



PLATEFORME COALITION PLUS
MENA

GUIDE DE DÉPISTAGE DE L'INFECTION À VIH DANS LA RÉGION DU MAGHREB



COALITION PLUS bénéficie du soutien de l'Initiative 5%, mis en oeuvre par Expertise France et pilotée par le Ministère français de l'Europe et des Affaires Etrangères. Le contenu de ce référentiel relève de la seule responsabilité de COALITION PLUS et ne reflète pas nécessairement les points de vue et opinions d'Expertise France, du Ministère français de l'Europe et des Affaires Etrangères ou du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et la paludisme.





PLATEFORME COALITION PLUS
MENA

GUIDE DE DÉPISTAGE DE L'INFECTION À VIH DANS LA RÉGION DU MAGHREB

MARS 2018



PLATEFORME COALITION PLUS MENA

Portée par l'Association de Lutte Contre le Sida (ALCS), la Plateforme Coalition PLUS MENA (PF MENA) regroupe quatre associations : l'APCS (Algérie), l'ATL-MST Sida (Tunisie), SOS Pairs Educateurs (Mauritanie) et l'ALCS (Maroc). Elle est gérée de façon concertée par un comité de pilotage constitué de la directrice générale de l'ALCS et des présidents des quatre associations, sous l'égide d'une charte de gouvernance. Des experts communautaires sont régulièrement mobilisés selon les besoins identifiés. En développant les capacités d'acteurs-trices associatifs-ves partageant le même contexte épidémiologique et socioculturel et en créant des synergies régionales, la PF MENA joue un rôle important de levier de la lutte contre le sida dans la région. En effet, ses activités ciblées sur les populations clés et le partage de bonnes pratiques permettent d'améliorer l'impact sur l'épidémie.

Le dépistage est un des points faibles des réponses nationales au VIH et constitue un obstacle aux cibles ambitieuses «90-90-90» de la stratégie mondiale d'accélération de la riposte au VIH que quasiment tous les pays de la région du Maghreb ont adopté. En effet, les différents exercices des cascades programmatiques disponibles dans la région montrent que le taux d'attrition le plus important se situe au niveau du dépistage et on estime à près de la moitié – voire plus dans certains pays – le nombre de personnes vivant avec le VIH qui ignorent leur statut sérologique. Et si les pays de la région partagent, globalement, la même typologie de l'épidémie de l'infection à VIH (épidémie peu active en population générale mais concentrée parmi les populations clés que sont surtout les usagers de drogue par voie intraveineuse, les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes et les professionnel(le)s du sexe), il n'en reste pas moins qu'ils disposent de politiques de dépistage qui ne sont pas toutes au même niveau de performance et de ciblage.

Ce constat sans appel a été acté par les acteurs de la Plateforme Coalition PLUS MENA, hébergée par l'ALCS dans le cadre du programme « TRANSFERT », qui a alors décidé de faire du dépistage du VIH une priorité de son plan d'action.

C'est dans ce cadre que s'inscrit cet excellent guide du Pr. Mohamed Chakroun, médecin tunisien et activiste de la lutte contre le sida de longue date, qui a une excellente connaissance du terrain et des enjeux du dépistage de par sa longue expérience.

L'objectif de ce guide est de mettre à disposition des parties prenantes (associations impliquées dans le dépistage du VIH, médecins, décideurs politiques, etc.) un référentiel commun qui regroupe tous les aspects du conseil et test VIH, depuis les concepts de base jusqu'aux recommandations de mise en place, un guide conforme aux récentes lignes directrices concernant les services de conseil et test VIH publiées par l'Organisation Mondiale de la Santé.

Ce guide comporte, tout d'abord, une analyse fine et critique des politiques de dépistages et de l'épidémiologie de l'infection à VIH dans les pays de la région permettant de mieux saisir les enjeux en place, les difficultés et les atouts de chacun des 4 pays ainsi que les contextes d'intervention. Une deuxième partie est consacrée aux bonnes pratiques du dépistage du VIH, telles que reconnues internationalement. Une troisième partie est réservée à l'assurance-qualité et au suivi et évaluation, éléments indispensables à toute action réussie. Enfin, on peut aussi trouver une revue exhaustive des textes et des pratiques du dépistage dans les pays de la région.

Dans le contexte mondial actuel centré autour de la prévention combinée, l'harmonisation des stratégies de dépistage et le ciblage des populations clés ne peuvent qu'impacter positivement la riposte au VIH dans les pays de la région.

Aussi, j'aimerais remercier chaleureusement le Pr. Chakroun pour son excellent travail et sa minutie dans la préparation de ce guide, ainsi que les membres du comité de lecture qui l'ont enrichi de leurs remarques. Mes remerciements vont également à notre bailleur, l'Agence Française pour le Développement, qui l'a rendu possible, et à AIDES, le partenaire historique, ainsi qu'aux responsables de la Plateforme Coalition PLUS MENA.

M. Karkouri

Président de l'ALCS

Consultant

Pr. Mohamed Chakroun.
Chef de service des maladies infectieuses.
CHU Fattouma Bourguiba. Monastir – Tunisie.
Email : chakrounm@outlook.com
mhdchakroun@gmail.com

Comité de lecture

Algérie	Pr. Aziz Tadjeddine	Président de l'APCS. Professeur. Chef de service d'épidémiologie et médecine préventive EHS Canastel. Université d'Oran 1.
	Pr Razik Fatiha	Vice présidente de l'APCS. Professeur. Chef de service de maladies infectieuses EHS ELkettar. Université d'Alger.
	Dr Djamila Ouabdesselem	Vice présidente de l'APCS. Maître assistante d'épidémiologie et médecine préventive. EHS Canastel. Université d'Oran.
Maroc	Pr Mehdi Karkouri	Président de l'ALCS
	Dr Lahoucine Ouarsas	Responsable du département des programmes de l'ALCS
Mauritanie	Dr Amel Dadah	Sociologue consultante collaboratrice à SOS Pairs Educateur (personne ressource VIH/ suivi et évaluation)
	Dr Zahra Fall Malick	Virologue, experte en VIH/SIDA, formatrice nationale en stratégies de dépistage du VIH
	Mr Sy Djibril	Président de l'association SOS Pairs Educateur (Personnes ressource en Santé/VIH/ développement communautaire)
	Mme Aminata Al Housseinou Diouh	Economiste, assistante de projet à SOS Pairs Educateurs
	Mr Himine Ould Sidi Ould Maibess	Animateur de projet à SOS Pairs Educateurs (Personnes ressource en Santé/VIH/ développement communautaire)
	Mr Mohamed Ali Ould Bilal	Coordinateur de projet a SOS Pairs Educateur (Personnes ressource en Santé/VIH/ développement communautaire)
	Mme Hawsa Ndiaye	Superviseur de relais communautaire (pairs éducateurs) à SOS Pairs Educateurs
Tunisie	Mr Mohamed Bilel Mahjoubi	Directeur exécutif à l'ATL-MST-SIDA Tunis
	Mr Issam Gritli	Chargé de programme des populations clés à l'ATL-MST-SIDA Tunis
	Mme Aida Mokrani	Chargée de programme DROSOS à l'ATL-MST-SIDA Tunis

Sommaire

Préface	5
Comité de lecture	6
Sommaire	7
Abréviations & Acronymes	8
I- Introduction	9
II- Populations clés	10
III- Enjeux épidémiologiques	12
1- Contexte épidémiologique	12
2- Place des populations clés et vulnérables	12
IV- Etat des lieux de l'offre et des pratiques du dépistage	14
1- Dépistage obligatoire	15
2- Dépistage à l'initiative du soignant	16
3- Dépistage volontaire	18
4- Opportunités manquées du dépistage	21
V- Principaux obstacles à l'accès au dépistage	22
VI- Bonnes pratiques du dépistage pour les populations clés et vulnérables	24
1- Comment améliorer l'offre et l'accès au dépistage ?	25
2- Qui tester ?	27
3- Quand tester ?	27
4- Comment tester ?	28
5- Que faire après le test ?	30
6- Comment adapter l'offre du dépistage aux populations clés et vulnérables ?	35
7- Notification des partenaires	37
VII- Auto-dépistage du VIH	39
1- Approches	39
2- Principes	40
3- Réalisation du test	40
4- Interprétation du résultat	40
5- Performances du test	41
6- Intérêts et limites	41
7- Stratégie de mise en œuvre	42
VIII- Indicateurs de suivi-évaluation	43
IX- Procédures d'assurance qualité	44
X- Conclusion	45
XI- Références	46
XII- Annexes	47

Abréviations & Acronymes

ATVIH	Autotest VIH
CCDAG	Centre de conseil et de dépistage anonyme et gratuit
CDV	Centre de dépistage volontaire
CPN	Consultation prénatale
CSB	Centre de santé de base
CTV	Conseils et test VIH
HSH	Hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes
HVB	Hépatite virale B
HVC	Hépatite virale C
IST	Infection sexuellement transmissibles
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA
ONG	Organisation non gouvernementale
PEP	Prophylaxie post-exposition
PrEP	Prophylaxie pré-exposition
PS	Professionnelle du sexe
PSN	Plan stratégique national
PTME	Prévention de la transmission mère-enfant du VIH
PVVIH	Personne vivant avec le VIH
TB	Tuberculose
TDR	Test de dépistage rapide

Compte tenu de sa longue phase asymptomatique, l'infection par le VIH peut être révélée grâce au dépistage par des tests sérologiques conventionnels, des tests de dépistage rapide (TDR) ou des autotests VIH (ATVIH).

L'utilisation des tests sérologiques conventionnels, basés la méthode ELISA, a coïncidé pendant longtemps avec l'indisponibilité d'antirétroviraux efficaces, ce qui a limité l'intérêt du dépistage à la seule sécurisation des produits sanguins et des dons d'organes.

Avec l'avènement de la trithérapie antirétrovirale et le développement du concept de prévention combinée, la connaissance du statut sérologique est devenue essentielle aussi bien au niveau individuel, pour l'amélioration de la santé et de l'espérance de vie des personnes vivant avec le VIH (PVVIH), que collectif, pour la réduction de la transmission du virus. Ainsi, le dépistage est devenu la principale voie d'accès aux soins et aux services de prévention, comme le confirme la stratégie d'accélération de la riposte au VIH de l'ONUSIDA connue par les objectifs « 90-90-90 ». Le premier objectif de cette stratégie vise à améliorer l'accès au dépistage du VIH et à diagnostiquer 90% des PVVIH d'ici à 2020 [1].

Au cours de la dernière décennie, la généralisation des TDR a permis non seulement d'élargir l'offre et de simplifier l'acte mais aussi de le rendre moins contraignant avec une réalisation possible par un agent communautaire et en dehors des structures de soins.

Toutefois, malgré l'accélération du dépistage à l'échelle mondiale, les estimations actuelles montrent que seuls 70 % des PVVIH connaissent leur statut sérologique. En plus, la couverture du dépistage du VIH, de la prévention et du traitement reste faible dans certains groupes de la population, particulièrement les hommes (30%), les HSH ainsi que les adolescentes et les jeunes dans certaines régions. Ceci laisse penser que les modèles actuels ne permettent pas d'atteindre les populations les plus exposées au risque de l'infection par le VIH.

Ainsi, optimiser l'impact du dépistage, revient à cibler les populations clés et vulnérables, à offrir un dépistage simple et accessible dans un environnement favorable et à développer des approches innovantes plus efficaces telles que le « dépistage communautaire » visant à atteindre les populations clés dans leurs milieux ainsi que la notification du partenaire et l'autotest qui permet de doubler le recours au test VIH, particulièrement chez ceux qui ont des difficultés d'accès au dépistage dans les structures de santé.

Dans tous les cas, le dépistage de l'infection par le VIH ne peut avoir un haut impact que s'il dispose de liens efficaces et robustes avec les services de soins et de prévention.

II Populations clés

Dans la conception de l'ONUSIDA, les « **populations clés à plus forts risques** » sont principalement :

les usagers de drogues par voie intraveineuse (UDI),

les hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes (HSH),

les professionnelles du sexe (PS) et leurs clients,

ainsi que les prisonniers.

L'OMS distingue 5 groupes de populations clés :

les UDI,

les HSH,

les PS,

les prisonniers

et les personnes transgenres.

La dénomination « clés », est utilisée au double sens de la dynamique de la transmission du VIH et de la réponse à l'épidémie. En effet, la contribution des populations clés est fort aussi bien dans la transmission du virus que dans le contrôle de l'épidémie.

Plusieurs définitions du terme « populations clés » sont proposées. Celle du Fonds mondial est très large : « **groupes fortement touchés par l'impact épidémiologique d'une maladie, ayant également un accès moindre aux services et appartenant à des populations criminalisées ou marginalisées** » [3].

L'ONUSIDA recommande la terminologie « **populations clés à plus forts risques** » et distingue :

- les populations clés qui correspondent à des groupes hautement exposés à l'infection par le VIH du fait de certains éléments objectifs de vulnérabilité sociale,
- des populations vulnérables qui peuvent être soumises à une pression sociétale ou des circonstances sociales qui les rendent plus vulnérables à l'infection par le VIH [4].

L'OMS définit les populations clés comme des « **groupes qui, en raison de comportements à haut risque spécifiques, présentent un risque accru d'infection par le VIH, quel que soit le type d'épidémie ou le contexte local. En outre, ils ont souvent des problèmes sociaux et juridiques liés à leurs comportements qui augmentent leur vulnérabilité au VIH** » [5].

Il faut souligner que certaines personnes n'appartiennent pas définitivement à une

catégorie de population clé mais peuvent s'intégrer, par intermittence ou de manière passagère, dans une autre catégorie comme dans le cas d'un homme usager de drogue par voie intraveineuse pratiquant occasionnellement le travail du sexe ou celui d'une travailleuse du sexe consommant la drogue par voie intraveineuse. Dans la population des UDI, il faut également prendre en considération le genre, les femmes sont plus exposées au VIH car elles pratiquent fréquemment le travail du sexe et sont confrontées doublement à la stigmatisation et aux contraintes juridiques.

Les populations vulnérables sont des groupes de personnes qui sont particulièrement exposées à l'infection par le VIH dans certaines situations ou contextes, comme les adolescents, les orphelins, les enfants des rues, les personnes handicapées et les travailleurs migrants et mobiles. Ces populations ne sont pas affectées par le VIH de manière uniforme dans tous les pays et les épidémies mais méritent d'être prises en considération dans les stratégies de prévention [5].

La terminologie et le concept de « populations clés » et de « populations vulnérables » varient sensiblement dans les pays de la région [6-9] (**tableau 1**). Selon les derniers Plans Stratégiques Nationaux (PSN), on distingue :

- Les populations clés qui incluent surtout les UDI, les HSH et les PS. Contrairement aux autres pays, la Mauritanie considère, dans son PSN 2015-2018, les prisonniers comme une population clé [9].
- Les populations vulnérables qui incluent surtout les prisonniers, les adolescents et jeunes de 15-24 ans des deux genres, les migrants et populations mobiles (camionneurs, routiers, ouvrières saisonnières, marins-pêcheurs).

Tableau 1. Les groupes représentatifs des populations clés et des populations vulnérables dans les pays de la Coalition PLUS MENA [6-9].

	 ALGÉRIE	 MAROC	 MAURITANIE	 TUNISIE
Populations clés				
UDI	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
HSH	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
PS ¹	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Prisonniers	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Populations vulnérables				
Prisonniers	<input checked="" type="radio"/> ²	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Adolescents et jeunes des deux sexes	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Migrants	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Populations mobiles (camionneurs, routiers, saisonniers, marins-pêcheurs etc.)	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Marins/Pêcheurs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Porteurs d'IST	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hommes en uniforme	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

1- Femmes professionnelles de sexe. 2- Prisonniers potentiellement à risque.

Dans la suite de ce guide, nous retenons comme populations clés les UDI, HSH, PS, les migrants et les prisonniers. Ces derniers, bien que issues de la population générale, constituent une population très hétérogène incluant un nombre significatif de personnes ayant des comportements à haut risque

de transmission du VIH et/ou des facteurs de vulnérabilité. De ce fait, il serait pertinent de les considérer comme une population clé. Les populations fragilisées par certaines circonstances sociales seront considérées comme des populations vulnérables.

III Enjeux épidémiologiques

1- Contexte épidémiologique

La prévalence de l'infection à VIH dans la population générale est faible < 1% dans les pays de la Coalition PLUS MENA. Dans

les pays de la région, on peut distinguer 3 niveaux différents de prévalence [6-9] :

Niveau très faible
inférieur à 0,1%



TUNISIE

(0,015%)

Niveau intermédiaire
de l'ordre de 0,1% à 0,3%



ALGÉRIE



MAROC

(0,1%)

Niveau plus élevé
supérieure à 0,3% :



MAURITANIE

(0,48%, selon les projections du spectre 2014).

Dans ces pays, l'épidémie VIH/sida présente plusieurs similitudes. Il s'agit d'une épidémie :

- Peu active avec une faible prévalence.
- Stable au sein de la population générale en Algérie au Maroc et en Tunisie, caractérisée par une transmission sexuelle prédominante. Il faut souligner que pour la Mauritanie la prévalence de l'infection à VIH, après une augmentation entre 1988 et 2000, connaît à présent une stabilité.

- Hétérogène au plan géographique avec des disparités régionales au sein d'un même pays.
- « Cachée » avec un pourcentage encore élevé de personnes ne connaissant pas leur statut sérologique.
- Concentrée au sein des populations clés et vulnérables chez lesquelles la séroprévalence est nettement plus élevée [6-9].

