



MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE  
ET DE LA LUTTE CONTRE LE SIDA  
CABINET DU MINISTRE

N° 630 / 5706 / CAB / 2018

V/Réf/

N/Réf/

Objet: **Information sur les nouveautés en matière du dépistage  
et du traitement du VIH**

Mesdames, Messieurs

Notre pays s'est engagé à atteindre les objectifs de la stratégie fast track 90-90-90 à l'horizon de 2020. Pour pouvoir les atteindre des stratégies innovantes doivent être introduites en matière du dépistage, du traitement et suivi des personnes vivant avec le VIH.

Dans le but d'améliorer le rendement des activités du dépistage du VIH et la qualité du traitement offert aux PVVIH, en plus des orientations se trouvant dans les directives nationales 2016 d'utilisation des ARV pour la prévention et le traitement de l'infection au VIH, il est recommandé de mettre en œuvre les nouveautés sur le dépistage et l'introduction du nouveau schéma de traitement chez les adultes dont les détails se trouvent dans les addendum en annexe .

Veillez agréer, Mesdames, Messieurs, l'assurance de ma considération distinguée.

**LE MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE  
ET DE LA LUTTE CONTRE LE SIDA**

Dr Thaddée NDIKUMANA



REPUBLIQUE DU BURUNDI

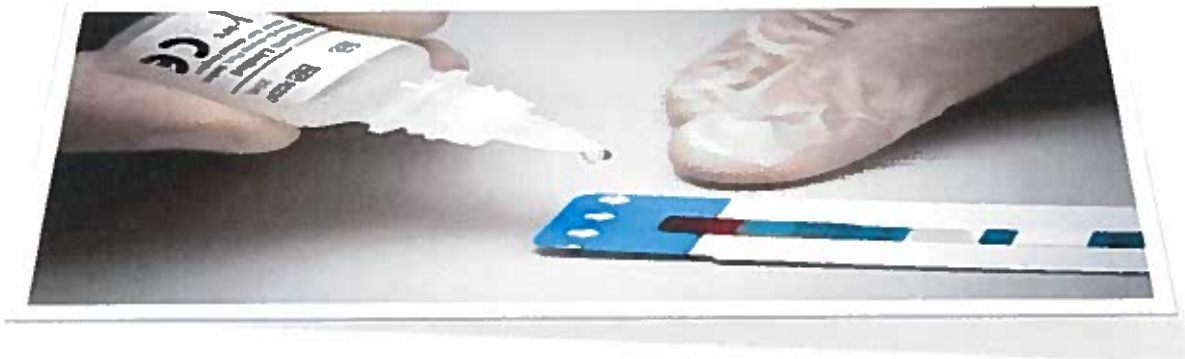


MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE  
ET DE LA LUTTE CONTRE LE SIDA



PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE  
CONTRE LE VIH/SIDA ET LES IST

ADDENDUM AUX DIRECTIVES NATIONALES D'UTILISATION DES ANTIRETROVIRAUX  
POUR LA PREVENTION ET LE TRAITEMENT DU VIH



NOUVELLES ORIENTATIONS EN MATIÈRE DE DÉPISTAGE  
ET DE DIAGNOSTIC DE L'INFECTION A VIH

Juillet 2018



## TABLE DES MATIERES

Table des matières	2
Acronymes	3
I. Contexte et justification	4
II. Définitions	5
III. Conseil et dépistage du VIH	6
3.1 Principes généraux	6
3.2 Nouvelles approches en matière de dépistage	7
3.2.1 Dépistage à partir d'un cas-index (Index testing)	7
a) Dépistage des enfants biologiques de moins de 15 ans	7
b) Dépistage des partenaires sexuels d'un cas-index	8
c) Dépistage des partenaires usagers de drogues injectables	8
d) Renforcement de l'acceptabilité de la notification aux partenaires	8
3.2.2 L'auto-test	9
a) Principe	9
b) Intérêts	9
3.2.3 Le dépistage ciblé (lors des demandes volontaires de test ou lors du dépistage initié par le prestataire)	10
a) Principe	10
b) Intérêt	10
IV. Diagnostic précoce de l'infection à VIH chez les enfants	10
V. Liaison au traitement	11
Bibliographie	12



## ACRONYMES

<b>ARV</b>	Antirétroviraux
<b>CDV</b>	Conseil et Dépistage Volontaire
<b>FOSA</b>	Formation Sanitaire
<b>IST</b>	Infections Sexuellement Transmissibles
<b>MSPLS</b>	Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida
<b>OMS</b>	Organisation mondiale de la santé
<b>ONUSIDA</b>	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida
<b>PEPFAR</b>	Plan présidentiel américain d'aide d'urgence à la lutte contre le sida
<b>POC</b>	<i>Point of Care</i> (Point de service ou lieu de soins)
<b>POCT</b>	<i>Point of Care Testing</i> (Testing sur le lieu de soins)
<b>PTME</b>	Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant
<b>PVVIH</b>	Personne Vivant avec le VIH
<b>e-TME</b>	Élimination de la Transmission de la Mère à l'Enfant
<b>UDI</b>	Usager de Drogues Injectables
<b>VIH</b>	Virus de l'Immunodéficience Humaine
<b>VBG</b>	Violences Basées sur le Genre
<b>VPI</b>	Violence exercée par un Partenaire Intime



## I. CONTEXTE ET JUSTIFICATION

Le présent addendum met à jour le chapitre sur le dépistage et le diagnostic de l'infection à VIH au Burundi contenu dans les directives nationales d'utilisation des ARV pour la prévention et le traitement du VIH, publiées en septembre 2016. Il répond à la volonté du Ministère de la Santé publique et de Lutte contre le SIDA d'orienter les acteurs de la réponse au VIH sur les nouvelles stratégies de dépistage. En effet, les offres de dépistage et de diagnostic de l'infection à VIH se sont diversifiées et améliorées, et des recommandations nouvelles ont été publiées par l'OMS<sup>1</sup>. Cette diversification des outils de dépistage est utile pour étendre la couverture du dépistage du VIH et atteindre l'objectif de 90% de personnes vivant avec le VIH qui connaissent leur statut sérologique. Ces outils restent insuffisamment mis en œuvre pour répondre à la diversité des populations ciblées.

La réflexion actuelle porte également sur l'allocation optimale des moyens consacrés au dépistage et au diagnostic de l'infection à VIH, ainsi que les stratégies pouvant conduire à de meilleurs rendements. En effet, selon le rapport 2017 du PNL/IST, le rendement actuel du dépistage est faible : 14 496 personnes ont été dépistées positives sur un total de 1 603 095 personnes testées, soit un taux de positivité de 0,9 % à la fin décembre 2017<sup>2</sup>. Ce rendement varie de 0,33% à Bujumbura Rural à 2,56 % à Bujumbura Mairie. La poursuite des stratégies actuelles de dépistage ne permettra de combler le gap de 11 887 personnes estimées séropositives, qui ne connaissent pas leur statut sérologique. Des stratégies de dépistage innovantes et mieux ciblées sont nécessaires pour atteindre ces personnes.

C'est ainsi que dans le cadre du nouveau plan stratégique national 2018-2022 et du plan national de rattrapage pour la période 2018-2020, une combinaison de stratégies complémentaires ont été retenues :

- **Tester et traiter (Test and start)** : le traitement antirétroviral est proposée le plus tôt possible, et de préférence le même jour, à toute personne ayant été dépistée positive.
- **Tester moins, avec davantage de rendement (Test less, yield more)** : Cette stratégie vise l'amélioration de la qualité et du rendement des services de dépistage grâce à l'utilisation d'approches innovantes et ciblées, parmi lesquelles le dépistage à partir d'un cas positif, communément appelé cas-index, l'auto-test et le dépistage ciblé (utilisation de l'outil de screening du VIH). Au niveau mondial, ces approches ont fait la preuve de leur efficacité et de leur acceptabilité. Les services de dépistage doivent cibler les enfants, le conjoint (e) et autres partenaires sexuels de la personne VIH+. En effet, le dépistage à partir d'un cas index, qui était auparavant ciblé sur la famille (dépistage familial), doit s'étendre et toucher dorénavant les autres partenaires sexuels en dehors du couple. Ces services

<sup>1</sup> WHO (DECEMBER 2016). GUIDELINES ON HIV SELF-TESTING AND PARTNER NOTIFICATION. SUPPLEMENT TO CONSOLIDATED GUIDELINES ON HIV TESTING SERVICES.

<sup>2</sup> Rapport annuel 2017 du PNL/IST



doivent aussi concerner les personnes les plus à risque (les jeunes et adolescents, les hommes qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes, les professionnels du sexe, les usagers de drogues injectables, les détenus...) et se focaliser sur les lieux où le risque d'infection et de transmission est le plus important. Le rendement sera ainsi plus élevé, et l'équité sera préservée.

Par ailleurs, un diagnostic précis et opportun de l'infection à VIH étant fondamental pour une mise en œuvre optimale de ces stratégies, la priorité est donnée à l'élargissement de la couverture des techniques de diagnostic précoce chez les enfants, en particulier l'utilisation des appareils portatifs (point of care). Ces innovations vont pallier certaines insuffisances de la réponse au VIH identifiées dans l'analyse de situation effectuée dans le nouveau plan stratégique national 2018-2022, notamment la faiblesse du dépistage précoce chez les enfants exposés, les adolescents et les jeunes.

