt

A | Techniques de prélèvement au bout du doigt

EXEMPLE D'ALGORITHME DE DÉPISTAGE DU VIH (Madagascar)

Le dépistage de l'infection à VIH chez les adultes et les enfants âgés de plus de 18 mois, à Madagascar, se réalise selon la stratégie III de l'OMS par l'utilisation d'un algorithme séquentiel à trois tests rapides.

Test rapide d'orientation diagnostique (TROD)

Le TROD sera privilégié pour toute activité de dépistage réalisée en outreach (hors des centres de traitement de l'infection à VIH). L'approche consiste à utiliser seulement un test en intégrant le conseil pré-test et post-test par le même prestataire (**figure 1**). Ce test T1 est soit réalisé par piqûre au bout du doigt (exemple : Alere Determine HIV-1/2® de Standard Diagnostics), soit réalisé sur fluide oral (exemple : OraQuick HIV Self-Test® de OraSure Technologies).

Seul le résultat négatif sera notifié. Tout sujet réactif au T1 du TROD⁶ sera référé/accompagné vers un centre de traitement en vue d'un dépistage selon l'algorithme à trois tests.

Algorithme national de dépistage des adultes et enfants de plus de 18 mois

L'algorithme de Madagascar utilise trois tests rapides réalisés en série (**figure 2**). Cet algorithme permet d'obtenir les résultats suivants :

- VIH négatif ;
- VIH positif (VIH-1, VIH-2, VIH-1+2);
- Statut VIH indéterminé.

⁶ Indéterminé⁶ dans le cas malgache (la confirmation ou pas dépendant de l'algorithme en vigueur)