2- Place des populations clés et vulnérables

La notion de prévalence permet également d'avancer une définition plus pragmatique et simple des populations clés :

« **Populations vulnérables pour les lesquelles la prévalence observée de l'infection à VIH est nettement supérieure à la prévalence de la population générale et l'accès aux soins est plus difficile** ».

Compte tenu du caractère concentré de l'épidémie dans les pays de la Coalition PLUS MENA, les populations clés jouent un rôle important dans la dynamique de la transmission du VIH avec des séroprévalences atteignant 10 à 100 fois celle de la population générale (**tableau 2**). La notion de prévalence permet également d'avancer une définition plus pragmatique et simple des populations clés : « Populations vulnérables pour les lesquelles la prévalence observée de l'infection à VIH est nettement supérieure à la prévalence de la population générale et l'accès aux soins est plus difficile ».

A l'échelle mondiale, l'OMS estime qu'entre 40% à 50% des nouvelles infections à VIH contractées par des adultes concerneraient des personnes faisant parties des populations clés [10]. Dans les pays de la région, entre 24% et 67% des nouvelles infections proviennent de personnes appartenant aux populations clés [8, 11]. Les populations vulnérables qui semblent être moins affectées n'ont pas fait l'objet d'enquêtes régulières de séroprévalence (**tableau 2**).

Tableau 2. Prévalence de l'infection à VIH au sein des populations clés et vulnérables [6-9, 12, 13].

Séroprévalence (Année)	 ALGÉRIE	 MAROC	 MAURITANIE	 TUNISIE
Populations clés				
UDI	4,3 % (2016) ³	7,9 % (2016) ³	ND ¹	3,9 % (2014)
HSH	4,3 % (2016) ³	5,7 % (2016) ³	ND ²	9,1 % (2014)
PS	5,2 % (2016) ³	1,3 % (2016) ³	4 % (2016) ³	0,94 % (2014)
Prisonniers	ND	0,5 % (2016) ³	2,9 % (2014) ³	ND
Populations vulnérables				
Porteurs d'IST	ND	ND	9% (2007)	ND
Populations mobiles (camionneurs, routiers, etc.)	0,83 % (2008)	0,3-1 % (2013)	1,17 % (2014)	ND
Migrants	ND	4,5% (2013)	ND	ND

1- Donnée non disponible.

2- La séroprévalence n'est pas connue, le taux de séropositivité à partir d'un faible effectif est de 44,4% en 2014.

3- Source : <http://www.unaids.org/fr/regionscountries/countries/>

IV État des lieux de l'offre et des pratiques du dépistage

Le dépistage de l'infection par le VIH est, actuellement, un acte obligatoire ou individuel volontaire à l'initiative de toute personne souhaitant connaître son statut sérologique dans le cadre ou non d'une situation d'exposition à un risque.

Les trois types de dépistage disponibles (obligatoire, à l'initiative du soignant et volontaire) sont diversement proposés dans les pays de la région (**Algorithme 1**). Algorithme 1. Les différents types de dépistage de l'infection à VIH.

Algorithme 1. Les différents types de dépistage de l'infection à VIH.

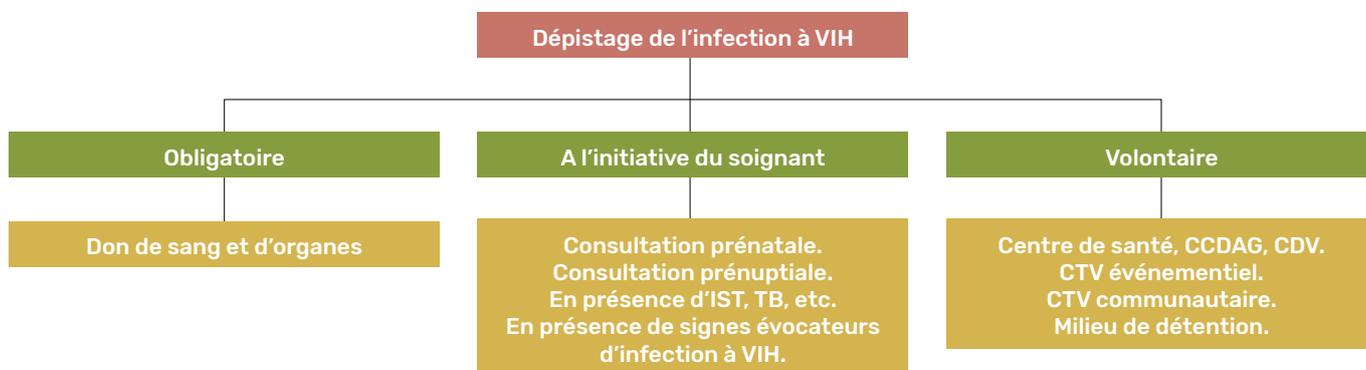


Tableau 3. Les pratiques du dépistage VIH dans les pays de la plateforme Coalition PLUS MENA.

				
	ALGÉRIE	MAROC	MAURITANIE	TUNISIE
Réglementation pour le test VIH	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
La réglementation du test				
Le consentement	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
La confidentialité du résultat	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Le test accompagné du counselling	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Promotion de l'utilisation du test rapide	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Règlementation du dépistage obligatoire	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

1- Dépistage obligatoire

Le seul dépistage à caractère obligatoire, universellement accepté, est celui réglementé par des circulaires ou des textes de lois dans le cadre de la sécurisation des produits sanguins, des transplantations d'organes et des greffes de tissus contre les maladies transmissibles (IST, hépatites virales et infections à VIH).

Il est pratiqué systématiquement chez les donneurs de sang, d'organes et de tissus. Il est également pratiqué chez les donneurs de sperme dans le cadre de la procréation médicale assistée. Il faut noter que les donneurs de sang sont volontaires et sont assurés de la confidentialité des résultats des tests réalisés.

Ce type de dépistage a été instauré, dans les pays de la région, dès les premières années de l'épidémie, chez les donneurs de sang et d'organes en vue de sécuriser les transfusions des dérivés sanguins et les dons d'organes.

Contre le caractère volontaire du dépistage, le test VIH est obligatoire pour les recrues de l'armée et de la police en Algérie, et seulement pour les recrues de l'armée au Maroc. En Tunisie, les recrues de l'armée sont soumises à un don de sang au cours duquel le test VIH est réalisé suivant la réglementation en vigueur des dons de sang.

Pour les prisons, le test VIH n'est obligatoire qu'en Algérie. En Tunisie, il est réalisé périodiquement sous formes de campagnes de dépistage et de sensibilisation dans quelques institutions.

En Algérie, le PSN 2013-2015 prévoit la promotion du dépistage volontaire chez les hommes en uniforme déjà en service, chez les prisonniers et les migrants [7].

En Mauritanie, bien qu'il soit obligatoire, il n'y a pas de données officielles concernant le dépistage pour les militaires et les hommes en uniformes. En milieu carcéral, le dépistage est pratiqué dans le cadre d'enquêtes [9].

Tableau 4. Le dépistage obligatoire de l'infection à VIH.

				
	ALGÉRIE	MAROC	MAURITANIE	TUNISIE
Dons de sang et d'organes				
Date d'instauration	1991	1988	1988	1988
Tests associés	Sérologie de la syphilis, VHB ¹ , VHC ²	Sérologie de la syphilis, VHB, VHC	Sérologie de la syphilis, VHB, VHC	Sérologie de la syphilis, VHB, VHC
Recrutement de l'armée	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	A l'occasion de don de sang
Recrutement d'hommes en uniforme (gendarmerie et police)	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Maisons d'arrêt et orphelinats	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> ³

1- VHB : Virus de l'hépatite virale B.

2- Virus de l'hépatite virale C.

3- Dépistage volontaire et appliqué dans quelques prisons sous forme de campagnes.

2- Dépistage à l'initiative du soignant

Il est proposé à l'initiative du soignant en présence de situations cliniques particulières ciblant la femme enceinte, le nouveau-né exposé au VIH, certaines co-infections (IST, tuberculose, hépatites virales) et les per-

sonnes présentant des symptômes cliniques évocateurs. Le tableau 5 résume les pratiques de ce type de dépistage dans les pays de la région.

Tableau 5. Le dépistage à l'initiative du soignant de l'infection à VIH.

	 ALGÉRIE	 MAROC	 MAURITANIE	 TUNISIE
Test VIH en prénatal	Proposition systématique	Proposition systématique	Proposition systématique	Proposition systématique
Diagnostic précoce de l'infection à VIH chez les nouveau-nés de mères vivant avec le VIH	Recommandé	Recommandé	Recommandé	Recommandé
Test VIH en cas de tuberculose	Proposition systématique	Proposition systématique	Recommandé mais non documenté	Proposition systématique
Test VIH en cas d'IST	Proposition systématique mais non documenté	Recommandé mais non documenté	Recommandé mais non documenté	Recommandé mais non documenté
Test VIH en cas d'hépatites virales B et C	Proposition systématique mais non documentée	Proposition systématique	Non	Recommandé en présence de facteurs de risque mais non documenté
Test VIH en présence de manifestations cliniques	Recommandé mais non documenté	Recommandé mais non documenté	Recommandé mais non documenté	Recommandé mais non documenté
Test VIH en pré-nuptial	Proposition systématique mais non documentée	ND	Non	Recommandé mais non documenté
Test VIH pour les partenaires séronégatifs des couples séro-différents	Proposition systématique mais non documentée	Recommandé mais non documenté	Recommandé mais non documenté	Recommandé mais non documenté

ND : Donnée non disponible.

Les pratiques du dépistage à l'initiative du soignant sont très variables à l'échelle des pays de la région. Le dépistage en prénatal pour les femmes enceintes et le diagnostic précoce de l'infection chez l'enfant, faisant partie des interventions clés de la PTME, sont les plus respectés. Le dépistage en pré-nuptial n'est pas réglementé et reste très peu documenté. En Tunisie, il est fortement recommandé mais encore faiblement prescrit, il a représenté 3% des tests VIH dans les CCDAG en 2010 et 13% en 2016 [6, 11]. En Mauritanie, le dépistage en pré-nuptial est conseillé par quelques ONG, mais non recommandé dans le cadre d'une stratégie nationale, il est volontaire, réalisé en toute confidentialité et après un consentement éclairé [14].

Le dépistage du VIH en cas de tuberculose est proposé en Algérie, Maroc et Tunisie mais peu documenté. En Tunisie, il est réglementé par la circulaire 104/2010 du 31 Décembre 2010 qui recommande de demander le test VIH en présence d'un cas de tuberculose selon une approche non précisée. Selon les données Tunisiennes disponibles, il n'est appliqué que dans seulement 25% des tuberculeux testés en 2013 donnant un taux de positivité de 0,48% [11]. En Mauritanie, la séroprévalence chez les tuberculeux est plus élevée de l'ordre de 4,8% en 2008 [12, 14].

Le dépistage du VIH en cas d'IST est recommandé dans tous les pays de la région mais reste non documenté. La seule donnée disponible sur le dépistage chez les consultants pour IST provient de la Mauritanie dans le cadre d'une enquête réalisée en 2007 montrant des séroprévalences du VIH et de la syphilis, respectivement de 9% et 10% [15].

Le dépistage du VIH en cas d'hépatites virales B et C est recommandé au Maroc et en Tunisie sans être documenté.

En cas de manifestations cliniques évocatrices de l'infection à VIH, le dépistage est recommandé dans tous les pays mais reste non documenté. Ce dépistage est essentiellement à visée diagnostique, sa contribution dans la détection de nouvelles infections n'est pas connue, sa principale faiblesse est le diagnostic à un stade tardif de l'infection à VIH.

Le soignant peut être amené à proposer un test VIH dans certaines circonstances non mentionnées dans les recueils de données nationales, telles que :

- Les personnes victimes de viol dans le but d'instaurer une prophylaxie post-exposition.
- Les partenaires séronégatifs d'une PVVIH.
- Les partenaires ou clients des populations clés.
- La procréation médicale assistée.
- La consultation de santé sexuelle et reproductive en présence de facteurs de risque de l'infection à VIH.

Ainsi, l'évaluation des pratiques du dépistage à l'initiative du soignant montre que :

- **En dehors du dépistage prénatal, le test VIH reste très peu documenté.**
- **Plusieurs opportunités sont manquées pour atteindre les populations clés et vulnérables à travers le dépistage du VIH en présence d'IST, d'hépatites virales B et C et de tuberculose.**
- **Le test VIH pour les partenaires séronégatifs des couples sérodifférents est non documenté et celui des partenaires ou clients des populations clés est négligé.**
- **Le test VIH en pré-nuptial est non réglementé et rarement proposé.**

3- Dépistage volontaire

La disponibilité d'antirétroviraux efficaces fait du dépistage volontaire une activité incontournable des PSN de lutte contre le VIH/sida. Il permet de détecter les nouvelles infections à un stade précoce avec une orientation rapide vers un service de prise en charge en vue d'initier rapidement un traitement et de maintenir aux soins. La suppression virale durable ainsi obtenue a un double intérêt, individuel par l'amélioration de la survie des PVVIH avec une meilleure qualité de vie, et collectif par la réduction significative de la transmission sexuelle du VIH.

Le dépistage volontaire est offert de façon anonyme et gratuite. Le dispositif actuel du dépistage est basé, selon les pays, sur des centres intégrés aux structures de santé, des centres autonomes appartenant au secteur public, des centres implantés au sein des ONG ou issus du partenariat entre secteur public et ONG. Le test est réalisé par un personnel médical ou paramédical formé, utilisant le TDR et encadré par des informations pré-test et un counselling post-test.

En Algérie, l'offre de dépistage existe dans 60 centres de dépistage intégrés aux structures de santé de proximité des wilayas avec des activités en nette progressive. En 2012, 661 personnes sur 48296 étaient dépistées séropositives ce qui correspond à un taux de positivité de 1,36 %. Il est à signaler qu'en plus du test VIH, sont proposés les tests de dépistage pour la syphilis et les hépatites virales B et C.

En Mauritanie, les structures primaires offrant le dépistage sont au nombre de 17 en 2013 réparties dans les 13 capitales régionales, l'ensemble des structures tertiaires et les cliniques privées offrent le dépistage, même si ce dernier n'est pas toujours accompagné de counselling. De plus, au moins 4 ONG nationales mènent ponctuellement, selon des calendriers variables, des campagnes mobiles de dépistage dans les wilayas prioritaires. Au cours de l'année 2012, 2932 personnes ont été volontairement dépistées, ce chiffre est largement en deçà de la cible annuelle du PSN et représente 14,7% de l'objectif du dépistage fixé à 20000 tests VIH par an.

En Tunisie, l'offre de dépistage anonyme et gratuit est disponible, depuis 2009, dans 25 CCDAG implantés dans 19 gouvernorats. L'activité du dépistage est variable d'un centre à l'autre, avec une faible attractivité pour les populations clés (< 10% des clients). Au cours de la période 2012-2016, le nombre de tests VIH réalisés annuellement dans les CCDAG variait entre 7525 et 13262 avec un taux de positivité progressivement croissant allant de 0,29% en 2012 à 0,69% en 2016 [6] (**tableau 6**).

Au Maroc, le dépistage volontaire au niveau des centres d'ONG était instauré dès 1992 avec une introduction des tests rapides en 2004. L'offre du dépistage au niveau des centres de santé était disponible dès 2008 et s'est renforcée en 2012 pour atteindre plus de 1200 centres en 2016. Le nombre de tests réalisés est passé de 60000 tests à plus de 600000 tests entre 2011 et 2016. Ainsi, au cours de l'année 2016, 605.746 tests VIH ont été réalisés au Maroc dont 155.000 pour les femmes enceintes et 16.000 pour les patients atteints de tuberculose. La proportion des PVVIH estimés connaissant leur statut VIH est passée de 22% en 2011 à 63% en 2016.

Les normes actuelles exigent la confirmation du résultat du test rapide par un ELISA et/ou un Western Blot avec des algorithmes de diagnostic complexes et différents d'un pays à un autre. Ces normes imposent aux clients un temps supplémentaire pour obtenir le résultat final (en moyenne de quelques semaines) avec au moins un déplacement au laboratoire de référence et un risque non négligeable de non récupération du résultat et de perte de vue.

Lorsque le diagnostic de l'infection à VIH est confirmé, l'orientation de la PVVIH vers les centres de soins pose encore beaucoup de difficultés en raison, d'une part, des problèmes de coordination entre les centres de dépistage et les services de prise en charge et, d'autre part, de l'absence d'un mécanisme de référence clairement établi. Les actions d'accompagnement des PVVIH vers les centres de soins, menées par quelques ONG nationales grâce aux éducateurs pairs, restent des initiatives isolées.

Tableau 6. Le dépistage volontaire de l'infection à VIH.

	 ALGÉRIE	 MAROC	 MAURITANIE	 TUNISIE
Nombre de centres de dépistage volontaire (2013)	60	56 CIDAG et 1200 centres de santé	17	25
Nombre de tests réalisés (Année)	48296 (2012)	605746 (2016)	2932 (2012)	13262 (2015)
Population pays (Année)	38,48 millions (2012)	35,28 millions ¹ (2016)	3,796 millions (2012)	11,27 millions ¹ (2015)
Nombre de tests/1000 habitants	1,25	17,16	0,08	1,18
Séroprévalence VIH à partir des clients testés aux centres de dépistage volontaire	1,36% (2012)	0,95% ² (2012)	ND	0,69% (2016)
Dépistage VIH associé à celui des hépatites B et C				
Dépistage mobile	1 unité	9 unités	Non	1 unité

1- Source : Banque mondiale.