## II. DEFINITIONS

**Autotest** : stratégie démedicalisée de testing selon laquelle une personne réalise elle-même un test à l'aide d'un kit de dépistage du VIH utilisé en privé, et d'interpréter elle-même les résultats. Pour être fiable, l'utilisation d'un autotest doit respecter le délai de « séroconversion » de trois mois après une prise de risque (exposition au VIH), ce qui correspond à la période entre l'instant de la contamination supposée et la détectabilité des anticorps.

**Cas-index (ou patient-index)** : il s'agit ici de la personne VIH positive, à partir de laquelle est effectuée la recherche active de ses enfants biologiques et de ses partenaires sexuels pour leur dépistage. Dans le cas où la personne VIH+ est UDI, il s'agira également de rechercher toute personne ayant partagé du matériel injectable avec elle.

**Point of care testing (POCT) (Diagnostic sur le lieu de soins)** : il s'agit d'une stratégie permettant d'utiliser des techniques innovantes de dépistage sur le lieu de soins. Le test est réalisé et interprété sur place, au plus près du patient, plutôt que de le faire dans un laboratoire central.

**Résultat réactif** : Un test est dit réactif lorsqu'il y a eu réaction à des éléments présents dans le sang ou le liquide buccal. Un test réactif ne signifie pas qu'il est positif. Tout autotest réactif doit être confirmé par un test classique de dépistage au niveau d'un FOSA.

**Risque social** : Le risque social est le risque que courent certaines personnes de subir un événement qui affectera leur position sociale, financière ou économique. Dans le cadre de la réponse au VIH, le risque social fait plus spécifiquement référence à la peur du rejet, de la stigmatisation et de la divulgation du statut sérologique. A cela s'ajoutent les craintes de rumeurs, de la honte et du déshonneur, ou la peur d'être doublement stigmatisé ou criminalisé en raison de son comportement sexuel, son orientation sexuelle ou l'usage de drogues



injectables. Le risque social ici est la probabilité de ruptures des liens conjugaux, familiaux et sociaux, suite à une divulgation du statut sérologique.

**Violence basée sur le genre** : violence exercée contre une personne à cause de son sexe biologique, de son identité sexuelle ou de son adhérence perçue à certaines normes sociales de masculinité et de féminité. Elle comprend les violences physiques, sexuelles, émotionnelles et psychologiques, ainsi que les menaces, les coercitions, la privation arbitraire de liberté et la privation des droits économiques, autant dans la vie publique que privée.

**Violence exercée par un partenaire intime (VPI)** : elle comprend toute forme de violence physique, sexuelle ou psychologique exercée par le partenaire, le conjoint ou l'époux actuel ou ancien. Elle concerne aussi bien les adultes que les jeunes qui sont dans une relation intime.

### III. CONSEIL ET DÉPISTAGE DU VIH

#### 3.1 Principes généraux

- Le dépistage du VIH est la porte d'entrée à l'accès à des services essentiels de prévention et de prise en charge de l'infection à VIH, et un élément clé du contrôle de l'épidémie.
- La démarche individuelle et volontaire de recours au dépistage de l'infection à VIH doit être encouragée et facilitée.
- Le dépistage à l'initiative du prestataire doit se baser sur un algorithme de décision pour apprécier le niveau de risque et éviter ainsi les tests inutiles.
- La proposition de dépistage doit toujours s'accompagner d'une information adaptée afin d'obtenir un consentement éclairé et une appréciation de la capacité de la personne à recevoir le résultat du test. Cette information et le counseling doivent être personnalisés et adaptés aux divers contextes de l'offre de dépistage et aux catégories de personnes concernées.
- La mise en œuvre d'une combinaison de stratégies diverses de dépistage est essentielle pour l'amélioration de la couverture des services de dépistage, de leur rendement et de leur efficience.



## 3.2 Nouvelles approches en matière de dépistage

Afin d'étendre les services de dépistage au Burundi, les trois approches suivantes vont être renforcées :

- le dépistage à partir d'un cas-index (*Index Testing*) et la notification des partenaires;
- l'auto-test;
- le dépistage ciblé (lors des demandes volontaires de test ou lors du dépistage initié par le prestataire).

Leurs principes sont décrits dans le présent chapitre.

### 3.2.1 Dépistage à partir d'un cas-index (Index testing)

Le dépistage à partir d'un cas-index fait référence à une approche qui vise à dépister autour d'une personne vivant avec le VIH toutes les personnes issues de ses réseaux sociaux et sexuels. Il peut s'agir :

- de ses enfants biologiques de moins de 15 ans ;
- de son (sa) conjoint(e)
- de ses autres partenaires sexuels anciens ou actuels ;
- des personnes qui partagent du matériel d'injection avec elle, lorsqu'il s'agit d'un cas-index usager de drogues injectables.

Le dépistage du conjoint ou de la conjointe étant déjà une pratique au niveau des formations sanitaires (FOSA), cet addendum met l'accent sur le dépistage et la notification de l'ensemble des partenaires sexuels. L'intérêt est d'augmenter de ce fait le rendement du dépistage, c'est-à-dire de la probabilité d'identifier et de dépister davantage de personnes vivant avec le VIH en utilisant moins de tests.

Le dépistage à partir d'un cas-index peut s'effectuer à l'aide de nouvelles approches telles que les services de notification aux partenaires, les mesures incitatives de recherche de cas, ou des modèles d'intervention faisant appel aux pairs.

La principale stratégie qui sera utilisée sera la notification aux partenaires, encore appelée recherche de contacts. Il s'agit d'une stratégie de dépistage ultra-ciblée, jugée la plus efficace partout où elle est mise en œuvre. Pour renforcer les mesures visant le contrôle de l'épidémie, la notification des partenaires devrait être réalisée sur l'ensemble des personnes vivant avec le VIH, y compris celles déjà sous ARV.

#### a) Dépistage des enfants biologiques de moins de 15 ans

Ce dépistage comprend l'ensemble des actions de notification visant à encourager toute personne diagnostiquée positive à faire tester pour le VIH ses enfants biologiques de moins de





15 ans. Ce dépistage, mieux connu sous le nom de dépistage familial, contribue à interrompre la chaîne de transmission.

**b) Dépistage des partenaires sexuels d'un cas-index**

Ce dépistage se base sur l'ensemble des actions de notification verbale ou écrite visant à identifier, retrouver et encourager les partenaires sexuels d'une personne diagnostiquée positive, y compris son ou sa conjoint(e), à se faire tester pour le VIH. En cas de positivité, il contribue à interrompre la chaîne de transmission vers d'autres partenaires éventuels grâce à leur accès à des services de counseling, de prévention et de prise en charge.

**c) Dépistage des partenaires usagers de drogues injectables**

Ce dépistage se base sur l'ensemble des actions de notification visant à identifier, retrouver et encourager toute personne partageant du matériel d'injection avec une personne UDI diagnostiquée positive à se faire tester pour le VIH. Cette approche contribue également à interrompre la chaîne de transmission.

**d) Renforcement de l'acceptabilité de la notification aux partenaires**

Les recommandations de l'OMS concernant la notification aux partenaires font état de la triple nécessité de l'accord du cas index, de la confidentialité de la notification, ainsi que du soutien nécessaire à ce dernier pour que la démarche de notification soit effectuée dans les meilleures conditions. L'accompagnement du cas-index par le prestataire pour l'aider à comprendre sa responsabilité vis-à-vis de son ou ses partenaire(s) est alors considérée comme essentiel. Les aspects suivants doivent être considérés afin de renforcer l'acceptabilité de la notification aux partenaires :

- **Acceptabilité par le cas-index et ses partenaires :** le niveau de disposition et la capacité d'un cas-index (ou de son ou ses partenaires) à s'engager dans une démarche de notification est généralement fonction du contexte social dans lequel la relation sexuelle s'inscrit, du risque social encouru, ainsi que l'existence ou non de violence exercée par un partenaire intime (VPI). Le prestataire de soins doit évaluer les niveaux de risques et proposer des stratégies pour mettre en œuvre la stratégie d'index testing, sans conséquences négatives pour le cas index et/ou ses partenaires.
- **Acceptabilité par les prestataires de santé :** les prestataires des services doivent comprendre l'intérêt et les apports de cette démarche en termes de santé publique. Ils doivent être renforcés dans leurs capacités à proposer et mettre en œuvre la démarche d'index testing. Ils doivent également disposer d'outils de conseils, de suivi et de collecte de données.



### 3.2.2 L'auto-test

#### a) Principe

L'auto-test est défini par l'OMS<sup>3</sup> comme une stratégie au cours de laquelle le prélèvement et l'interprétation sont réalisés directement par la personne désirant faire le test, à l'aide d'un kit de test rapide, simple d'utilisation et destiné à être utilisé dans un environnement domestique. La réalisation de l'autotest par le patient doit résulter d'un choix libre, éclairé et autonome par le patient.

L'auto-test, qui est un test d'orientation, est réalisable soit sur le sang total (sang capillaire par piqûre au bout du doigt) soit sur le fluide gingival (fluide sécrété par le tissu conjonctif gingival). Il permet la détection des anticorps anti-VIH-1 et anti-VIH-2. Le kit est délivré sans prescription médicale.

L'interprétation peut s'effectuer seule ou en présence d'une personne de confiance. Cependant un résultat positif (réactif) doit être confirmé par un prestataire des soins selon l'algorithme national de dépistage. De même, un résultat négatif ne peut être considéré comme définitif en cas de prise de risque datant de moins de 3 mois. Il est donc essentiel qu'il y ait une référence vers une FOSA.