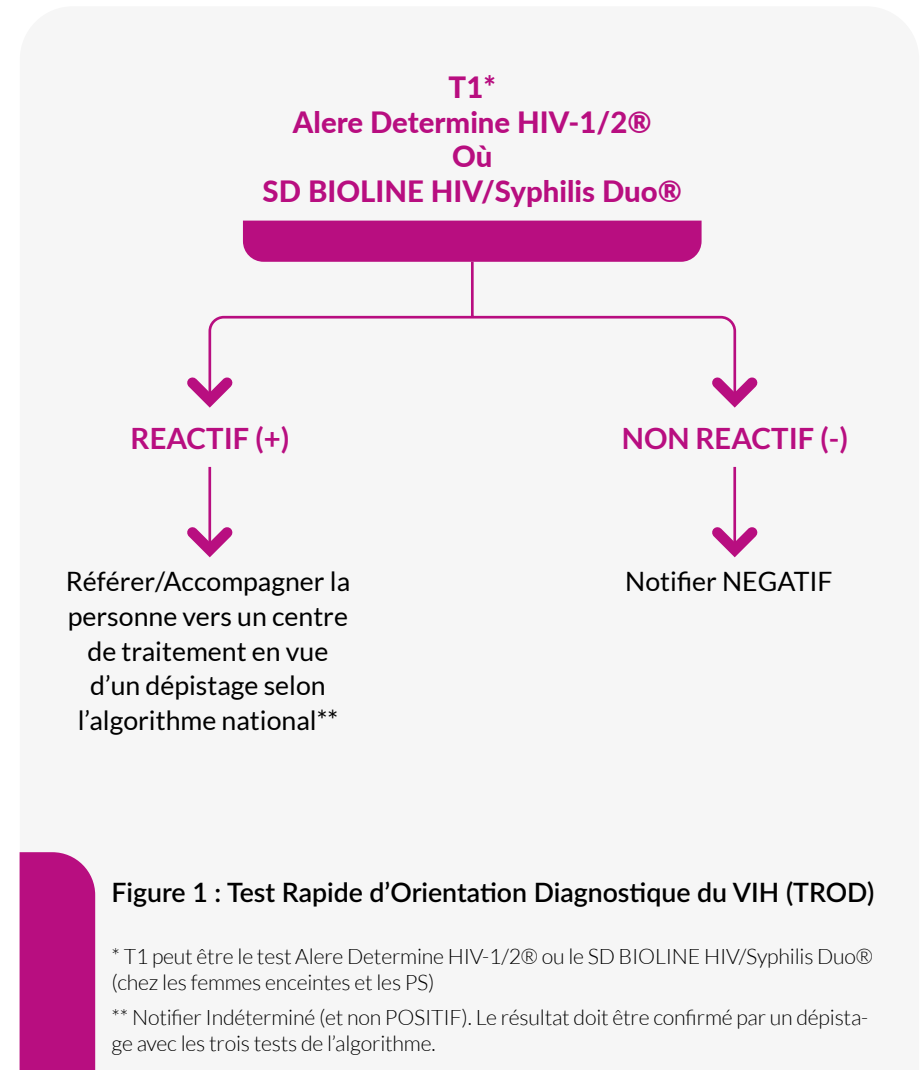


Figure 1 : Test Rapide d'Orientation Diagnostique du VIH (TROD)

* T1 peut être le test Alere Determine HIV-1/2® ou le SD BIOLINE HIV/Syphilis Duo® (chez les femmes enceintes et les PS)

** Notifier Indéterminé (et non POSITIF). Le résultat doit être confirmé par un dépistage avec les trois tests de l'algorithme.

