

Ministère de la Santé  
Direction des Soins de Santé de Base



Stratégie nationale de dépistage de l'infection à VIH

Programme National de Lutte contre le sida et les IST  
Avril 2014

### **I--- Introduction**

### **II--- Stratégie de conseil et test du VIH**

#### **1--- Les différentes approches**

#### **2--- Les différents contextes**

##### **2.1. Test obligatoire**

##### **2.2. Conseil et test à l'initiative du soignant**

2.2.1--- Conseil et test VIH en prénatal

2.2.2--- Test des nouveau-nés de mères vivant avec le VIH

2.2.3--- Conseil et test en cas de tuberculose

2.2.4--- Conseil et test en cas d'IST et d'hépatites virales B et C

2.2.5--- Conseil et test VIH en présence de manifestations cliniques

2.2.6--- Conseil et test VIH en pré-nuptial

2.2.7--- Conseil et test pour les partenaires séronégatifs des couples sérodiscordant

2.2.8--- Circonstances particulières

##### **2.3. Conseil et test VIH volontaire**

2.3.1--- Conseil et test VIH dans les structures de santé et les CCDAG

2.3.2--- Conseil et test VIH événementiel

2.3.3--- Conseil et test VIH communautaire

### **III--- Conseil et test VIH chez les populations particulières**

#### **1. Conseil et test VIH pour les usagers de drogues par voie injectable**

#### **2. Conseil et test VIH pour les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes**

#### **3. Conseil et test VIH pour les professionnelles du sexe**

#### **4. Conseil et test VIH pour les autres populations particulières**

##### **4.1. Conseil et test VIH pour les adolescents**

##### **4.2. Conseil et test VIH en milieu de détention**

##### **4.3. Conseil et test VIH en milieu professionnel**

### **IV--- Dépistage biologique**

#### **1. Différents types de tests utilisés dans le dépistage**

#### **2. Algorithmes de dépistage**

#### **3. Assurance qualité du dépistage**

### **V--- Liens avec les services de prévention, de soutien et de prise en charge**

### **VI--- Indicateurs de suivi---évaluation**

### **VII--- Qualité du conseil et test VIH**

### **VIII--- Mesures de soutien**

### **IX--- Axes de travail**

### **Références**

## Abréviations

CCDAG : centre de conseil et de dépistage anonyme et gratuit.

CNAM : caisse nationale d'assurance maladie.

CSB : centre de santé de base

CPN : consultation prénatale

CTV : conseil et test VIH

DSSB : direction des soins de santé de base

HSH : hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes.

IEC : information, éducation, communication.

IST : infection sexuellement transmise.

OMS : organisation mondiale de la santé

ONUSIDA : programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA

ONFP : office national de la famille et de la population.

ONG : organisation non gouvernementale

PNLS : programme national de lutte contre le SIDA et les IST.

PS : professionnelle du sexe.

PSN : plan stratégique national.

PVVIH : personne vivant avec le VIH.

S&E : suivi---évaluation.

TDR : test de dépistage rapide

UDI : usagers de drogue par voie injectable.

UNODC : office des Nations Unies contre la drogue et le crime

WB : western blot.

## I--- Introduction

En Tunisie, l'épidémie de l'infection à VIH est caractérisée par une faible prévalence (0,016%) et une concentration dans certaines populations clés. Les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH) et les utilisateurs de drogues injectables (UDI) sont les plus touchés.

En dehors du dépistage obligatoire après don de sang ou d'organe, le dépistage ou plus précisément, le conseil et test de l'infection à VIH (CTV), est actuellement, un acte 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. Ce dépistage, offert de façon anonyme et gratuite dans les centres de conseils et de dépistage anonyme et gratuit (CCDAG), n'attire pas encore les personnes les plus à risque. Le dépistage à l'initiative du soignant proposé, jusque là de façon ciblée à la femme enceinte, au cours des IST et de la consultation prénuptiale est rarement prescrit.

L'absence de stratégie de dépistage explique qu'environ 30% des PVVIH en Tunisie sont encore notifiés à un stade tardif (stade C) de l'infection et qu'entre 380 à 780 personnes ignorent leurs statuts sérologiques. En effet, selon les données des systèmes de modélisation « Mot---2011 » et « Spectrum 2013 », le nombre de nouvelles infections à VIH serait respectivement de 873 et 472 provenant dans 80 à 97% des cas des populations clés, alors que le PNLIS n'a notifié que 89 cas pour l'année 2012 provenant dans seulement 24% des cas des populations clés.

Compte tenu de la disponibilité d'un traitement antirétroviral efficace, le diagnostic précoce de l'infection à VIH avec une orientation rapide vers un service de prise en charge et une rétention aux soins sont essentiels à l'amélioration de l'état de santé des PVVIH. L'initiation précoce du traitement antirétroviral avec une bonne observance thérapeutique conduit à une suppression virale durable, une diminution significative de la transmission sexuelle du VIH et, finalement, de l'incidence de l'infection à VIH.

Actuellement, dans le contexte épidémiologique national, il serait plus rentable de mettre en place une stratégie de dépistage ou de conseil et test du VIH (CTV) ciblé permettant de multiplier les opportunités d'offre du test et surtout de les orienter vers les populations clés (HSH, UDI, TS). Concernant la population générale hors notion d'exposition à un risque de contamination par le VIH, elle devrait faire l'objet de campagnes d'information sur les IST et le VIH/SIDA et de sensibilisation sur l'intérêt du conseil et test.

L'objectif principal de la mise en place d'une stratégie nationale de dépistage est la détection de l'infection à VIH/SIDA à un stade plus précoce et la création de liens avec les services de prise en charge permettant une initiation rapide du traitement antirétroviral avant l'apparition d'un déficit immunitaire avancé ce qui permettrait d'améliorer la survie et la qualité de vie des PVVIH.

Pour être efficace, toute stratégie de CTV doit tenir compte de plusieurs facteurs : la confidentialité, le consentement libre et éclairé, le counseling, le contexte social (discrimination, stigmatisation liées à l'infection par le VIH), et l'organisation de liens efficaces avec les services de prise en charge.

## II--- Stratégie du conseil et test du VIH

### 1--- Les différentes approches du conseil et test VIH :

Il existe deux approches, l'approche « opt in » et l'approche « opt out » (Tableau I).

1.1--- L'approche « opt in » est utilisée dans le cadre d'un conseil et test VIH (CTV) volontaire, émanant de la personne qui accepte de se faire tester et donne son consentement au préalable, le terme « opt in » signifiant entrer (« entrer dans le dépistage »). Les limites de cette approche sont le faible nombre de personnes volontaires ou le taux élevé de refus et la stigmatisation qui peut apparaître à l'égard des personnes bénéficiant de la proposition.

1.2--- L'approche « opt out » est utilisée dans le cadre d'un CTV à l'initiative du soignant au cours duquel la personne est systématiquement testée après en avoir été informée, à moins qu'elle ne s'y oppose formellement. Dans cette approche (« opt out » ou « sortir du dépistage »), le test de dépistage est considéré comme un examen de routine et le patient doit exprimer spécifiquement son refus du dépistage après avoir reçu toutes les informations préalables, s'il ne veut pas subir ce test. Dans la plupart des cas, la recommandation du soignant conduit à l'exécution du test, sauf si le patient refuse. Toutefois, cette approche comporte le risque de dérapage vers un test obligatoire.

Dans les deux approches, le candidat au test est maître de la décision de se faire tester ou non. Il peut changer d'avis et refuser à tout moment de poursuivre le processus, aucune forme de coercition n'est exercée sur lui.

**Tableau I** : Différences entre les approches « opt in » et « opt out » dans le cadre du dépistage du VIH.

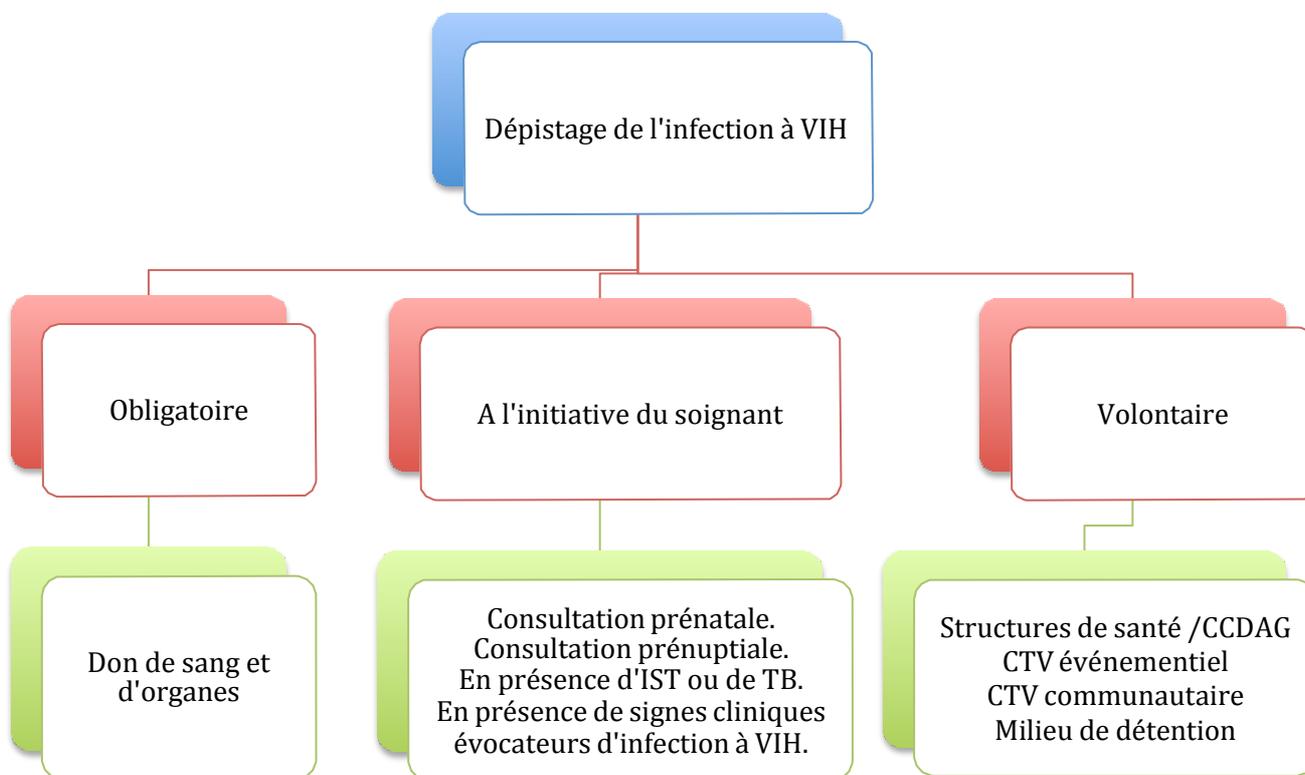
Le professionnel de santé propose le test de dépistage	Le test de dépistage est proposé en routine
Le consentement est « explicite », écrit ou verbal	Le consentement est « présumé »
Le client peut refuser	Le client peut refuser

### 2--- Les différents contextes :

On distingue plusieurs contextes de dépistage (Figure 1) :

- Le dépistage obligatoire, qui relève d'une disposition légale ou réglementaire dans le cadre du don de sang ou d'organe seulement.
- Le dépistage à l'initiative du personnel de santé, qui peut être systématique ou non et selon une approche différente : en « opt in » ou « opt out ».
- Le dépistage volontaire, fait à la demande du client au cours de certaines circonstances (dépistage communautaire, campagne de dépistage, CTV en milieu de détention) ou dans les CCDAG ou les structures de santé.
- Enfin, il existe des situations où le test VIH est à visée diagnostique, lorsque la personne présente déjà des signes ou symptômes suggérant une infection à VIH.

**Figure 1 : Les différents contextes du dépistage de l'infection à VIH en Tunisie.**



### 2.1. Test obligatoire :

Le dépistage obligatoire de l'infection à VIH chez les donneurs de sang et d'organes est appliqué en Tunisie depuis Janvier 1988 conformément à la circulaire 2/88 du 11 Janvier 1988.