Il est également possible que la personne désirant faire le test se fasse assister par un prestataire ou un pair formé qui lui montre comment utiliser le kit d'auto-test et comment interpréter les résultats. Cette assistance vient en complément des instructions détaillées qui figurent dans le kit. Cela ne signifie pas que le test doit être réalisé obligatoirement en présence d'un prestataire.

#### b) Intérêts

L'autotest vient compléter la palette de l'offre de dépistage. La disponibilité de ce service contribue à améliorer l'accès aux services de dépistage, en particulier pour les populations clés, mais également les populations vulnérables, marginalisées, qui n'ont pas accès ou n'utilisent pas les services de dépistage existants. Les directives d'utilisation des ARV pour la prévention et le traitement du VIH/SIDA de septembre 2016 prennent déjà en compte cette stratégie, de même que le plan de mise en œuvre de ces directives. Le présent addendum vient renforcer et actualiser les orientations nationales à ce sujet.

---

<sup>3</sup>World Health Organization (2016). *Guidelines on HIV self-testing and partner notification: supplement to consolidated guidelines on HIV testing services*. World Health Organization.



### **3.2.3 Le dépistage ciblé (lors des demandes volontaires de test ou lors du dépistage initié par le prestataire)**

#### **a) Principe**

En plus du dépistage à partir d'un cas-index, le présent addendum préconise de mieux cibler le dépistage, que ce soit au niveau des CDV ou dans le cadre du dépistage à l'initiative du prestataire. Contrairement à ce qui se faisait au niveau des CDV ou même dans les structures de soins où le dépistage est proposé sans considérations de facteurs de risque, il est mis l'accent sur la nécessité d'utiliser de manière plus systématique un outil de screening clinique pour évaluer le niveau de risque à l'infection à VIH. Cet outil va permettre de repérer les personnes, adultes, adolescents comme enfants, présentant un risque significatif d'infection à VIH et d'éliminer toutes celles qui présentent des risques quasi-nulles.

#### **b) Intérêt**

L'intérêt du dépistage ciblé est double : il permet à la fois un meilleur rendement du dépistage et une meilleure utilisation des ressources disponibles.

## **IV. DIAGNOSTIC PRECOCE DE L'INFECTION A VIH CHEZ LES ENFANTS**

Depuis 2016, le Burundi est parmi les pays prioritaires pour la mise en œuvre de la stratégie super fast-track visant l'accélération de l'e-TME et la prise en charge pédiatrique. Selon le rapport annuel 2017 du PNLS/IST, le taux de dépistage des enfants exposés dans les 2 mois de vie reste faible : 14,31%.

La meilleure façon de dépister l'infection à VIH chez les nourrissons est d'utiliser des tests qui recherchent des signes de présence du virus dans le sang, en lieu et place de tests détectant des anticorps ou des antigènes. Ces tests nécessitent jusqu'à présent des infrastructures et une formation conséquente, de même qu'une procédure longue (attente pour avoir un nombre minimum d'échantillons, envoi des échantillons aux laboratoires, délais prolongés des analyses, durée longue de transmission des résultats vers les FOSA demandeurs, communication du diagnostic aux patients). Ces retards en cascade s'accumulent avant même le démarrage des traitements et élèvent le taux de perte de suivi des patients et diffèrent les décisions concernant les traitements.

Des techniques innovantes de dépistage sur le lieu de soins (Points of care) ont été mises sur le marché, facilement transportables, simples d'utilisation, moins chers, et ne nécessitant ni l'expertise d'un technicien en biologie moléculaire, ni l'utilisation d'une chaîne de froid. Leur intérêt est que davantage de nourrissons et d'enfants exposés au VIH peuvent être dépistés, avec des résultats rapides sur site, et recevoir le même jour un traitement qui leur sauvera la vie. Ils réduisent également le nombre de nourrissons et d'enfants perdus de vue. Leur utilisation contribuera à la réalisation des objectifs d'accélération de la riposte au VIH.

Pour relever le défi du faible dépistage des enfants nés de mères séropositives, l'utilisation d'appareils portatifs déjà pré-qualifiés par l'OMS en 2016 (ex : GeneXpert, Alere Q) est une occasion à saisir pour décentraliser le diagnostic précoce vers le niveau opérationnel et ainsi réduire le délai entre le prélèvement et remise des résultats. L'intérêt de ces appareils est de simplifier et d'automatiser la procédure. Cependant, ces appareils sont limités en termes de capacités et ne sont pas indiqués pour des files actives trop importantes.

## V. LIAISON AU TRAITEMENT

L'OMS<sup>4</sup>, en 2015, a publié de nouvelles recommandations précisant que "toute personne infectée par le VIH devrait commencer le traitement antirétroviral le plus tôt possible après le diagnostic", au plus tard dans les 7 jours après le résultat positif.

Depuis lors, des études ont renforcé cette orientation, et ont montré qu'une mise en route du traitement le jour même du diagnostic est faisable et est associée à une réduction de manière significative des déperditions des patients observés entre le moment du diagnostic et celui de mise sous ARV. Cela préserve ainsi les chances thérapeutiques des personnes séropositives, contribue à la réduction de la charge virale, à une meilleure préservation du système immunitaire, au ralentissement de la progression de la maladie, et à la diminution de la transmission ultérieure du VIH.

Cela suppose cependant que l'utilisation du TAR soit continue (bonne observance), afin que cela entraîne une indétectabilité de la charge virale.

Aussi, il est crucial que le dépistage soit suivi d'un counseling et d'une orientation rapide vers des soins (lorsque le test est positif) afin que l'amorce d'un TAR puisse être proposée. Les avantages de ce traitement précoce doivent être portés systématiquement à la connaissance des personnes nouvellement diagnostiquées positives à l'infection à VIH. Ces personnes, adultes comme enfants, doivent se voir proposer la possibilité de prendre leur première dose en présence d'un prestataire de soins. L'équipe de soins doit s'organiser pour faciliter l'initiation du traitement le jour du diagnostic et contribuer à lever les obstacles potentiels.

De plus, il est essentiel que les personnes sous TAR fassent l'objet d'exams et de tests sanguins réguliers afin de s'assurer que leur charge virale demeure indétectable. Toutes ces mesures sont importantes pour améliorer la santé des personnes séropositives et réduire la propagation du VIH.

---

<sup>4</sup> WHO (2015). Guideline on when to start antiretroviral therapy and on pre-exposure prophylaxis for HIV.



## BIBLIOGRAPHIE

**Burmen, B., & Mutai, K.** (2016). Development of a screening tool to improve the yield of HIV testing in Provider Initiated HIV testing and counseling for family-members of HIV infected persons and patients at Teaching and Referral Hospital.

**Ministère de la Santé et de la Lutte contre le SIDA. PNLS/IST.** (2016). Directives nationales d'utilisation des antirétroviraux pour la prévention et le traitement du VIH.

**Ministère de la Santé et de la Lutte contre le SIDA. PNLS/IST.** (2017). Rapport annuel.

**Oladele, E., Menson, W., Badejo, O. O., Onwasigwe, E., Iyamu, I., Olarinoye, A., ... & Ezeanolue, E. E.** (2018). Effects of index client and geo-targeting on HIV case identification: an observational study. *The Lancet Global Health*, 6, S10.

**Organisation Mondiale de la Santé.** (2016). Stratégie mondiale du secteur de la santé contre le VIH 2016-2021: vers l'élimination du SIDA.

**PEPFAR** (2018). PEPFAR 2018 Country Operational Plan Guidance for Standard Process Countries.

**World Health Organization** (2016). *Guidelines on HIV self-testing and partner notification: supplement to consolidated guidelines on HIV testing services*. World Health Organization.

**World Health Organization** (2016). *Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: recommendations for a public health approach*. World Health Organization.

**World Health Organization** (2015). *Consolidated Guidelines on HIV Testing Services: 5Cs: Consent, Confidentiality, Counselling, Correct Results and Connection 2015*. Geneva: World Health Organization; 2015 Jul. 8, **QUALITY ASSURANCE OF HIV TESTING**. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK316025/>



REPUBLIQUE DU BURUNDI



MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE  
ET DE LA LUTTE CONTRE LE SIDA



PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE  
CONTRE LE VIH/SIDA ET LES IST

**Addendum aux Directives Nationales d'utilisation des Antirétroviraux pour la  
prévention et le traitement du VIH**

**NOUVELLES ORIENTATIONS RELATIVES A L'INTRODUCTION GRADUELLE  
DU TLD (TENOFVIR + LAMIVUDINE + DOLUTEGRAVIR) AU BURUNDI**

**Juillet 2018**



## CONTEXTE ET JUSTIFICATION

Dans le cadre des efforts mondiaux visant à atteindre les cibles de traitement 90-90-90, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) propose, dans ses directives<sup>1</sup> publiées en juillet 2018, des options de traitement plus récentes, abordables et efficaces. L'OMS encourage notamment les pays à s'engager dans une transition rapide vers l'utilisation de la combinaison à dose fixe de Ténofovir (TDF) + Lamivudine (3TC) + Dolutégravir (DTG), connu sous le nom de TLD.

La molécule Dolutégravir présente un avantage sur les autres molécules actuellement utilisées, telles que Efavirenz et Névirapine, d'être plus efficace et mieux tolérée. L'introduction du TLD devrait conduire à une amélioration durable de la qualité et de la rétention aux traitements, une suppression plus rapide de la charge virale, une réduction du risque de transmission du VIH, une diminution du coût des schémas de traitement de première intention contre le VIH, et une réduction du besoin de schémas de deuxième et troisième ligne plus coûteux.