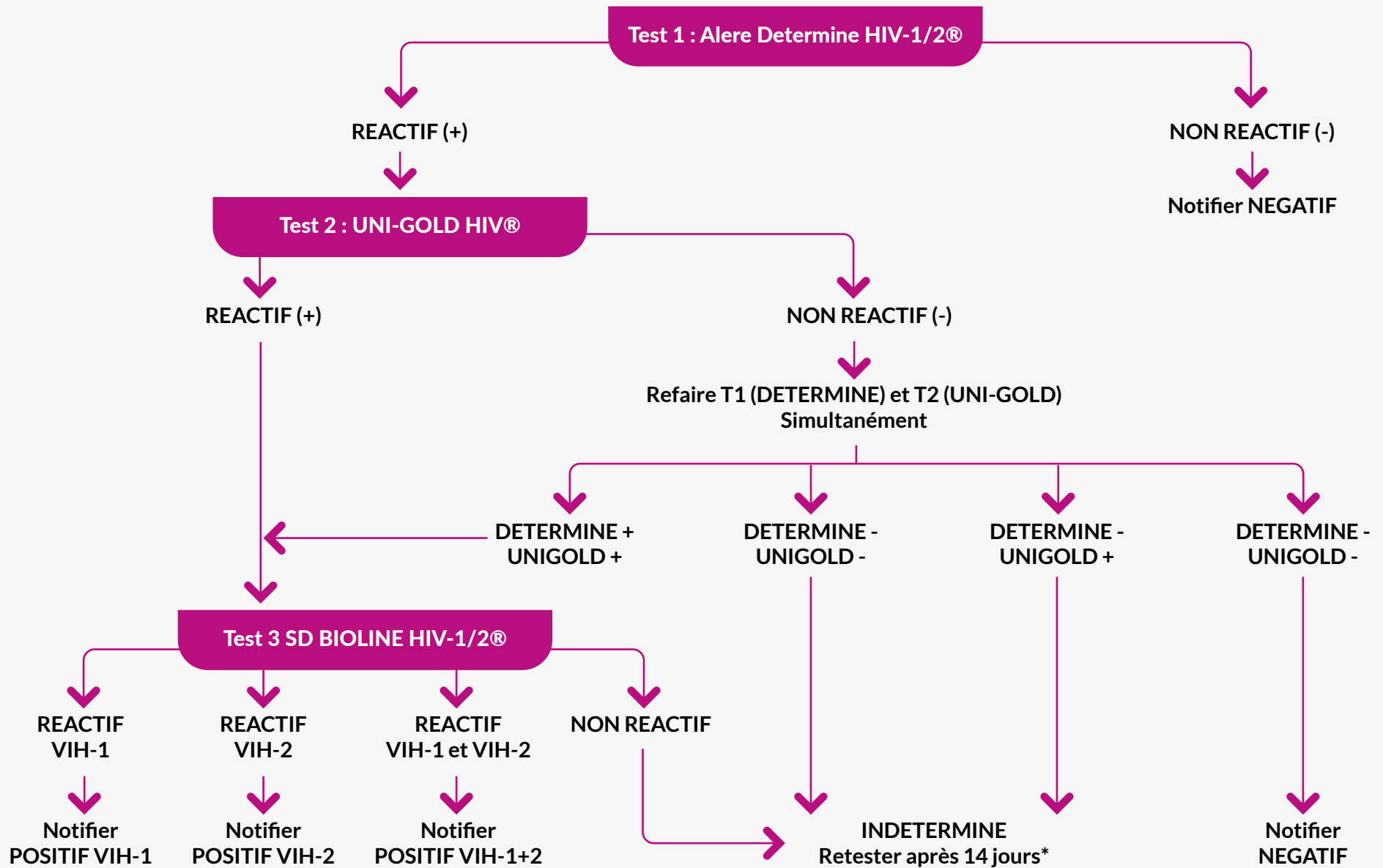


Figure 2 : Algorithme de dépistage du VIH chez l'adulte et l'enfant de plus de 18 mois (centre de traitements)

* Notifier négatif si le résultat est encore indéterminé après 14 jours

Tableau synthétique de types de dépistage

TYPES DE DÉPISTAGE	MODALITÉ DE MISE EN ŒUVRE	AVANTAGES	INCONVÉNIENTS
Dépistage dans les sites autonomes	<ul style="list-style-type: none"> ● Sites autonomes sont mis en place par des organisations à base communautaire, les collectivités ; ● Ont un agrément du Ministère en charge de la Santé ; ● Propose l'offre de dépistage à leurs communautés. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Reconnaissance officielle de l'organisation ; ● Acteurs-rices communautaires formés au dépistage. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Fréquentation du lieu peut s'avérer stigmatisant
Dépistage Mobile	<ul style="list-style-type: none"> ● Organisation des services de dépistage dans les communautés par le biais d'un support mobile (véhicule, une moto, un vélo ou autres moyens) ; ● Stratégies (porte à porte, grins, lieux de rencontres, ...). 	<ul style="list-style-type: none"> ● Offre de dépistage dans la communauté, ● Choix du lieu du dépistage ● Activité à moindre coût 	<ul style="list-style-type: none"> ● Insécurité ● Criminalisation⁷ ● Stigmatisation ● Restriction de déplacement ● Insuffisance d'outils
Campagne de dépistage	<ul style="list-style-type: none"> ● Avoir un plus grand public lors d'évènements (JMLS, SID, sportifs et/ ou communautaire) 	<ul style="list-style-type: none"> ● Forte mobilisation communautaire ● Encadrement de l'activité par les autorités impliquées 	<ul style="list-style-type: none"> ● Cadre de l'activité ● Stigmatisation ● Insuffisance d'outil de dépistage

Plus d'informations :