Dans le cadre des mesures de prévention du risque infectieux post-transfusionnel, en plus de la sérologie VIH, les sérologies syphilitiques (TPHA) et des hépatites virales B et C sont effectuées obligatoirement sur chaque unité de sang destinée à la transfusion. Ce dépistage est précédé par une anamnèse, qui permet de préciser les antécédents du client et détecter sommairement la présence de facteurs de risque de l'infection à VIH, et d'un examen physique qui apprécie uniquement l'état général et cardiovasculaire.

Le test VIH utilisé, à ce jour, est l'Elisa de 4<sup>ème</sup> génération qui est un test mixte (VIH-1&2) et combiné, antigène-anticorps, très sensible permettant la détection de l'antigène p24 et des anticorps anti-VIH-1 et 2 permettant ainsi la réduction de la durée de la fenêtre pré-sérologique.

Ce dépistage permet de dépister annuellement 2,6 cas d'infection par 100000 unités de sang testées. Il doit être maintenu et renforcé par l'amélioration de la qualité de l'anamnèse et la généralisation du test Elisa dans toutes les banques du sang.

Il est à noter, qu'en dehors du cas très précis du don de sang et d'organe, le test VIH obligatoire ou forcé, réalisé contre la volonté de la personne ou à son insu, n'a pas de place dans une stratégie de dépistage. Ce type de dépistage, outre qu'il ne respecte ni la volonté ni la dignité des individus, est contre-productif et nuisible aux activités de prévention.

Il ne permet pas, de toute façon, d'identifier toutes les personnes infectées par le VIH (en raison de la "fenêtre sérologique"). Il est aussi inefficace en terme de santé publique puisqu'il fait fuir les personnes ayant véritablement des comportements à risque et crée un faux sentiment de sécurité parmi la population. Il augmente la stigmatisation des populations vulnérables et des PVVIH et nuit à la crédibilité et à l'image des services de soins et des gouvernements qui le pratiquent. Pour toutes ces raisons, l'OMS et l'ONUSIDA se sont toujours prononcées contre le dépistage obligatoire.



### Points clés :

- Le test VIH est obligatoire pour tous les dons de sang et d'organe et doit reposer sur les tests sérologiques les plus performants.
- En dehors dépistage pour don de sang et d'organe, le test VIH obligatoire ou forcé, réalisé contre la volonté de la personne ou à son insu, n'a pas de place dans une stratégie de dépistage.

## 2.2. Conseil et test VIH à l'initiative du soignant :

Devant la faible couverture par les services de dépistage volontaire, à l'initiative du client, et ce malgré d'importants efforts consentis de par le monde, l'OMS a, dès 2007, préconisé cette approche de dépistage à l'initiative du soignant dans le but d'augmenter la couverture du CTV en général.

Cette approche se base sur le fait que, contrairement au CTV volontaire où c'est au client de prendre l'initiative d'aller se faire dépister, ce sont les professionnels de santé, dans leur diversité, qui prennent l'initiative d'offrir le test de dépistage à tous ou un certain nombre de patients qui fréquentent les services de soins. Cette approche a été mise en place avec succès dans de nombreux pays du monde et, pour être efficace, doit être adaptée aux spécificités locales.

En Tunisie, pays de faible prévalence du VIH avec une concentration parmi les populations clés, particulièrement les HSH et les UDI, il paraît judicieux de mettre en place cette approche dans un certain nombre de situations. Ainsi, dans les établissements de soins, les circonstances qui peuvent amener le professionnel de santé à proposer un test VIH peuvent être :

**2.2.1-- Conseil et test VIH en prénatal :** Dans le cadre de l'actualisation de la stratégie nationale de PTME avec l'objectif « éliminer la TME », il est actuellement recommandé de proposer systématiquement le dépistage de l'infection VIH au cours de la :

-- Première consultation prénatale à toute femme enceinte, dans le cadre du bilan biologique réalisé de façon systématique.

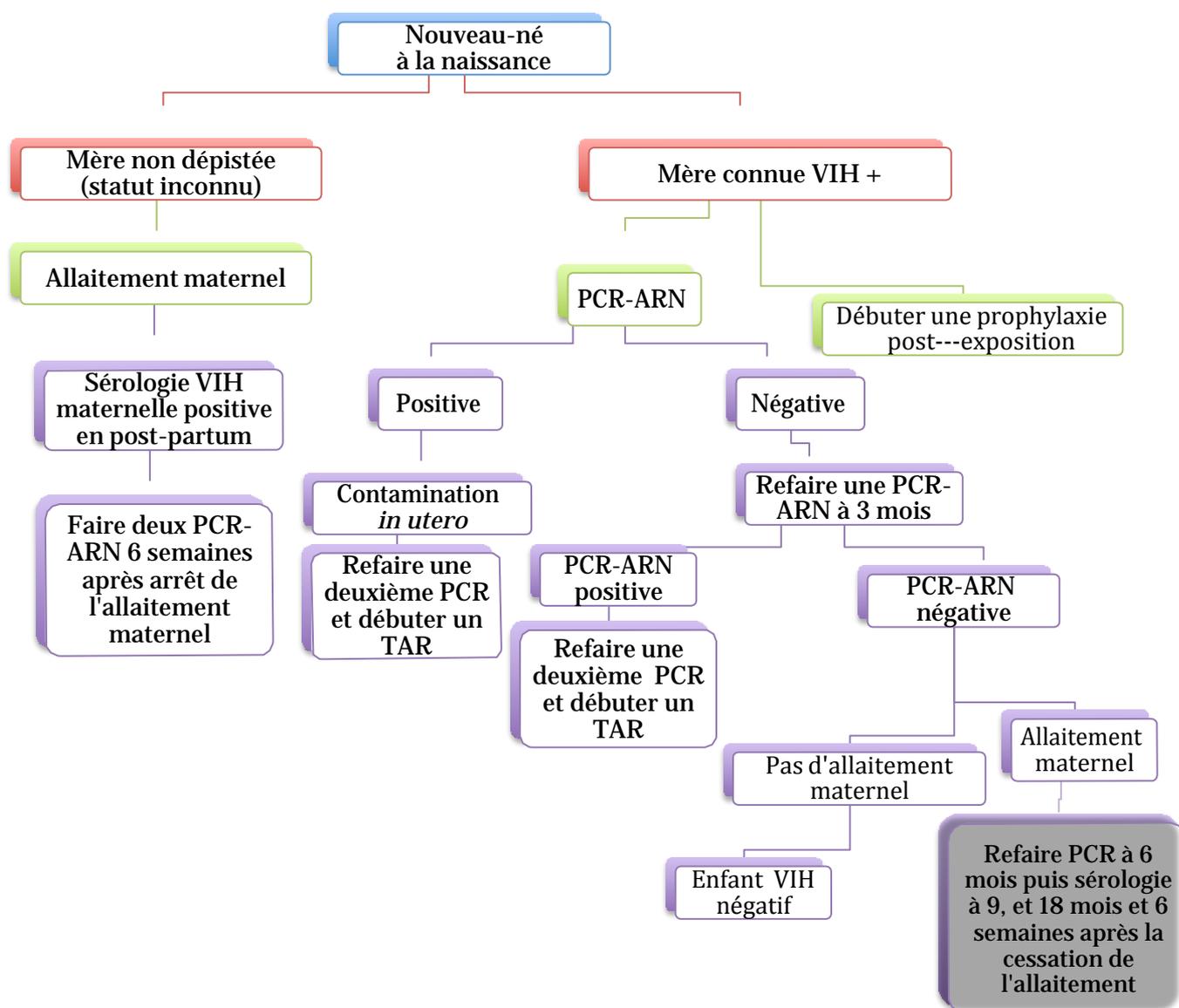
-- Consultation du 6<sup>ème</sup> mois de grossesse aux femmes séronégatives.

Ce dépistage, précédé par un counseling, est réalisé selon l'approche « opt in » et repose sur le test rapide.

Il est également recommandé d'encourager la proposition de dépistage des conjoints.

**2.2.2--- Test des nouveau-nés de mères vivant avec le VIH :** Dans le cadre de la stratégie nationale de PTME, il est recommandé de tester dès la naissance tous les nouveau-nés de mères vivant avec le VIH. Ce dépistage, basé sur la PCR---ARN, repose sur un algorithme validé par un groupe de travail national (Figure 2).

**Figure 2 : Algorithme de diagnostic de l'infection à VIH du nouveau-né**



**2.2.3--- Conseil et test VIH en cas de tuberculose :** Le test VIH est recommandé à l'initiative du soignant dans les services cliniques en présence de tout cas de tuberculose traitée. 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. Ce dépistage, encore peu appliqué (seulement 25% des tuberculeux testés en 2013) doit être renforcé et proposé systématiquement dans tous les cas suspects ou confirmés de tuberculose pulmonaire ou extra---pulmonaire.

**2.2.4--- Conseil et test VIH en cas d'IST et d'hépatites virales B et C :** L'exposition à une IST comporte un risque de transmission du VIH, il est recommandé de proposer une sérologie VIH (test rapide ou Elisa) dans tous les cas de suspicion ou de diagnostic d'une IST selon l'une des deux approches, l'approche syndromique (écoulement génital, ulcération génitale, etc.) appliquée dans le secteur publique ou l'approche étiologique appliquée dans le secteur privé :

--- Urétrites aiguës, subaiguës chez l'homme dues à *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis* ou *Trichomonas vaginalis*.

--- Cervico---vaginites chez la femme dues à *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis* ou *Trichomonas vaginalis* et vaginose.

--- Ulcérations génitales : herpès, syphilis, chancre mou, maladie de Nicolas---Favre.

--- Verrues génitales : végétations vénériennes, condylomes ou crêtes de coq dues au *Human papillomavirus* ou HPV.

Compte tenu que la majorité des cas d'IST sont diagnostiqués dans le secteur privé, il est important d'informer et d'impliquer les médecins de libre pratique dans cette stratégie de dépistage.

Enfin, compte tenu de la séroprévalence élevée de l'hépatite virale B et C dans certaines régions, le dépistage de l'infection à VIH sera proposé uniquement en présence de facteurs de risque de l'infection à VIH (voir encadré 1).

#### **Encadré 1 : Facteurs de risque de l'infection à le VIH\*.**

--- Usage de drogue par voie injectable.

--- Rapports hétérosexuels non protégés avec des partenaires multiples.

--- Rapports sexuels non protégés entre hommes.

--- Professionnel du sexe.

--- Victime de viol.

--- Antécédents d'IST.

--- Partenaire d'une personne appartenant à une population clé, présentant les facteurs de risque sus cités ou vivant avec le VIH.

\*Cette liste est fournie à titre indicatif et n'est pas limitative.

**2.2.5--- Conseil et test VIH en pré-nuptial :** Si aucun règlement ou loi n'instaure le dépistage du VIH en pré-nuptial, il est fortement recommandé de proposer les services de CTV aux futurs mariés, à la condition que les obligations éthiques soient respectées, notamment l'absence de coercition exercée sur les futurs époux, le respect du consentement éclairé et de la confidentialité.

L'infection à VIH n'est pas la seule grave IST qui pourrait être transmise d'un époux à l'autre, l'hépatite virale B ou encore l'infection à *Chlamydiae trachomatis* peuvent également avoir des conséquences graves sur la vie du couple. Aussi, il n'est pas recommandé de focaliser le conseil pré-nuptial sur le seul VIH mais de donner aux futurs époux toutes les informations nécessaires à leur protection, dans un climat de confiance et de respect partagés.

#### **2.2.6--- Conseil et test VIH en présence de manifestations cliniques :**

**2.2.6.1--- Détection précoce de la primo---infection par le VIH :** La détection précoce de la primo---infection a un impact positif important sur la collectivité en permettant la réduction de la transmission sexuelle du VIH.

