



ALCS
association
de lutte
contre
le sida
Membre de la Coalition
internationale Sida 

Une réponse scientifique au VIH en Afrique du Nord

Traduire les bonnes pratiques dans la mise en
place des politiques

Casablanca, 15 – 17 Mars 2017



ALCS
association
de lutte
contre
le sida
Membre de la Coalition
internationale Sida 

Atelier de débriefing Post- AIDS 2016 - 15 mars 2017.
Nouveautés et faits marquants de la conférence de Durban.

Guide sur les bonnes pratiques du dépistage VIH dans le Maghreb



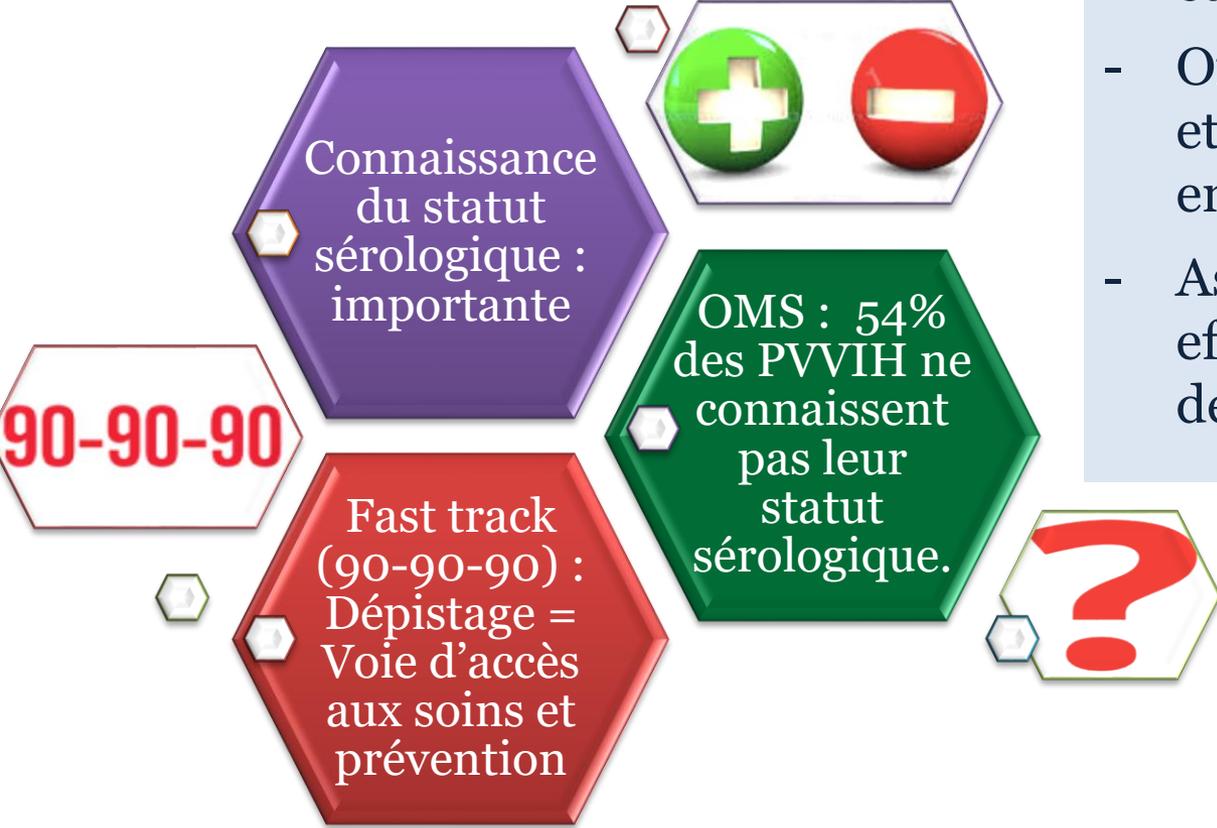
M. Chakroun (au nom de la plateforme MENA)
Service des Maladies Infectieuses.
CHU F. Bourguiba. Monastir - Tunisie.
Email : mhdchakroun@gmail.com



Le dépistage VIH : Intérêt et impact.