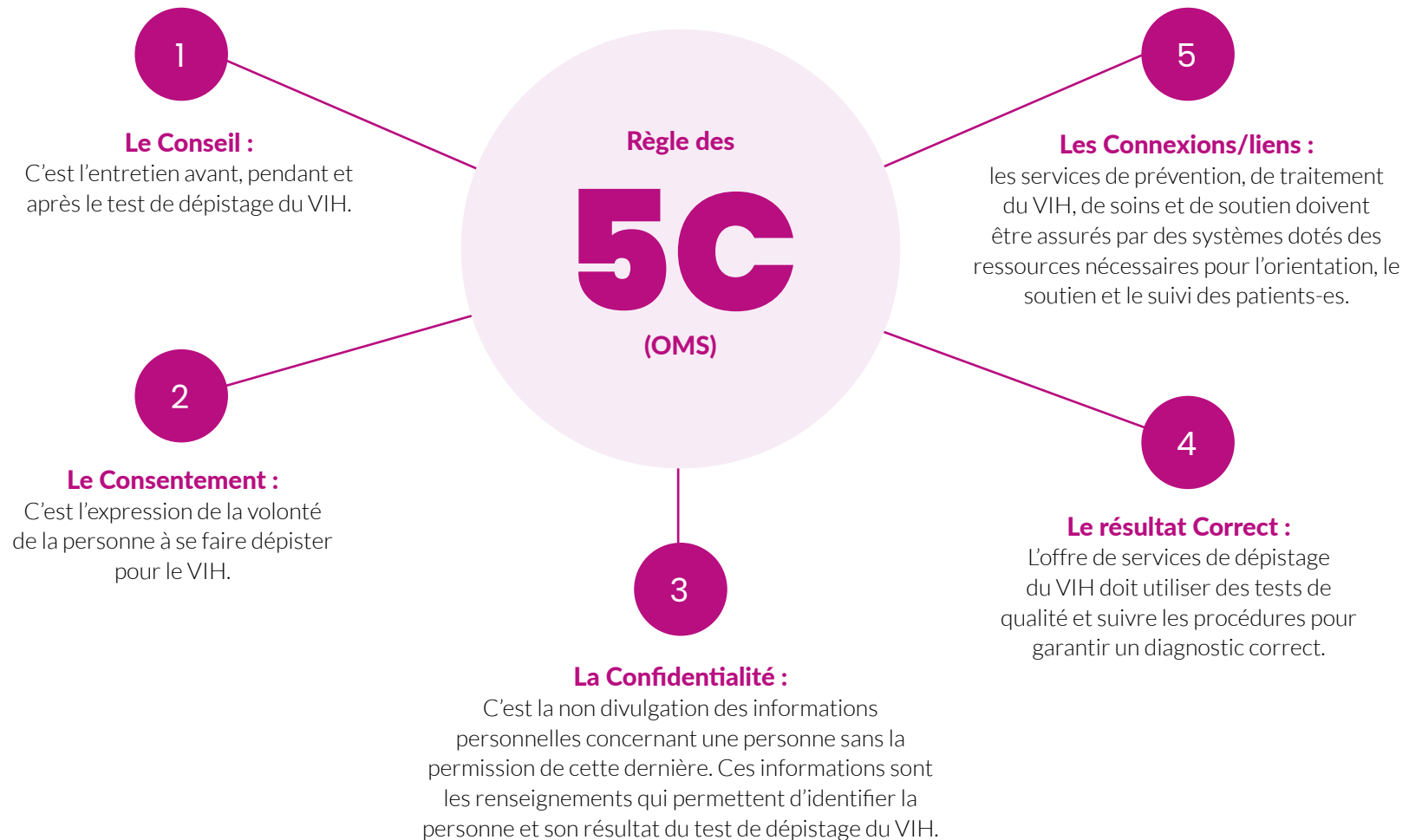
→ Diapos 17-24 (Lignes directrices pour une épidémie en pleine évolution, les services de dépistage du VIH : nouvelles directives, recommandations, et bonnes pratiques) ;

→ Livre VIH, hépatites virales et santé sexuelle, pp 78-90 (outils virologiques du diagnostic et de la prise en charge)

⁷ Des publics (et comportements) rencontrés, par assimilation - révélation /public rencontré

Annexe IV : Réalisation du test de dépistage

A | Principe de base du dépistage



B | Procédures du test de dépistage VIH

Au cours de la phase pré-analytique,

Le/la prestataire dispose du matériel de prélèvement sur le poste de dépistage :

- Conteneur de déchets tranchants (boîte de sécurité)
- Sac poubelle (conteneur de déchets souillés non coupants)
- Pissettes d'eau de javel
- Pissette d'alcool plus coton ou Tampon d'isopropanol à 700
- Gants
- Registre de dépistage
- Chronomètre
- Lancettes de préférence rétractables
- Test VIH: Alere Determine HIV-1/2®
- Solutions tampons pour Alere Determine HIV-1/2®

Réaliser le test Alere Determine HIV-1/2®

- Déposer une goutte de sang sur la zone de dépôt de l'échantillon ;
- Attendre que le sang soit absorbé par la zone de dépôt ;
- Ajouter une goutte de solution tampon sur la zone de dépôt de l'échantillon ;
- Attendre 15 mn et lire le résultat.

Au cours de la phase post-analytique

Le/la prestataire doit :

- Noter le résultat dans le registre de dépistage du VIH ;
- Gérer les déchets générés par la réalisation du test.



Interpretation des resultats

Le résultat final du dépistage est fourni en utilisant la grille ci-dessous (**figure 5**) :

- Si Alere Determine HIV-1/2® non réactif alors le client est déclaré VIH négatif ;
- Si Alere Determine HIV-1/2® réactif ou indéterminé, alors référer le client au laboratoire et noter le résultat indéterminé⁸ ou positif dans le registre.