Il est important de rappeler aux professionnels de santé les signes cliniques évocateurs d'une primo-infection par le VIH (Encadré 2) et de recommander la réalisation en urgence d'un test VIH approprié, devant tout tableau clinique infectieux aigu compatible avec une primo-infection par le VIH. En cas de test négatif, il faut le renouveler après 3 à 4 semaines. Il faut noter la moindre sensibilité des tests rapides à ce stade de l'infection.

**Encadré 2 : Signes cliniques évocateurs d'une primo-infection par le VIH chez une personne exposée à un risque.**

Une primo-infection par le VIH doit être évoquée devant des signes cliniques compatibles avec un syndrome viral aigu persistant associé à une polyadénopathie, à des manifestations cutanéo-muqueuses et/ou neurologiques :

- Fièvre.
- Amaigrissement.
- Éruption cutanée maculo-papuleuse.
- Ulcérations buccales et/ou génitales.
- Polyadénopathies, myalgies, arthralgies
- Pharyngite.
- Troubles digestifs.
- Céphalées, autres signes neurologiques.

**2.2.6.2-- Conseil et test VIH en présence de manifestations cliniques ou biologiques :** Le professionnel de santé doit demander une sérologie VIH en présence de certaines manifestations cliniques et biologiques pouvant faire suspecter une infection chronique à VIH (Encadré 3).

**Encadré 3 : Manifestations cliniques et biologiques évocateur d'une infection chronique à VIH.**

1-- Manifestations cliniques :

- Cutanéomuqueuses : Zona, infection herpétique récidivante, dermite séborrhéique, leucoplasie chevelue.
- Respiratoires : Pneumopathie dyspnéisante, syndrome pseudo-grippal prolongé ou atypique.
- Autres : Asthénie chronique, amaigrissement et/ou fièvre prolongée inexplicée.

2-- Manifestations biologiques : lymphopénie, thrombopénie inexplicée.

Cette stratégie nécessite l'information, la sensibilisation et la participation active des médecins à tous les niveaux des soins dans les secteurs publics et privés.

**2.2.7-- Conseil et test VIH pour les partenaires séronégatifs des couples sérodiscordant :** Les partenaires des PVVIH doivent être testés pour le VIH aussitôt le diagnostic d'infection à VIH confirmé. Pour ceux qui seraient testés séronégatifs, il est conseillé de leur proposer un test périodique, tous les 12 mois, comme pour les populations clés (voir chapitre suivant).

La mise en place d'un test VIH périodique et régulier des partenaires séronégatifs des couples sérodiscordant doit s'accompagner d'un ensemble de mesures de soutien, telles que l'information et le counseling, mais également des stratégies plus innovantes, comme la mise sous traitement antirétroviral du partenaire séropositif indépendamment du taux des

lymphocytes CD4 dans le cadre de l'approche « traitement comme prévention » et/ou du partenaire séronégatif dans le cadre d'une prophylaxie pré---exposition (« PrEP »).

**2.2.8--- Circonstances particulières :** Un test VIH peut être proposé dans un certain nombre de circonstances particulières :

- Personne victime de viol dans le but d'instaurer une prophylaxie post---exposition.
- Antécédents d'IST.
- Procréation médicale assistée.
- Consultation de santé sexuelle et reproductive en présence de facteurs de risque de l'infection à VIH (voir Encadré 1).

Le soignant peut proposer le test VIH devant d'autres situations lorsqu'il constate la présence de facteurs de risque de l'infection à VIH.



### Points clés :

- Les professionnels de santé doivent proposer un CTV, selon le modèle « opt out », en milieu hospitalier ou en ambulatoire, devant les situations suivantes:
  - Suspicion ou diagnostic d'une IST.
  - Suspicion ou diagnostic d'une tuberculose.
  - Hépatite virale B ou C en présence de facteurs de risque associés.
  - Manifestations cliniques évocatrices d'une primo---infection ou d'une infection chronique à VIH.
  - Femmes enceintes au cours de la première consultation prénatale et au cours de la consultation du 6<sup>ème</sup> mois, comme préconisé dans le cadre de la stratégie PTME.
  - En consultation prénuptiale (sans obligation).
  - En cas de viol.
  - Chez les partenaires séronégatifs au sein des couples sérodiscordant.
- Le test recommandé est l'Elisa en milieu hospitalier (sauf en cas de viol où le test rapide est plus approprié) et le test rapide en ambulatoire (notamment, en consultation prénatale).

### 2.3. Conseil et test VIH volontaire :

Ce dépistage obéit à certains principes, le test est systématiquement proposé mais pratiqué uniquement après consentement du client selon l'approche "opt in" en respectant les "5C" : Consentement, Confidentialité, Counseling, résultat Correct, Connexion avec la prise en charge. Chaque fois qu'il est possible, l'anonymat doit être appliqué.

**2.3.1---Conseil et test VIH dans les structures de santé et les CCDAG :** Le dépistage volontaire est, actuellement, offert de façon anonyme et gratuite dans les CCDAG. Il est réalisé à l'aide du test rapide et entouré d'un counseling pré et post---test. Il est important de renforcer ce type de dépistage en améliorant la qualité des services fournis dans les CCDAG (accueil, délai d'attente, counseling, disponibilité du test, etc.) (Encadré IV) et en l'orientant vers les populations clés en impliquant les 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.

Il est important de restructurer et rentabiliser certains CCDAG en les intégrant dans une autre structure de santé ou dans les espaces jeunes des centres ONFP. L'ouverture de nouveaux CCDAG devrait obéir à des critères bien définis tenant compte de la cartographie des populations clés, des populations vulnérables et de la proximité d'autres CCDAG.

Certaines ONG ont des capacités de recruter des candidats au CTV plus importantes que les CCDAG. Elles doivent jouer un rôle plus important dans le dépistage, en ouvrant des centres de dépistage anonyme et gratuit, tout en assurant l'information sur la prévention et l'accompagnement vers les services de prise en charge et, si possible, pendant tout le parcours de soins.

Par ailleurs, il est recommandé de considérer la possibilité de créer des « points de dépistage » offrant un service à l'aide de trousse de dépistage rapide dans les ONG ne possédant pas de CCDAG ou les CSB situés dans les zones à haute concentration de populations clés ou vulnérables et les jeunes en difficulté.

Dans ces différentes structures, l'offre du CTV doit être ciblée vers les populations clés (HSH, UDI, TS) et les jeunes en situation de vulnérabilité. Les éducateurs pairs doivent jouer un rôle important dans le recrutement des clients. Cette offre sera encouragée par une information et sensibilisation utilisant des outils d'information (dépliants, posters, etc.). Ces outils doivent fournir des informations simples et succinctes sur le dépistage de l'infection à VIH : facteurs de risque, types de test, fenêtre sérologique, intervention clinique et préventive, bénéfices du dépistage.

Ces structures doivent aussi offrir des services de dépistage des IST, de prévention et d'accompagnement vers des personnes dépistées positives vers les services de prise en charge.

#### **Encadré 4 : Éléments favorisant le dépistage**

En pratique, le dépistage peut être facilité en :

- Assurant un accueil chaleureux.
- Evitant la stigmatisation et la discrimination.
- Mettant à disposition des documents d'information explicites dans la salle d'attente.
- Abordant le thème sans jugement, en étant respectueux de l'intimité du client et de sa vie privée.
- Rassurant sur la confidentialité des entretiens et des résultats des tests.

**2.3.2--- Conseil et test VIH événementiel :** Il se conçoit soit sous forme de campagnes de dépistage qui peuvent s'adresser à différents publics (grand public, jeunes, établissements scolaires, etc.) et peuvent être organisées par le secteur gouvernemental avec la participation active des ONG sous forme de « Journée Nationale du Dépistage », soit à l'occasion d'événements (festivals, diverses manifestations nationales). Selon la manifestation, le test VIH pourra être offert seul ou associé à des mesures de prévention d'autres maladies telles que le diabète, l'hypertension artérielle, la lutte contre le tabac, etc..

Le but de ce dépistage événementiel est de banaliser le test VIH en lui assurant un maximum de publicité et de visibilité. Des personnalités connues (des médias, du sport, de la culture, du théâtre, etc.) peuvent être invitées à donner l'exemple en participant à ce genre d'initiatives (par exemple, aller faire un test VIH avec présence des médias).

**2.3.3--- Conseil et test VIH communautaire :** Le dépistage communautaire est un dépistage conduit par et au sein de la communauté (y compris le geste de dépistage et l'interprétation du résultat par des agents communautaires non---professionnels de la santé). Il repose sur le dépistage mobile et extra---muros de proximité des populations clés. Il est assuré par les ONG avec la participation active des éducateurs pairs. Il nécessite la délégation du CTV à des agents communautaires et le renforcement des capacités des ONG à mener des programmes de prévention de proximité pour les populations clés.

Le dépistage des populations clés doit être organisé dans une perspective de qualité, de continuité et d'efficacité des services. Il a pour rôle d'augmenter l'offre de dépistage de manière significative d'une part, parce qu'il permet de lever certaines barrières structurelles, logistiques et sociales du dépistage classique (réduction des coûts) tout en réduisant la stigmatisation et la discrimination puisque bâti sur une relation de confiance et sur le respect mutuel des droits.



### **Points clés :**

- **Le conseil et test volontaire VIH doit être proposé dans les structures suivantes :**
  - Centres de dépistage anonyme et gratuit.
  - Centres de santé de base (sélectionnés en fonction des caractéristiques des populations desservies)
  - Espaces jeunes des centres de l'ONFP
- **Le test sérologique à utiliser est le test rapide.**
- **Dans le cadre d'une délégation de tâches, le CTV peut être délégué à des professionnels de santé paramédicaux sous la responsabilité du médecin responsable.**
- **Le CTV peut être proposé de façon ponctuelle au cours de certains évènements (festivals, diverses manifestations culturelles) ou dans le cadre d'une campagne de dépistage.**

Ci---après, un tableau récapitulatif des différentes caractéristiques du conseil et test VIH selon l'approche utilisée.

**Tableau II : Tableau récapitulatif des approches en conseil et test VIH**

		Quelle population ?	Quand tester ?	Où tester ?	Par qui ?
CTV obligatoire		Tous les donneurs de sang ou d'organes	Don du sang ou d'organes	CNTS et Banques du sang	Professionnel de santé
CTV à l'initiative du soignant		Consultation prénuptiale	Avant la délivrance du certificat prénuptial	Cabinet médical, structure de santé et CCDAG	Professionnel de santé : médecin
		Femmes enceintes	Prénatal	CPN	Professionnel de santé : sage femme ou médecin
		Nouveau-né de mère vivant avec le VIH	Naissance (Voir algorithme - figure II)	Maternité	Professionnel de santé : médecin
		Patients Symptomatiques	Cas suspect ou confirmé de tuberculose	Services cliniques	Professionnel de santé : médecin
			Cas suspect ou confirmé d'IST	Consultation d'IST et services cliniques	Professionnel de santé : médecin
			Signes évocateurs de primo-infection VIH	Consultation d'IST et services cliniques	Professionnel de santé : médecin
			Signes d'infection chronique à VIH	Services cliniques	Professionnel de santé : médecin
Couples séro-discordants	Partenaires séronégatifs	-- Services de prise en charge -- CCDAG	-- Professionnels de santé : Médecin ou agent de santé		
CTV volontaire	CTV dans les SS et CCDAG	Population générale Populations clés	A tout moment	-- Communauté. -- CCDAG, CSB. -- Espaces jeunes et ONG. -- Service clinique	-- Professionnel de santé -- Agent communautaire
	CTV événementiel	Population générale	A l'occasion d'un événement	-- CCDAG -- Médecine générale et de famille -- CSB -- Espaces publics	-- Professionnel de santé -- Agent communautaire
	CTV communautaire	Populations clés	Activités de proximité	-- ONG -- Equipe mobile	-- Professionnel de santé -- Agent communautaire

### III--- Conseil et test VIH chez les populations particulières

On entend par « populations particulières » aussi bien les populations clés présentant un risque plus élevé d'exposition au VIH, que des populations particulières par leur affiliation, leur âge ou leur mode d'organisation (adolescents, nouveau-nés, personnes en détention). Les populations clés présentant un risque plus élevé d'exposition au VIH incluent les HSH, les UDI, les TS et leurs clients et les partenaires séronégatifs des couples sérodiscordant.