2-Chiffre de l'ALCS qui, en 2016, a réalisé à elle seule plus de 90% de l'ensemble des tests pratiqués par tous les ONG.

Le dépistage basé sur les unités mobiles qui permet d'atteindre plus facilement les populations clés n'est pas encore bien développé dans les pays de la région et reste, officiellement, limité au Maroc. Une unité de dépistage mobile était mise en place en Algérie en 2014 par l'APCS [16] et une autre en Tunisie par l'ATL-MST SIDA-Tunis en 2016.

De même, le dépistage communautaire n'est pas encore bien développé dans les pays de la région. Il faut souligner l'expérience pilote marocaine de dépistage communautaire mise en place par l'ALCS en 2014 dans 4 villes (Agadir, Casablanca, Marrakech et Rabat) pour les PS, les HSH et les migrants. Durant la période allant de Mars à Octobre 2015, 8392 tests VIH étaient réalisés avec un taux de positivité de 1,5% et une confirmation d'entrée à la prise en charge pour 94% des cas confirmés. Après évaluation de cette expérience, le PNLs au Maroc a décidé d'étendre le dépistage communautaire auprès des populations

clés vers d'autres villes et d'autres ONG et de l'intégrer dans la nouvelle politique de dépistage du VIH du Maroc. En Algérie, un dispositif de dépistage communautaire était développé en 2015 avec la mobilisation de 65 pairs-éducateurs HSH dans 5 régions [16]. En Tunisie, le dépistage communautaire n'est pas encore officiellement recommandé. Toutefois, une expérience a été initiée depuis 2011 à l'ATL-MST SIDA-Tunis en partenariat avec un CCDAG. Il faut aussi noter que quelques centres d'accueil à bas seuil offrent ce service aux UDI depuis 2014. Pour l'année 2016, le bilan des activités du dépistage communautaire dans les différents centres de l'ATL-MST SIDA montre un taux de positivité des tests VIH de 0,04% (32/808) inférieur à celui noté dans les CCDAG. Au cours du mois de Mai 2017, l'ATL-MST SIDA-Tunis avait organisé une campagne de dépistage communautaire ciblant surtout les populations clés (HSH, UDI et PS) dans 9 régions à travers 19 sites.

Cette campagne avait permis de tester 3403 personnes dont 2664 (78,3%) appartenaient aux populations clés, le taux global de positivité du test VIH était de 4,2% (5,3% dans les populations clés versus 0% dans la population générale) avec une positivité 3 fois plus élevée pour les HSH (7,5%) que les UDI (2,7%) et les PS (2,8%) [17]. Toutefois, le nombre de personnes orientées vers la prise en charge parmi celles dépistées positives n'était pas précisé.

L'insuffisance du dépistage dans la région est reflétée par la fréquence encore élevée des personnes qui ignorent leur statut, estimée en 2016 à 37% au Maroc et 42% en Tunisie, ainsi que le pourcentage élevé de PVVIH notifiées à un stade avancé de l'infection, environ 30% des PVVIH en Tunisie et au Maroc [6, 8, 11]. Par ailleurs, les données tunisiennes émanant des systèmes de modélisation « Mot-2011 » et « Spectrum 2013 », estiment que 80 à 97% des nouvelles infections à VIH devraient provenir des populations clés, alors que pour l'année 2012, 24% seulement des cas notifiés étaient issus des populations clés [11]. De plus, au cours des années 2014-2016, les populations clés représentaient moins de 5% des clients des CCDAG en Tunisie [6]. Ainsi, les personnes les plus exposées au risque d'infection à VIH ne bénéficient pas des services de santé dont elles ont besoin.

Dans le contexte épidémiologique actuel des pays de la région, il serait plus rentable de mettre en place une stratégie de dépistage ciblé permettant de diversifier l'offre et de multiplier les opportunités du test VIH et, surtout, de les orienter vers les populations clés et les populations vulnérables.

Ainsi, la situation du dépistage volontaire dans les pays de la plateforme MENA est marquée par plusieurs insuffisances tant quantitatives que qualitatives avec :

- Une activité variable des centres de dépistage et un nombre de tests annuels très insuffisant, inférieur à 10 tests/1000 habitants.
- Des opportunités manquées de dépistage : certificat pré-nuptial, IST, tuberculose, etc.
- Un dépistage volontaire peu attractif et souvent non ciblé sur les populations clés.
- Une absence du dépistage mobile et communautaire en dehors des expériences marocaine et tunisienne.
- Un faible lien entre les différents acteurs : complexité du circuit et de l'algorithme de confirmation d'un TDR positif, faiblesse du système de référence vers les services de prise en charge.
- Une faiblesse du système de suivi-évaluation : collecte des informations, qualité des données (fréquence élevée de données manquantes), analyse des données.

Dans le contexte épidémiologique actuel des pays de la région, il serait plus rentable de mettre en place une stratégie de dépistage ciblé permettant de diversifier l'offre et de multiplier les opportunités du test VIH et, surtout, de les orienter vers les populations clés et les populations vulnérables.

4- Opportunités manquées du dépistage

Malgré l'élargissement de l'offre du dépistage volontaire, plusieurs opportunités manquées persistent, particulièrement dans les structures de santé, du fait de l'échec des soignants à identifier les personnes à risque de VIH (risque non mentionné par le patient et non demandé par le soignant) ou les symptômes liés à l'infection VIH. L'échec des soignants à identifier les personnes à risque de VIH explique l'insuffisance du dépistage chez les populations clés dans les structures de soins. La proposition du dépistage en présence de signes cutanéomuqueux évocateurs (candidose buccale, leucoplasie chevelue, dermite

séborrhéique, zona, prurigo) ou constitutionnels (fièvre inexplicée > 1 mois, diarrhée inexplicée > 1 mois, perte de poids > 10%) reste encore faible en dehors des services hospitaliers prenant en charge les PVVIH. Malgré les recommandations nationales dans certains pays, le dépistage chez les tuberculeux, en présence d'IST et d'hépatites virales n'a pas encore atteint un niveau élevé.

V Principaux obstacles à l'accès au dépistage

Les personnes appartenant aux populations clés continuent à être profondément exposées à une problématique socio-juridique (rejet social, stigmatisation, discrimination, pénalisation, privation des droits élémentaires) qui les rend plus vulnérables et limite leur accès au dépistage. Dans les pays de la région, les PS, les HSH et les UDI sont socialement marginalisés, souvent criminalisés et victimes de diverses violations des droits de l'Homme, ce qui les rend plus vulnérables au VIH [18]. Les jeunes issus des populations-clés sont également de plus en plus marginalisés, du fait de législations et des politiques liées à l'âge qui réduisent leur capacité d'accéder aux services de santé surtout en matière de VIH.

Les données régionales concernant l'accès des populations clés au dépistage et à la prévention confirment ces difficultés. Dans le cadre de l'évaluation des activités de prévention de proximité sur une période de 4 mois au cours de l'année 2014, le programme de renforcement de l'accès à la prévention, au traitement et aux soins liés au VIH auprès des PS dans une ville de l'ouest algérien a montré que seulement 2,5 % (33/264) des PS étaient atteintes par les services de prévention du VIH. Par ailleurs, la fréquence des personnes appartenant aux populations clés ayant bénéficié d'un test VIH au cours des 12 derniers mois avec une connaissance du statut sérologique reste très faible et varie globalement de 9,7% à 39,9% (**tableau 7**). Les études bio-comportementales réalisées au cours dernières années (2010-2014) en Algérie, au Maroc et en Tunisie confirment le faible accès au dépistage des populations clés [6, 8]. Malgré le faible effectif des HSH et des PS inclus, l'étude bio-comportementale mauritanienne conduite en 2014 montre la même tendance [12]. Il s'ensuit des difficultés de référence aux centres de prise en charge et une faible couverture en traitement antirétroviral.

Concernant les populations en contexte de vulnérabilité, les données émanant du Maroc et de la Mauritanie montrent le très faible accès au dépistage des routiers et migrants. L'étude bio-comportementale mauritanienne de 2014 a montré que les routiers et les pêcheurs sont de plus en plus exposés au VIH. En effet, les rapports avec d'autres Hommes ont été notés chez 5,4% des routiers et chez 3,8% des pêcheurs avec une augmentation significative entre 2007 et 2014 [12]. En plus, une augmentation significative de la prévalence de la syphilis est notée depuis 2007 atteignant 8,5 à 9% [12].

Tableau 7. Proportion des personnes testées et ayant reçu le résultat du test au cours des 12 derniers mois.

	 ALGÉRIE	 MAROC	 MAURITANIE	 TUNISIE
Populations clés				
UDI	ND ¹	9,7% (2010)	ND	18,2% (2014)
HSH	ND ²	31% (2010)	30,3% (2014)	39,9% (2014)
PS	29,5% (2014)	25,5% (2011)	26,5% (2014)	23,2% (2014)
Prisonniers	ND	ND	ND	ND
Populations vulnérables				
Porteurs d'IST	ND	ND	ND	ND
Routiers	ND	29,6% (2013)	ND	ND
Migrants	ND	28,4% (2013)	ND	ND

1- Non déterminé.

2- L'enquête séro-comportementale a montré que 12,6% des HSH ont bénéficié d'un test VIH [13].

Ces obstacles et difficultés alimentent la tendance régionale qui montre globalement une stabilisation de l'incidence de l'infection à VIH dans la population générale contre une augmentation dans les populations clés. Ils expliquent aussi la persistance d'une faible couverture régionale du traitement antirétroviral (<15%) et le diagnostic de l'infection à VIH à un stade tardif dans 30% à 50% des cas [6, 8, 11]. De ce fait, le dépistage représente une bonne opportunité pour les populations clés pour accéder aux services de prévention et de soins sans charges financières compte tenu de la gratuité des soins.

Toutefois, la persistance de plusieurs contraintes et obstacles, qui seront développés dans le chapitre suivant, fait que de nombreuses personnes passent au travers de cette offre de dépistage et expliquent encore la faible rentabilité des centres de dépistage.

Encadré 1 : Les obstacles et barrières à l'accès au dépistage volontaire.

- Crainte d'un jugement négatif sur les pratiques sexuelles ou les comportements à risque.
- Crainte d'un jugement négatif sur des demandes répétées de dépistage.
- Peur de la pratique du test et de son résultat sur la vie sexuelle et sociale.
- Faible niveau d'information et d'indication des centres.
- Difficultés d'accès aux centres : localisation éloignée ou d'accès difficile, horaires d'ouverture inappropriés (horaires administratifs, absence de service les week-end).
- Mauvais accueil, longue attente et absence d'information dans la salle d'attente.
- Personnels peu formés sur les spécificités des populations clés.
- Espace inadapté pour le respect de la confidentialité du test.
- Menace de poursuites pénales (lois punitives).
- Stigmatisation et discrimination.
- Absence de campagnes de dépistage.

Ainsi, l'absence de services de dépistage, de prévention et de prise en charge appropriés explique les difficultés majeures rencontrées par les populations clés pour accéder aux soins. Optimiser l'impact du dépistage, revient à cibler les populations clés et vulnérables, et leur offrir un dépistage facilement accessible, simple, non contraignant et dans un environnement favorable.

VI Bonnes pratiques du dépistage pour les populations clés et vulnérables

A l'échelle mondiale, il est estimé qu'actuellement 30% des PVVIH ne connaissent par leur statut sérologique. Pour les personnes appartenant aux populations clés, la fréquence des personnes qui ne connaissent par leur statut sérologique serait plus élevée en raison d'un accès plus faible au dépistage. Lorsque l'offre de dépistage est disponible, ces personnes se présentent souvent tardivement et sont ensuite fréquemment perdues de vue entre les centres de dépistage et les services de soins [5]. Selon les données rapportées en 2014 par ONUSIDA, au moins 50 % des plus de 2 millions de nouvelles infections estimées annuellement se produisent au sein des populations clés y compris dans les pays où l'épidémie est généralisée.

Etant donné l'effet multiplicateur joué par les populations clés dans la transmission du virus, intensifier le dépistage dans ces populations permettra de satisfaire leurs droits d'accès à la prévention, de rentabiliser les ripostes nationales au VIH et de ralentir la dynamique de l'épidémie.

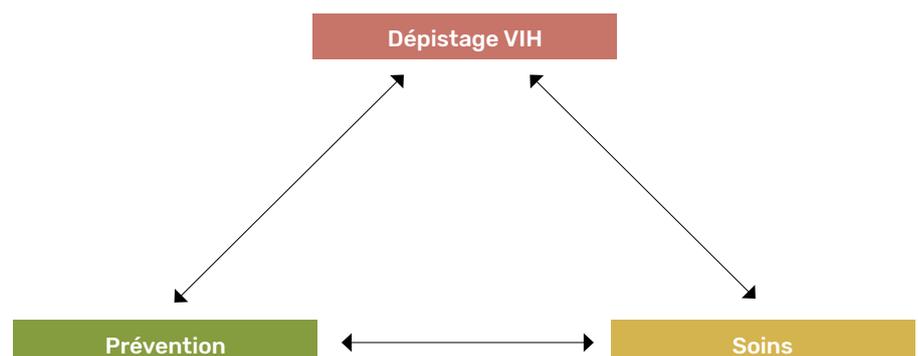
Ainsi, les recommandations prioritaires de l'OMS et de l'ONUSIDA soulignent l'intérêt d'offrir aux populations clés le test VIH au sein d'un paquet d'interventions spécifiques dans le cadre de la prévention combinée.

L'approche actuelle repose sur la suppression des barrières entre la prévention, le dépistage et les soins dans le cadre d'un continuum d'interventions. Selon cette approche :

- Le dépistage est un élément essentiel de la prévention.
- La prévention doit aussi s'adresser à ceux qui sont testés positifs.
- Les traitements sont également utilisés en prévention.

Pour être efficace, toute stratégie de dépistage doit tenir compte de plusieurs facteurs : la confidentialité, le consentement libre et éclairé, le counselling, le contexte social ainsi que toutes les formes de discrimination, stigmatisation liées à l'infection par le VIH, y compris, celles basées sur l'orientation sexuelle et l'identité de genre.

Figure 1. Le continuum des interventions pour la prévention et les soins VIH.



Ainsi, en tant que principale porte d'entrée aux soins et à la prévention, le dépistage constitue une composante importante parmi les services à offrir aux populations clés et celles vulnérables. Il permet aux personnes de connaître précocement leur statut. En cas de test positif, le dépistage

doit être suivi d'une orientation précoce et efficace aux services de soins VIH. En cas de test négatif, les personnes seront orientées vers les programmes de prévention primaire et encouragées à être re-testées plus tard [5].

1- Comment améliorer l'offre et l'accès au dépistage ?

Les populations clés souffrent encore de la criminalisation de leurs comportements ce qui limite leurs accès au dépistage et les obligent, dans certaines circonstances, à la pratique du test VIH de manière punitive ou coercitive, ce qui est contraire aux principes du dépistage. Comme pour la population générale, l'offre du dépistage pour les populations clés doit toujours

être volontaire et libre de toute pression, notamment de la part des fournisseurs de soins de santé, des partenaires, de la famille. Elle doit être aussi volontaire et non coercitive dans une prison ou un autre milieu fermé. Le dépistage pour les populations clés doit respecter les « 5 C » recommandés par l'OMS [19, 20] (**figure 2**).

Figure 2. Principes du dépistage volontaire



Le dépistage des populations clés doit être organisé dans une perspective de qualité, de continuité et d'efficacité des services. Il a pour objectif de diversifier et d'augmenter significativement l'offre par la levée de certaines barrières structurelles, logistiques et sociales du dépistage classique permettant la création d'un environnement plus favorable.

Ainsi, il est important de :

1- Maintenir et renforcer les centres de dépistage volontaire en améliorant la qualité des services fournis (accueil, délai d'attente, counselling, disponibilité du test, etc.) et en les orientant vers les populations clés par l'implication des éducateurs pairs. L'ouverture de certains centres en dehors des horaires administratifs et pendant les week-ends devrait faciliter l'accès à certaines populations clés. La formation du personnel devrait réduire la stigmatisation et la discrimination et encourager l'accès des populations clés. L'ouverture de nouveaux centres de dépistage devrait tenir compte de la cartographie des populations clés et vulnérables et de la proximité d'autres centres.

Par ailleurs, il est important d'étudier la possibilité de créer des « points de dépistage » offrant un service à l'aide de trousse de dépistage rapide au niveau des ONG ne possédant pas de centres de dépistage ou des centres de santé situés dans les zones à haute concentration de populations clés ou vulnérables. Les éducateurs pairs doivent jouer un rôle important dans le recrutement des clients. Il serait opportun de développer des partenariats entre les unités mobiles et les associations locales dans le but d'utiliser leurs locaux en tant qu'espaces sécurisés permettant un dépistage dans les normes. Quelque soit le centre de dépistage, l'offre sera encouragée par une information et une sensibilisation des clients utilisant différents outils (dépliants, posters, etc.) comportant des messages simples et succincts sur l'infection à VIH (facteurs de risque, types de test, fenêtre sérologique, bénéfices du dépistage, bénéfices d'un traitement précoce) (**encadré 2**).

Encadré 2 : Les facteurs favorisant le dépistage

- Assurer un accueil chaleureux.
- Prévoir une information explicite dans la salle d'accueil.
- Garantir l'absence de stigmatisation et discrimination.
- Offrir d'autres prestations telles que des auto-supports, des séances de sensibilisation en groupe, une consultation IST, etc.
- Assurer un counselling de qualité sans jugement.
- Respecter l'intimité et les droits des clients.
- Rassurer sur la confidentialité des entretiens et des résultats des tests.