La stratégie de transition des pays vers le TLD est le fruit d'un effort coordonné des Gouvernements et des principaux partenaires impliqués dans la réponse au VIH/SIDA au niveau mondial, dans leur volonté d'atteindre le contrôle de l'épidémie d'ici 2020. Cette transition vers le TLD ne peut se faire dans chaque pays de façon isolée. Au lendemain de la diffusion des recommandations de l'OMS qui coïncident avec la révision des directives nationales du Burundi, il est apparu important d'adapter celles-ci à la volonté du gouvernement du Burundi de ne pas rester en marge de cet effort mondial et de proposer aux patients vivant avec le VIH l'accès à des schémas thérapeutiques plus efficaces, simples d'emploi et moins toxiques.

Le présent addendum aux directives nationales de 2016 se focalise sur le choix du Gouvernement burundais d'une introduction graduelle et sécurisée du TLD, en remplacement de la combinaison Ténofovir (TDF) + Lamivudine (3TC) + Efavirenz (EFV).

## LE DOLUTEGRAVIR (DTG) : DE QUOI S'AGIT-IL ET QUELS SONT SES AVANTAGES ?<sup>2</sup>

Le Dolutégravir appartient à la classe thérapeutique des inhibiteurs de l'intégrase. Il est utilisé en association avec d'autres médicaments antirétroviraux dans le traitement de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) chez les adultes et les enfants de plus de 3 ans. Considéré comme le meilleur de sa classe thérapeutique, il est déjà largement utilisé dans les pays à revenu élevé et est recommandé par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme un schéma alternatif de première intention contre le VIH.

Le Dolutégravir est disponible sous forme d'une combinaison thérapeutique à dose fixe à une prise unique par jour de Ténofovir (TDF) + Lamivudine (3TC) + Dolutégravir (DTG). Connu sous le

<sup>1</sup> WHO, UPDATE ON ANTIRETROVIRAL REGIMENS FOR TREATING AND PREVENTING HIV INFECTION AND UPDATE ON EARLY INFANT DIAGNOSIS OF HIV JULY 2018. POLICY BRIEF HIV TREATMENT – INTERIM GUIDANCE.

<sup>2</sup>Idem



nom de TLD, ce traitement efficace de première et éventuellement de seconde ligne contre le VIH est reconnu pour son efficacité et sa tolérance. Les études cliniques ont en effet démontré que les schémas thérapeutiques utilisant le Dolutégravir entraînent une suppression plus rapide de la charge virale, moins d'effets secondaires et d'interactions médicamenteuses, des taux plus bas d'arrêt du traitement, de même qu'une barrière génétique plus élevée contre la résistance aux médicaments en comparaison aux schémas actuels utilisés dans les pays à revenus faibles et les pays à revenus intermédiaires.

Cependant, les données préliminaires d'une étude conduite au Botswana ont signalé le risque potentiel que le Dolutégravir serait responsable de malformations sur le fœtus chez les femmes prenant le produit au moment de la conception. Un traitement à base de Dolutégravir devrait être évité au moment de la conception et en début de grossesse, jusqu'à ce que des études approfondies soient réalisées.

#### **LE TLD COMME TRAITEMENT DE PREMIERE INTENTION**

En 2017, L'OMS recommande l'introduction du Dolutégravir dans les schémas thérapeutiques nationaux.

Le Burundi a approuvé l'inclusion du TLD dans les directives nationales d'utilisation des antirétroviraux pour la prévention et le traitement du VIH comme traitement de première intention pour les hommes, les enfants de sexe masculin de plus de 35 kg et les femmes de plus de 49 ans (qui ne sont plus en âge de procréer). En attendant des données suffisantes sur la sécurité d'utilisation du Dolutégravir chez les femmes en âge de procréer et afin d'écartier tout risque de toxicité fœtale, le gouvernement du Burundi a pris la décision provisoire de ne pas autoriser la prise de TLD par les enfants de sexe féminin et les femmes en âge de procréer.

Le TLE [Ténofovir (TDF)/ Lamivudine (3TC) / Efavirenz (EFV)] reste le schéma de traitement de première intention chez les jeunes filles, les femmes en âge de procréer, les femmes enceintes et les femmes allaitantes.

Basé sur les recommandations de l'OMS et les directives en cours de mise en œuvre au Burundi, le schéma suivant est recommandé pour le Burundi. Il concerne les hommes, les femmes de plus de 49 ans (qui ne sont plus en âge de procréer), les enfants de sexe masculin de plus de 35 kg et adolescents de sexe masculin.





Tableau 1. Schémas recommandé

Population	Première ligne	Seconde ligne	Troisième ligne
Hommes adultes ,femmes de plus de 49 ans, les enfants de sexe masculin de plus de 35 kg et adolescents masculins	2 INRT +DTG	2INRT + (ATV/r or lopinavir/ ritonavir (LPV/r))	Darunavir/ritonavir (DRV/r)+ DTG + 1- 2 INRT

Tableau 2. Molécules et posologie par ligne de traitement

<b>1<sup>ère</sup> ligne</b>		
	TDF (300mg) + 3TC (300mg) + DTG (50 mg)	1 cp/jour
	TDF (300mg) + 3TC (300 mg) + EFV (600 mg)	1cp/jour au coucher
	AZT (300 mg) + 3TC (150 mg) + DTG (50 mg)*	2 cp/jour (1 – 0 – 1)
<b>2<sup>ème</sup> ligne</b>		
	ATV (300mg) + RTV (100mg) et ABC (600 mg) + 3TC (300 mg)	1 cp / jour 1 cp / jour
	LPV (200mg) + RTV (50mg) et ABC (600 mg) + 3TC (300 mg)	2 cp / 2 fois / jour 1 cp / jour
<b>3<sup>ème</sup> ligne</b>		
	DRV (600 mg) + RTV (100 mg) Et DTG (50 mg)	1cp / 2 fois / Jour 1 cp / jour

\* Un schéma à base de AZT (300 mg) + 3TC (150 mg) est recommandé comme alternative pour les individus qui ne tolèrent pas le TDF.

#### UTILISATION DU DOLUTEGRAVIR DANS LE CADRE DE LA PROPHYLAXIE POST EXPOSITION (PPE)

Tenant compte des récentes recommandations<sup>3</sup> de l’OMS, le TLD sera utilisé comme combinaison thérapeutique de première intention pour la prophylaxie post exposition pour les adultes hommes, femmes plus de 49 ans, enfants de plus de 35 kg et adolescents de sexe masculin.

Atazanavir/Ritonavir (ATV/r), Darunavir/Ritonavir (DRV/r), Lopinavir/ritonavir (LPV/r) et le Raltegravir (RAL) pourraient également être considérés en lieu et place du Dolutégravir, si ces molécules sont disponibles.

<sup>3</sup>WHO, UPDATE ON ANTIRETROVIRAL REGIMENS FOR TREATING AND PREVENTING HIV INFECTION AND UPDATE ON EARLY INFANT DIAGNOSIS OF HIV JULY 2018. POLICY BRIEF HIV TREATMENT – INTERIM GUIDANCE.



## CO-INFECTION TB ET VIH

Selon l'OMS, des données récentes, relatives à l'efficacité et la sécurité du Dolutégravir administré en même temps que la Rifampicine, montrent la nécessité de multiplier la dose quotidienne de Dolutégravir de 50 mg par deux, ceci en raison des interactions médicamenteuses entre les deux molécules. Cette dose additionnelle de Dolutégravir est bien tolérée, avec une efficacité équivalente à l'Efavirenz en matière de suppression virale et de récupération des taux de CD4.

## PLAN INDICATIF D'INTRODUCTION DU TLD AU BURUNDI

L'introduction du TLD se fera selon le plan de transition suivant :

Actions à mener	Date butoir
Inclusion du TLD dans les directives nationales	Août 2018
Lancement de la première commande	Août 2018
Démarrage de la mise sous TLD d'hommes et d'enfants de sexe masculin de plus de 35 kg nouvellement dépistés positifs, femmes de plus de 49 ans et les adolescents de sexe masculin (Nouveaux patients VIH+)	Mars 2019
Transition progressive sur 9 mois vers le TLD pour les patients anciens sous ART	Décembre 2019



REPUBLIQUE DU BURUNDI



MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE  
ET DE LA LUTTE CONTRE LE SIDA



PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE  
CONTRE LE VIH/SIDA ET LES IST

## ADDENDUM AUX DIRECTIVES NATIONALES D'UTILISATION DES ANTIRETROVIRAUX POUR LA PREVENTION ET LE TRAITEMENT DU VIH



*Document de mise en œuvre des nouvelles orientations en  
matière de dépistage et de diagnostic de l'infection à VIH*