Ces populations sont considérées comme « clés » aussi bien pour la dynamique de l'épidémie que pour la riposte au VIH et leur mobilisation est indispensable à la réussite de la riposte. Pour ce faire, un renforcement des systèmes communautaires est nécessaire auparavant, contribuant au renforcement des organisations communautaires déjà bien impliquées en Tunisie dans la riposte au VIH. Ce renforcement doit permettre d'améliorer la capacité des organisations communautaires à mobiliser les communautés et à les aider à s'organiser pour mieux faire connaître les services de santé et d'en faciliter l'accès.

En parallèle, il est nécessaire d'aller, de plus en plus, vers des approches innovantes et diversifiées dans la riposte, notamment dans l'offre de test et la prévention. En effet, les méthodes classiques de prévention et de dépistage, même si elles sont efficaces, ont montré leurs limites et devant tout projet de mise à l'échelle, il devient urgent d'envisager des solutions innovantes, comme le dépistage communautaire ou les nouvelles stratégies de prévention combinée (incluant le traitement comme prévention ou la prophylaxie pré-exposition pour certaines populations).

Enfin, quel que soit le mode de prestation choisi, il n'est pas inutile de rappeler ici que tout dépistage VIH doit respecter les « 5C » tels que énoncés au chapitre II.

#### 1. Conseil et test VIH pour les usagers de drogues par voie injectable :

Toute stratégie de CTV chez les UDI doit s'inscrire dans une approche globale de réduction des risques avec une combinaison de programmes et de services comprenant, particulièrement, des programmes d'échange de seringues, des services de substitution opioïdes, la prévention et le traitement des IST, la prise en charge de la vaccination, du diagnostic et du traitement des hépatites virales B et C et, enfin, la mise en place de programmes de sensibilisation et d'éducation des UDI et de leurs partenaires sexuels.

Par ailleurs, la mise en place de ces services doit s'accompagner d'un plan de lutte contre la discrimination et la stigmatisation ainsi que d'un environnement légal propice à leur réussite.

Les UDI ayant un comportement à risque doivent tous bénéficier d'un CTV, tous les 12 mois et recevoir un counseling approprié de réduction des risques.

Dans le cas des UDI, le counseling pré-test peut être simplifié. En effet, l'objectif du test est la détection précoce d'une éventuelle infection en vue de l'inclusion dans la filière de soins, il est donc inutile de compliquer le counseling pré-test ou de l'allonger au point où l'attention et l'intérêt du candidat au test s'estompent. Le counseling pré-test peut même être conduit lors de sessions de groupes et l'évaluation individuelle du risque peut être abordée en post-test. L'obtention du consentement éclairé reste, toutefois, de mise. Le candidat au test doit aussi être conscient du fait qu'il peut refuser le test ou se retirer du processus du test à tout moment.

#### 2. Conseil et test VIH pour les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes :

La population des HSH est particulièrement marquée par la stigmatisation et la discrimination, y compris en milieu de soins. La vulnérabilité des HSH est très largement augmentée par la criminalisation de l'homosexualité dans tous les pays de la région.

Depuis le début de l'épidémie, les taux de séropositivité au VIH dans les communautés d'HSH à travers le monde ont toujours été beaucoup plus élevés que dans la population générale. En Tunisie, comme dans toute la région de l'Afrique du Nord et du Moyen Orient, les données montrent des taux d'infection plus élevés au sein des HSH.

Chez cette population, le dépistage communautaire peut donner d'excellents résultats et augmenter le nombre de personnes qui acceptent le test VIH. La mise en place du dépistage communautaire doit s'appuyer sur un programme de prévention et de prise en charge, comprenant la distribution de préservatifs et de gel lubrifiant, l'éducation et la sensibilisation en vue d'un changement de comportement, mais aussi le dépistage et le traitement des IST dans le cadre d'une prévention combinée. Cette dernière comprend également, lorsque faisable, la dispensation d'antirétroviraux à titre préventif avant la prise de risque (prophylaxie pré-exposition) ou après la prise de risque (prophylaxie post-exposition).

Par ailleurs, en plus de la mise en place du dépistage communautaire, il est important de réfléchir à comment améliorer l'accès des HSH aux services de CTV et comment les inciter à les utiliser de façon optimale. Selon les informations fournies au cours du focus groupe avec les HSH (Rapport de mission), les obstacles à l'accès et à l'utilisation des services de dépistage sont :

- La qualité inégale des prestations offertes et inadéquation de l'offre avec la demande (horaires inadaptés, absence de services « hors les murs », formation inadéquate des personnels de santé peu habitués aux pratiques sexuelles entre hommes et à la terminologie propre aux HSH).

- La stigmatisation de la part des personnels d'accueil et des professionnels de santé.

- Les faibles liens entre les services de dépistage et les services de prise en charge.

- La complexité du circuit de la confirmation du test VIH.

- La non disponibilité du test rapide en dehors des CCDAG.

Il est donc important de prendre en compte ces obstacles et de réfléchir aux solutions à même de les amoindrir.

Comme pour les UDI, il est conseillé de proposer un test VIH aux HSH tous les 12 mois et en cas de prise de risque identifiée. Le counseling doit se focaliser sur la prise de risque et ses déterminants et si la prise de risque est récente au moment du test (inférieure à 6-8 semaines), il est conseillé au candidat au test de se refaire tester 3-4 semaines plus tard.

### **3. Conseil et test VIH pour les professionnelles du sexe :**

Le commerce du sexe en Tunisie est divisé en deux secteurs légal et illégal. Les PS dites « légales » subissent une surveillance médicale périodique, au cours de laquelle un test VIH est demandé. En revanche, les PS illégales restent cachées et difficiles à atteindre à cause de la stigmatisation et la discrimination sociale. Elles contribuent donc, avec leurs clients, à la propagation du virus puisqu'elles ne bénéficient pas de programmes de prévention qui leur seraient destinés.

Les PS ont une prévalence du VIH disproportionnellement élevée, et sont considérées, avec leurs clients, comme un des groupes clés contribuant à la transmission du VIH. Elles constituent, en outre, une population vulnérable tant au niveau individuel qu'au niveau social. Elles travaillent, le plus souvent, dans des conditions dangereuses, dans l'illégalité, les exposant aussi bien au harcèlement des forces de l'ordre que de celui des clients. Elles n'ont souvent pas prise sur leur propre prévention, étant par exemple, dans l'incapacité de négocier – encore moins d'exiger – l'utilisation du préservatif par le client.

Pour qu'ils soient efficaces, les programmes de dépistage ciblant les PS, doivent être inclus dans un large éventail de services, dans le cadre d'une approche globale, agissant sur les facteurs de vulnérabilité aussi bien individuels (information et éducation, dépistage et traitement des IST...) 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).

Enfin, à l'instar des autres populations clés, il est recommandé de proposer un dépistage régulier et périodique aux PS, tous les 12 mois, et en cas de prise de risque identifiée.

#### **4. Conseil et test VIH pour les autres populations particulières :**

**4.1. Conseil et test VIH pour les adolescents :** Les adolescents (10---19 ans) constituent souvent une population vulnérable avec un faible accès aux services de conseil et test VIH et de prévention. Avec un âge d'entamer une sexualité active de plus en plus bas, il n'est pas rare de voir des adolescents s'infecter par le VIH. Cette vulnérabilité est accrue lorsque l'adolescent fait partie d'une population clé.

Le fait que l'accord des parents ou du tuteur légal soit obligatoire avant tout test VIH chez l'adolescent jusqu'à 18 ans freine considérablement l'accès de ce dernier au dépistage.

Il est recommandé de proposer et réaliser un test VIH chez tout adolescent consentant lorsqu'il appartient à une population clé (UDI, HSH ou PS) à la même fréquence que celle---ci. Cette recommandation nécessite une actualisation des textes réglementaires autorisant le CTV des adolescents à partir de l'âge de 15 ans sans autorisation parentale préalable.

Il est également important d'assurer une formation spécifique aux agents communautaires et professionnels de santé impliqués dans les programmes de dépistage du VIH parmi les adolescents, leur permettant de comprendre les enjeux et les barrières à l'accès au CTV pour les surmonter et offrir des services adéquats permettant d'attirer les adolescents. Les professionnels de santé et les agents communautaires appelés à proposer le dépistage chez les adolescents doivent inclure, dans leurs interventions, des éléments d'éducation à la sexualité et informer expressément les adolescents sur les avantages et les risques potentiels de la divulgation de leur statut sérologique et les soutenir afin de déterminer si, quand, comment et à qui le communiquer dans leur entourage.

L'expérience acquise par les « espaces jeunes » des centres de l'ONFP est précieuse à capitaliser et à étendre. Les personnels des centres disposant de ces « espaces jeunes » ont acquis une expertise certaine sur la façon de promouvoir et dispenser des prestations de santé sexuelle et reproductive aux jeunes et pourraient servir d'unités pilotes pour offrir le CTV aux adolescents dans un premier temps.

**4.2. Conseil et test VIH en milieu de détention :** L'implantation du CTV en milieu de détention pose d'énormes défis en termes de qualité de service, de confidentialité et de consentement. Elle soulève, de plus, le risque très important de ségrégation et de discrimination que risquent de subir les détenus dépistés séropositifs au VIH. Enfin, l'accès aux services de prise en charge est également difficile et contraignant. Le CTV en prison se heurte, en outre, au déni des autorités qui nient le fait que les détenus puissent exercer entre eux une activité sexuelle.

Or, selon l'OMS, la prévalence du VIH (mais aussi de la tuberculose, des IST et des hépatites virales B et C) parmi les populations carcérales est 2 à 10 fois plus élevée (voire jusqu'à 50 fois plus) par rapport à la population générale et les risques affectent aussi bien les détenus que les personnels des prisons, leurs familles et, au---delà, toute la communauté.

Il ne fait donc aucun doute qu'il est crucial d'offrir des interventions de prévention du VIH dans ces milieux ainsi que l'établissement de liens avec les services de prise en charge, au bénéfice, aussi bien des détenus, que des personnels de l'autorité pénitentiaire. Mais, avant la mise en place de toute stratégie d'intervention en milieu de détention, il est important d'en mesurer les bénéfices et les risques et de discuter avec l'administration pénitentiaire des mesures de protection à mettre en place (protection de la confidentialité, protection contre toute coercition à faire le test de dépistage VIH, protection contre la stigmatisation des détenus vivant avec le VIH).

Pour information, l'UNODC, en collaboration avec l'OMS, l'ONUSIDA, recommande un paquet global d'activités destiné aux milieux de détention, dans lequel le CTV ne constitue qu'un point parmi près de 15 autres, dont l'information, l'accès aux préservatifs, la prophylaxie post-exposition, la lutte contre la violence sexuelle, la prise en charge des IST, etc.

**4.3. Conseil et test VIH en milieu professionnel :** Le CTV sur le lieu de travail permet d'élargir l'accès au test et de l'offrir aux employés qui n'auraient pas le temps de se déplacer vers un service de CTV.

Un des points d'entrée dans le monde du travail pourrait être le secteur de la médecine du travail. En Tunisie, plus de la moitié des entreprises sont couvertes par la médecine du travail pour un nombre total de bénéficiaires de 1,3 million d'employés.

S'il est exclu d'exiger le test VIH à l'embauche, il pourrait être, en revanche, judicieux, d'inciter les médecins du travail à proposer le test VIH parmi la batterie d'examens aux employés et, notamment, aux femmes enceintes. Le test VIH peut également faire partie d'un package de promotion de la santé (dépistage du diabète, des maladies cardiovasculaires, obésité, etc.).

Il est évident que la plus grande prudence doit être de mise lorsque le test VIH est proposé en entreprise, notamment en regard des potentiels effets négatifs de la divulgation de la séropositivité des employés (risques de licenciement, de ségrégation et de discrimination) et que des mesures fortes de protection de la confidentialité doivent être mises en place auparavant.