Optimiser l'impact :

- Cibler les populations clés et vulnérables (PCV).
- Offrir un dépistage simple et accessible dans un environnement favorable.
- Assurer une orientation efficace vers les services de soins et de prévention.



Connaissance
du statut
sérologique :
importante

OMS : 54%
des PVVIH ne
connaissent
pas leur
statut
sérologique.

Fast track
(90-90-90) :
Dépistage =
Voie d'accès
aux soins et
prévention

90-90-90



L'épidémie VIH dans la région

Peu active avec une faible prévalence.

Stable au sein de la population générale caractérisée par une transmission sexuelle prédominante.

Hétérogène au plan géographique avec des disparités régionales au sein d'un même pays.

« Cachée » avec un pourcentage considérable de personnes ne connaissant pas leur statut sérologique.



Pourquoi un guide pour le dépistage VIH dans le Maghreb ?

- Epidémie peu active, stable mais concentrée au sein des populations clés (PC) : séroprévalences élevées (10-100 x) influençant la dynamique de la transmission.
- Entre 24% et 67% des nouvelles infections proviennent de personnes appartenant aux PC.

Population	Prévalence
UDI	3,9-14%
HSH	4,5-10%
PS	0,9-5,1%
Détenu	2,9%
Migrants	4,5%

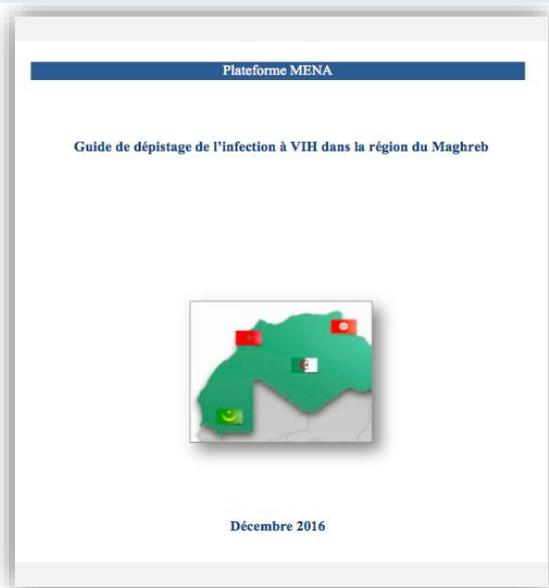
	ALG	MRC	MRT	TN
Nbre de CDV (2013)	60	56 +385 CS	17	25
Nbre de tests/1000 habitants (2012)	1,25	6,26	0,08	1,02
Séroprévalence VIH/clients testés aux CDV (2012)	1,36%	0,87%	ND	0,29%

- D. volontaire peu attractif pour les PCV.
- Plusieurs opportunités manquées pour atteindre les PCV.
- Absence de dépistage mobile et communautaires.
- Persistance de plusieurs barrières.



Objectifs et méthodologie

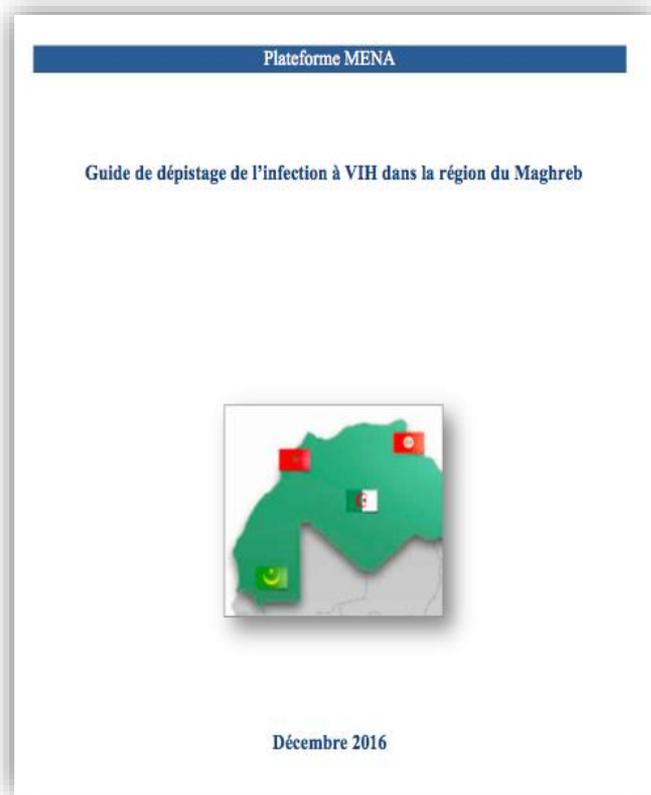
- Evaluer les politiques, les offres de dépistage VIH.
- Revoir les textes législatifs en vigueur au niveau des pays membres de la plateforme MENA.
- Elaborer de bonnes pratiques du dépistage pour les PCV.