2- Promouvoir le dépistage par des unités mobiles et le dépistage avancé par des mallettes.

Ce type de dépistage reste encore peu développé dans les pays du Maghreb. En dehors du Maroc, il est inexistant ou pratiqué de façon informelle dans les autres pays. Pourtant, il offre une excellente opportunité pour atteindre facilement les populations clés. Les efforts doivent être multipliés par les programmes nationaux et les ONG pour promouvoir cette forme de dépistage très rentable pour les populations clés et vulnérables.

3- Promouvoir le dépistage communautaire qui permet de surmonter les insuffisances du dépistage « classique » et de mieux répondre aux objectifs de la stratégie mondiale d'accélération de la riposte au VIH pour mettre fin à l'épidémie d'ici 2030 basée sur l'approche «test and treat» ou «dépister et traiter», dépister plus tôt pour traiter rapidement et réduire la transmission du VIH par une suppression virale durable à l'échelle individuelle et une baisse de la « charge virale communautaire ».

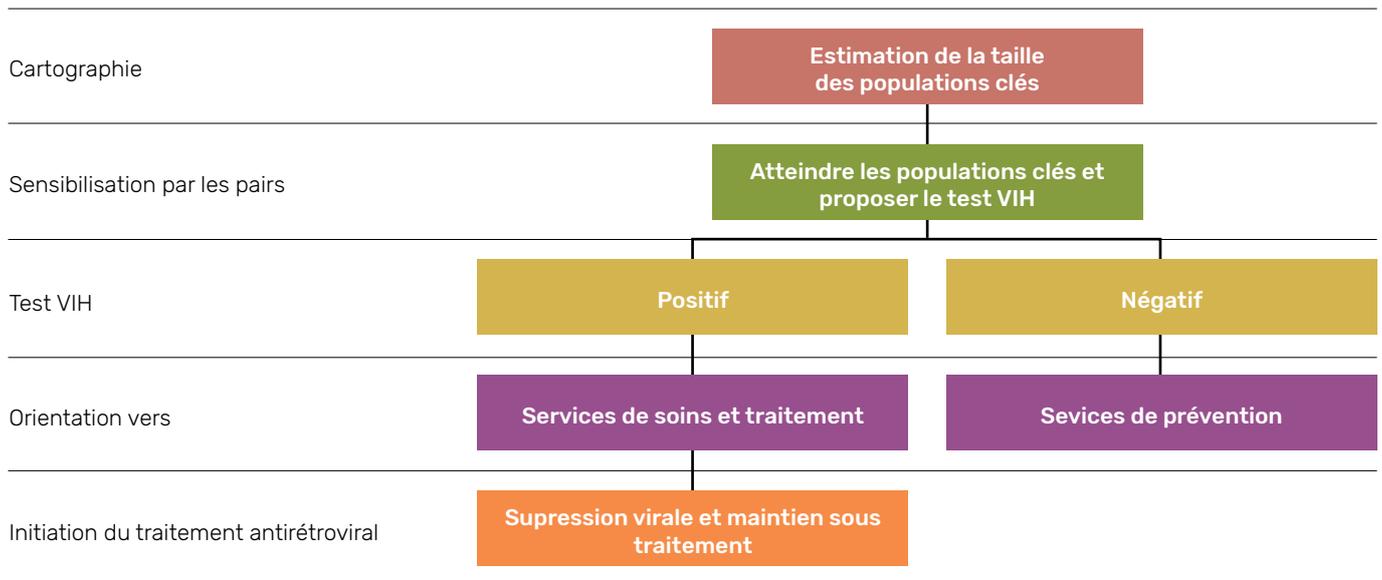
En s'appuyant sur une « proximité » sociale et/ou communautaire et/ou géographique (out reach), le dépistage communautaire offre une opportunité de dépistage « hors les murs » renouvelée, sans contraintes et adaptée aux horaires et rythmes de vie des populations clés et vulnérables. Le dépistage peut être offert dans des locaux associatifs de prévention, des structures de soins dans les zones à forte concentration de populations vulnérables (point de dépistage), des lieux de sociabilité (places publiques, bars, clubs, ...) ou sur des lieux extérieurs (dépistage par unité mobile, dépistage dans une tente, etc.). Il est basé sur l'usage de TDR performants, d'utilisation facile et de conservation simple, et pratiqués par des acteurs médicaux et/ou

non médicaux de différents profils (agent communautaire, pair, personne choisie sur l'approche de genre) formés pour cette tâche. En facilitant l'accès au dépistage et au diagnostic précoce du VIH, le dépistage communautaire s'articule entre l'accès aux services de prévention et les centres de soins.

Afin d'optimiser son impact, le dépistage communautaire doit s'intégrer dans une approche globale de la santé permettant d'offrir des services complémentaires de santé sexuelle, de planification familiale et de prévention combinée : information, contraception, désir d'enfant, dépistage associée (VIH, autres IST, HVB, HVC), promotion du préservatif, PrEP, PEP. Il doit être aussi accompagné d'un système de référence efficace et robuste vers les services de soins et de prévention.

Ainsi, le dépistage communautaire a pour objectif d'identifier les PVVIH le plus tôt possible après l'infection et de les orienter vers les centres de soins pour initier rapidement un traitement antirétroviral efficace et obtenir une suppression virale durable.

Figure 3. La mobilisation communautaire pour le dépistage.



2- Qui tester ?

Le dépistage volontaire s'adresse à toute personne désirant connaître son statut vis-à-vis du VIH. Les personnes appartenant aux populations clés, leurs partenaires et leurs clients, doivent être particulièrement encouragées à se faire tester pour le VIH. Il en est de même pour toutes les personnes dont un comportement à

risque, même passager, pourrait les exposer au risque de transmission du VIH. Les personnes appartenant aux populations clés doivent être encouragées à se présenter au moins une fois par an pour un test VIH [5, 19, 20].

3- Quand tester ?

Le test VIH est un acte volontaire, réalisé à l'initiative de la personne, mais aussi sur la prescription et le conseil d'un professionnel de santé (médecin, sage femme, infirmier(e), autre agent de santé) dans des espaces spécifiques.

Dans les CDV, le test VIH peut être proposé à tout moment. Lorsque la personne a été récemment exposée à un risque de transmission du VIH (moins de 3 semaines), le test VIH doit être proposé de nouveau après 4-6 semaines.

Le dépistage à l'initiative du soignant (symptomatologie évocatrice d'une infection à VIH, d'une IST, de tuberculose, d'hépatite

virale B et C, etc.) est recommandé, tant qu'il ne soit coercitif ou pratiqué à l'insu du patient, et qu'il est lié au traitement et aux soins.

Pour les femmes enceintes, le test VIH fait partie de l'offre des services en consultation prénatale dans le cadre des stratégies nationales de PTME.

En milieu carcéral, le dépistage volontaire du VIH doit faire partie du paquet d'interventions à offrir aux prisonniers.

• Le dépistage volontaire de l'infection à VIH devrait être proposé systématiquement à toutes les populations clés à la fois en milieu communautaire et dans les centres de santé.

• En plus du dépistage à l'initiative du soignant, les populations clés doivent bénéficier du dépistage communautaire avec une orientation vers les services de prévention, soins et traitement.

4- Comment tester ?

Le processus du dépistage comporte 5 étapes importantes étroitement liées. La succession des différentes étapes dans

l'ordre chronologique est représentée dans la **figure 4**.

Figure 4. Les différentes étapes du test VIH.



- Le counselling pré-test doit être simplifié afin de ne pas détourner l'attention du client sur l'intérêt du test VIH.
- Le client doit être conscient qu'il peut refuser le test ou se retirer du processus de dépistage à tout moment.

4.1- Les informations pré-test

Avec la disponibilité des tests rapides permettant de fournir un résultat au bout de quelques minutes, le counselling pré-test intensif n'est plus nécessaire et peut créer des obstacles à la prestation du service [15]. L'évaluation du risque individuel et les conseils individualisés au cours de la séance d'information du pré-test ne sont plus recommandés. Des informations simples sur les modes de transmission du

VIH ainsi que sur les avantages du dépistage sont suffisantes. Les clients peuvent alors évaluer, en dehors de toute sorte de pression, leur propre situation et indiquer s'ils désirent subir un test de dépistage du VIH. Le prestataire de service doit clairement expliquer le droit du client de refuser le test ou d'y renoncer au cours du processus de dépistage.

Encadré 3 : Les informations nécessaires au cours du pré-test.

- Présenter les avantages du dépistage.
- Rassurer sur la confidentialité des informations partagées par le client et le résultat du test.
- Expliquer la signification de la séropositivité, d'une sérologie négative et de la fenêtre sérologique.
- Informer sur les services disponibles en cas de sérologie positive, y compris la disponibilité du traitement antirétroviral.
- Expliquer la possibilité d'un résultat incorrect si une personne est testée alors qu'elle est sous traitement antirétroviral.
- Décrire brièvement les moyens de prévention disponibles.
- Encourager le dépistage des partenaires.
- Informer sur le droit du client de refuser.
- Rassurer sur le maintien de l'accès et de la qualité des services VIH offerts même en cas de refus.

4.2- Le consentement

L'obtention du consentement est essentielle avant la pratique du test. Le consentement éclairé verbal est suffisant et doit être toujours obtenu individuellement et en privé

par le fournisseur de service. Lorsque les informations pré-test sont fournies de façon collective, les clients doivent donner leur consentement de manière individuelle et privée.

4.3- La réalisation du test VIH

Le dépistage du VIH utilisant le TDR doit être toujours avantageux. En raison de ses multiples avantages (**encadré 4**), il est le mieux adapté pour le dépistage mobile et communautaire. Sa facilité d'utilisation permet de démedicaliser le dépistage par la formation d'un personnel n'ayant pas obligatoirement une formation médicale ou paramédicale, telle que la formation des pairs. Il est recommandé d'utiliser des TDR très sensibles, mixtes (VIH-1&2) et combinés (détection de l'antigène p24

et des anticorps anti-VIH-1&2) permettant un diagnostic à un stade précoce de l'infection. Les inconvénients du TDR représentés par le manque de traçabilité, la subjectivité de lecture et le problème d'élimination des déchets infectieux. Ces difficultés peuvent être surmontées par une formation de qualité du personnel des CDV par des formateurs qualifiés, par la mise en place de bonnes pratiques de dépistage et d'un système de contrôle de qualité externe et indépendant efficace.

Encadré 4 : Les avantages des tests de diagnostic rapide.

- Facilité d'emploi.
- Possibilité de réalisation en tout lieu, tout endroit.
- Possibilité de réalisation par un agent communautaire formé.
- Fiabilité des résultats¹.
- Rapidité du résultat : au bout de quelques minutes (environ 15-20 minutes).
- Faible coût (pas besoin d'équipements) adapté aux zones à faibles ressources.
- Possibilité de stockage à température ambiante pour la plupart d'entre eux.

1- La fiabilité des résultats est habituellement jugée en termes de valeur prédictive positive et de valeur prédictive négative à la phase chronique de l'infection.

La fiabilité du test utilisé est importante pour le dépistage des populations clés caractérisées par une prévalence du VIH nettement plus élevée que celle de la population générale. En général, plus la prévalence du VIH est élevée, plus il est probable qu'une personne ayant un test positif soit réellement infectée donc plus la valeur prédictive positive sera élevée et la probabilité qu'une personne ayant un résultat de test négatif n'est effectivement pas infectée, donc la valeur prédictive négative diminue.

En cas de test VIH positif, il est important de simplifier le processus de confirmation du résultat, sur place, par le recours, à deux autres TDR différents conformément aux recommandations de l'OMS (stratégie à 3 TDR en série ou séquentielle) [19].

Lorsque les conditions locales et les ressources disponibles le permettent, le dépistage des IST, de la tuberculose et des hépatites virales doit être offert car ils est particulièrement bénéfique pour les populations clés [5, 15, 19].

4.4- Le counselling post-test :

Les services et le counselling post-test varient en fonction du résultat du test (Cf. chapitre 5 : Que faire après le test ?).

4.5- L'orientation vers les soins et les services de prévention

Elle représente l'étape finale du processus de dépistage. Elle est très importante quelque soit le statut de la personne testée compte tenu des bénéfices des actions qui seront entreprises pour la santé des individus (Cf. chapitre 5 : Que faire après le test ?).

La confidentialité doit être assurée tout au long du processus du dépistage.

5- Que faire après le test ?

Les clients doivent recevoir, après 10 à 20 minutes, les résultats de leurs tests. Le contenu et la durée de la séance de counselling post-test varie en fonction du résultat du test et du profil du client.

Un résultat négatif ne doit pas dispenser d'un counselling de qualité avec des conseils pour encourager un comportement à moindre risque et l'offre de moyens de prévention dans le cadre de la prévention combinée. En cas de résultat positif, le counselling post-test sera plus prolongé, son contenu peut varier en fonction du profil psychologique du client.

5.1- Lorsque le résultat du test VIH est négatif

Une courte séance de counselling incluant des informations claires et concises sur le résultat, les outils de prévention est suffisante (**encadré 5**). Au cours de la séance, le prestataire de service doit toujours donner la possibilité aux clients de poser des questions et demander des conseils.

L'objectif du counselling post-test est d'informer, éduquer et encourager le client à maintenir son statut négatif en adoptant un comportement à moindre risque.

Encadré 5 : Informations à fournir au cours du counselling post-test en cas de résultat négatif [15].

- Expliquer le résultat du test et le statut VIH.
- Mettre l'accent sur l'importance de connaître le statut du (des) partenaire(s) sexuel(s) et de consommation de drogues et de les encourager à se faire dépister.
- Informer sur les méthodes pour prévenir la transmission du VIH.
- Fournir des préservatifs, au besoin du lubrifiant, et des conseils sur leurs utilisations.
- Informer sur les outils de prévention à base d'antirétroviraux : PEP, PrEP, traitement comme prévention, etc.
- Orienter vers les services compétents de prévention du VIH,
- Conseiller de refaire test en fonction du niveau de risque d'exposition au VIH.

Toutes les personnes testées négatives doivent être conseillées pour refaire le test VIH en fonction de la fréquence de l'exposition au VIH. Les personnes qui rapportent une exposition récente au risque doivent être conseillées de refaire le test après 4 à 6 semaines [18, 19, 20]. Les personnes appartenant aux populations clés doivent bénéficier du test VIH de façon périodique et régulière en raison de la persistance d'une exposition au virus. Cette pratique permet d'assurer un diagnostic précoce de l'infection à VIH et de fournir

périodiquement des messages éducatifs importants sur la prévention du VIH.

Pour les populations clés, l'OMS recommande d'offrir le test VIH au moins une fois par an [19, 20]. Pour les HSH, l'OMS recommande un test VIH tous les 3 à 6 mois en fonction de leur comportement à risque [21]. Dans le cadre de l'offre de la PrEP, un test VIH est recommandé tous les 3 mois. Les situations qui nécessitent de refaire le test VIH figurent dans l'encadré 6.

Encadré 6 : Indications de proposition de refaire le test VIH chez les personnes testées négatives.

- Personnes appartenant aux populations clés (HSH, UDI, PS).
- Partenaire d'une PVVIH.
- Femmes enceintes et allaitantes dans les régions de forte prévalence.
- Personnes qui consultent à plusieurs reprises pour des IST.
- Personnes ayant une tuberculose avant une exposition récente ou persistante au VIH.
- Personnes ayant une exposition récente au VIH (refaire le test VIH après 4-6 semaines).
- Personnes ayant un test VIH indéterminé (refaire le test VIH après 14 jours).

5.2- Lorsque le résultat du test VIH n'est pas concluant,

Deux situations peuvent être distinguées :

- Le test est partiellement positif, le résultat est considéré comme « indéterminé », le client doit être conseillé et encouragé à retourner dans les 14 jours pour des tests supplémentaires afin de préciser son statut sérologique.

- L'absence de ligne de contrôle ou la présence d'une ligne de contrôle brisée indique que les réactifs du test ou la procédure ont causé un problème. En outre, un problème lié au prélèvement se traduit parfois par une couleur d'arrière-plan intense sur la membrane, ce qui empêche de lire les résultats. Devant ces situations, le résultat est considéré comme « non valide » et le test devra être repris avec une nouvelle cartouche de test.

5.3- Lorsque le résultat du test VIH est positif,

L'OMS recommande que tous les clients soient re-testés pour vérifier la séropositivité, surtout ceux ne disposant pas d'un résultat documenté ou testés dans des centres non soumis au contrôle de qualité, afin d'éviter d'initier inutilement un traitement antirétroviral à vie avec ses risques de toxicité [19].

Lorsque la confirmation de la séropositivité peut être obtenue dans le centre de dépistage (algorithme de dépistage basé sur la réalisation de 3 TDR), le counselling post-test doit être « centrée sur le client », et tenir compte de ses besoins et de ses circonstances personnelles. Les fournisseurs du dépistage (agents de santé, agents communautaires, pairs, etc.) doivent une

grande capacité d'écoute, maîtriser les techniques de communication, être capables de fournir des informations fiables, savoir travailler en équipe et connaître leurs limites.