#### **Points clés :**

- Le ciblage des populations clés est fondamental pour l'efficacité du programme de CTV.
- Le CTV des populations clés doit se faire selon l'approche du conseil et test volontaire, en « opt in ». Ce dépistage est à proposer soit dans les CCDAG, soit dans les points de dépistage des CSB, soit dans les points de dépistage créés au sein des ONG.
- Le test sérologique à utiliser est le test rapide.
- Il est recommandé de proposer aux membres des populations clés un test périodique, une fois par an et à chaque fois qu'ils estiment avoir été exposés à un risque d'infection à VIH.
- Le CTV peut être délégué à des professionnels de santé ou à des agents communautaires, sous la responsabilité du médecin du centre.
- Les adolescents doivent également bénéficier du CTV, dès 15 ans, sans l'obligation de l'accord parental, surtout s'ils appartiennent à une population clé.
- En milieu de détention, il est recommandé d'étudier la question de façon plus approfondie avec les différents partenaires.
- En milieu du travail, il est recommandé de sensibiliser et d'informer les médecins du travail afin qu'ils puissent orienter les employés qui souhaitent faire un test VIH.

Ci---dessous un tableau récapitulatif des principales caractéristiques du conseil et test VIH chez les populations particulières.

**Tableau III :** Tableau récapitulatif du conseil et test VIH chez les populations particulières

Quelle population ?	Quand tester ?	Où tester ?	Par qui ?
Usagers de drogue par voie injectable	Tous les 12 mois	---Communauté ---CCDAG ---En milieu clinique ---En milieu de réduction des risques	---Professionnels de santé ---Agents communautaires
Hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes	Tous les 12 mois	---Communauté ---CCDAG ---En milieu clinique ---Centres de santé de base	---Professionnels de santé ---Agents communautaires
Professionnelles du sexe	Tous les 12 mois	---Communauté ---CCDAG ---En milieu clinique ---Centres de santé de base	---Professionnels de santé ---Agents communautaires
Adolescents	--- Tous les 12 mois si appartenance à une population clé ---A la demande	---Communauté ---CCDAG ---En milieu clinique ---Centres de santé de base ---Espaces jeunes	---Professionnels de santé ---Agents communautaires
En milieu de détention	A définir	---Infirmier	---Médecin pénitentiaire
En milieu professionnel	---En début de grossesse ---Lors de la visite médicale périodique	---En médecine du travail	---Médecin du travail

## IV--- Dépistage biologique du VIH

### 1. Différents types de tests utilisés dans le dépistage :

Le recours aux tests rapides est très encouragé en raison des nombreux avantages que ces derniers présentent, notamment dans les sites où il n'existe pas d'infrastructure de laboratoire. Leur facilité d'utilisation, leur robustesse et leur délai d'exécution rapide en font un excellent outil de dépistage biologique lors de tout passage à l'échelle (Tableau IV).

**Tableau IV : Avantages des tests rapides de dépistage.**

Avantages	<ul style="list-style-type: none"><li>• Facilité d'emploi.</li><li>• Réalisable en tout lieu, tout endroit.</li><li>• Résultats satisfaisants en termes de sensibilité et de spécificité lors de la phase chronique de l'infection.</li><li>• Résultats fournis après quelques minutes.</li><li>• Stockage à température ambiante.</li></ul>

Ainsi, grâce aux tests rapides, le dépistage du VIH peut prendre place « hors les murs », rendant ainsi possible le dépistage mobile, embarqué ou non dans un véhicule. Leur facilité d'utilisation permet également leur manipulation par un personnel formé, mais n'ayant pas obligatoirement une formation de laboratoire.

Cette facilité d'utilisation ne dispense pas d'un programme de supervision et d'assurance--- qualité afin de s'assurer que les résultats rendus sont correct et pertinent.

Les tests Elisa sont préférables dans les cas où un grand nombre de tests doivent être effectués et où la remise immédiate des résultats des tests n'est pas requise, comme, par exemple, pour les patients hospitalisés et dans les laboratoires de référence. Les tests Elisa nécessitent des équipements de laboratoire spécialisés et un personnel qualifié. (Tableau V).

**Tableau V : Comparaison entre ELISA et test rapide**

Très bonnes performances techniques	Très bonnes performances techniques
Complexe (plusieurs étapes)	Plus facile
Long (résultat en 2 à 3 heures)	Rapide (moins de 15 à 30 minutes)
La personne doit revenir pour récupérer son résultat	Résultat sur place
Nécessite un technicien de laboratoire	Peut être réalisé par un agent de santé ou communautaire formé pour le test
Nécessite un équipement coûteux et des installations fixes	Ne nécessite aucun équipement coûteux et peut être réalisé partout

La confirmation des tests rapides et Elisa par Western Blot est actuellement obligatoire en Tunisie. Si cette technique constitue, en effet, le gold standard en matière de confirmation d'infection à VIH, elle n'en pose pas moins un certain nombre de problèmes, comme la centralisation en un seul site (le laboratoire de Virologie de l'Hôpital Charles Nicolle à Tunis), la complexité de la procédure (par exemple, pour les CCDAG, la personne doit se déplacer à l'hôpital pour une prise de sang, revenir pour le résultat et retourner, avec le résultat, au centre de dépistage pour annonce du résultat et éventuelle référence vers la prise en charge en cas de confirmation de la séropositivité).

Cette situation constitue aujourd'hui un goulot d'étranglement au niveau du circuit du dépistage et est à l'origine de nombreux abandons en cours de circuit et de perte de vue.

## 2. Algorithmes de dépistage biologique :

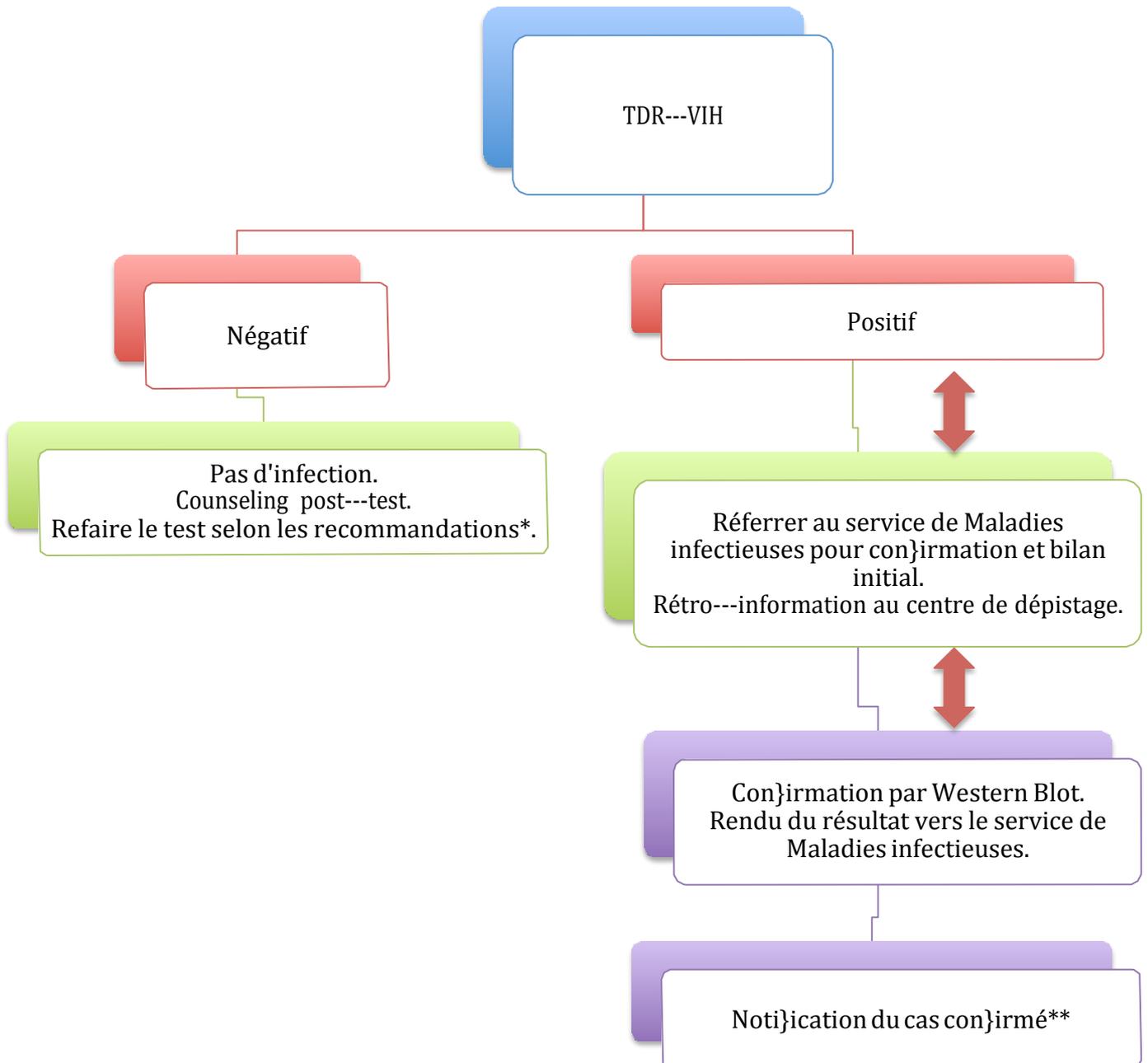
Les algorithmes de dépistage (figures 3.1 & 3.2) dépendent du type de test utilisé (test rapide ou ELISA) et du contexte du dépistage (à l'initiative du client ou du soignant, communautaire, etc.). Le test rapide est plus utilisé dans le cadre du CTV volontaire dans les centres de dépistage (CCDAG, CSB, espaces jeunes) alors que le test Elisa l'est dans le cadre du dépistage obligatoire dans les banques du sang ou à l'initiative du soignant dans les établissements de santé (en dehors de la PTME).

Il semble que les virologues du laboratoire national de référence (Hôpital Charles Nicolle – Tunis) soient, pour le moment, opposés à la suppression du test de confirmation par WB, malgré les recommandations de l'OMS en faveur de cette initiative. Les virologues estiment qu'ils doivent d'abord valider un algorithme alternatif (à 3 TDR en série) avant de l'autoriser et recommandent de conserver, pour l'instant, la test de confirmation par WB. Les virologues sont prêts à mettre en place l'étude de validation qui devrait constituer un des axes de recherche retenus pour accompagner et soutenir cette stratégie (voir point 7 du chapitre VIII et recommandation 11). Par ailleurs, les virologues estiment qu'il n'y a pas de problème de moyens financiers concernant les tests de confirmation qui sont disponibles mais restent centralisés à laboratoire national de référence. La réalité du terrain a montré que, si il n'y a pas de problèmes de financement du WB, il existe, toutefois, en pratique, des problèmes d'accès de la population et surtout de délai de rendu du résultat, excessivement long (non pas en raison des délais de la technique mais en rapport avec les aspects logistiques).

En attendant un éventuel changement, le test de confirmation reste donc de mise et les algorithmes de dépistage tiennent compte de cela.