- Revue documentaire :
 - Documents stratégiques des pays (PSN, NC), rapports d'activités des associations, guides et textes autorisant le dépistage VIH.
 - Recommandations et stratégies récentes sur le dépistage : OMS, ONUSIDA, Fonds mondial, etc.
- Demande de clarifications et d'informations complémentaires par mailing.
- Partage du draft avec le comité de lecture.
- Recueil des remarques et suggestions.
- Téléconférences avec chaque pays pour la validation du document.



Sommaire



Sommaire	3
Abréviations & Acronymes	4
I- Introduction	5
II- Populations clés	5
III- Enjeux épidémiologiques	7
1. Contexte épidémiologique	
2. Place des populations clés et vulnérables	
IV- Etat des lieux de l'offre et des pratiques du dépistage	8
1. Dépistage obligatoire	
2. Dépistage à l'initiative du soignant	
3. Dépistage volontaire	
4- Opportunités manquées du dépistage	
V- Principaux obstacles à l'accès au dépistage	14
VI- Bonnes pratiques du dépistage pour les populations clés et vulnérables	15
1. Comment améliorer l'offre et l'accès au dépistage ?	
2. Qui tester ?	
3. Quand tester ?	
4. Comment tester ?	
5. Que faire après le test ?	
6. Comment adapter l'offre du dépistage aux populations clés et vulnérables ?	
6.1- Dépistage pour les UDI	
6.2- Dépistage pour les HSH	
6.3- Dépistage pour les PS	
6.4- Dépistage pour les prisonniers	
6.5- Dépistage pour les femmes enceintes	
6.6- Dépistage pour les enfants et adolescents	
6.7- Dépistage pour les migrants	
VII- Indicateurs de suivi-évaluation	26
VIII- Procédures d'assurance qualité	27
VIII- Conclusion	28
IX- Références	29



Bonnes pratiques du dépistage pour les populations clés et vulnérables



1. Comment améliorer l'offre et l'accès au dépistage des PCV?

- Respect des « **5 C** » recommandés par l'OMS.
- Lutter contre les pratiques coercitives du test VIH : criminalisation des comportements (HSH, PS), prisons et milieux fermés, fournisseurs de soins, partenaires et familles.
- Orienter les PCV vers les CDV par l'implication des éducateurs pairs.
- Améliorer la qualité des services fournis (accueil, délai d'attente, counselling, disponibilité du test).