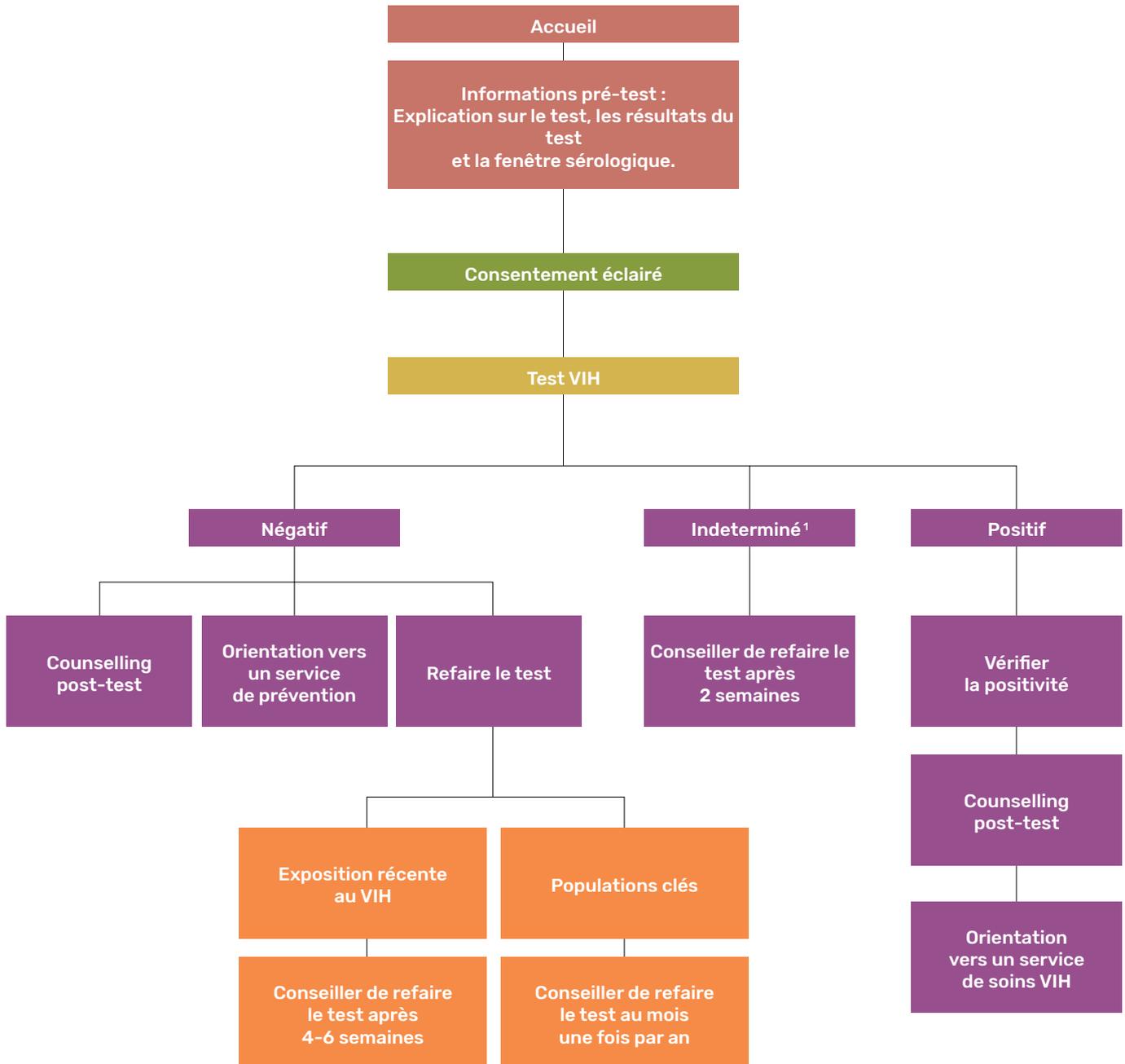
Ainsi, ils devraient être aptes à fournir des conseils et des informations adaptés à la situation de chaque client ou du couple. Les PVVIH formées dans le counselling, particulièrement compréhensives des besoins et des préoccupations des clients qui reçoivent un diagnostic de séropositivité, peuvent gérer leurs émotions et être contributives dans l'annonce de la séropositivité. Cette dernière est un événement très marquant qui peut entraîner des réactions différentes, inattendues et d'intensité variable. Le choc de l'annonce peut être modéré et gérable sur place ou, au contraire, intense rendant difficile la poursuite du counselling et imposant le recours à un appui psychologique sur place dans un autre centre. Ainsi, le client sera accompagné vers une ONG ou un service de prise en charge pour recevoir une prise en charge adaptée. Il faut souligner que certains centres de dépistage orientent ou accompagnent d'emblée le client ayant un test positif vers un service de prise en charge pour confirmation et annonce de la séropositivité.

L'information et les conseils qui doivent être fournis aux personnes qui découvrent leur séropositivité sont résumés dans l'**encadré 7**. Il faut toujours encourager et donner le temps au client pour poser des questions supplémentaires.

Le test VIH doit être offert au moins une fois par an pour les populations clés.

Encadré 7 : Les informations et conseils fournis dans le cadre du counselling post-test en cas de séropositivité [19].

- Expliquer le résultat du test et le diagnostic : Clarifier la différence entre séropositivité et le terme sida.
- Donner le temps au client d'admettre le résultat et l'aider à faire face aux émotions qui en résultent.
- Évaluer le risque de suicide, de dépression et d'autres conséquences sur la santé mentale de l'annonce de la séropositivité.
- Évaluer le risque de violence conjugale et de discuter les mesures possibles pour assurer la sécurité physique des clients, en particulier les femmes, qui sont diagnostiqués VIH-positive.
- Discuter les préoccupations psycho-sociales immédiates et aider le client à trouver un soutien immédiat.
- Fournir des conseils de traitement et des informations claires sur la prévention :
 - Expliquer les avantages du traitement antirétroviral pour l'amélioration de la survie et la qualité de vie ainsi que pour la réduction du risque de transmission du VIH, en précisant où et comment prendre ce traitement
 - Fournir des préservatifs et des lubrifiants et des conseils sur leurs utilisations.
 - Fournir des références supplémentaires pour d'autres services appropriés : dépistage et traitement des IST, contraception, consultation prénatale, accès à des aiguilles et des seringues stériles, thérapie de substitution (OST).
- Discuter la possibilité de la divulgation du résultat en exposant les risques et les avantages de la divulgation et en offrant aux couples des conseils à l'appui mutuel de divulgation.
- Encourager et offrir le dépistage du VIH pour les partenaires sexuels, les enfants et les autres membres de la famille du client.
- Organiser l'orientation vers un service de soins VIH : Prendre contact avec un service, fixer un rendez-vous avec un médecin, accompagner le client au rendez-vous, faciliter l'accès à la structure de santé le jour du rendez-vous (inscription, contact avec les professionnels de santé, admission, etc.).

Algorithme 2. Les différentes étapes du dépistage.

1- Test indéterminé : discordance entre les résultats de 2 tests effectués l'un après l'autre (exemple : le premier test effectué est positif et le deuxième est négatif) dû à la présence d'une autre maladie (faux positif) ou à une exposition très récente au VIH. Il doit être refait dans les 4 à 6 semaines qui suivent.

Après l'annonce de la séropositivité, il est important de référer immédiatement la PVVIH vers un centre de prise en charge de l'infection à VIH, afin de maximiser les

avantages du traitement antirétroviral. Les facteurs qui peuvent contribuer au faible engagement des PVVIH aux soins figurent dans l'**encadré 8**.

Encadré 8 : Les facteurs de faible engagement aux soins.

- Sentiment d'être en bonne santé.
- Troubles mentaux : Dépression.
- Manque de soutien social ou familial.
- Crainte de divulgation du statut sérologique.
- Crainte de la stigmatisation et la discrimination.
- Facteurs socio-économiques : situation familiale ou conjugale conflictuelle, difficultés financières, manque de moyen de transport, etc.
- Crainte des poursuites juridiques.
- Mauvais accueil et long délai d'attente dans les établissements de santé.

Certaines interventions permettent réduire le temps entre le diagnostic et l'engagement dans les soins et de renforcer les liens entre le dépistage et les services de soins [20, 22] :

- La mise en place d'un mécanisme de référence des personnes dépistées positives vers les services de prise en charge, comportant la définition d'une procédure claire, d'un système de lettre de référence et de prise de rendez-vous, d'un processus d'accompagnement physique (accompagnement de la PVVIH au service de prise en charge par un pair éducateur ou un accompagnateur social) ou de système de correspondants sur place, etc. Il est aussi important de disposer d'un système de rétro-information. Les moyens de télécommunication, comme les téléphones mobiles et le texte de messagerie (SMS), peuvent être utilisés pour encourager et/ou vérifier l'engagement aux soins.
- La formation des prestataires de services des centres de dépistage sur l'utilisation optimale de ce mécanisme d'orientation et mise à leur disposition d'une information correcte et à jour (exemple : adresses des sites de CTV, avec horaires de fonctionnement, adresses des sites de prise en charge, coordonnées des médecins référents pour la prise en charge, etc.).

• La mise en place d'un suivi du système de référence et son évaluation périodique en vue de son amélioration et de son renforcement.

• L'engagement de la communauté dans le système de référence (éducateurs pairs, accompagnateurs socio-sanitaires, agents communautaires, PVVIH, etc.).

En cas de besoin, il faut prévoir de fournir une assistance au transport, tels que les bons de transport, si le service de prise en charge est loin du site de dépistage. Enfin, l'amélioration de l'accueil et la simplification des procédures administratives permettent d'encourager l'engagement des nouvelles PVVIH aux soins.

Les ONG qui offrent le test VIH doivent établir des mécanismes solides de référence vers les services de prise en charge (lettre de liaison, accompagnement des clients, contact direct des médecins référents, etc.) afin d'orienter immédiatement les PVVIH nouvellement diagnostiquées et de recevoir un feedback sur l'engagement aux soins.

6- Comment adapter l'offre du dépistage aux populations clés et vulnérables?

Toute stratégie de dépistage doit s'inscrire dans une approche globale de prévention appelée « prévention combinée » qui associe des méthodes de prévention comportementales, l'élargissement de l'offre du dépistage, des mesures de réduction du risque adaptées à chaque population clé (préservatifs, gel lubrifiant, seringues, etc.) et une prévention basée sur les anti-rétroviraux dans le but de réduire la transmission du VIH.

La mise en place du service de dépistage pour les populations clés doit s'accompagner d'un plan de lutte contre la discrimination et la stigmatisation dans toutes les structures de santé ainsi que de la promotion d'un environnement légal propice.

La création d'un environnement favorable passe par la normalisation du dépistage, la dépenalisation de comportements et de pratiques, comme l'usage de drogues, le travail du sexe et les pratiques sexuelles entre hommes.

Ce dépistage doit s'inscrire dans le cadre d'une approche globale tenant compte des besoins spécifiques de chaque population clé et basée, de préférence, sur des offres de services de proximité. Ainsi, le dépistage mobile et le dépistage communautaire seraient plus appropriés à ces situations et plus rentables en termes de résultats attendus.

6.1- Dépistage pour les usagers de drogues par voie injectable.

Le dépistage VIH chez les UDI doit s'inscrire dans une approche de réduction des risques avec une combinaison de programmes et de services comprenant, particulièrement, des programmes de distribution de seringues, des services de substitution opioïdes, la mise en place de programmes de sensibilisation et d'éducation des UDI et de leurs partenaires sexuels, la prévention et le traitement des IST, le diagnostic et traitement des hépatites virales B et C.

6.2- Dépistage pour les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes.

Le dépistage VIH chez les HSH doit s'inscrire dans une approche globale de prévention comprenant la mise en place de programmes de sensibilisation et d'éducation des HSH et de leurs partenaires, la prévention et le traitement des IST, le diagnostic et traitement des hépatites virales B et C. L'offre du préservatif et du gel lubrifiant est primordiale pour la prévention de la transmission sexuelle chez les HSH.

Pour les HSH séronégatifs, la prescription d'une PrEP est recommandée en complément des autres interventions en prévention.

6.3- Dépistage pour les professionnelles du sexe.

Le dépistage VIH ciblant les PS, doit être inclus dans une approche globale agissant sur les facteurs de vulnérabilité aussi bien individuels (information et éducation, autonomisation des femmes, dépistage et traitement des IST, etc.) que structurels (amélioration de l'accès aux sites de dépistage et aux services de prise en charge) et environnementaux (notamment les législations coercitives, les conditions de travail). La société civile dans les différents pays de la région doit continuer son plaidoyer pour la décriminalisation du travail du sexe. Dans le cadre des activités de proximité, les ONG peuvent fournir un paquet d'interventions visant à renforcer l'autonomisation de cette communauté. Ces interventions incluent l'information, l'éducation, l'offre du dépistage, le préservatif, des conseils de santé sexuelle et de planification familiale, un appui psychologique et un soutien législatif. Il est primordial de faciliter l'accès au préservatif par les différents moyens disponibles (distributeur, vente libre dans les espaces commerciaux, etc.) et d'éviter l'approche médicalisée.

6.4- Dépistage pour les prisonniers.

Le dépistage doit rester volontaire, même en milieu carcéral et dans les autres lieux fermés. Le recours au dépistage VIH «sur place» en utilisant les TDR permet aux prisonniers de recevoir leurs résultats dans un délai court.

Il est important de respecter la confidentialité et de surmonter les conséquences négatives du dépistage dans les prisons, comme l'isolement géographique des prisonniers séropositifs et les risques de stigmatisation et discrimination.

Il est également important de créer des mécanismes efficaces d'orientation vers les services de soins pour une initiation rapide du traitement antirétroviral et d'encourager le maintien sous traitement.

Pour augmenter son impact, le dépistage doit être offert avec d'autres services de réduction des risques comprenant la fourniture de préservatifs avec lubrifiants, dépistage et traitement des IST, dépistage de la tuberculose et des hépatites virales B et C.

6.5- Dépistage des femmes enceintes.

Pour les femmes enceintes partenaires de personnes appartenant aux populations clés ou elles-mêmes appartenant à ces populations, l'accès précoce au dépistage et, par conséquent l'initiation précoce du traitement antirétroviral au cours de la grossesse, diminue significativement le risque de transmission mère-enfant du VIH.

L'information pré-test pour les femmes qui sont ou peuvent devenir enceintes ou les femmes en post-partum devrait également inclure:

- Le risque potentiel de la transmission du VIH à l'enfant.
- Les mesures qui peuvent être prises pour réduire la transmission mère-enfant du VIH, y compris la fourniture du traitement antirétroviral qui a un double bénéfice, améliorer la santé maternelle et prévenir la transmission du VIH à l'enfant.
- Les conseils sur les pratiques d'allaitement du nourrisson pour réduire le risque de transmission du VIH.
- Les avantages d'un diagnostic précoce du VIH pour les mères et les nourrissons.
- L'encouragement du dépistage du partenaire.

6.6- Dépistage pour les enfants et les adolescents

Pour les enfants et les adolescents qui reçoivent un test VIH, l'information doit être présentée d'une manière adaptée à leur âge pour faciliter la compréhension. Les politiques liées à l'âge du consentement pour le dépistage VIH varient selon les pays et peuvent constituer des obstacles à l'accès des adolescents au dépistage et à d'autres services de santé.

Pour la Mauritanie, le consentement parental est exigé pour les adolescents de moins de 14 ans. Le conseiller peut accepter la demande du test VIH pour les adolescents âgés de 14 à 18 ans et matures [14].

Pour la Tunisie, il est recommandé que tout acte médical, pour les mineurs (moins de 18 ans), doit être précédé par un accord du tuteur légal. Toutefois, il se trouve que certains mineurs ne veulent pas informer leurs parents ce qui met le prestataire de service en difficulté d'autant plus que le caractère anonyme du dépistage ne permet de vérifier l'âge. Il faut souligner que la présence d'une IST oblige souvent le prestataire de service à réaliser le test VIH et à orienter le client vers un centre de soins.

Pour les autres pays de la région, l'âge au dessous duquel le consentement parental est exigé n'est pas clairement établi.

Il est important de réviser ces politiques concernant l'âge du consentement pour le test VIH en tenant compte de la nécessité de respecter les droits des adolescents à faire des choix au sujet de leur propre santé et bien-être, en fonction des différents niveaux de maturité évalués sur leur comportement quant à la prise de risques, leur acceptation de subir le test et leur compréhension des bénéfices et des résultats du test.

6.7- Dépistage pour les migrants

Les travailleurs migrants, les réfugiés et les personnes déplacées ont du mal à accéder aux services de prévention et de soins en raison de nombreux obstacles : manque d'information, barrière linguistique, difficultés sociales et financières, éloignement des services de santé et manque de moyens de transport, stigmatisation et discrimination, et obstacles juridiques. Les migrants vivent souvent dans un environnement difficile, sans pièces d'identité, et sont fréquemment exposés à la violation des droits humains et à la violence. La vulnérabilité des migrants est particulièrement plus élevée dans certains sous groupes tels que les femmes, les HSH, les PS, les migrants sans papiers et les réfugiés. Ces différents obstacles ont pour effet une sensibilisation insuffisante et un diagnostic tardif avec une augmentation de la morbidité et mortalité liée au VIH.

Les migrants peuvent bénéficier du dépistage du VIH à l'initiative du client et à l'initiative du soignant afin de permettre l'accès à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien liés au VIH [23]. Il est important de faciliter l'accès au dépistage sur les lieux de concentrations des personnes déplacées (camps de réfugiés, agglomérations de personnes déplacées), le long des corridors de migration, sur les routes au niveau des aires de repos des camionneurs. Le dépistage peut être offert grâce à l'installation d'unités fixes ou le recours à des unités mobiles pour un dépistage périodique. Lors de la mise en place du dépistage du VIH pour les migrants, il est important de :

- Garantir le caractère volontaire ainsi que l'anonymat et la gratuité du test VIH.
- Interdire le dépistage obligatoire ou forcé.
- Garantir que les migrants sont en mesure de donner un consentement éclairé.
- Prendre en considération les besoins des groupes les plus exposés au risque.
- Intégrer le CTV avec d'autres interventions et d'assurer une orientation vers des services de prévention, de traitement, de soins et de soutien liés au VIH.
- Reconnaître et satisfaire les besoins des femmes enceintes et allaitantes, des enfants et des adolescents.
- Protéger les migrants contre la stigmatisation, la discrimination, les violations des droits humains relatives au VIH et les abus [23].