Figure 3 : Algorithme de dépistage

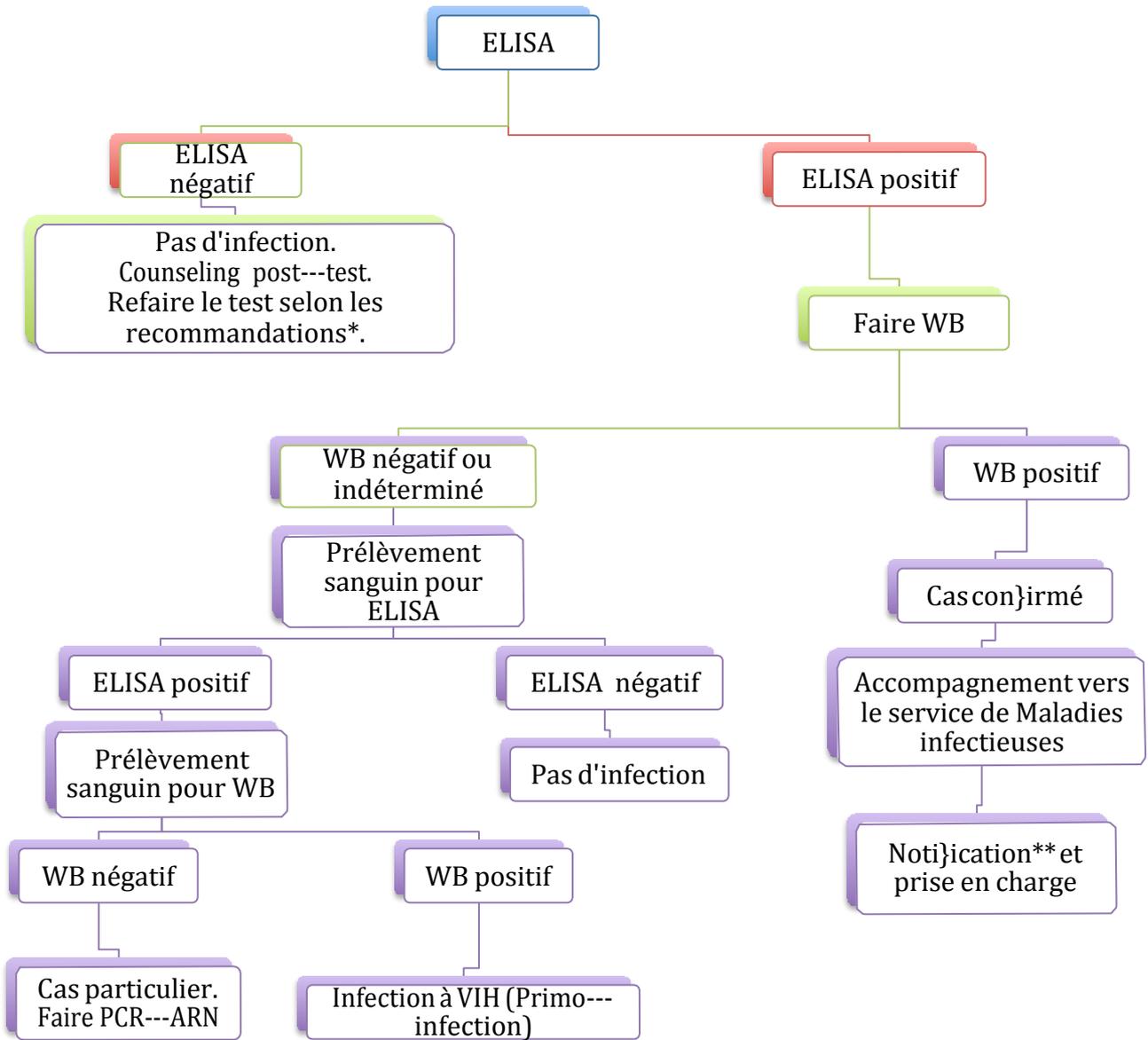
3.1--- En cas dépistage par le test rapide (TDR) en première intention



\* Refaire le test après 3---4 semaines, si exposition récente à un risque. Si personne appartenant à une population clé (UDI, MSM, PS), refaire le test tous les 12 mois.

\*\* Notification au PNLIS sur support électronique sécurisé.

### 3.2--- En cas dépistage par ELISA en première intention



\* Refaire le test après 3---4 semaines, si exposition récente à un risque. Si personne appartenant à une population clé (UDI, MSM, PS), refaire le test tous les 12 mois.

\*\* Notification au PNLIS sur support électronique sécurisé

Concernant les spécifications des tests, il est recommandé d'utiliser des TDR et des kits Elisa les plus récents, très sensibles, mixtes (VIH---1&2) et combinés (détection de l'antigène p24 et des anticorps anti---VIH---1&2), avec d'excellentes caractéristiques techniques. Le choix des tests revient au PNLs en collaboration avec le laboratoire national de référence.

Dans le but d'accélérer l'entrée dans le circuit de la prise en charge et de réduire le nombre de perdus de vue, il est recommandé, dès que le TDR est positif, d'adresser la personne en service de soins, sans attendre le retour de la confirmation qui peut prendre beaucoup de temps (jusqu'à un mois, voire plus). En cas de TDR positif, la procédure à suivre est résumée sans l'encadré 5.

### **Encadré 5 : Procédure à suivre en de TDR positif**

En cas de TDR positif, le médecin du centre de dépistage doit suivre la procédure suivante :

- Faire un counseling post---test renforcé.
- Contacter le service des maladies infectieuses et prendre un rendez---vous avec un médecin.
- Rédiger une lettre de liaison anonyme comportant le code du patient.
- Adresser la personne au service des maladies infectieuses et s'assurer qu'elle est bien arrivée.

Au service de prise en charge, la personne est reçue et prélevée en une fois et en même temps pour la confirmation par WB et le bilan initial.

Dans le but d'améliorer le processus du rendu à partir du laboratoire de référence de virologie, il est recommandé de créer une base de donnée informatisée et sécurisée par un mot de passe au niveau du PNLs permettant aux différents services des maladies infectieuses de récupérer rapidement les résultats des tests de confirmation (WB).

Par ailleurs, les services de maladies infectieuses sont responsables de la notification du cas au PNLs. Il est recommandé d'envisager un système de notification sécurisé sur le web et spécifique pour l'infection à VIH.

### **3. Assurance qualité du dépistage :**

La mise en place d'un système d'assurance qualité de tout le processus de dépistage permet de s'assurer que, quel que soit le mode de dépistage (à l'initiative du client, à l'initiative du soignant, communautaire), quel que soit l'endroit où il s'effectue (en milieu clinique, en CCDAG, CSB, etc.), quel que soit le prestataire (professionnel de santé, agent communautaire), la qualité de toutes les activités du processus est garantie et est la même pour tout candidat au test.

Au moment où la Tunisie s'apprête à passer à l'échelle en matière de CTV, il est très important de mettre en place un système d'assurance qualité qui garantit que cela ne se fera pas au détriment de la qualité.

## **V--- Liens avec les services de prévention, de prise en charge et de soutien**

Il est important de construire ou renforcer les liens entre le dépistage, la prévention et la prise en charge. En effet, le CTV ne peut pas atteindre ses objectifs, aussi bien individuels que communautaires, s'il n'est pas très fortement relié aux autres services offerts. Si une personne est testée séropositive pour le VIH et qu'elle est ensuite perdue de vue, cela veut dire que le but du CTV n'est donc pas atteint et que toute la stratégie de dépistage est inefficace et financièrement non rentable.

Pareillement, si des services de prévention existent et qu'ils échouent à faire parvenir aux services de CTV toutes les personnes candidates au test VIH, le passage à l'échelle ne peut se faire et l'objectif de traitement universel ne peut être atteint.

Les liens avec les services de CTV constituent un des maillons de la « cascade » du VIH (voir le document « HIV test, treat and retain cascade analysis » de l'OMS/EMRO), responsables d'une partie de la déperdition des personnes identifiées comme candidates au test et/ou à la prise en charge.

La construction et le renforcement des liens entre les services CTV et les services de prévention, d'une part et, d'autre part, les services de soins et de soutien passent par la mise en place d'un certain nombre d'éléments et d'actions dont les grandes lignes sont présentées ci-dessous :

- Mise en place d'un mécanisme d'orientation des personnes touchées par la prévention vers les services de CTV, d'une part et, d'autre part, des personnes ayant eu un CTV vers les services de soutien et de soins (exemple, disponibilité d'une procédure claire, système de lettres de référence, système de prise de rendez-vous, accompagnement physique, système de correspondants sur place, etc.), avec un système de rétro-information.
- Formation des prestataires des services (de prévention, de CTV, de soutien, de soins) sur l'utilisation optimale de ce mécanisme d'orientation et mise à leur disposition d'une information correcte et mise à jour (exemple, adresses des sites de CTV, avec horaires de fonctionnement, adresses des sites de prise en charge, etc.)
- Mise en place du suivi du système de référence et de son évaluation périodique en vue de son amélioration et de son renforcement.
- Engagement de la communauté dans le système de référence (éducateurs pairs, agents communautaires, PVVIH, etc.).

A titre indicatif, il est judicieux de renforcer :

**1. Avant le dépistage :** il faut notamment renforcer les liens

--- Entre les sites de dépistage et les ONG travaillant sur les populations clés mais ne possédant pas de CCDAG ou de point de dépistage.

--- Entre les sites de dépistage et les services prenant en charge les malades atteints de tuberculose et les consultations d'IST.

**2. Après le dépistage :**

--- Pour les personnes dépistées séronégatives et les partenaires séronégatifs des PVVIH, il faut construire et renforcer les liens avec les services de prévention, notamment, pour l'accès aux préservatifs et, pour les UDI, avec les services de réduction des risques.

--- Pour les personnes dépistées séropositives, il faut construire et renforcer les liens avec les services de prise en charge médicale (service des maladies infectieuses des 4 centres universitaires) et de soutien (organisations de la société civile, accompagnement psycho-social, services de médiation thérapeutique, etc.).

Par ailleurs, le renforcement de ces différents liens passe par la coordination entre les différents acteurs (réunions de coordination), la simplification du circuit de la confirmation et de la prise en charge et l'amélioration du système de rétro-information.

## VI--- Indicateurs de suivi---évaluation

Les indicateurs fournissent des informations sur l'état des activités de chaque étape du programme. Il est très important de choisir un nombre limité d'indicateurs qui seront réellement utiles pour les gestionnaires du programme.

En effet, il existe une tendance à récolter des informations sur de nombreux indicateurs et à ne pas en tirer réellement profit ou à les communiquer aux niveaux où elles ne seront et ne pourront pas être utilisées pour une prise de décision efficace.

En gardant à l'esprit que le suivi sert à mesurer les tendances temporelles, il est donc important que les méthodes utilisées doivent être cohérentes et rigoureuses afin de pouvoir effectuer des comparaisons utiles.

Par ailleurs, les indicateurs suivis doivent être compatibles et inclus dans le plan national de suivi---évaluation.

Enfin, les informations provenant des activités de suivi doivent être revues périodiquement afin d'évaluer la performance du programme de conseil et test VIH et d'en améliorer les procédures, dans le cadre du programme globale d'évaluation du PNLIS.

A titre indicatif, voici un set d'indicateurs utiles pour le monitoring de l'activité de conseil et test VIH.

### 1---Indicateurs au niveau des sites de conseil et test VIH :

- Nombre de personnes conseillées et testées pour le VIH (avec ventilation par âge, sexe et appartenance à une population clé).
- Nombre de personnes conseillées pour le VIH et non testées.
- Nombre de personnes conseillées et testées et qui connaissent leur statut sérologique (ont reçu le résultat de leur test).
  - Pourcentage de personnes âgées entre 15 et 49 ans conseillées et testées et qui connaissent leur statut sérologique au cours des 12 derniers mois, indicateur UNGASS 7.
  - Pourcentage de populations clés, âgées de plus de 15 ans, conseillées et testées et qui connaissent leur statut sérologique au cours des 12 derniers mois, indicateur UNGASS 8.

### 1.1--- Indicateurs pour le CTV à l'initiative du soignant

- Nombre de personnes conseillées et testées pour le VIH avec ventilation par âge, sexe et par contexte : TB, IST, Hépatites, signes cliniques, AES, viol et appartenance à une population clé populations migrantes et carcérales, partenaires UDI, clients de TS.
- Nombre de personnes conseillées pour le VIH et non testées.
- Nombre de personnes conseillées et testées pour le VIH et qui ont reçu le résultat de leur test.
- Pourcentage de femmes enceintes conseillées et testées et qui ont reçu le résultat de leur tests (connaissent leur statut sérologique) par rapport à toutes les femmes enceintes prises en charge dans les CPN.
- Pourcentage de patients tuberculeux conseillés et testés et qui ont reçu le résultat de leur tests (connaissent leur statut sérologique) par rapport à tous les patients tuberculeux pris en charge.
- Pourcentage de patients IST conseillés et testés et qui ont reçu le résultat de leur tests (connaissent leur statut sérologique) par rapport à tous les patients IST pris en charge.
- Pourcentage de patients atteints d'hépatite B et C conseillés et testés et qui ont reçu le résultat de leur tests (connaissent leur statut sérologique) par rapport à tous les patients atteints d'hépatite B et C pris en charge.