Principes du dépistage volontaire

Consentement

Confidentialité

Counselling

résultat Correct

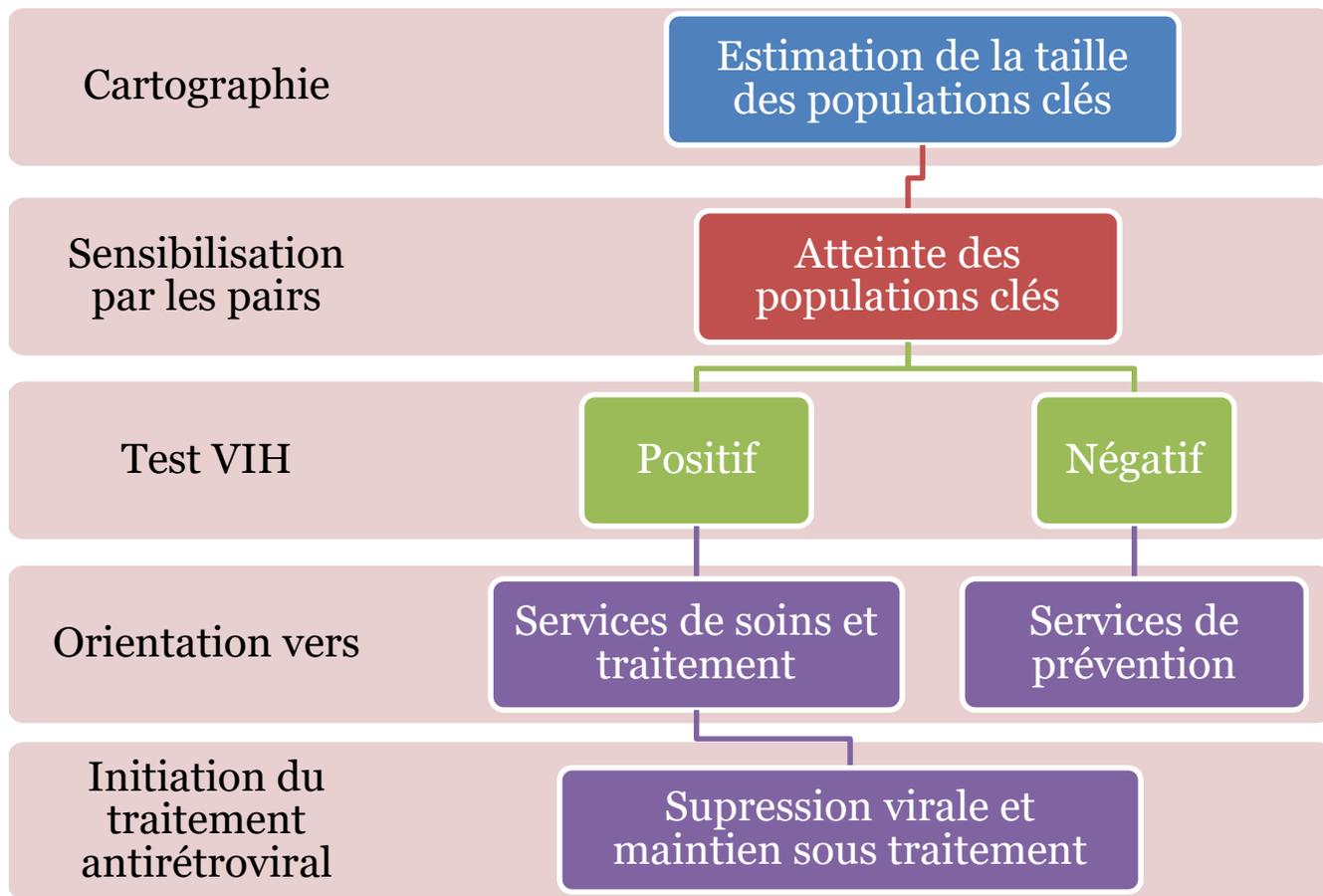
Connexion aux soins

- **Diversifier l'offre du dépistage** : création de « point de dépistage », promotion du dépistage par des unités mobiles, dépistage avancé par des mallettes, du dépistage communautaire.
- **Améliorer l'accès** : levée Les barrières structurelles, logistiques et sociales.
- **Créer un environnement favorable et lutter contre la S&D.**



1. Comment améliorer l'offre et l'accès au dépistage des PCV?

Orienter les personnes positives vers les centres de soins pour initier rapidement un traitement antirétroviral efficace et obtenir une suppression virale durable.





2. Qui tester ?

Toute personne désirant connaître son statut vis-à-vis du VIH.

Les personnes dont un comportement à risque, même passager, pourrait les exposer au risque de transmission du VIH.

Les personnes appartenant aux populations clés, leurs partenaires et leurs clients.