Etant donnée les difficultés d'accès à d'autres services, il est primordial d'accompagner le dépistage par l'offre d'un paquet d'interventions à visée préventive (préservatifs, gel lubrifiant, seringues, etc.) et de services de planification familiale. Pour les personnes testées positives, il est important de mettre en place un mécanisme efficace et rapide de connexion vers les centres soins et de garantir la disponibilité des antirétroviraux dans le cadre de l'accès universel au traitement antirétroviral. La prise en charge doit être basée sur une approche globale médicale et psychosociale intégrant les droits humains incluant le droit à l'information, à la santé et à l'intégration sociale et économique.

7- Notification des partenaires

La notification des partenaires est une ancienne approche de santé publique utilisée pour la prise en charge et la lutte contre certaines maladies transmissibles, telles que les IST et la tuberculose. Dans le cadre de l'infection à VIH, elle consiste à aider les personnes nouvellement infectées à prévenir leurs partenaires sexuels et/ou de consommation de drogues qu'ils ont été exposés au VIH et à les encourager

de se présenter pour un test VIH. Le dépistage des partenaires est, particulièrement, ciblé puisqu'il s'adresse à des personnes réellement exposées au VIH. Il a montré son efficacité dans certains pays avec un taux de positivité élevé du test VIH. Les principaux avantages de la notification du partenaire figurent dans l'**encadré 9**.

La notification des partenaires doit être incluse dans les services de dépistage et soins VIH.

Encadré 9 : Principaux avantages de la notification du partenaire

- Soutien mutuel pour l'accès aux services de prévention, de traitement et de soins du VIH.
- Amélioration de l'observance et de la poursuite du traitement antirétroviral.
- Appui renforcé pour la prévention de la transmission mère-enfant du VIH.
- Priorité donnée à la prévention efficace du VIH chez les couples séro-différents (usage de préservatif, traitement antirétroviral, et prophylaxie post-exposition pour les partenaires négatifs pour le VIH).

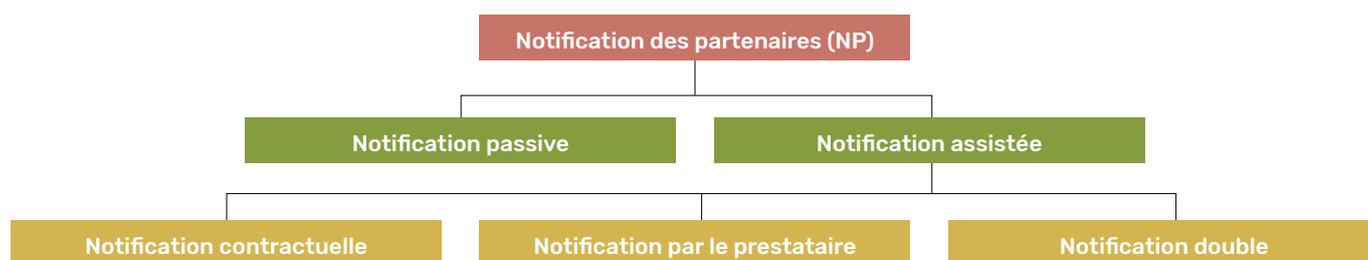
Bien qu'il s'agisse d'une activité à haut impact, la notification des partenaires doit être réalisée le plus éthiquement possible et accompagner de la confidentialité nécessaire aussi bien de la personne nouvellement diagnostiquée que de ses partenaires.

Récemment, l'OMS a recommandé d'inclure des services de notification assistée du ou des partenaire(s) dans le paquet des interventions de dépistage et de soins pour les PVVIH [24].

Il s'agit d'une notification fondée sur :

- La participation volontaire et le respect de l'autonomie et la dignité des individus affectés.
 - Le respect de la confidentialité.
 - Les bénéfices attendus pour les individus, leurs familles et leurs partenaires sexuels et d'injection de drogue en terme de traitement et de prévention de la transmission ultérieure du VIH.
- Il existe différentes approches de notification du partenaire (**Algorithme 3**). Les définitions des différentes approches figurent dans l'**encadré 10**.

Algorithme 3. Différentes approches de notification des partenaires.



Encadré 10 : Définitions des différentes approches de notification du partenaire.

- La notification est passive lorsqu'une PVVIH est encouragée à divulguer volontairement son statut, informer son (ses) partenaire(s) et l'encourager ou les encourager à subir un test VIH.
- La notification est contractuelle lorsqu'une PVVIH est encouragée à divulguer volontairement son statut, informer son (ses) partenaire(s) et l'encourager ou les encourager à subir un test VIH. Si le partenaire ne se fait pas tester après une période préalablement déterminée, un agent de santé contacte directement le partenaire.
- La notification se fait par le prestataire lorsqu'un agent de santé informe confidentiellement le (s) partenaire (s) et l'encourage ou les encourage à subir un test VIH avec l'accord du client nouvellement infecté par le VIH.
- La notification est double lorsqu'une PVVIH et un agent de santé notifient conjointement le(s) partenaire(s) et les encouragent à subir un test VIH avec l'accord du client nouvellement infecté par le VIH.

VII Auto-dépistage du VIH

L'auto-dépistage du VIH correspond à un processus au cours duquel une personne recueille son propre échantillon de liquide biologique puis effectue un test VIH, appelé aussi autotest du VIH (ATVIH), et interprète le résultat, souvent dans un cadre privé, seul (approche non assistée) ou en présence d'une personne de confiance (approche directement assistée) [21, 24].

L'ATVIH est une approche innovante qui peut aider les pays à atteindre la première cible de la stratégie d'accélération de la riposte au VIH consistant à diagnostiquer 90% des PVVIH à l'horizon de 2020. Il est acceptée par de nombreux utilisateurs dans différents contextes (populations exposées au risque et population générale) et a permis d'augmenter l'accès au service de dépistage et la fréquence des tests VIH réalisés dans plusieurs pays, en particulier, chez les populations clés et leurs partenaires [21, 24, 25].

Ainsi, l'OMS recommande fortement de proposer l'ATVIH comme une approche supplémentaire aux services de dépistage du VIH [21, 24].

Actuellement, plus de 40 pays ont adopté des politiques en faveur de l'ATVIH, et beaucoup d'autres envisagent d'élaborer des stratégies d'implémentation de ce test.

1- Approches

Il existe deux approches du dépistage par l'ATVIH (figure 5) :

1.1- L'ATVIH directement assisté qui s'appuie sur le soutien d'un prestataire de service qualifié ou de pair formé qui offre à la personne une démonstration sur la façon d'effectuer le test VIH et d'interpréter le résultat.

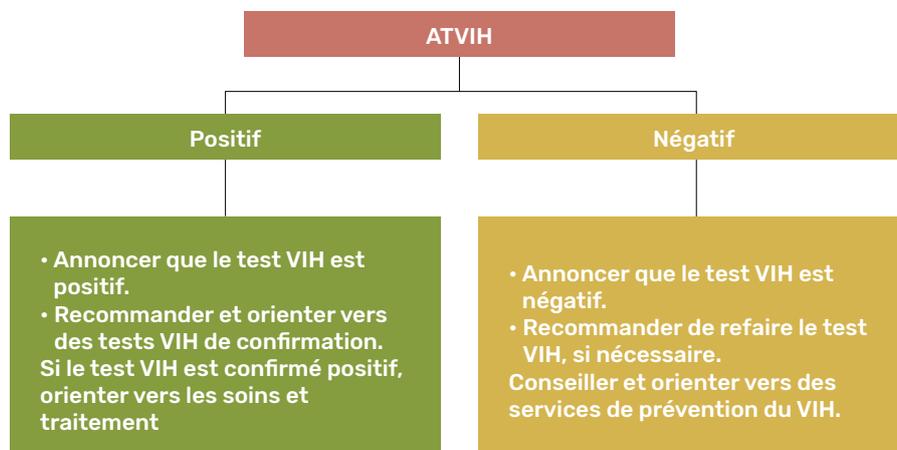
1.2- L'ATVIH non assisté lorsque la personne effectue le test VIH seule en s'aidant des instructions d'utilisation fournies par le fabricant du Kit.

Les deux approches peuvent être accompagnées d'outils d'information, tels que des lignes téléphoniques, des messages texte, des vidéos sur site internet, des applications de téléphonie mobile, des informations à partir des médias sociaux. Ces différents outils permettent de fournir un soutien technique, des conseils et des indications pour l'orientation vers d'autres services VIH : dépistage, prévention, soins et traitement.

Les personnes qui ne savent pas réaliser et interpréter un ATVIH doivent être encouragées à se faire dépister dans un centre de dépistage fixe ou mobile.

L'autotest VIH est recommandé comme approche supplémentaire de dépistage du VIH. Les personnes qui n'ont pas les capacités d'effectuer convenablement l'autotest VIH doivent se présenter aux centres de dépistage.

Algorithme 4. Différentes approches de notification des partenaires.



2- Principes

ATVIH repose sur les mêmes principes du dépistage volontaire, les « 5 C » du dépistage doivent être toujours respectés (figure 5).

Figure 5. Les principes de l'ATVIH.

Consentement	<ul style="list-style-type: none"> • Il ne faut pas considérer que les personnes qui demandent à subir un ATVIH ont implicitement donné leur consentement. • Un consentement éclairé est nécessaire pour l'ATVIH assisté. • Il est important que toutes les personnes qui effectuent un ATVIH soient informées qu'un test obligatoire ou coercitif n'est jamais justifié.
Confidentialité	<ul style="list-style-type: none"> • Pour l'approche assistée, l'ATVIH, doit être confidentiel. • Les discussions tenues entre le prestataire et le client ne doivent pas être divulguées à une tierce personne sans le consentement explicite de la personne à testée.
Counselling	<ul style="list-style-type: none"> • L'information pré-test et le counselling post-test peuvent être fournis à l'aide de démonstration ou d'instructions fournies par le fabricant, ou d'autres outils de soutien tels que des brochures, des liens vers des sites internet ou des vidéos, des lignes téléphoniques directes (infoline) ou des applications de téléphonie mobile.
Résultat Correct	<ul style="list-style-type: none"> • Un résultat d'ATVIH positif ne fournit pas une certitude du diagnostic. Il devrait être suivi d'autres tests par un prestataire qualifié.
Connexion	<ul style="list-style-type: none"> • La connexion inclut l'orientation vers des services de prévention mais également un lien vers d'autres tests de dépistage du VIH, dans un environnement sans stigmatisation, par un prestataire qualifié.

3. Réalisation du test

Comme pour les autres approches de dépistage, l'ATVIH doit être toujours volontaire, non coercitif ou obligatoire. Pour l'ATVIH assisté, un consentement éclairé est nécessaire au préalable.

L'ATVIH utilise la même technique qu'un TDR, l'échantillon prélevé peut être du sang total (sang capillaire par piqûre au bout du doigt) ou du fluide gingival (appelé aussi liquide crévulaire ou craviculaire). Il ne nécessite pas d'instrumentation spécifique autre que celle mise à disposition dans un kit. Il permet la détection des anticorps anti-VIH-1 et anti-VIH-2 et fournit un résultat dans un délai court, en moins de 30 minutes.

4. Interprétation du résultat

Un résultat réactif ou positif doit être confirmé par d'autres tests, réalisés par un prestataire qualifié, selon les recommandations de l'algorithme de dépistage national. Ainsi, il est important de fournir aux utilisateurs des messages simples et clairs indiquant que l'ATVIH n'est qu'un test de dépistage et qu'il ne permet pas le diagnostic positif d'une infection à VIH, et précisant les modalités à suivre après un autotest positif.

Un résultat non réactif ou négatif dépendra du risque encouru d'exposition au VIH. Il est recommandé de refaire le test VIH en cas d'exposition à un risque au cours des 6 dernières semaines. Les personnes qui sont constamment exposées à un risque élevé devraient être encouragées à refaire

le test tous les 3 à 6 mois en fonction du degré d'exposition au risque [21, 24]. Les personnes qui ont un ATVIH négatif doivent être orientés vers des services de prévention VIH (distribution de préservatifs, lubrifiants, PrEP, réduction des risques, etc.). Il est recommandé de vérifier la négativité du test VIH avant de prescrire une PrEP.

Il faut noter la possibilité de faux négatif chez les personnes traitées par des antirétroviraux ou qui reçoivent une prophylaxie antirétrovirale.

5. Performances des tests

Les ATVIH réalisés sur sang total présentent une meilleure sensibilité (96,2%-100%) et spécificité (99,5%-100%) que ceux réalisés sur liquide gingival (sensibilité : 80%-100%, spécificité : 95,1%-100%).

Les performances ne varient pas en fonction de l'approche de réalisation des tests quelle soit individuelle ou assistée.

L'ATVIH n'est pas recommandé pour les personnes qui se connaissent déjà séropositives et traitées par des antirétroviraux, car cette situation peut conduire à un résultat faussement négatif.

6. Intérêts et limites

L'ATVIH est une approche particulièrement appropriée pour les personnes fréquemment ou constamment exposées au VIH telles que les populations clés et leurs partenaires ainsi que les couples séro-différents qui peuvent bénéficier de la pratique du test VIH, sur place, chaque fois que cela est nécessaire. Il a permis dans plusieurs pays d'augmenter nettement l'accès au dépistage, particulièrement, chez les HSH.

Ainsi, il permet d'éviter le déplacement vers le centre de dépistage et de contourner certaines barrières d'accès au dépistage. Par contre, il n'augmente pas la fréquence des comportements sexuels à risque et ni le risque d'événements indésirables liés à un résultat positif du test [21, 24].

Lorsque les kits utilisés sont conformes aux normes de qualité, l'ATVIH peut atteindre des niveaux acceptables de sensibilité et de spécificité. Les avantages et les limites de l'ATVIH sont résumés dans le **tableau 8**.

Un ATVIH positif nécessite systématiquement une confirmation par d'autres tests VIH (tests de laboratoires ou rapides) réalisés par un prestataire qualifié conformément à l'algorithme de dépistage national

Tableau 8. Intérêts et limites de l'ATVIH.

Intérêts	Limites
Favorise l'autonomie de la personne.	Risque d'erreur dans le recueil du prélèvement de sang ou du liquide gingival.
Réduit la nécessité de se déplacer vers les centres de dépistage et supprime les contraintes liées à la qualité de l'accueil et la longue attente avant le test.	
Respecte la discrétion de l'acte et permet de surmonter certaines barrières d'accès au dépistage (non respect de la confidentialité, le risque de stigmatisation & discrimination).	Utilisation incorrecte du tampon.
Bénéficie d'une forte acceptabilité auprès de plusieurs groupes de populations, en particulier, celles constamment exposées au VIH.	Risque d'erreur d'interprétation du résultat.
Augmente nettement (multiplie par plus de 2) le recours au dépistage du VIH chez les HSH et chez les partenaires masculins des femmes enceintes ou en post-partum.	Tenir compte de la période de fenêtre sérologique.
Permet d'identifier davantage de personnes vivant avec le VIH.	Ne permet pas un diagnostic définitif de l'infection (test de triage).
Ne réduit pas le recours et la fréquence de dépistage des IST.	
Ne favorise pas les comportements à risque (rapports sexuels sans préservatifs) et n'augmente pas le nombre d'IST.	
N'accroît pas les conséquences sociales négatives et les comportements ou événements indésirables liés à un résultat positif.	

7. Stratégie de mise en œuvre de l'ATVIH

Dans le but d'améliorer l'accès au dépistage des personnes constamment exposées au VIH (populations clés et partenaires des PVVIH), il est important d'actualiser les recommandations nationales sur le dépistage du VIH d'intégrer l'ATVIH dans les stratégies nationales.

Pour cela, il faut adapter les cadres législatifs et réglementaires permettant de :

- Autoriser la commercialisation et la promotion des kits d'ATVIH.
 - Préciser les informations nécessaires à fournir (instructions claires sur la façon d'effectuer le test et l'interprétation du résultat, mesures à prendre en fonction du résultat du test, soutien et orientation des personnes, etc.)
 - Fixer l'âge de consentement pour l'autotest.
 - Préciser les modalités de confirmation d'un autotest positif.
- Prévoir un système d'assurance qualité. Dans le cadre d'une stratégie nationale, l'ATVIH doit être mis en place comme un outil supplémentaire de dépistage et servir pour combler les lacunes dans la couverture du dépistage du VIH. Selon les pays, l'ATVIH peut être disponible dans :
 - Le secteur privé : vente dans les pharmacies, à partir de distributeurs automatiques ou sur internet.
 - Le secteur public : centres de dépistage, dépistage communautaire (ONG), test par le partenaire, services intégrés (Tuberculose, IST, santé reproductive, etc.), dépistage en milieu de travail, programme de PrEP.

VIII Indicateurs de suivi-évaluation

Les indicateurs de suivi doivent être compatibles avec ceux inclus dans les plans nationaux de suivi-évaluation des pays. Les informations provenant des activités de suivi doivent faire l'objet d'une analyse périodique afin d'évaluer les performances

du dépistage VIH et d'en améliorer les procédures en fonction des insuffisances et des obstacles relevés. Les indicateurs qui peuvent être utilisés au niveau des sites de dépistage VIH figurent dans le **tableau 9**.