- Pourcentage de patients atteints d'hépatite B et C conseillés et testés et qui ont reçu le résultat de leur tests (connaissent leur statut sérologique) par rapport à tous les patients atteints d'hépatite B et C pris en charge. A séparer
- Nombre de tests positifs avec ventilation par population.

### **1.2--- Indicateurs pour le CTV volontaire**

- Nombre de personnes conseillées et testées pour le VIH avec ventilation par âge, sexe, appartenance à une population clé, type de structure (CCDAG, CSB, ONG) et populations migrantes et carcérales, partenaires UDI, clients de TS.
- Nombre de personnes conseillées et non testées.
- Nombre de personnes conseillées et testées et qui ont reçu le résultat de leur test.
- Nombre de tests rapides positifs.
- Pourcentage de cas de test rapide positif qui ont été adressés pour la confirmation et qui ont été réceptionnés au laboratoire de confirmation.
- Pourcentage de tests rapides positifs confirmés par Western Blot.

### **1.3--- Indicateurs pour le CTV obligatoire**

- Nombre d'unités de sang testées.
- Nombre d'unités de sang testées positives pour le VIH.

### **2--- Indicateur de qualité :**

- Pourcentage de sites de dépistage qui répondent aux normes nationales de qualité (définies lors de la mise en place du système d'assurance qualité)
  - Cet indicateur pourra être désagrégé par région géographique, type de site (CCDAG, CSB, ONG, CTV à l'initiative du soignant, etc.), secteur (public, privé, ONG), prestataire (professionnel de santé, agent communautaire, etc.).

### **3--- Indicateur de couverture :**

- Nombre de sites offrant les services de CTV (désagrégation possible par région, site, secteur, etc.)

### **4---Autres indicateurs :**

- Nombre de consultants séropositifs confirmés et pris en charge (suivis et traités si éligible) dans les services cliniques.
- Rapport du nombre de nouvelles personnes prises en charge dans les services cliniques/nombre de nouvelles personnes testées séropositives pour le VIH (tous contextes de CTV confondus).
- Indicateurs du programme de PTME :
  - Nombre et pourcentage de femmes enceintes en CPN testées au VIH.
  - Taux de séropositivité au VIH chez les femmes enceintes testées au VIH.
  - Nombre et pourcentage de femmes enceintes testées positives au VIH ayant reçu le résultat du test.
  - Nombre et pourcentage de femmes enceintes testées positives au VIH ayant reçu le résultat du test et prises en charge dans un centre de soins.
  - Nombre et pourcentage des femmes enceintes vivant avec le VIH ayant reçu des ARV.
  - Nombre et pourcentage des enfants exposés ayant reçu une prophylaxie post-exposition.
  - Nombre et pourcentage d'enfants exposés au VIH et testés par PCR---ARN à la naissance.
  - Nombre et pourcentage d'enfants confirmés positifs.

### **5---Indicateurs spécifiques au dépistage mobile (en plus des autres) :**

- Nombre de jours d'activité
- Nombre de points de dépistage couverts (ventilation par région, jour et nuit)

### **6---Indicateurs de couverture d'intrants :**

- Nombre de jours de ruptures de stocks d'intrants au sein des sites de CTV.

## **VII--- Qualité du conseil et test VIH**

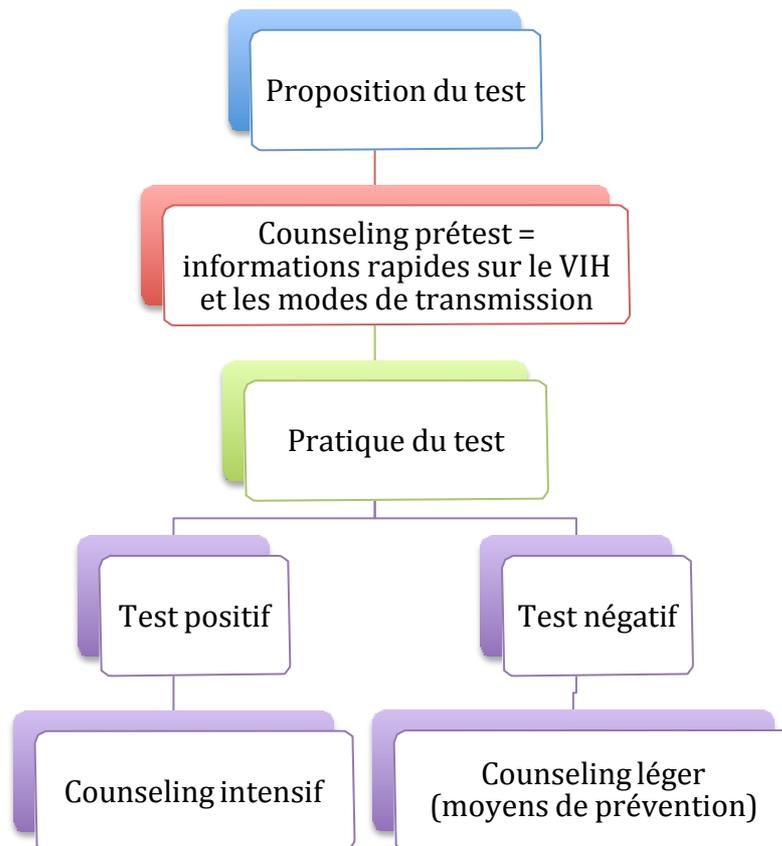
Un service CTV de qualité peut être défini comme un service accessible et qui répond aux besoins des consultants et des prestataires d'une manière équitable et acceptable, selon les ressources disponibles et en conformité avec les directives nationales.

La qualité en matière de test VIH sous---entend que le test n'est pas effectué sous la contrainte, la personne ayant exprimé son consentement éclairé et que, sur le plan technique, le test est correctement réalisé, en toute sécurité, en suivant scrupuleusement les procédures. Le test donne lieu à un résultat valide, fiable et confidentiel. Par ailleurs, le prestataire ou la structure dans laquelle il exerce participe à un programme d'évaluation externe de la qualité.

Un counseling de qualité est un counseling accessible à tous, basé sur le non---jugement et centré sur le consultant. Le but du counseling est d'accroître les connaissances du consultant en matière de prévention de l'infection à VIH et d'appréhender la réduction des risques. La qualité dans le counseling se traduit également par une référence appropriée, le cas échéant, et un suivi adapté.

Il est toutefois rappelé que, dans le cadre du CTV à l'initiative du soignant, le counseling peut être réduit à une information rapide sur le test VIH, de même qu'une information de groupe peut être délivrée. En cas de test positif, le counseling sera alors renforcé. En cas de test négatif, le counseling sera léger et orienté vers les moyens de prévention (figure 4)

**Figure 4 :** Schéma du counseling pré et post-test



En définitive, toute politique d'assurance qualité doit se pencher sur toutes les composantes du CTV, y compris l'aspect technique du test :

- Aspects opérationnels des sites de dépistage, en termes d'accessibilité, de normes des bâtiments, d'horaires, l'existence de procédures adaptées de tout le processus et leur respect, etc.
- Qualité du counseling, notamment par l'observation directe des activités et le recueil de la satisfaction des usagers.
- Aspects techniques et logistiques du test rapide de dépistage, incluant le contrôle de qualité des échantillons, la gestion des stocks et des déchets, la réalisation du test de dépistage, etc.
- Ressources humaines et formation, avec validation des programmes de formation et supervision des personnels impliqués dans le processus de CTV.
- Suivi des indicateurs et évaluation périodique des programmes mis en place.

**Figure 5 : Processus de conseil et test VIH**



\* : Milieu clinique, CCDAG, communauté, centres de santé de base, institutions spéciales (réduction des risques, prisons...), cabinets de médecine libérale.

## VIII--- Mesures de soutien

La réussite d'une stratégie de dépistage dépend, pour une grande part, des mesures de soutien qui sont mises en place. La mise à disposition de kits de tests et l'ouverture de points de dépistage ne permettent certes pas à elles seules d'attirer les candidats au test et de faire réussir une stratégie. L'infection à VIH est une pathologie dont les différents déterminants ne sont pas uniquement médicaux, mais comportent une composante sociale, psychologique et communautaire importante. Aussi, en parallèle à la mise en place de la stratégie de dépistage, il est important de s'assurer que les éléments suivants sont aussi pris en compte :

**1. La délégation de tâches :** les médecins sont souvent surchargés et n'ont souvent pas le temps nécessaire à consacrer au counseling, aussi simplifié fût-il. D'un autre côté, de plus en plus d'actes se font par les autres professionnels de santé, comme les infirmiers et sages-femmes sous la responsabilité du médecin. Enfin, l'utilisation du TDR et son interprétation sont simples et ne nécessitent qu'une formation de base à un personnel déjà familiarisé avec les tests diagnostiques. Aussi, et comme cela a été adopté dans de nombreux pays du monde, la Tunisie pourrait-elle envisager de permettre la délégation de la tâche de CTV à des professionnels de santé dûment formés et sous la responsabilité d'un médecin. L'expérience sur le terrain a prouvé que cette délégation de tâches s'avère particulièrement intéressante dans les consultations prénatales avec des sages-femmes proposant le test et le counseling, avec sa réalisation et son interprétation (test rapide VIH), ou dans les centres de soins (consultations de tuberculose, IST, etc.) par les infirmiers. La délégation de cette tâche bien spécifique peut également se faire aux agents communautaires dans le cadre du dépistage communautaire (voir plus haut).

**2. L'implication du secteur privé** est pertinente à plus d'un titre. Elle doit comprendre une formation---informations---sensibilisation des professionnels de santé du secteur privé (médecins, laboratoires privés, cliniques privées et pharmacies). Par ailleurs, les médecins peuvent avoir la possibilité d'être associés au dispositif de conseil et test VIH (volontaire et, surtout, à l'initiative du soignant) sur la base du volontariat, en ciblant en priorité les médecins généralistes, gynécologues, dermatologues, infectiologues, urologues.

Il est également important d'organiser des réunions d'information sur la stratégie de dépistage et de diffuser l'information sur la possibilité d'implication des médecins privés, par le biais des bulletins professionnels d'informations, les sociétés savantes, le conseil national de l'ordre des médecins et la mise en place un réseau « ville---hôpital » pour renforcer la collaboration entre médecins du secteur public et du secteur privé.

**3. Un engagement politique fort en faveur de la planification, du suivi de la stratégie et de la mobilisation des ressources nécessaires.** Le PNLS doit jouer un leadership important, fédérant les différentes composantes du programme, et plaider, auprès de l'administration centrale, en faveur de la mobilisation des ressources adéquates, aussi bien humaines que matérielles. Le PNLS doit, notamment, anticiper l'augmentation du nombre de personnes dépistées positives qui seront suivies dans les centres de prise en charge et éligibles au traitement antirétroviral.

**4. Une mobilisation communautaire et une participation des communautés concernées, y compris les PVVIH et les populations clés.** Celles---ci doivent être impliquées dans la formulation de la mise en œuvre et le suivi de la stratégie. Par ailleurs, il est important également que toutes les composantes de la riposte au VIH soient équitablement représentées et impliquées dans le processus, notamment (mais pas seulement) les ONG, les institutions académiques, le secteur privé, le secteur de médecine de travail, etc.

**5. Un environnement favorable,** notamment au regard des lois et politiques qui doivent être mises en conformité avec les nouvelles recommandations. Ainsi, outre les lois criminalisant l'homosexualité et la consommation de drogues, qui constituent un frein à une politique de prévention efficace, il existe également quelques règlements qui doivent être mis en conformité, comme celui permettant le CTV pour les adolescents à partir de 15 ans sans accord parental préalable, la délégation du dépistage aux non---médecins ou la non application de l'anonymat en dehors des CCDAG.