Août 2018



## TABLE DES MATIERES

Table des matières	1
Acronymes	3
I. INTRODUCTION	4
II. DEFINITIONS	5
III. CONSEIL ET DÉPISTAGE DU VIH	6
3. 1 Dépistage à partir d'un cas-index (Index testing)	6
3.1.1 De quoi s'agit-il ?	6
3.1.2 Modalités et organisation du dépistage des partenaires sexuels d'un cas-index	9
Première étape : Entretien préalable (Counseling pré-notification)	9
Seconde étape: Obtention de la liste des partenaires sexuels	10
Troisième étape: Analyse du contexte social et identification des partenaires sexuels qui pourraient être auteurs de violence	10
Quatrième étape : Accompagnement du patient dans le choix et la mise en œuvre de modalités de notification adaptées à sa situation sociale	11
Cinquième étape : Notification proprement dite et dépistage	13
Sixième étape : Enregistrement des résultats de la notification et du dépistage	13
Septième étape : Orientation des partenaires en fonction du résultat du dépistage	13
3.1.3 Modalités et organisation du dépistage des enfants biologiques de moins de 15 ans	13
3.1.4 Modalités et organisation du dépistage des partenaires usagers de drogues injectables	14
3. 2 L'auto-test	15
3.2.1 De quoi s'agit-il ?	15
3.2.2 Quelles sont les principes à respecter ?	15
3.2.3 A qui est destiné cet autotest ?	15
3.2.4 Comment utiliser un autotest VIH et comment lire son résultat ?	15
3.2.5 Quels sont les liens avec les services de prévention, de conseils-dépistage et de prise en charge ?	17
3.3 Le dépistage ciblé	18
3.3.1 De quoi s'agit-il ?	18
3.3.2 Quelles sont les modalités de mise en œuvre ?	19
IV. DIAGNOSTIC PRECOCE DE L'INFECTION A VIH CHEZ LES ENFANTS SUR LE LIEU DE SOINS	19
4.1 Dépistage sur le lieu de soins : de quoi s'agit-il ?	19



4.2 Mise en œuvre du dépistage sur le lieu de soins pour le diagnostic précoce de l'infection à VIH chez les enfants.	19
V. LIAISON AU TRAITEMENT	20
5.1 Pourquoi proposer l'initiation du traitement le jour du résultat du test ?	20
5.2 Quelles sont les modalités de mise en œuvre ?	20
ANNEXES	22
Annexe 1 : Points de discussions pour introduire la stratégie d'index testing au cas-index	22
Annexe 2 : Formulaire de recueil d'informations sur le cas index	23
Annexe 3 : Formulaire de renseignement sur les partenaires à notifier	24
Annexe 4 : Formulaire d'information sur le partenaire	25
Annexe 5 : Evaluation du risque de VPI	26
Annexe 6 : Détermination du plan de dépistage du partenaire	27
Annexe 7 : Formulaire relatif aux résultats de dépistage des partenaires	28
Annexe 8 : Formulaire relatif aux enfants biologiques de moins de 15 ans exposés au VIH	29
Annexe 9 : Outil d'évaluation des risques d'infection à VIH chez l'adulte	30
Annexe 10 : Outil d'évaluation des risques d'infection à VIH chez l'enfant	32
Bibliographie	34



## ACRONYMES

<b>ARV</b>	Antirétroviraux
<b>BPS</b>	Bureau Provincial de Santé
<b>CDV</b>	Conseil et Dépistage Volontaire
<b>DPN</b>	Dépistage Précoce du Nourrisson
<b>ECD</b>	Equipe Cadre du District
<b>FOSA</b>	Formation Sanitaire
<b>IST</b>	Infections Sexuellement Transmissibles
<b>MSPLS</b>	Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida
<b>OMS</b>	Organisation mondiale de la santé
<b>ONUSIDA</b>	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida
<b>PEPFAR</b>	Plan présidentiel américain d'aide d'urgence à la lutte contre le sida
<b>POC</b>	<i>Point of Care</i>
<b>POCT</b>	<i>Point of Care Testing</i> (Testing sur le lieu de soins)
<b>PrEP</b>	Prophylaxie pré-Exposition
<b>PTME</b>	Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant
<b>PVVIH</b>	Personne Vivant avec le VIH
<b>UDI</b>	Usager de Drogues Injectables
<b>VIH</b>	Virus de l'Immunodéficience Humaine
<b>VBG</b>	Violences Basées sur le Genre
<b>VPI</b>	Violence exercée par un Partenaire Intime



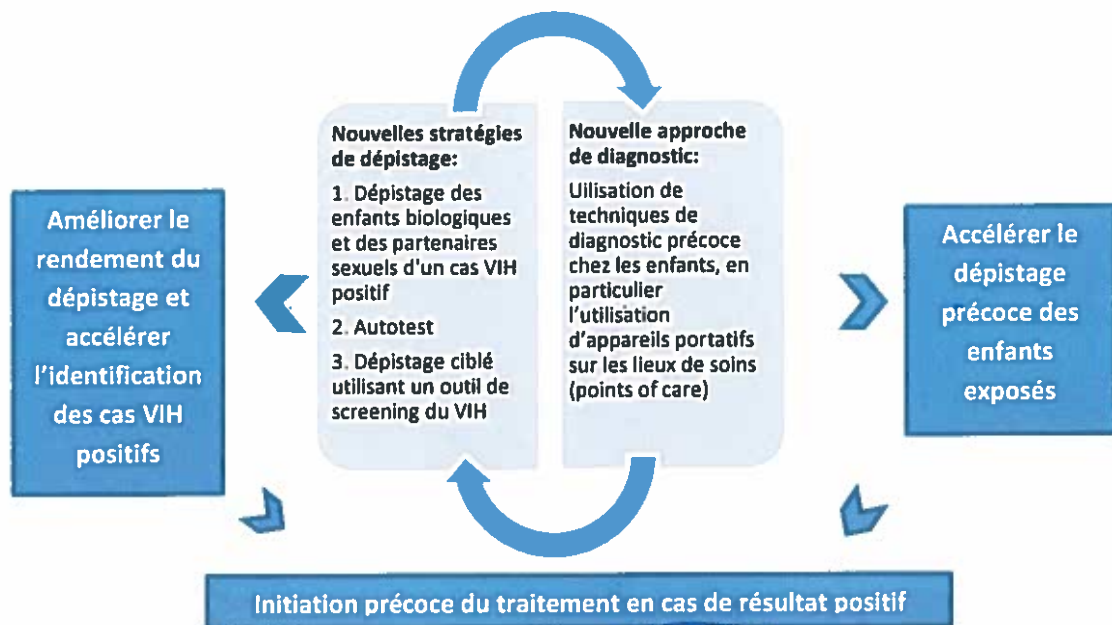
## I. INTRODUCTION

Depuis 2016, le Ministère de la santé Publique et de la Lutte contre le Sida met en œuvre les directives nationales d'utilisation des ARV pour la prévention et le traitement du VIH émanant des directives de l'OMS de 2015. Ces dernières ont apporté des nouveautés en termes d'approche de dépistage, de prévention et de traitement. Cependant, en matière de dépistage, il existe toujours un grand écart entre le nombre de personnes séropositives connaissant leur statut sérologique et le nombre total des PVVIH attendues.

Rappelons ici qu'il est scientifiquement établi qu'une personne séropositive sous ARV, régulièrement suivie médicalement, avec une charge virale indétectable, réduit sensiblement le risque de transmission du VIH. Ainsi, si toute personne qui vit avec le VIH était diagnostiquée, mise sous traitement, dans des conditions optimales d'observance et de suivi lui permettant de conserver une charge virale indétectable, le VIH se transmettrait de moins en moins jusqu'à atteindre zéro nouvelle contamination.

Pour accélérer l'identification des cas VIH positifs, un addendum aux directives nationales a été élaboré afin de mettre à jour le chapitre sur le dépistage et le diagnostic de l'infection à VIH. De nouvelles approches destinées à optimiser le rendement du dépistage, en lien avec l'objectif d'atteindre 90% de personnes vivant avec le VIH et connaissant leur statut sérologique d'ici 2020, sont présentées dans cet addendum. Il s'agit :

- du dépistage des enfants biologiques et des partenaires sexuels d'un cas VIH positif (stratégie d'*index testing*);
- de l'autotest ;
- et du dépistage ciblé, avec l'utilisation de l'outil de screening du VIH.



Le présent document se focalise en outre sur l'utilisation de techniques de diagnostic précoce chez les enfants, en particulier l'utilisation d'appareils portatifs sur les lieux de soins (Points of care testing). Ces innovations vont permettre d'accélérer le dépistage précoce des enfants exposés.

Il décrit les diverses étapes requises pour la mise en œuvre de ces nouvelles approches de dépistage et de diagnostic du VIH. Il a été conçu comme un outil pratique destiné à accompagner activement les responsables de programmes et les prestataires de soins dans la mise en œuvre de ces stratégies.

## II. DEFINITIONS

**Autotest** : C'est une stratégie démedicalisée de testing selon laquelle une personne réalise elle-même un test à l'aide d'un kit de dépistage du VIH utilisé en privé, et d'interpréter elle-même les résultats. Pour être fiable, l'utilisation d'un autotest doit respecter le délai de «séroconversion» de trois mois après une prise de risque (exposition au VIH), ce qui correspond à la période entre l'instant de la contamination supposée et la détectabilité des anticorps.

**Cas-index (ou patient-index)** : il s'agit ici de la personne VIH positive, à partir de laquelle est effectuée la recherche active de ses enfants biologiques et de ses partenaires sexuels pour leur dépistage. Dans le cas où la personne VIH+ est UDI, il s'agira également de rechercher toute personne ayant partagé du matériel injectable avec elle.

**Partenaire intime** : On entend par partenaire intime le conjoint actuel (époux ou conjoint de fait) ou le partenaire non marital (petit(e) ami(e), partenaire du même sexe, petit copain). Les partenaires intimes ne cohabitent pas nécessairement.