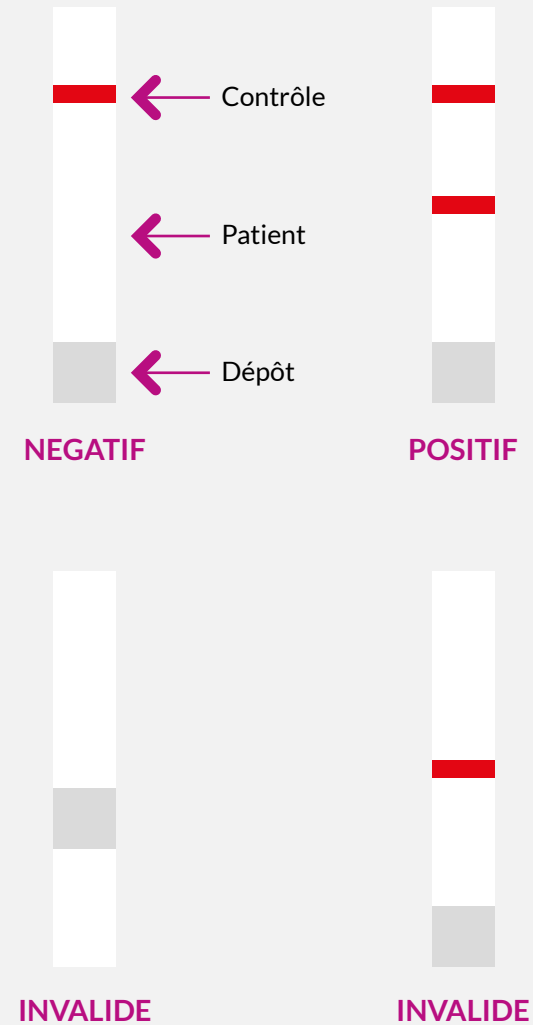


Figure 5: Lecture et interprétation du test Alere Determine HIV-1/2®

⁸ Le test est indéterminé si les résultats de 2 TROD différent ou reste invalide

C | Procédures de prélèvement sanguin capillaire



1. Préparer le matériel de prélèvement.



2. Placez la main paume vers le haut. Choisissez le doigt le moins rugueux.



3. Appliquer une pression intermittente au doigt pour aider le sang à couler.



4. Nettoyez le bout des doigts avec de l'alcool. Commencez au milieu du doigt vers l'extrémité pour éviter de contaminer cette partie. Laisser sécher.



5. Maintenez le doigt et placez fermement une nouvelle lancette stérile hors centre sur le bout des doigts.



6. Appuyez fermement la lancette pour percer le bout du doigt.



7. Essuyer la première goutte de sang avec une compresse stérile ou du coton.



8. Déposer 1 goutte de sang dans la zone indiquée sur la plaque du test. Le sang peut mieux couler si le doigt est tenu plus bas que le coude.



9. Appliquer une compresse stérile ou du coton au point de piqûre jusqu'à ce que le saignement cesse.



10. Éliminer la lancette dans le conteneur à déchets piquants et rejeter la compresse ou le coton contaminé dans la poubelle pour déchets souillés non coupants.

Procédures de réalisation du test Alere Determine HIV-1/2®

NB : Vérifier le kit avant utilisation. Utiliser seulement des kits non périmés ou qui ne sont pas endommagés ; Utiliser toujours les mesures de sécurité universelles en manipulant les échantillons. Veiller à ce que les lieux de travail soient propres et bien organisés.



1. Préparer le matériel.



2. Utiliser 1 bande de test et s'assurer de préserver le numéro de lot sur le paquet restant de bandes.



3. Ecrire le numéro d'identification du/de la client.e sur la bande de test.



4. Enlever la feuille métallisée de protection.



5. Essuyer la première goutte de sang avec une compresse stérile ou du coton.



6. Déposer une goutte de sang sur le tampon absorbant de la bande. Pour le laboratoire, déposer 50 µl de sérum ou de plasma en utilisant soit un pasteur ou pipette de précision⁹.