Les personnes appartenant aux populations clés doivent être encouragées à se présenter au moins une fois par an pour un test VIH.

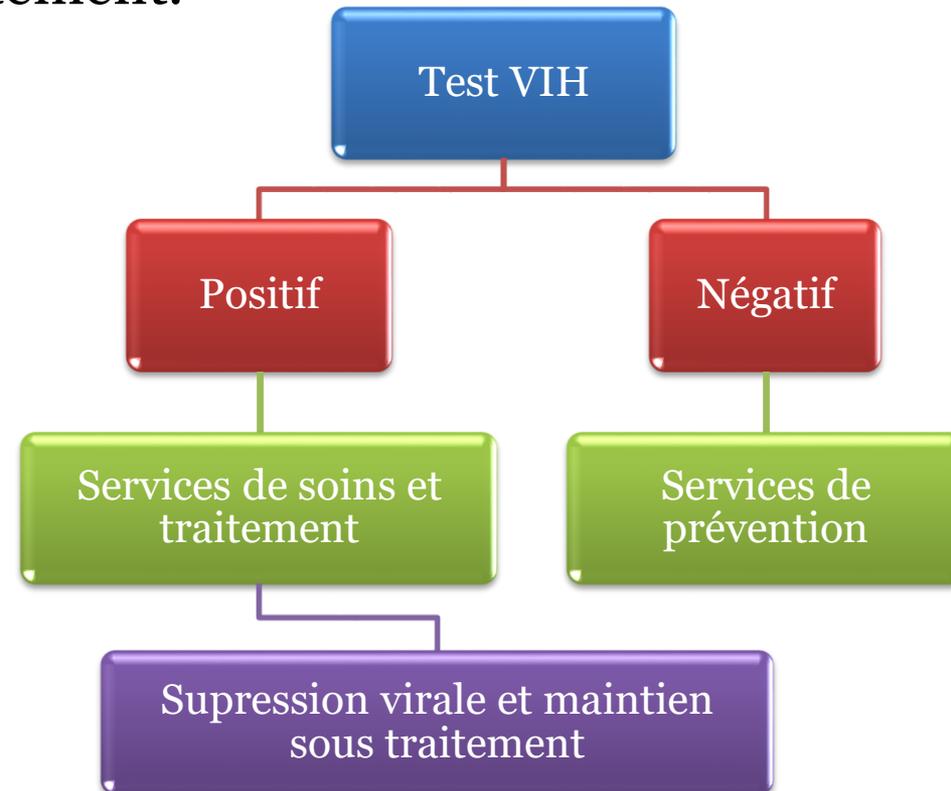


3. Quand tester ?

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

- Pour les femmes enceintes, le test VIH fait partie de l'offre des services en **consultation prénatale** (stratégies nationales de PTME).

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





4. Comment tester ?

- Processus du dépistage : 5 étapes étroitement liées.