Tableau 9. Indicateurs de suivi-évaluation.

Indicateurs	Calcul	Variation de ventilation
Pourcentage de personnes conseillées, testées pour le VIH et ayant reçu le résultat du test ¹	Numérateur : Nombre de personnes testées. Dénominateur : Nombre de personnes couvertes par le programme de prévention.	- Age : <10 ans, 10-19 ans, 20-24 ans, 25-49 ans, > 50 ans. - Genre : masculin, féminin.
Pourcentage de personnes conseillées et non testées pour le VIH.	Numérateur : Nombre de personnes conseillées et non testées le VIH. Dénominateur : Nombre de personnes conseillées.	- Populations clés : HSH, UDI, PS, prisonniers, migrants - Autres populations : femme enceinte, tuberculose, hépatite virale, couple séro-différent, partenaire d'une personne issue de population clé.
Pourcentage de personnes conseillées, testées pour le VIH et ayant un test positif	Numérateur : Nombre de personnes ayant un test VIH positif Dénominateur : Nombre de personnes conseillées et testées.	
Pourcentage de personnes testées positives, orientées vers un centre soins	Numérateur : Nombre de personnes ayant un test VIH positif et orientées vers un centre soins Dénominateur : Nombre de personnes ayant un test VIH positif.	
Nombre de personnes testées positives, orientées vers un centre de soins et ayant bénéficié d'un traitement antirétroviral.	Numérateur : Nombre de personnes ayant un test VIH positif, orientées vers un centre soins et ayant bénéficié du traitement antirétroviral. Dénominateur : Nombre de personnes ayant un test VIH positif, orientées vers un centre soins.	
Nombre de personnes testées positives, orientées vers un centre de soins, traitées et en suppression virale.	Numérateur : Nombre de personnes ayant un test VIH positif, orientées vers un centre de soins, traitées et en suppression virale. Dénominateur : Nombre de personnes ayant un test VIH positif, orientées vers un centre de soins et traitées.	
Nombre de jours de ruptures de stocks d'intrants au sein des sites de CTV.		Ventilation par centres

1- Le rendu du résultat concerne les personnes testées par la méthode ELISA ou tests rapides en fonction de l'algorithme national en vigueur (voir algorithme de diagnostic en **annexe 3**). Pour le dépistage mobile, certains indicateurs additionnels peuvent être utilisés tels que le nombre de jours d'activité et le nombre de points de dépistage couverts (ventilation par région/zone, jour et nuit). Les outils de collecte des données figurent en **annexe 7**.

IX Procédures d'assurance qualité

La mise en place de procédures d'assurance qualité est importante pour garantir la pertinence de l'offre de dépistage, la fiabilité du résultat et l'orientation efficace vers un service de soins ou de prévention. Les critères d'assurance qualité figurent dans l'annexe 6 [26].

La qualité du service de CTV peut être évaluée par des visites de supervision qui permettent de vérifier à partir d'une grille d'assurance qualité les éléments suivants :

- La qualité de l'accueil.
- La qualité des activités de sensibilisation.
- La pertinence des informations et des conseils pré-test ainsi que le counselling post-test.
- Les étapes de réalisation du test rapide.
- Le stockage du test rapide et des fournitures médicales nécessaires.
- Le respect de l'anonymat et de la confidentialité.
- Les fiches de consultations.
- La qualité des bandelettes gardées (gouttes de sang bien déposées, bandes lisibles, etc.)
- Le processus d'orientation vers les services médicaux
- Les fiches d'accidents d'exposition au sang.
- Le recueil et la gestion des données
- La gestion des déchets.

Le présent guide a été conçu pour faire le point sur les politiques et l'offre de dépistage VIH ainsi que les textes législatifs en vigueur au niveau des pays membres de la plateforme Coalition PLUS MENA (Algérie, Maroc, Mauritanie et Tunisie).

En tant que principale voie d'accès aux services de prévention, de soins et soutien, le dépistage du VIH devient un important axe stratégique de la riposte au VIH à l'échelle mondiale. La connaissance du statut sérologique vis-à-vis du VIH présente plusieurs avantages en terme de réduction du nombre des nouvelles infections et de morbi-mortalité liée au VIH. Elle est à la base de la stratégie d'accélération de la riposte au VIH qui repose sur le dépistage précoce, l'initiation rapide du traitement antirétroviral, l'obtention d'une suppression virale durable et la réduction de la transmission virale par l'intermédiaire de la baisse de la « charge virale communautaire ». Un test négatif offre aux clients l'opportunité de bénéficier des mesures préventives nécessaires pour préserver ce résultat.

Dans les pays de la plateforme Coalition PLUS MENA, le dépistage du VIH reste encore limité par plusieurs insuffisances. Hormis le dépistage prénatal, le test VIH à l'initiative du soignant souffre encore de plusieurs opportunités manquées pour atteindre les populations clés et vulnérables (test VIH en présence d'IST, d'hépatites virales B et C et de tuberculose ; test VIH pour les partenaires ou les clients des populations clés ; test VIH en pré-nuptial ; etc.). Le dépistage volontaire reste très insuffisant (moins de 10 tests/1000 habitants/an), peu attractif et souvent non ciblé sur les populations clés. En dehors des expériences marocaine et tunisienne, le dépistage mobile et communautaire n'est pas encore bien développé. En outre, il faut souligner la multiplicité des algorithmes de confirmation du résultat d'un TDR positif et la faiblesse du système de référence vers les services de prise en charge ainsi que du système de suivi-évaluation.

Ainsi, l'absence de services de dépistage appropriés pour les populations clés explique la persistance de difficultés majeures qui limitent encore l'accès des personnes les plus exposées au risque à la prévention et la prise en charge appropriées.

Afin de satisfaire les objectifs de la stratégie d'accélération de la riposte au VIH, les pays de la plateforme Coalition PLUS MENA doivent actualiser leurs stratégies de dépistage pour les rendre plus rentables. Ces stratégies doivent s'articuler autour de :

- Accroissement et diversification de la demande du dépistage en ciblant les populations les plus exposées au risque du VIH.
- Recours à des approches innovantes, comme de dépistage communautaire et l'auto-dépistage du VIH, et des interventions à haut impact, comme la notification des partenaires.
- Amélioration des conditions d'accès : le dépistage doit devenir facile, accessible, simple, non contraignant.
- Création d'un environnement favorable, respectant la dignité et l'intimité des clients, et permettant de lever les obstacles classiques à l'accès au dépistage, en particulier la stigmatisation et la discrimination.
- Mise en place de mécanismes de connexion efficaces et robustes pour les services de soins et de prévention basés sur une bonne coordination entre les sites de dépistage et les centres de prise en charge permettant une initiation rapide du traitement antirétroviral pour les personnes dépistées positives.

XI Références

- 1- 90-90-90 Une cible ambitieuse de traitement pour aider à mettre fin à l'épidémie du sida. Rapport ONUSIDA, 2014.
- 2- OMS. VIH/sida. Aide-mémoire, N°360, Décembre 2015. mediacentre/factsheets/fs360/fr/
- 3- Fonds mondial : Plan d'action en faveur des populations-clés. 2014-2017.
- 4- ONUSIDA. Guide de terminologie. Version révisée, Octobre 2011.
- 5- Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations. OMS, 2014.
- 6- Plan stratégique national de la riposte au VIH/sida et aux IST en Tunisie, 2018-2022.
- 7- Plan stratégique national de lutte contre les IST/VIH/Sida en Algérie, 2013-2015.
- 8- Plan stratégique national de lutte contre le Sida au Maroc, 2012-2016.
- 9- Plan stratégique national de troisième génération de lutte contre le Sida en Mauritanie, 2015-2018.
- 10- Note d'orientation. Prévention, diagnostic, traitement et soins de l'infection à VIH pour les populations clés. Lignes directrices unifiées. OMS, 2016.
- 11- Stratégie nationale de dépistage de l'infection à VIH en Tunisie. Avril 2014.
- 12- Note conceptuelle VIH pour la subvention du Fonds mondial 2016-2018. SELNS, Mauritanie.
- 13- Etude nationale séro-comportementale HIV/SIDA auprès des populations clés. Algérie, 2015.
- 14- Normes et directives des centres de dépistage volontaires et anonymes. Mauritanie, 2003.
- 15- Kebe M, Fall-Malick F.Z, Elghady O.I. et al. Séroprévalence VIH chez les consultants IST à Nouakchott et à Nouadhibou (Mauritanie). Bull Soc Pathol Exot 2011, 104(5) : 374-7.
- 16- Le dépistage communautaire dans un contexte de faible prévalence. APCS-Algérie, 2016.
- 17- Campagne de dépistage communautaire accélérée en Tunisie. Rapport des résultats consolidés. ATL MST SIDA-Tunis, Mai 2017.
- 18- Plan d'action en faveur des populations-clés, 2014-2017, Fonds mondial
- 19- Consolidated guidelines on HIV testing services. OMS, July 2015.
- 20- Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations. OMS, 2016 update.
- 21- Services de dépistage du VIH. L'OMS recommande l'autotest du VIH. Note d'orientation. OMS, décembre 2016.
- 22- From HIV testing to lifelong care and treatment. Access to the continuum of HIV care and treatment in the Eastern Mediterranean Region Progress report 2014. WHO, 2016.
- 23- Déclaration de Principe sur le Conseil et le Dépistage du VIH dans les structures de santé pour réfugiés, déplacés internes et autres personnes relevant de la compétence de l'UNHCR. UNHCR/OMS/ONUSIDA, 2009.
- 24- Guidelines on HIV self-testing and partner notification. Supplement to consolidated guidelines on HIV Testing and Services. WHO, december 2016.
- 25- L'OMS publie de nouvelles orientations sur l'autodépistage du VIH à la veille de la Journée mondiale du sida. Centre des médias OMS, novembre 2016. <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/world-aids-day/fr/>
- 26- programme de certification des centres de conseil et test VIH volontaire. Standards et normes. Ministère de la Santé. Royaume du Maroc, 2012.

Annexe 1. Revue des textes et des pratiques du dépistage dans les pays de la région



ALGÉRIE

Texte Instruction 17 | **Date** 29/11/2015 | **Langue/pages** Français

Objet Généralisation de la stratégie nationale de l'élimination de la transmission mère-enfant du VIH

Extrait « Le dépistage de l'infection à VIH/SIDA doit être systématiquement proposé dès le premier examen prénatal et lors de tout recours aux soins d'une femme enceinte »



MAROC

Texte Circulaire 1078 | **Date** 21/9/1989 | **Langue/pages** Français/32 pages

Objet Fiche technique N02 : La conduite à tenir des médecins vis-à-vis de l'infection VIH. Les tests VIH.

Extrait « La prescription des tests sérologiques SIDA et l'annonce des résultats doivent être du seul ressort du médecin traitant.

Les tests doivent être pratiqués avec le consentement des personnes concernées. Le médecin doit les informer au préalable de la nature des tests et de la signification des résultats qu'ils soient négatifs ou positifs.

Un test de dépistage positif (ELISA) doit être répété et suivi par un test de confirmation (Western Blot) avant d'affirmer une infection à VIH.

Le médecin et le professionnel de santé sont soumis au secret professionnel et ne doivent pas divulguer les résultats des tests.

La communication du résultat de l'analyse à qui que ce soit doit être soumise à l'approbation du patient et on doit recommander à celui-ci d'être prudent mais responsable quant à la divulgation des résultats à son entourage.

Il est important de lui faire prendre conscience de la nécessité d'informer ses partenaires sexuels et d'appliquer les mesures préventives. »

« Le dépistage systématique et obligatoire de la population est inconcevable. Il est contraire aux recommandations de l'OMS et aux principes de l'éthique médicale. »

Texte Circulaire 43311 | **Date** 1/12/1992 | **Langue/pages** Français/2 pages

Objet Informations à tous les médecins, infirmiers, biologistes et paramédicaux.

Extrait « Tout donneur de Sang (par ailleurs volontaire et bénévole) doit être soumis au test VIH. Les donneurs sont assurés de la confidentialité. Un résultat positif doit être annoncé par un médecin compétent (de préférence le médecin traitant s'il en a un) à l'intéressé. »



MAURITANIE

Texte Loi 42/2007 | **Date** 3/9/2007 | **Langue/pages** Français/9 pages

Objet Chapitre deuxième : Les pratiques sécurisées et leurs procédures. Article 12.

Extrait « Il est interdit aux laboratoires ou institutions similaires d'accepter ou de conserver un don de sang sans qu'un échantillon du sang n'ait été testé négatif au VIH. Le sang donné négatif au VIH est immédiatement détruit ».

Objet Chapitre troisième : Test de dépistage. Article 14.

Extrait « Nul ne pourra être soumis à un test de dépistage au VIH sans son consentement. Le consentement doit être libre et éclairé. L'état prend toutes les dispositions pour encourager le test volontaire en général et pour les individus en général et pour les individus à haut risque d'infection au VIH en particulier ».

Objet Chapitre troisième : Test de dépistage. Article 15.

Extrait « Est interdite toute demande de test au VIH comme condition préalable à l'obtention ou la jouissance d'un droit quelconque. En cas de viol, l'auteur présumé doit subir un test de dépistage au VIH ».

Objet Chapitre troisième : Test de dépistage. Article 16.

Extrait « L'état met en place un système de test de dépistage anonyme au VIH qui garantit l'anonymat et la confidentialité médicale dans la réalisation de ces tests ».

Objet Chapitre troisième : Test de dépistage. Article 20.

Extrait « Le résultat du test au VIH/SIDA est confidentiel et ne peut être remis qu'aux personnes suivantes :

- La personne ayant subi le test.
- Le père ou la mère de la personne ayant subi le test.
- Le tuteur dans le cas des personnes incapables ou d'orphelins ayant subi le test.
- L'autorité judiciaire ayant requis le test. »



TUNISIE

Texte Circulaire 43/88 | **Date** 23/4/1988 | **Langue/pages** Français/2 pages

Objet Dérivés du sang

Extrait « Les différents formes de dérivés du sang sont fabriquées localement, contrôlées et testées l'hépatite virale B et l'infection à VIH »

Texte Circulaire 58/96 | **Date** 8/5/1996 | **Langue/pages** Arabe/4 pages

Objet Certificat pré-nuptial

Extrait « Il est recommandé aux médecins d'établir un certificat médical pré-nuptial après un interrogatoire, un examen clinique et la pratiques d'examens complémentaires incluant un groupe sanguin, une sérologie hépatite virale B et C, une radiographie de thorax et autres examens si nécessaire (y compris une proposition de sérologie VIH). »

Texte Circulaire 6/99 | **Date** 22/1/1999 | **Langue/pages** Français/3 pages

Objet Dépistage sérologique de l'infection à VIH

Extrait « La stratégie du Programme National de Lutte contre le Sida recommande de confirmer obligatoirement un résultat deux fois positifs à l'ELISA par un Western Blot ».

Texte Circulaire 49/2005 | **Date** 13/6/2005 | **Langue/pages** Français/18 pages

Objet Sécurité transfusionnelle

Extrait « Les analyses biologiques sont effectuées dans le double objectif de :

- Assurer la sécurité du receveur vis-à-vis des risques liés à l'incompatibilité immuno-hématologique.
- Prévenir les maladies transmises par le sang : VDRL-TPHA, antigène HBs, sérologie hépatite C, sérologie VIH.

Toute sérologie VIH positive doit être confirmée par Western Blot.

Toute unité de sang trouvée positive vis-à-vis d'un marqueur infectieux doit être détruite par incinération.

Texte Loi 2007-12 | **Date** 12/2/2007 | **Langue/pages** Français/1 page

Objet Maladies transmissibles. Article 10 (bis)

Extrait « Le dépistage anonyme peut être effectué de façon volontaire par toute personne aux centres et établissements sanitaires fixés par arrêté du ministre chargé de la santé publique. Dans ce cas, les médecins et biologistes exerçant auxdits centres et établissements sont tenus, à l'occasion de ce dépistage, de ne pas divulguer l'identité du malade qui a opté pour le dépistage anonyme, et ce, lorsqu'ils effectuent la déclaration obligatoire prévue à l'article 7 de la présente loi. »

Texte Arrêté ministériel | **Date** 18/11/2007 | **Langue/pages** Français/1 page

Objet Dépistage anonyme de l'infection à VIH. Création de 11 centres de dépistage anonyme et gratuit du VIH.

Extrait «Liste des centres et établissements de santé dans les quels le dépistage anonyme des infections VIH/SIDA est effectué de façon volontaire. »

Texte Arrêté | **Date** 4/9/2009 | **Langue/pages** Français/1 page

Objet Dépistage anonyme de l'infection à VIH. Création de 8 autres centres de dépistage anonyme et gratuit du VIH.

Extrait «Liste des centres et établissements de santé dans les quels le dépistage anonyme des infections VIH/SIDA est effectué de façon volontaire. »

Texte Circulaire 104/2010 | **Date** 31/12/2010 | **Langue/pages** Arabe/2 pages

Objet Dépistage de l'infection à VIH en cas de tuberculose.

Extrait « Il est recommandé de proposer le test VIH pour toute personne atteinte de tuberculose ».

Texte Circulaire 9/2015 | **Date** 30/1/2015 | **Langue/pages** Arabe/4 pages

Objet Surveillance de la grossesse. Mise à jour de la circulaire 8/2006 du 24/1/2006

Extrait « Dans le cadre de la surveillance de la grossesse, il est recommandé de proposer systématiquement le dépistage VIH par le test rapide en consultation prénatale ».