7. Attendre que le sang soit absorbé par la zone de dépôt. Uniquement pour le sang total, ajouter 1 goutte de solution tampon sur le prélèvement.



8. Attendre 15 minutes avant de lire le résultat.



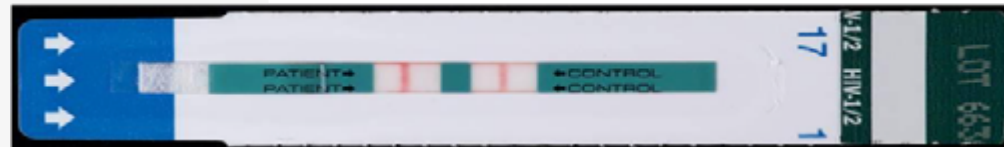
9. Lire et enregistrer les résultats et autres informations pertinentes dans les outils de collectes de données.

⁹ Apprentissage recommandations usage de la pipette

Résultats du test

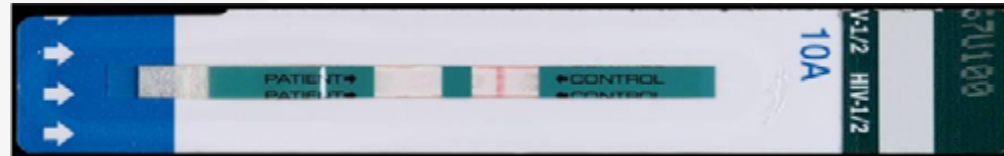
Réactif

2 lignes de n'importe quelle intensité apparaissent dans les deux zones de contrôle et patient.



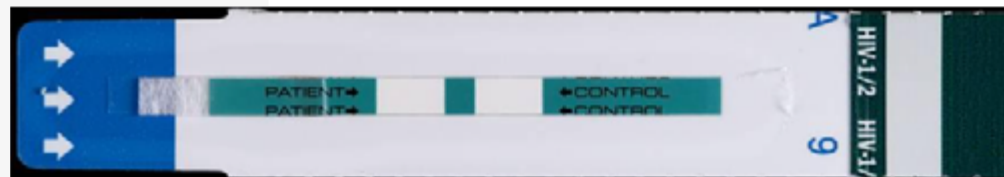
Non-réactif

1 ligne apparaît dans la zone de contrôle et aucune ligne dans la zone patient.



Invalide

Aucune ligne n'apparaît dans la zone de contrôle. Ne déclarez pas les résultats non valides. Répéter le test avec un nouveau dispositif, même si une ligne apparaît dans la zone patient.



Annexe V : Grille memento : étapes de la réalisation d'un TROD communautaire démedicalisé

Ce document rappelle les phases incontournables du processus de l'action. Il peut être utilisé comme outil d'auto-évaluation des intervenants-es et d'évaluation externe dans le cadre du programme d'assurance qualité.

ENTRETIEN PRÉ-TEST : INFORMATION, PRÉSENTATION DE LA DÉMARCHE, CONSENTEMENT	QUI ?	OUI	NON	NA *
Accueil, explication et informations sur les tests à orientation diagnostique proposées	Accueillant.e			
Questionnement sur les raisons de la démarche de dépistage	Accueillant.e			
Vérification d'une exposition au VIH datant de moins de 48 heures <input type="checkbox"/> si exposition, orientation vers un TPE	Accueillant.e			
Echange sur les pratiques et les prises de risques au VIH (explications sur les fenêtres de séroconversion de 3 mois (12 semaines))	Accueillant.e			
Echange sur les connaissances sur les modes de transmission et de protection du VIH	Accueillant.e			
Echange sur les connaissances sur les modes de transmission et de protection IST	Accueillant.e			
Explication du déroulement du test	Accueillant.e			
Anticipation des résultats	Dépisteur.euse			
Explication du ou des résultats : VIH (fiabilité 3 mois après le contact, nécessité de confirmation) ;	Dépisteur.euse			