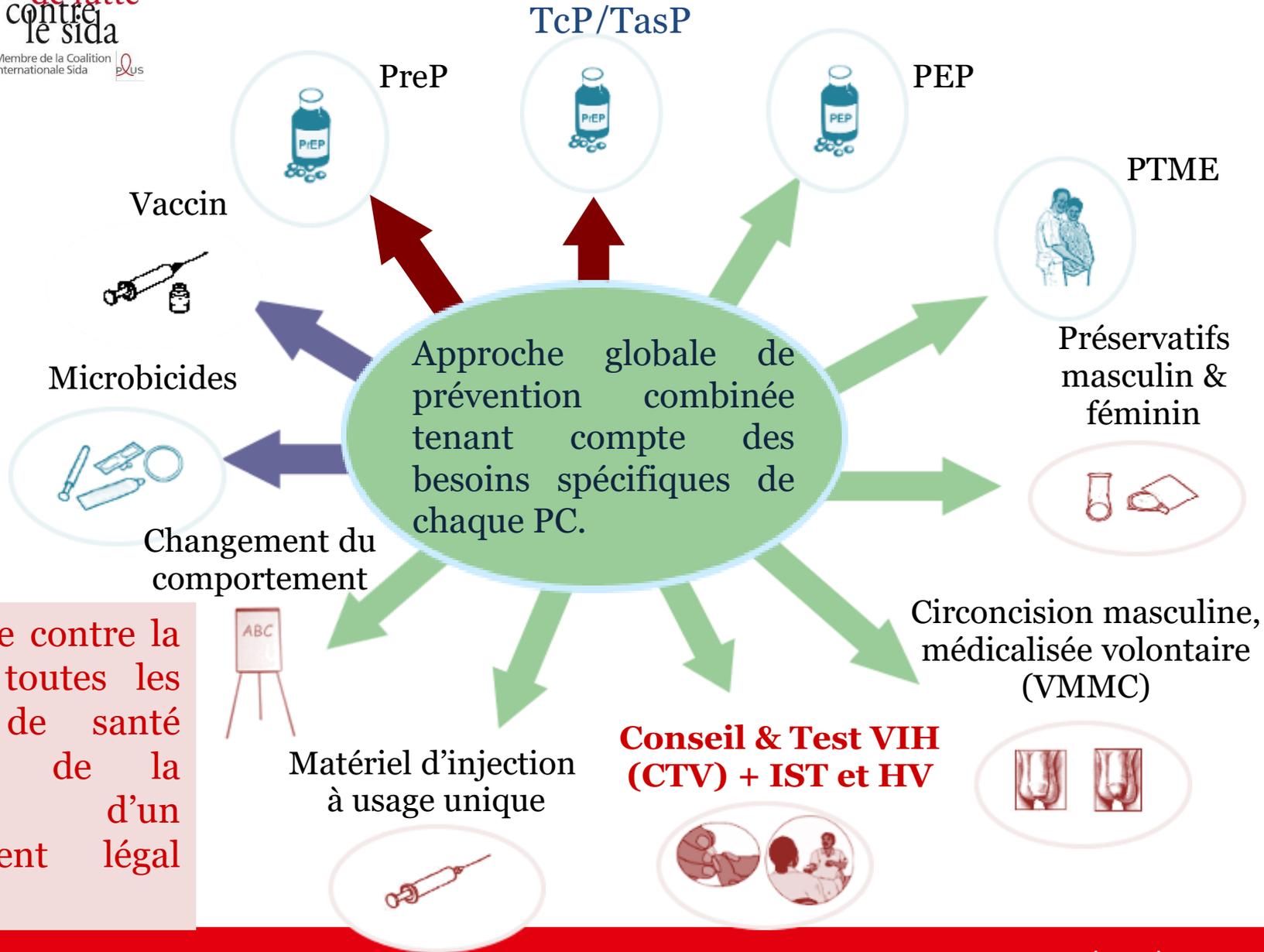
5. Que faire après le test ?





ALCS
association
de lutte
contre
le sida
Membre de la Coalition
internationale Sida

6. Comment adapter l'offre aux PCV ?



Plan de lutte contre la S&D dans toutes les structures de santé ainsi que de la promotion d'un environnement légal propice.





6.1-3- Dépistage pour les UDI, HSH et PS.

UDI

- **Approche de RdR** : seringues, substitution opioïdes, éducation des UDI.
- **Approche globale de prévention** : éducation des partenaires sexuels, prévention et traitement des IST et des HVB/HVC.

HSH

- **Approche globale de prévention** : éducation des HSH et de leurs partenaires, prévention et traitement des IST et des HVB/HVC.
- **Offre du préservatif et du gel lubrifiant.**
- **PreP pour les HSH séronégatifs.**

PS

- **Approche globale** agissant sur les facteurs de vulnérabilité individuels, structurels et environnementaux.
- **Offre du préservatif, conseils de santé sexuelle et de planification familiale, appui psychologique et un soutien législatif.**



6.4- Dépistage pour les prisonniers

- Le dépistage doit être **volontaire**.
- Le dépistage VIH "sur place" par 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 : isolement géographique des prisonniers séropositifs et risque de S&D.
 - Créer des mécanismes efficaces d'orientation vers les services de soins.
- Pour augmenter son impact, le dépistage doit être offert avec d'autres **services de réduction des risques : préservatifs avec lubrifiants, dépistage et traitement des IST, TB, HVB et HVC.**