**Point of care testing (POCT) (Diagnostic sur le lieu de soins)**: il s'agit d'une stratégie permettant d'utiliser des techniques innovantes de dépistage des enfants exposés sur le lieu de soins. Le test est réalisé et interprété sur place, au plus près du patient, plutôt que de le faire dans un laboratoire central.

**Résultat réactif** : Un test est dit réactif lorsqu'il y a eu réaction à des éléments présents dans le sang ou le liquide buccal. Un test réactif ne signifie pas qu'il est positif. Tout autotest réactif doit être confirmé par un test classique de dépistage au niveau d'une FOSA.

**Risque social** : Le risque social est le risque que courent certaines personnes de subir un événement qui affectera leur position sociale, financière ou économique. Dans le cadre de la réponse au VIH, le risque social fait plus spécifiquement référence à la peur du rejet, de la stigmatisation et de la divulgation du statut sérologique. A cela s'ajoutent les craintes de rumeurs, de la honte et du déshonneur, ou la peur d'être doublement stigmatisé ou criminalisé en raison de son comportement sexuel, son orientation sexuelle ou l'usage de drogues injectables. Le risque social ici est la probabilité de ruptures des liens conjugaux, familiaux et sociaux, suite à une divulgation du statut sérologique.





**Violence basée sur le genre :** violence exercée contre une personne à cause de son sexe biologique, de son identité sexuelle ou de son adhérence perçue à certaines normes sociales de masculinité et de féminité. Elle comprend les violences physiques, sexuelles, émotionnelles et psychologiques, ainsi que les menaces, les coercitions, la privation arbitraire de liberté et la privation des droits économiques, autant dans la vie publique que privée.

**Violence exercée par un partenaire intime (VPI):** elle comprend toute forme de violence physique, sexuelle, émotionnelle ou psychologique exercée par le partenaire, le conjoint ou l'époux actuel ou ancien. Elle concerne aussi bien les adultes que les jeunes qui sont dans une relation intime.

### III. CONSEIL ET DÉPISTAGE DU VIH

Le dépistage de l'infection à VIH est un élément primordial du contrôle de l'épidémie. Son but ultime est le diagnostic, au plus tôt, des personnes vivant avec le VIH (PVVIH), afin de leur proposer une prise en charge précoce et un traitement antirétroviral (ARV) efficace et bien toléré. Cela permet ainsi de réduire la morbi-mortalité à l'échelle individuelle (suppression virale), et de contrôler la propagation de l'épidémie. Le diagnostic tardif a notamment pour conséquence le maintien d'une épidémie cachée, progressant silencieusement, nourrie par un nombre de personnes qui ignorent leur séropositivité et contribuent, sans le savoir, à la transmission du VIH.

Ce présent chapitre met l'accent sur la mise en œuvre des nouvelles orientations relatives au dépistage à partir d'un cas-index, à l'autotest et au dépistage ciblé. Il présente des indications claires pour le personnel des structures sanitaires, les autres prestataires de soins ou même les clients concernés.

#### 3. 1 Dépistage à partir d'un cas-index (Index testing)

##### 3.1.1 De quoi s'agit-il ?

Le dépistage à partir d'un cas-index fait référence à une approche qui vise à dépister autour d'une personne vivant avec le VIH (appelée ici le cas-index) toutes les personnes issues de son réseau social et sexuel.

Dans le schéma 1, le réseau social est constitué par sa conjointe, ses enfants biologiques de moins de 15 ans et son réseau sexuel.

Le dépistage à partir d'un cas-index adulte peut donc concerner les profils de personnes suivantes :

- le conjoint ou la conjointe de ce cas-index;
- ses autres partenaires sexuels anciens ou actuels ;
- ses enfants biologiques de moins de 15 ans ;



- les personnes qui partagent du matériel d'injection avec lui, dans le cas où le cas-index serait un usager de drogues injectables.

Dans le cas où le cas-index est un enfant ou un adolescent, ses parents et ses frères / sœurs et/ou son (ses) partenaire(e) sexuel(e) seront dépistés.

Quel que soit le cas, le prestataire de soins doit comprendre l'intérêt et les apports de la démarche de notification en termes de santé publique. Il doit être renforcé dans sa capacité à proposer et mettre en œuvre la démarche d'*index testing*. Il doit également disposer d'outils de conseils, de suivi et de collecte de données. Ceci est essentiel pour garantir l'acceptabilité de la démarche de notification par le prestataire de soins et l'efficacité de sa mise en œuvre.

Les sections suivantes présentent les différentes étapes de la mise en œuvre de la stratégie d'*index testing* en fonction du profil du cas-index. Ces différentes étapes sont également décrites sur le schéma page suivante intitulé *Etapes de mise en œuvre du dépistage à partir d'un cas-index*, qui récapitule les différentes options de notification et de dépistage.



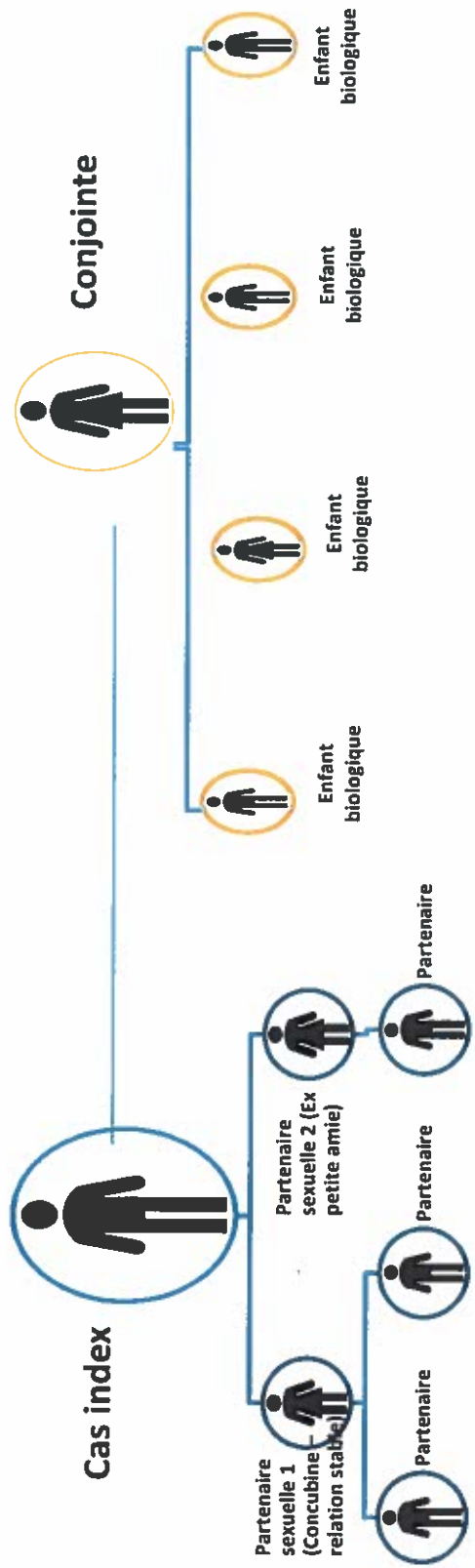
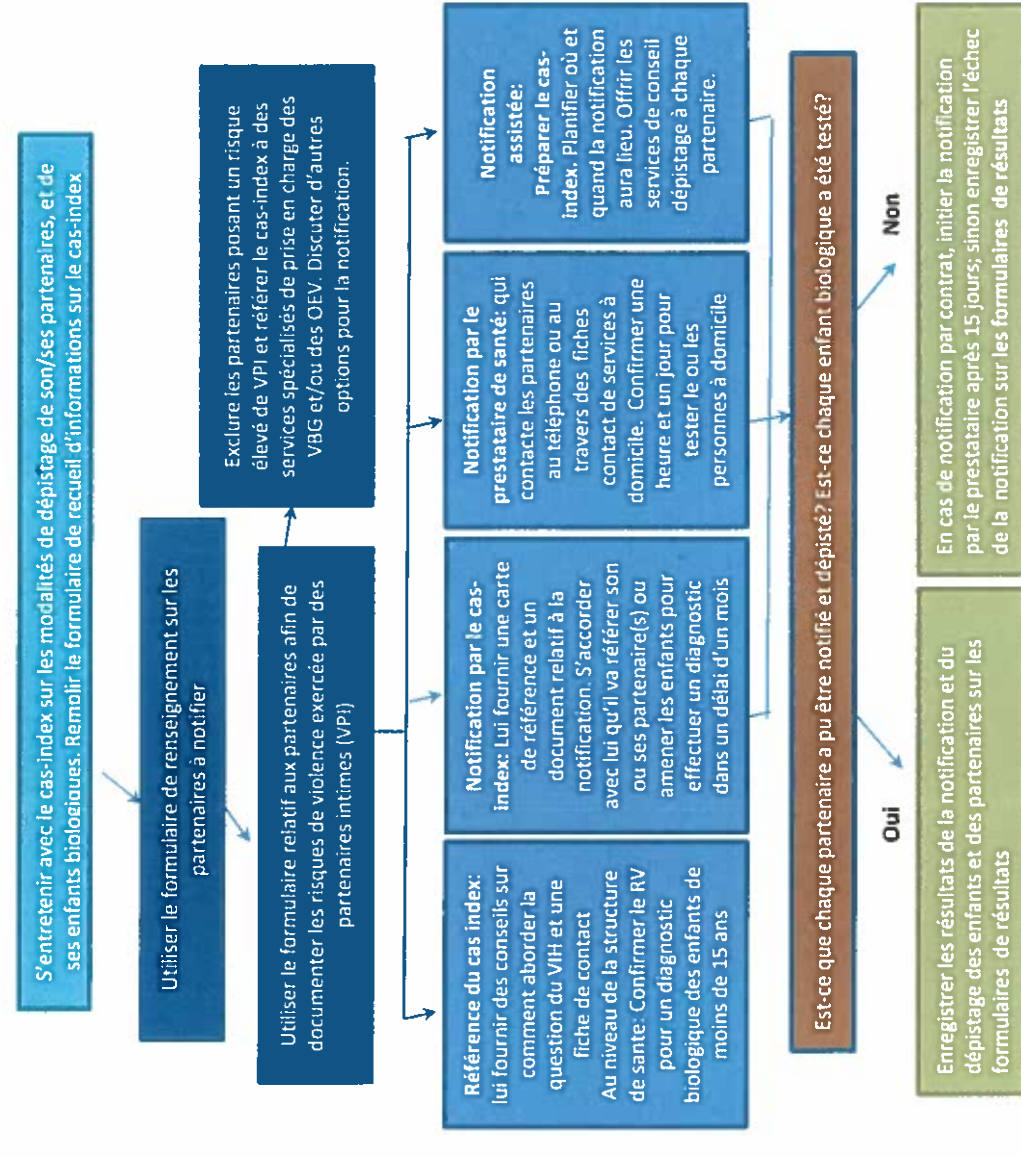