Texte 32/2015 | **Date** 13/6/2015 | **Langue/pages** Français/16 pages

Objet Sécurité transfusionnelle. Mise à jour de la circulaire 49/2005 du 13/6/2005.

Extrait « Les analyses biologiques sont réalisées sont effectuées dans le double objectif de :

- Assurer la sécurité du receveur vis-à-vis des risques liés à l'incompatibilité immuno-hématologique.
- Prévenir les maladies transmises par le sang : VDRL-TPHA, antigène HBs, sérologie hépatite C, sérologie VIH.

Toute sérologie VIH positive doit être confirmée par Western Blot.

Toute unité de sang trouvée positive vis-à-vis d'un marqueur infectieux doit être détruite par incinération.

Annexe 2. Liste des associations offrant le dépistage VIH.**ALGÉRIE**

APCS « Hak El Wikaya »	38, Rue Khémisiti, Oran. apcs.algerie@gmail.com	+213 549673312 +213 777835439
------------------------	--	----------------------------------

**MAURITANIE**

SOS Pairs Educateurs	sospe@sospair.org	+222 22486791
Santé sans Frontières	sasafro2003@yahoo.fr	+222 22432524
AMAMI	associationamam@gmail.com	+222 22303096
STOP SIDA	stopsida_rim@yahoo.fr	+222 22232966
AMPF	ampfrim@yahoo.fr	+222 22171157

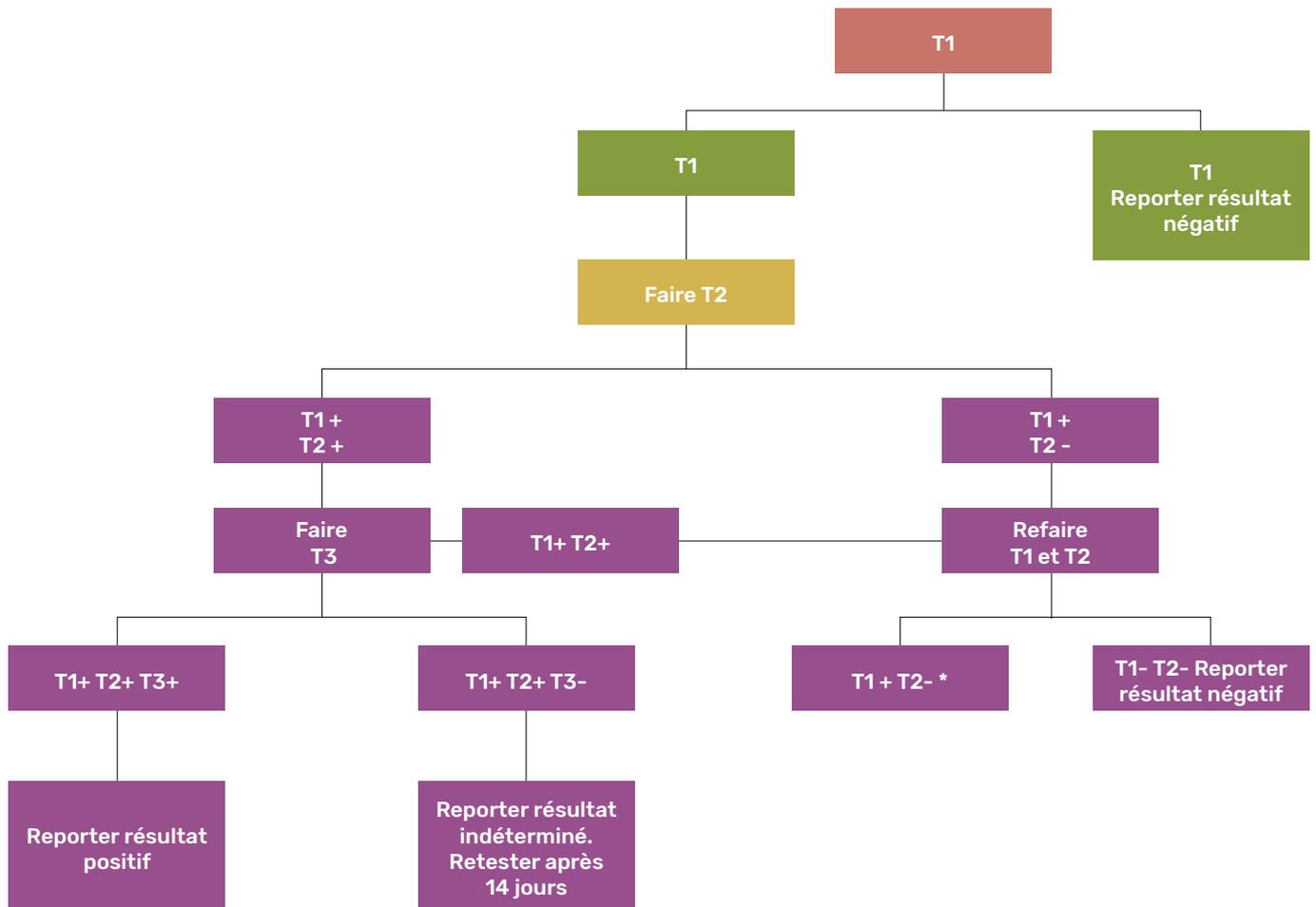
**MAROC**

Association de Lutte Contre le Sida (ALCS)	Rue Salim Cherkaoui, quartier des hôpitaux, Casablanca.	+212 522 22 31 13/14
Association Sud Contre le Sida (ASCS)	Rue inbiaat, école Fatima Fihriya, Quartier industriel, Agadir.	+212 528 82 03 14
Organisation Panafricaine de Lutte contre le Sida (OPALS)	CTA Chellah, Rue 25 Youssoufia Est, Rabat.	+212 537 65 71 21
Ligue Marocaine de Lutte contre les MST (LMLMST)	Cité Yakoub Mansour, Centre de Santé El Kora Diar Al Mansour, BP 10050 Rabat.	+212 537 698 778
Association Marocaine de Planification Familiale (AMPF)	10, Rue El Koutoubia (hay Al Hana), (ex-rue 30), Hay El Hana, Casablanca.	+212 522 36 09 14
Association de Lutte contre les IST/sida (ALIS)	Centre de santé Ouled Taima, Taroudant.	
L'association Hasnouna de Soutien aux Usagers de drogues (AHSUD)	18, Rue Moulay Driss, Hasnouna, 90 000 Tanger.	+212 539 93 86 56

**TUNISIE**

ATL MST SIDA - Tunis	atlsidatunis@gmail.com	+216 71 701195
ATIOST	atios@hotmail.com	+216 71 957 544
ATL MST SIDA Sfax	atupret@gmail.com	+216 74 203 500

Annexe 3. Algorithme de diagnostic de l'infection à VIH proposé par l'OMS dans les pays à faible prévalence [16].



* Si T1 et T2 - : Reporter résultat négatif si T1 est un test rapide de deuxième ou troisième génération. Reporter indéterminé si T1 est un test de quatrième génération et re-tester après 14 jours.

Les caractéristiques de performance suivantes doivent être prises en compte lors du choix des tests rapides pour la validation de l'algorithme :

- La sensibilité la plus élevée (clinique, analytique, séroconversion) pour le premier test.
- La plus grande spécificité pour le deuxième et le troisième tests.
- Le taux de résultats invalides le plus bas.
- La variabilité inter-lecteurs la plus faible.

Dans une population à faible prévalence, la valeur prédictive positive basée sur deux résultats de test est trop faible pour fournir un diagnostic de VIH. Par conséquent, pour les échantillons qui sont réactifs sur le premier et le second dosage (T1 +; T2 +), un troisième dosage distinct et distinct (T3) doit être utilisé pour confirmer les résultats et établir un diagnostic positif pour le VIH.

Annexe 4. Normes d'une structure fixe d'un centre de dépistage volontaire.

1- Principes directeurs :

- L'implantation d'un CDV doit répondre aux principes suivants :
 - L'accès doit être facile quel que soit le moyen de transport utilisé.
 - L'accueil doit être assuré par un personnel bien formé.
 - Les locaux doivent garantir l'anonymat et la confidentialité.
 - Le lieu doit assurer l'intégration d'autres services (prévention, consultation IST, etc.).
- Le CDV doit s'efforcer à créer un environnement confortable et une ambiance amicale pour l'accueil des clients.
- Les horaires de travail doivent être adaptés pour des activités de dépistage en soirée et en fin de semaine.
- Les services fournis doivent être gratuits.

2- Infrastructure : La structure d'un CDV doit comporter au minimum un comptoir d'accueil et trois pièces contiguës: une salle d'attente, une salle de conseil et test et une salle d'archives.

- La salle d'attente est la «porte d'entrée» du CDV. Elle doit contenir les équipements nécessaires : un système de distribution de numéros d'ordre si possible, des chaises confortables, des tables basses sur lesquelles on peut déposer des brochures d'information et de sensibilisation, des affiches murales et des tableaux portant des messages de prévention, si possible un téléviseur permettant de diffuser des spots de prévention.
- La salle de conseil doit être séparée de la salle d'attente par une porte se fermant à clé afin d'éviter toute gêne ou interruption pendant le conseil et le test et d'assurer la confidentialité. Elle doit être bien équipée afin de mettre à l'aise le client : un bureau, un ordinateur avec un logiciel de gestion des fichiers, chaises confortables, climatiseur ou à défaut un ventilateur, objets décoratifs permettant de rendre l'endroit plus accueillant, table contenant le matériel nécessaire pour le test. Le matériel d'anonymat doit comporter des fiches de suivi anonyme, des cartes de rendez-vous avec un emplacement pour un numéro d'anonymat, le nom du centre avec le numéro de téléphone.
- La salle d'archives peut communiquer ou non avec la salle de conseil. Elle doit contenir un réfrigérateur pour la conservation des tests rapides et réactifs, et des armoires pour l'archivage des documents (registres et fiches), du matériel (aiguilles, gants, antiseptiques, pots de déchets, sacs à poubelle, etc.) et outils de prévention (préservatifs, seringues, lubrifiants, etc.). L'archivage des documents doit être effectué dans des conditions permettant le respect de la confidentialité.

3- Le personnel : Il doit être accueillant, présent en permanence et bien formé pour assurer plusieurs tâches : accueil, conseil VIH/SIDA, réalisation et interprétation du test, maîtrise de l'informatique.

4- Normes de sécurité : Elles ont pour but de réduire à un niveau très faible le risque lié à l'utilisation de liquides biologiques susceptibles de contenir des agents infectieux.

Elles reposent sur le respect des bonnes pratiques et des précautions universelles de prélèvements et de l'élimination des déchets.

Annexe 5. Unité mobile de dépistage.

L'unité mobile de dépistage volontaire du VIH est un véhicule équipé pour fournir les services de dépistage du VIH dans les communautés en respectant toutes les exigences d'anonymat, de confidentialité et de qualité du service.

Le véhicule sera de préférence divisé en 2 zones distinctes : un espace d'accueil en avant (à l'entrée) et un espace de consultation en arrière. Les deux espaces sont séparés par une cloison insonorisée.

Le véhicule comprend les éléments suivants :

- Un fauteuil de prélèvement.
- Une table fixe.
- Une paillasse.
- Des placards de rangement au dessous de la paillasse.
- Un placard pour poubelle (élimination des déchets).
- Les fournitures nécessaires pour le dépistage par un test rapide.
- Une chaîne de froid (réfrigérateur).
- Deux extincteurs (un pour chaque espace).
- Eclairage de secours.
- Climatisation (ou à défaut ventilation) des espaces.
- Deux tentes externes permettant les activités de conseil et sensibilisation de groupe.
- Un abri pour groupe électrogène.

Annexe 6. Formation sur le dépistage communautaire

1- Public cible : agents communautaires, agents paramédicaux.

2- Durée : 4-5 jours.

3- Méthodes : évaluation des connaissances (au début et à la fin), exposés interactifs, jeux de rôle, démonstration de test.

4- Contenu :

Thème	Méthode de formation	Durée estimée
Rappel virologique : structure du VIH, modes de transmission (et moyens de prévention associés) et marqueurs sérologiques.	Exposé & discussion	interactif 1 heure 30 mn
Dépistage VIH : bénéfices individuels et collectifs, offres de dépistage (dépistage volontaire, dépistage communautaire).	Exposé & discussion	interactif 1 heure 30 mn
Actions de réduction du risque sexuel (HSH) et par usage de drogues (UDI).	Exposé & discussion	interactif 1 heure 30 mn
Counselling : principes et déroulement d'une séance de counselling pré et post-test.	Jeux de rôle & discussion. Exposé récapitulatif	2 heures
Réalisation et interprétation du test rapide.	Exposé & démonstration du test	interactif discussion 2 heures
Annonce du résultat.	Jeux de rôle & discussion. Exposé récapitulatif	2 heures
Liens avec les services de prévention, de soutien et de prise en charge	Exposé & discussion	interactif 1 heure 30 mn
Sécurisation de l'acte du dépistage et élimination des déchets.	Exposé & discussion	interactif 1 heure 30 mn
Sécurisation de l'acte du dépistage et élimination des déchets.	Exposé & discussion	interactif 1 heure 30 mn
Démarche de qualité Indicateurs de suivi-évaluation.	Exposé & discussion	interactif 2 heures

Annexe 7. Outils de collecte des données.

Région							Populations	Oui	Non				
Ville							HSH						
Structure de santé							UDI						
Association							PS						
Identifiant client							Prisonnier						
Date (jj/mm/aa)							Migrant						
Age (ans)							Femme enceinte						
Genre	Masculin			Feminin			Enfant						
Test utilisé							Adolescent						
Type de dépistage							Partenaire d'une personne de populations clés						
	Fixe		Mobile		Rural		urbain		Couple séro-différent				
Populations clés :							Tuberculose						
	UDI		MSM		PS		Autres		IST				
Test accepté	Oui		Non								Hépatites virales		
Résultat du test	Positif		Négatif										

Relevé mensuel des données

	Nombre de tests proposés						Nombre de tests rapides réalisés						Nombre de tests rapides confirmés						Nombre de personnes orientées vers un centre de soins						Nombre de personnes orientées vers un centre de soins et traitées					
	H			F			H			F			H			F			H			F								
	U	M	A	U	P	A	U	M	A	U	P	A	U	M	A	U	P	A	U	M	A	U	P	A	U	M	A	U	P	A
< 10 ans																														
10-19 ans																														
20-24 ans																														
25-49 ans																														
> 50 ans																														

Annexe 8. Procédures d'assurance de la qualité des services de dépistage fixe et mobile.

Thèmes	Oui	Non
Accessibilité géographique		
Centre facilement accessible à pied		
Centre accessible par un moyen de transport		
Centre facilement accessible pour les populations clés		
A proximité d'une agglomération de populations clés ou vulnérables (pour les unités mobiles).		
Organisation de l'espace		
Disponibilité d'un espace d'accueil		
Disponibilité d'une salle d'attente		
Disponibilité d'une salle de counselling		
Disponibilité d'un espace d'archives et de stockage		
Organisation des horaires de travail		
Affichage des horaires de travail à l'entrée		
Ouverture tous les jours de la semaine		
Ouverture en dehors des horaires administratifs		
Personnels du centre		
Personnel en nombre suffisant		
Personnel formé sur l'accueil des clients		
Personnel formé sur le conseil et test VIH		
Personnel formé sur les procédures d'orientation vers d'autres services		
Activités de sensibilisation		
Disponibilité des outils d'information et de sensibilisation (affiches, dépliants, etc.) dans la salle d'attente.		
Sensibilisation de groupe dans la salle d'attente		
Test VIH		
Disponibilité en permanence du test VIH		
Disponibilité en permanence des autres fournitures médicales nécessaires		
Disponibilité d'une chaîne de froid pour la conservation du test VIH		
Qualité du service de conseil et test VIH		
Accueil convenable		
Respect de l'anonymat		
Délai d'attente court		
Conseils et informations pré-test claires		
Explications simples de la signification des résultats du test		
Obtention d'un consentement éclairé		
Utilisation du test rapide pour le dépistage		
Counselling post-test adapté		
Respect de la confidentialité		
Absence de stigmatisation et de discrimination tout au long du processus		
Stockage des bandelettes une semaine après le test.		
Orientation vers d'autres service		
Disponibilité d'une procédure écrite d'orientation des clients vers les services médicaux et de prévention		
Lien avec les services de prise en charge		
Lien avec les consultations IST		
Lien avec les services de planification familiale		
Lien avec les services de santé maternelle et infantile		
Lien avec les services sociaux		
Lien avec les ONG		
Gestion des déchets		
Disponibilité de containers pour la collecte du matériel souillé		
Disponibilité d'un circuit bien défini pour l'évacuation des déchets		
Prophylaxie post-exposition		
Disponibilité d'une procédure clairement affichée pour la gestion des accidents d'exposition au sang		
Disponibilité d'antirétroviraux dédiés à la prophylaxie post-exposition		
Suivi-évaluation		
Collecte des indicateurs de suivi		
Gestion des stocks de tests et des fournitures médicales		
Collecte des données sur registre approprié		
Collecte des données sur support électronique		



PLATEFORME COALITION PLUS MENA

Plateforme Coalition PLUS MENA
Latifa Bella, Chargée de mission à l'international, latefa.bella@gmail.com
Rue Salim Cherkaoui Quartier des hopitaux 20000 Casablanca MAROC
+212 522 22 31 13 / 14
www.alcs.ma