6.5- Dépistage pour les femmes enceintes

- L'accès au dépistage et l'initiation précoce du TAR au cours de la grossesse **diminue significativement le risque de TME 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 avantages d'un diagnostic précoce du VIH pour les mères et les nourrissons.
 - Les mesures permettant de réduire la transmission mère-enfant, y compris la fourniture TAR et le mode d'accouchement.
 - Les conseils sur les pratiques d'allaitement du nourrisson pour réduire le risque de transmission du VIH.
 - L'encouragement du dépistage du partenaire.



6.6- Dépistage pour les enfants et adolescents

- L'information sur le test VIH doit être adaptée à l'âge pour faciliter la compréhension.
- Les politiques liées à l'âge du consentement varient selon les pays et peuvent constituer des obstacles à l'accès des adolescents au dépistage VIH et à d'autres services de santé.
- La présence d'une IST oblige souvent le prestataire de service à réaliser le test et à orienter le client vers un centre de soins.
- 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.



6.7- Dépistage pour les migrants

- Les migrants, réfugiés et personnes déplacées sont confrontés à plusieurs obstacles d'accès aux services de prévention et de soins : manque d'information, difficultés linguistiques, difficultés financières, manque de moyens de transport, S&D et parfois des obstacles juridiques.
- L'accès au dépistage doit être facilité par la création de point de dépistage :
 - A proximité des camps de réfugiés ou d'agglomération de personnes déplacés.
 - Sur les routes au niveau des aires de repos des camionneurs.
 - Par des unités mobiles pour un dépistage périodique.
- Le test VIH doit être :
 - **Volontaire, anonyme et gratuit.**
 - **Accompagné par l'offre d'un paquet d'interventions de prévention (préservatifs, lubrifiants, seringues, etc.) et de planification familiale.**



ALCS
association
de lutte
contre
le sida
Membre de la Coalition
internationale Sida

Conclusion



- La connaissance du statut sérologique est à la base de la stratégie d'accélération de la riposte au VIH qui repose sur :
 - le dépistage précoce,
 - l'initiation rapide du TAR,
 - l'obtention de la suppression virale.
 - et la réduction de la transmission virale par l'intermédiaire de la baisse de la «charge virale communautaire».

- Le dépistage souffre de plusieurs insuffisances, barrières et opportunités manquées pour atteindre les PCV.
- Le dépistage volontaire reste très insuffisant, peu attractif et souvent non ciblé sur les PC.
- le dépistage mobile et communautaire n'est pas bien développé.
- La faiblesse du système de référence vers les services de prise en charge ainsi que du système de suivi-évaluation.



Conclusion



Actualiser les stratégies de dépistage afin de satisfaire les objectifs de la stratégie d'accélération de la riposte au VIH.

Accroissement et diversification de la demande du dépistage.

Promotion du dépistage ciblé auprès des populations clés et vulnérables.

Création d'un environnement favorable permettant de lever les obstacles à l'accès au dépistage.

Amélioration des conditions d'accès permettant un dépistage facile, accessible, non contraignant.

Accès rapide au TAR par la mise en place d'un système d'orientation efficace basé sur une bonne coordination entre les sites de dépistage et les centres de prise en charge.



ALCS
association
de lutte
contre
le sida
Membre de la Coalition
internationale Sida

Remerciements

Comité de lecture

Pays	Prénom & Nom	Qualité & Association
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	Vice-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 Malick Fall	Virologue / Biologie et Pathologies Humaines (personne ressource VIH/ dépistage) consultante collaboratrice à Sos Pairs Educateurs
	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	Mohamed Bilel Mahjoubi	Directeur exécutif à l'ATL-MST-SIDA Tunis
	Issam Gritli	Chargé de programme des populations clés à l'ATL-MST-SIDA Tunis
	Aida Mokrani	Chargée de programme DROSOS à l'ATL-MST-SIDA Tunis



Merci pour votre attention