Schéma 1 : Exemple de réseau sexuel et social autour d'un cas index



## Schéma 2 : Etapes de mise en œuvre du dépistage à partir d'un cas-index



**Etape 1 :** Présenter la stratégie d'index testing au cas-index durant la session de counseling pré-test ou lors de la visite PTME.

**Etape 2 :** Obtenir une liste des partenaires sexuels, de ceux qui ont partagé du matériel d'injection et des enfants biologiques de moins de 15 ans avec un statut VIH inconnu.

**Etape 3 :** Identifier tous les partenaires qui pourraient être auteurs de violence

**Etape 4 :** Déterminer la méthode préférée de notification de partenaires ou de dépistage des enfants pour chaque personne listée. Les enregistrer sur les formulaires de notification ou ceux relatifs aux enfants.

**Etape 5 :** Contacter tous les adultes et enfants de moins de 15 ans, avec un statut VIH inconnu qui ont été listés en utilisant la méthode choisie.

**Etape 6 :** Enregistrer les résultats de la notification et du dépistage sur les formulaires/fiches de dépistage

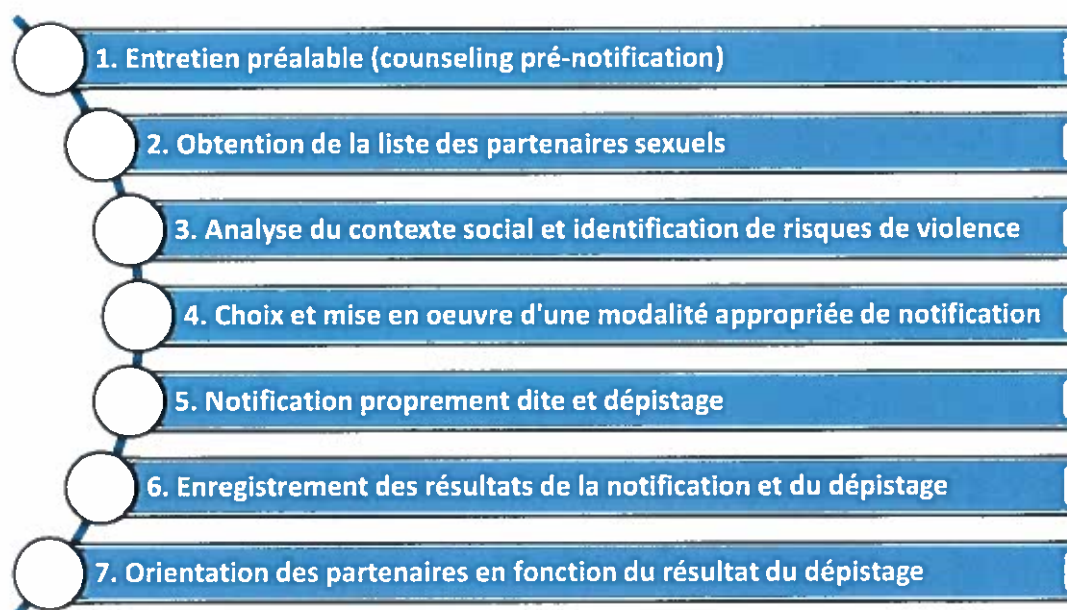
**Etape 7 :** Fournir les services appropriées aux enfants et aux partenaires testés, bases sur le résultat du dépistage.

**Source: Adapté de la boîte à outils sur l'index testing développé par PEPFAR.**



### 3.1.2 Modalités et organisation du dépistage des partenaires sexuels d'un cas-index

Le dépistage des partenaires sexuels d'un cas-index est intégré dans une offre de services comportant une activité de counseling et de dépistage, requérant des locaux, un prestataire de soins formé et du matériel adéquat. Lorsque le diagnostic du VIH d'une personne est confirmé, la notification du ou des partenaires doit être envisagée au plus tôt et suivre les étapes présentées ci-après.



#### Première étape : Entretien préalable (Counseling pré-notification)

Le prestataire de soins (médecin, paramédical ou agent de santé communautaire) doit s'entretenir avec le cas-index afin de lui présenter la stratégie d'index testing et de lui proposer de notifier son ou ses partenaire(s) sexuel(s). L'objectif de l'entretien doit être de lui donner les moyens de prendre une décision libre et éclairée, quant à son engagement dans une démarche de notification d'un ou de plusieurs partenaires. Le prestataire de soins devra :

- Présenter la démarche de notification, ses objectifs et notamment l'intérêt pour la santé du (des) partenaire(s) qu'il est susceptible de notifier (**Annexe 1 : Points de discussion**) ;
- Informer le cas-index du caractère volontaire de la démarche qui lui est proposée et du strict respect de son consentement ; en cas de refus, les prestataires pourraient prévoir un dépistage mobile dans les environs surtout s'il trouve que la plupart des cas index proviennent d'une même localité.
- Répondre à toutes les interrogations qu'il peut exprimer, concernant notamment les questions de confidentialité et les possibles difficultés que la notification pourrait entraîner pour lui-même et/ou son ou certains de ses partenaires ;

- Informer le cas-index de l'accompagnement qui peut lui être apporté dans la réalisation de la notification.

Il est essentiel que le prestataire de soins prenne le temps d'écouter et de dialoguer avec le cas-index, qu'il fasse preuve de non-jugement et d'empathie, qu'il favorise la création d'un climat de confiance et qu'il recherche l'adhésion et la coopération du patient dans la mise en œuvre de la démarche proposée.

Lorsque le cas-index est un adolescent de plus de 15 ans, il y a des aspects particuliers que le prestataire de soins doit considérer :

- L'entretien doit être adapté à son âge, son degré de maturité et son niveau d'instruction.
- Le prestataire de soins doit toujours respecter le cadre légal en cours au Burundi concernant les adolescents et être guidé par l'intérêt supérieur de l'adolescent.

Le prestataire de soins reporte sur le *formulaire de recueil d'informations sur le cas-index (Annexe 2)* les renseignements obtenus. Ce formulaire est un des éléments du dossier sur le cas-index que le prestataire de soins doit constituer.

#### Seconde étape: Obtention de la liste des partenaires sexuels

Le prestataire de soins va d'abord aider le patient à faire une liste des partenaires à notifier. Il s'agira pour le prestataire de soins de faire préciser la période de temps à considérer (6 ou 12 derniers mois et d'explorer avec le patient l'historique de ces relations.

Il s'agira ensuite de considérer le type de relations sexuelles entretenues par la personne vivant avec le VIH avec son ou ses partenaire(s) à notifier: relation stable exclusive, relation stable avec plusieurs partenaires (ex. concubinage, polygamie), partenaires multiples occasionnels, fréquence et simultanéité de la relation en partenariat multiple.

Le prestataire renseigne alors le second formulaire (**Annexe 3**) intitulé *formulaire de renseignement sur les partenaires à notifier*.

#### Troisième étape: Analyse du contexte social et identification des partenaires sexuels qui pourraient être auteurs de violence

Cette étape est essentielle pour l'acceptation de la stratégie par le cas-index et l'identification des modalités de notification les plus adaptées. Le prestataire de soins doit :

- Analyser le contexte social dans lequel s'inscrit cette relation sexuelle. Est-ce une relation avec un partenaire occasionnel ? Ce type de relation n'a pas le même niveau de tolérance sociale pour un homme ou une femme, dans un contexte d'inégalités sociales de genre. Le cas-index a-t-il vécu des épisodes de violences physiques et sexuels, de maltraitance psychologique et de comportements tyranniques et dominateurs des partenaires intimes ?
- Analyser le risque social. Est-ce que le cas-index a peur du rejet social, de la divulgation de l'information, de la honte et du déshonneur au niveau de la famille, de la répudiation, du



divorce, de la rupture du lien social ? Est-ce que le cas-index a partagé ses craintes du qu'en-dira-t-on, ou celles d'être stigmatisé en tant que personne vivant avec le VIH, ou doublement stigmatisé en raison de son comportement sexuel, son orientation sexuelle ou l'usage de drogues injectables?