ENTRETIEN PRÉ-TEST : INFORMATION, PRÉSENTATION DE LA DÉMARCHE, CONSENTEMENT

	QUI ?	OUI	NON	NA*
Demander à la personne si elle a la connaissance de son statut VIH (Statut positif <input type="checkbox"/> par de trod VIH, statut négatif ou interrogatif <input type="checkbox"/> Trod VIH)	Dépisteur.euse			
Inscription sur le cahier de traçabilité – registre et attribution d’un numéro de participant-e	Dépisteur.euse			
Recueil du consentement préalable et éclairé (oral) sur la démarche	Dépisteur.euse			
Quand plusieurs tests sont réalisés, création d’une ligne par test réalisé sur le cahier de traçabilité	Dépisteur.euse			
Si le dépistage n’est pas réalisé, orientation vers un autre dispositif de dépistage (remise de document ressource)	Dépisteur.euse			

OBSERVATIONS

*NA = Non applicable (par exemple dans le cas de la réalisation d’un seul test)

RÉALISATION DU TEST VIH	QUI ?	OUI	NON	NA*
La personne est reçue seule (sauf cas particulier : personne mineure, présence d'un interprète)	Dépisteur.euse			
Vérification de la date de péremption de la boîte contenant les kits	Dépisteur.euse			
Inscription de la marque de test et du n° du lot et de la date de péremption dans le cahier de traçabilité / registre	Dépisteur.euse			
Nettoyage de la surface	Dépisteur.euse			
Lavage des mains de la personne	Dépisteur.euse			
Port d'une paire de gants	Dépisteur.euse			
Ponction au doigt et prélèvement avec la pipette adaptée	Dépisteur.euse			
Invitation de la personne à attendre à l'écart (quitter la pièce si possible)	Dépisteur.euse			
Respect du délai de réactivité du test	Dépisteur.euse			
Lecture du résultat seul-e	Dépisteur.euse			
Annotation du résultat dans le cahier de traçabilité /registre	Dépisteur.euse			
Remplissage de la feuille de remise de résultat (et du début de la fiche de suivi des résultats si positif, invalide ou indéterminé)	Dépisteur.euse			
Gestion DASRI ¹⁰	Dépisteur.euse			
Si le dépistage n'est pas réalisé, orientation vers un autre dispositif de dépistage (<i>remise de document ressource</i>)	Dépisteur.euse			
OBSERVATIONS				

*NA = Non applicable (par exemple dans le cas de la réalisation d'un seul test)

10 Collecteur DASRI : cassette, lancette, pipette de récupération du sang, flacons de réactifs, gants utilisés par l'opérateur, compresses utilisées

ENTRETIEN POST-TEST – REMISE DU RÉSULTAT VIH

QUI ?

OUI

NON

NA*

A) RÉSULTAT VIH NÉGATIF

Remise du résultat écrit (Nom de la personne, date, nature du résultat, numéro du lot de test et du lot de la fiole du diluant, nom complet en toutes lettres et signature de l'intervenant-e)	Dépisteur.euse			
Information sur la signification du résultat (Fenêtre de séroconversion, prise de risque inférieure à trois mois...)	Dépisteur.euse			
Orientation, incitation à réaliser un test sur d'autres IST (Remise de document ressource)	Dépisteur.euse			
Information, proposition d'accompagnement ou orientation vers la PrEP (Si disponible - accessible)	Dépisteur.euse			
Proposition de délivrance d'autotest (Si disponible)	Dépisteur.euse			
Proposition de rappel dépistage	Dépisteur.euse			

B) RÉSULTAT VIH POSITIF

Remise du résultat écrit (Nom de la personne, date, nature du résultat, numéro du lot de test et du lot de la fiole du diluant, nom complet en toutes lettres et signature de l'intervenant)	Dépisteur.euse			
Information sur la signification du résultat et nécessité d'un test de confirmation (document ressource)	Dépisteur.euse			
Proposition d'accompagnement vers le test de confirmation et l'accès aux soins (physique et/ou suivi tél, mail, Facebook...)	Dépisteur.euse			
Information - soutien à la notification au(x) partenaire(s).	Dépisteur.euse			