**6. Lutte contre la stigmatisation et la discrimination et communication sociale et médiatisation.** La stigmatisation et la discrimination constituent un obstacle majeur à l'efficacité des programmes de prévention, de dépistage, de prise en charge et de soutien en matière d'infection à VIH. Ainsi, parmi les répercussions négatives de la stigmatisation et la discrimination, on peut citer le refus ou la réticence à connaître son statut sérologique (et donc faible utilisation des services de dépistage), le faible accès au traitement et aux services de soutien, l'accroissement de la vulnérabilité, ce qui expose au risque d'accélérer la progression de la maladie pour les PVVIH qui s'ignorent et d'accroître le risque de transmission du VIH à d'autres personnes.

Il est donc primordial de mettre en place un programme de lutte contre la stigmatisation et la discrimination, agissant sur leurs causes profondes (faibles ou fausses connaissances en matière de VIH, peur de la contamination, non---respect du droit des personnes, absence de moyens de protection notamment pour les personnels de santé dans les différents établissements de santé, les CCDAG et les espaces jeunes, etc.). L'implication de la communauté est ici aussi primordiale, avec l'implication notamment des PVVIH qui peuvent servir de modèles « positifs ».

Une part importante de cette lutte contre la stigmatisation et la discrimination passe par une communication efficace, notamment des campagnes d'information du public pour sensibiliser sur le VIH et le sida, promouvoir les droits des PVVIH, et les avantages de connaître son statut sérologique, et fournir des informations sur les services disponibles pour le dépistage du VIH, la prévention, les soins et le soutien.

Les PVVIH et les populations clés doivent être impliquées dans la formulation, la mise en œuvre et le suivi de ces campagnes.

**7. La mise en place d'une stratégie de prophylaxie post-exposition (PEP)**, destinée d'une part aux professionnels de santé et, d'autre part, au public dans des circonstances bien particulières. Ainsi, pour les professionnels de santé, elle doit faire partie d'un package de protection, incluant la formation aux précautions universelles et la mise à disposition de matériel adéquat. La possibilité de PEP permet également de réduire la peur de la transmission parmi les soignants et, donc, la discrimination qu'ils pourraient exercer à l'encontre des PVVIH ou supposées vivre avec le VIH. Dans les CCDAG et les points de dépistage utilisant le test rapide, le prélèvement se faisant au bout du doigt, le risque est quasi-nul et il n'est pas nécessaire de mettre, dans chaque point utilisant les tests rapides, un kit de PEP, les personnels de ces structures pouvant être dirigés, dans le cas exceptionnel d'un accident d'exposition au sang, vers le point PEP le plus proche.

Pour le public, la mise à disposition d'un kit de PEP dans les salles d'urgence peut s'avérer utile dans les cas de viol ou de rupture de préservatif au sein d'un couple sérodiscordant.

**8. Encouragement de la recherche scientifique** dans le but de produire des données fiables sur lesquelles les politiques et les stratégies futures seront basées. La définition des choix des axes de recherche et la mise en œuvre de celle-ci doivent également faire l'objet d'un consensus entre les décideurs politiques, les académiques et les populations concernées par la recherche.

**9. La formation adéquate des personnels** : La formation est fondamentale dans la mise en place et le fonctionnement d'un programme de CTV, elle est la garante de la qualité des services et de son maintien.

Bien que toute mise à l'échelle sous-entend une normalisation et une banalisation du test VIH, il n'en demeure pas moins que la pratique d'un test VIH reste un examen particulier, et pas seulement eu égard à la discrimination et de la stigmatisation qui entourent encore l'infection à VIH. En effet, l'exercice du conseil pour le VIH, dans certaines conditions et avec certaines populations, soulève de nombreuses questions éthiques qui peuvent entraîner des mauvaises pratiques si elles ne sont pas clairement traitées. Ainsi, les prestataires doivent parfois faire face à des situations qui pourraient les mettre mal à l'aise (conseil pour les jeunes filles par exemple) ou qui sont contraires à leurs propres convictions (homosexualité ou travail du sexe).

C'est pour cela qu'une formation devrait être obligatoire avant de se lancer dans le CTV.

La formation doit comporter un volet général (sur les principes éthiques et déontologiques du CTV) ainsi que sur les domaines spécifiques d'intervention du personnel formé (notamment, une formation en counseling VIH).

En outre, les personnes amenées à réaliser un test rapide VIH et à l'interpréter doivent bénéficier d'une formation spécifique qui comporte, au minimum, les éléments suivants :

- Notions d'immuno-virologie sur le VIH et les principes de fonctionnement du test rapide.
- Procédures de prélèvement, conditionnement et de transport des tests rapides.
- Notions de sécurité biologique (précautions universelles).
- Principes du dépistage du VIH.
- Interprétation des tests.
- Gestion des déchets.
- Notions d'assurance qualité et de contrôle de la qualité.
- Données de gestion dans les centres de dépistage, y compris la gestion des stocks et la collecte des informations.

--- Entraînement pratique.

Mais la formation ne s'arrête pas uniquement au moment du démarrage de l'activité, elle doit être continue, visant un maintien des acquis et compétences et une mise à jour régulière des connaissances et des aptitudes.

**10. Enfin, il n'est nul besoin de rappeler l'importance du respect des conditions éthiques et des droits humains** quel que soit le mode, le lieu, le but ou le prestataire du dépistage.

Ainsi, tout CTV doit respecter la règle des « 5C », qui sont :

- **Confidentialité** : le respect de la confidentialité doit être total, absolu et ne souffrir d'aucune exception, permettant de construire une relation de confiance entre usagers et structures de dépistage.
- **Counseling** : en pré---test aussi bien qu'en post---test. S'il est des situations où le counseling pré---test gagne à être allégé (par exemple, comme dans le conseil et test à l'initiative du prestataire de soins), il n'en reste pas moins obligatoire.
- **Consentement éclairé** : l'obtention du consentement du candidat au test est obligatoire. Le candidat doit être pleinement conscient de la portée de son consentement et prêt à en assumer les conséquences. Le consentement éclairé permet de garantir le respect de la volonté et la dignité des personnes dans tout conseil et test VIH.
- **résultat Correct du test** : tout doit être mis en œuvre afin de garantir que les résultats des tests rendus aux personnes testées sont corrects et pertinents, quels que soient le type de test utilisé ou le contexte.
- **Connexion avec les services de soutien et de prise en charge** : elle est fondamentale et constitue la raison d'être du dépistage. Le dépistage n'est pas mis en œuvre pour obtenir des statistiques ou identifier les personnes séropositives pour le VIH mais bien pour que celles---ci et la communauté puissent jouir pleinement des avantages et retombées positives de la connaissance du statut sérologique.

## **IX--- Axes de travail**

**1--- Renforcer le conseil et test VIH à l'initiative du soignant dans les structures de santé et l'élargir. Il doit être proposé dans les situations suivantes :**

- Suspicion ou de diagnostic d'une IST.
- Suspicion ou de diagnostic d'une tuberculose.
- Hépatite virale B ou C en présence de facteurs de risque associés.
- Manifestation cliniques évocatrices de primo---infection ou d'infection chronique à VIH.
- Femmes enceintes au cours de la première consultation prénatale et au cours de la consultation du 6<sup>ème</sup> mois, comme préconisé dans le cadre de la stratégie de PTME
- En cas de viol.
- Chez les partenaires séronégatifs au sein des couples sérodiscordant.
- En consultation pré-nuptiale.

**2--- Intensifier le conseil et test volontaire dans les structures de santé, les CCDAG et les ONG :**

- Renforcement et rentabilisation des CCDAG (exemple : intégration dans une structure de santé ou espace jeune des centres ONFP).
- Création de « points de dépistage » offrant un conseil et test à l'aide de trousse rapide dans les CSB situés dans les zones à haute concentration de populations clés.
- Ouverture de « points de dépistage » au sein des ONG.
- Autorisation et mise en place de la délégation de tâche de CTV au personnel paramédical.

### **3--- Renforcer le conseil et test VIH auprès des populations clés par :**

- Ciblage de l'offre de conseil et test aux populations clés.
- Mise en place le dépistage par une équipe mobile dans le cadre des activités extramuros de proximité destinées aux populations clés.
- Instauration le conseil et test périodique pour les populations clés.
- Envisager le conseil et test démedicalisé (paramédical et communautaire).
- Renforcer les capacités des centres de dépistage à mettre en place des programmes de prévention spécifiques.

### **4 --- Maintenir le test VIH obligatoire chez les donneurs de sang et d'organes en utilisant des tests sérologiques Elisa les plus sensibles et les plus récents.**

### **5--- Mettre en place les algorithmes de diagnostic biologique révisés.**

**6--- Renforcer le système de coordination entre les différents acteurs du conseil et test VIH et de la prise en charge (centres de dépistage et les services hospitaliers) afin de réduire les délais d'accès aux soins et les perdus de vue.**

**7 - Impliquer le secteur privé, notamment en lui offrant la possibilité de rejoindre le dispositif de CTV volontaire.**

**8--- Mettre en place un programme de formation adéquat de tous les personnels concernés.**

**9--- Mettre en place un système d'assurance qualité incluant toutes les composantes du conseil et test VIH :**

- Aspects opérationnels (y compris les moyens de prévention).
- Qualité du counseling.
- Aspects techniques du test rapide.
- Formation et suivi---évaluation.

**10--- Veiller à opérationnaliser la stratégie de CTV dans tous les secteurs, en particulier la Justice (milieu carcéral), la Défense nationale, l'Intérieur, les Affaires Sociales (médecine du travail).**

**11--- Mettre en place les mesures de soutien nécessaire à la réussite de la stratégie avec notamment :**

- Assurance d'un environnement favorable, notamment la mise en conformité des textes de lois avec la stratégie de CTV.
- Lutte contre la discrimination et la stigmatisation et respect des droits humains et de l'éthique.
- Communication sociale et médiatisation.
- Mise en place d'une stratégie de prophylaxie post---exposition.
- Encouragement de la recherche scientifique.

## Références

- 1---Statement on HIV testing and counseling: WHO, UNAIDS re---affirm opposition to mandatory HIV testing :  
[http://www.who.int/hiv/events/2012/world\\_aids\\_day/hiv\\_testing\\_counselling/en/index.html](http://www.who.int/hiv/events/2012/world_aids_day/hiv_testing_counselling/en/index.html)
- 2--- OMS --- Prévention et traitement du VIH et des autres infections sexuellement transmissibles chez les travailleuses du sexe dans les pays à revenu faible ou intermédiaire : recommandations pour une approche de santé publique. 2012
- 3--- OMS. Guide du conseil et du dépistage du VIH à l'initiative du soignant dans les établissements de santé. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2007. Disponible en français à l'adresse : <http://www.who.int/hiv/pub/vct/pitc2007/en/> (consulté le 8 juin 2012).
- 4--- OMS. Rendre les résultats d'un test VIH, communiquer les messages pour refaire le test et fournir un conseil à l'adulte. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2010. Disponible en français à l'adresse : [http://www.who.int/hiv/pub/vct/hiv\\_re\\_testing/fr/index.html](http://www.who.int/hiv/pub/vct/hiv_re_testing/fr/index.html) (consulté le 8 juin 2012).
- 5--- OMS. Guidance on HIV testing and counseling for adolescents and care for adolescents living with HIV. Geneva, World Health Organization, 2013
- 6--- WHO, UNODC, UNAIDS. Interventions to address HIV in prisons. Evidence for action technical papers. Geneva, WHO, 2007
- 7--- OMS, UNODC, ONUSIDA, OMT, PNUD. Policy brief. HIV prevention, treatment and care in prisons and other closed settings: a comprehensive package of interventions.
- 8--- OMS. Service delivery approaches to HIV testing and counseling (HTC): a strategic HTC policy framework. 2012
- 9--- Delaugerre C, Simon F : Les « Trod » : des outils pour le dépistage du VIH ? Feuilles de Biologie 2012, 304 : 1---9.
- 10--- Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH. Recommandations du groupe d'experts français. Rapport 2013.
- 11--- Ministère de la Santé. Trithérapie antirétrovirale. Recommandations de Pratique Clinique, 2013.