ENTRETIEN POST-TEST – REMISE DU RÉSULTAT VIH**QUI ?****OUI****NON****NA*****C) RÉSULTAT VIH INVALIDE**

Remise du résultat écrit (Nom de la personne, date, nature du résultat, numéro du lot de test, nom complet en toutes lettres et signature de l'intervenant)	Dépisteur.euse			
Information sur la signification du résultat	Dépisteur.euse			
Proposition de réalisation d'un deuxième test (si possible avec un test différent ou numéro de lot différent)	Dépisteur.euse			
Si deuxième test invalide, nécessité de réaliser un test conventionnel (remise de document ressource)	Dépisteur.euse			

OBSERVATIONS

*NA = Non applicable (par exemple dans le cas de la réalisation d'un seul test)

APRES LA REALISATION DU TEST	QUI ?	OUI	NON	NA*
<p>Echange sur d'autres informations sur la santé sexuelle et entretien post-test :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <i>renouvellement du test</i> ● <i>dépistage autres IST,</i> ● <i>vaccination hépatite B,</i> ● <i>information PrEP et orientation vers une consultation PrEP ;</i> ● <i>délivrance d'autotests ;</i> ● <i>temps d'échange sur la motivation au changement (rester négatif, limiter la contamination si positif...)-</i> 	Accueillant.e			
Proposition à la personne de rejoindre l'équipe de militants à l'accueil ou au stand pour avoir d'autres informations ou du matériel de prévention et de RDR, etc.	Dépisteur.euse			
Information/orientation vers les actions du lieu de ressource mobilisation (<i>entretien individuel/collectif...</i>)	Accueillant.e			
OBSERVATIONS				

*NA = Non applicable (par exemple dans le cas de la réalisation d'un seul test)

Directrice de publication :

Florence Giard

Coordination :

Stanislas Mommessin

Conception :

Philippe Njaboué, Emmanuelle Cook

Contribution :

**Valentina Lombardo, Jean-Luc El Kaïm, Cristina Iova,
Victor Vozian, Melissa Antoine, Lahoucine Ouarsas,
Ingrid Sikitu, Alou Coulibaly**

Relecture et correction :

Richard Stranz, Gaëlle Tossé

Photographies :

Nicolas Beaumont

Conception graphique :

Cintia Di Cónsoli

Date de publication :

30 novembre 2023

Photo de couverture :

Nicolas Beaumont/Coalition PLUS, Mali, 2022.

Le présent référentiel est cofinancé par l'Agence Française de Développement et Robert Carr Fund.

Ce guide bénéficie du soutien de l'Agence française de développement et L'Initiative mise en œuvre par Expertise France. Les idées et les opinions qui y sont présentées n'engagent que leurs auteurs et ne reflètent pas nécessairement le point de vue de l'Agence française de développement.



En partenariat
avec



➤ L'Agence française de développement (AFD) met en œuvre la politique de la France en matière de développement et de solidarité internationale. À travers ses activités de financement du secteur public et des ONG, ses travaux et publications de recherche (Éditions AFD), de formation sur le développement durable (Campus AFD) et de sensibilisation en France, elle finance, accompagne et accélère les transitions vers un monde plus juste et résilient.

Nous construisons avec nos partenaires des solutions partagées, avec et pour les populations du Sud. Nos équipes sont engagées dans plus de 4 000 projets sur le terrain, dans les Outre-mer, dans 115 pays et dans les territoires en crise, pour les biens communs – le climat, la biodiversité, la paix, l'égalité femmes-hommes, l'éducation ou encore la santé. Nous contribuons ainsi à l'engagement de la France et des Français en faveur des Objectifs de développement durable (ODD). Pour un monde en commun.

www.afd.fr

Bureaux de Coalition PLUS

Sénégal

Afrique Villa N°2466 Immeuble AF
3^e étage appartements C et D
rue DD 116, Sicap Dieupeul II Dakar
Sénégal
Tél. : +221 33 824 28 86

Belgique

Rue des Grands Carmes 22
1000 Bruxelles
Tél. : +32 2 502 89 48

France

Tour Essor
14, rue Scandicci
93508 Pantin Cedex
Tél. : +33 1 77 93 97 25

et Faculté de Médecine
27 Bd Jean Moulin
13385 Marseille Cedex 5

Suisse

Rue du Grand-Pré 9
1202 Genève
Tél. : +41 22 342 40 53

E-mail : coalitionplus@coalitionplus.org
Site web : www.coalitionplus.org
Réseaux sociaux : @coalitionplus