Les résultats de ces discussions sur la situation sociale, relationnelle et/ou familiale de chaque partenaire à notifier vont également orienter le mode de communication qui sera choisi. Une attention particulière doit être portée aux inégalités sociales de genre dans l'appréciation de la situation des partenaires.

Cette troisième étape permet au prestataire de soins de remplir pour chaque partenaire nommé par le cas-index un formulaire d'information sur le partenaire (**Annexe 4**) et dans le cas où il y a des antécédents ou un risque de VPI de remplir le formulaire d'évaluation du risque de VPI (**Annexe 5**).

Quatrième étape : Accompagnement du patient dans le choix et la mise en œuvre de modalités de notification adaptées à sa situation sociale

Pour chacun des partenaires sexuels identifiés, il faut considérer les moyens de contacts disponibles et accompagner la réflexion du patient sur les modalités de notification les mieux adaptées.

Le prestataire doit présenter au cas-index les différentes modalités de notification suivantes, y compris la possibilité d'une notification anonyme si le contexte social le nécessite :

- **La notification peut être assurée par la personne nouvellement diagnostiquée/cas-index.** Dans ce cas, le prestataire de santé lui fournit les informations, outils et conseils utiles à sa démarche : informations concernant l'infection à VIH et sa transmissibilité, le niveau d'antériorité chronologique auquel remonter pour rechercher des relations à risque infectieux, les différentes modalités de notification, anonyme ou nominative et le canal de notification retenu par le patient (échange direct en face à face ou par téléphone, message, ou courriel) ; supports susceptibles d'être utilisés, adaptés à la modalité de notification choisie. Certains de ces outils ou supports de notification peuvent permettre au patient de conserver l'anonymat s'il le souhaite. La pertinence d'opter pour une notification nominative ou anonyme devra être envisagée au cas par cas pour chaque personne à notifier. Une carte pourra être fournie au patient, à remettre à son partenaire, ou un modèle de message ou de lettre à lui adresser, précisant la nature de l'infection à laquelle il a été exposé et comment sera organisé le dépistage. Quel que soit l'outil ou le canal utilisé, il s'agira de garantir le respect du secret médical, la préservation de la confidentialité des données personnelles, tant du patient que du ou de ses partenaires.
- **La notification par contrat est une seconde option.** Le cas-index conclue un contrat verbal avec le prestataire de soins: il s'engage à informer son/ses partenaire(s) de leur exposition éventuelle au VIH et à référer son/ses partenaire(s) aux services de dépistage du VIH au cours d'une période déterminée (deux semaines au maximum). Si le(s) partenaire(s) n'a



(n'ont) pas contacté le service ou le prestataire de soins durant la période définie, alors ce dernier pourra contacter le(s) partenaire(s) directement et offrir les services de dépistage du VIH.

- **La notification peut être effectuée par le prestataire de soins.** Le prestataire recherche et contacte lui-même les partenaires les informe du risque d'être infectée en raison de relations sexuelles avec un partenaire infecté, et leur propose un dépistage volontaire. Cette démarche du prestataire ou de l'accompagnant associatif est envisagée d'emblée ou parfois secondairement en cas d'échec d'une tentative de notification par le patient. Tous les efforts doivent être déployés pour protéger l'anonymat de la personne diagnostiquée, notamment en évitant de mentionner son nom aux partenaires contactés. Cependant, dans certaines situations, comme lorsque la personne contactée n'a eu qu'un seul partenaire sexuel, il peut être difficile de maintenir l'anonymat. Dans ce cas, une bonne pratique est de proposer de tester à nouveau le patient-index, en même temps que le partenaire sexuel, ou de faciliter le dépistage dans un lieu donné d'intervention (ex. notification d'un hot spot ou d'un lieu d'injection de drogues) pour interrompre les chaînes de transmission.
- **Notification assistée des partenaires:** L'information du (des) partenaire(s) peut également être assurée conjointement par le patient et le prestataire de soins ou l'agent de santé communautaire.

Une fois la modalité de dépistage choisie pour chaque partenaire sexuel, le prestataire de soins les enregistre, pour chaque partenaire nommé par le cas-index, sur le formulaire intitulé *Détermination du plan de dépistage du partenaire (Annexe 6)*.

#### Différentes modalités de notification des partenaires sexuels

- Notification par le cas index
- Notification par contrat
- Notification par le prestataire de soins
- Notification assistée des partenaires





#### Cinquième étape : Notification proprement dite et dépistage

Ce dernier formulaire (Annexe 6) va servir de base pour la mise en œuvre effective des notifications.

#### Sixième étape : Enregistrement des résultats de la notification et du dépistage

Le prestataire enregistrera ces résultats sur le formulaire intitulé *Formulaire relatif aux résultats de dépistage des partenaires (Annexe 7)*.

#### Septième étape : Orientation des partenaires en fonction du résultat du dépistage

Quel que soit le résultat du dépistage, le prestataire de soins doit fournir des conseils au partenaire sexuel qui a accepté de faire le test.

Si le test est positif, le prestataire annonce le résultat, s'assure que la personne a bien compris les résultats, et évalue ses besoins immédiats (soutien médical, social, personnel etc.). Il l'informe ensuite sur la disponibilité de traitements antirétroviraux et souligne l'importance d'une mise sous traitement précoce. Cette personne devient à son tour un cas-index, et la stratégie d'index testing doit également lui être présentée.

En cas de résultat négatif, le prestataire annonce le résultat, s'assure que la personne a bien compris l'importance de se protéger contre le VIH, et l'accompagner dans la conception d'un plan individualisé de réduction des risques adapté à sa situation.

### **3.1.3 Modalités et organisation du dépistage des enfants biologiques de moins de 15 ans**

Le prestataire de soins informe le cas-index, au cours du counseling pré-test ou d'une visite dans le cadre de la PTME, de la nécessité de dépister ses enfants biologiques en cas de résultat positif. Une fois que l'annonce du statut positif a été effectuée au cas-index, le prestataire doit envisager avec lui les différentes options pour le diagnostic biologique de son ou ses enfant(s) biologique(s). Les options sont les suivantes :

- **Contrat de référence** : le prestataire de soins et le cas-index vont collaborer afin que le ou les enfants biologiques soient dépistés dans les meilleurs délais. Le cas-index dispose d'un délai à spécifier (inférieure ou égal au plus à deux semaines) afin d'amener son ou ses enfants se faire tester au niveau d'un centre de santé ou au niveau communautaire.
- **Dépistage réalisé au niveau communautaire** : Le prestataire se déplace pour dépister le ou les enfants biologiques.
- **Dépistage au niveau d'une structure de santé** : Le cas-index amène son ou ses enfants se faire dépister au niveau d'un centre de santé.



### Différentes options pour le diagnostic biologique des enfants du cas-index

- Contrat de référence
- Dépistage réalisé au niveau communautaire
- Dépistage au niveau d'une structure de santé

Dans tous les cas, une information appropriée et complète et des conseils doivent être fournis au cas-index afin que son consentement soit éclairé.

Le dépistage du VIH doit toujours servir l'intérêt supérieur de l'enfant et générer des résultats optimaux pour sa santé. En tant que mineurs, les enfants biologiques de moins de quinze ans ne peuvent pas juridiquement donner un consentement éclairé. Ils ont néanmoins le droit d'être associés, selon leur degré de maturité, aux décisions qui influent sur leur vie. Cela doit se réaliser dans le cadre d'un processus familial, impliquant les deux parents, lorsque cela est possible. Le prestataire de soins doit être suffisamment formé pour être en mesure d'évaluer la maturité de l'enfant, adapter le langage utilisé et répondre à ses besoins.

Le prestataire de soins renseigne le formulaire intitulé formulaire de dépistage pour les enfants biologiques exposés au VIH (Annexe 8).

#### 3.1.4 Modalités et organisation du dépistage des partenaires usagers de drogues injectables

Lorsque le diagnostic du VIH d'une personne usager de drogue est confirmé, un agent de santé lui demande de contacter ou de fournir les coordonnées de toutes les personnes avec qui elle a partagé du matériel d'injection depuis son dernier dépistage du VIH. Si la personne choisit de ne pas contacter ces personnes elle-même, l'agent de santé tente de communiquer avec elles, tout en les encourageant à se faire tester pour le VIH. L'anonymat de la personne diagnostiquée doit être protégé, surtout dans un contexte où l'usage de drogues est socialement stigmatisé.

Les mêmes étapes décrites dans le cas des partenaires sexuels peuvent être également suivies pour le dépistage des partenaires usagers de drogues injectables (cf. Schéma page 8).



## 3. 2 L'auto-test

### 3.2.1 De quoi s'agit-il ?

Il s'agit d'un test de screening du VIH, délivré sans prescription médicale, et réalisé en deux étapes par l'intéressé : auto prélèvement et auto-analyse. Le test se fait sur le liquide buccal. Le résultat est obtenu en en moins de 30 min.

### 3.2.2 Quelles sont les principes à respecter ?

- Chaque kit d'autotest VIH est à usage unique.
- Le kit d'autotest VIH est à usage personnel et ne doit pas être utilisé pour tester d'autres personnes.
- Personne ne peut être obligé par un tiers à se soumettre à un autotest VIH.
- L'autotest VIH ne permet pas l'identification d'autres infections sexuellement transmissibles (IST).
- L'autotest VIH ne doit pas être utilisé pour décider du port ou non d'un préservatif.

### 3.2.3 A qui est destiné cet autotest ?

Cette stratégie vient élargir l'offre de dépistage aux populations à risque (hommes qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes, travailleuses du sexe, UDI), en particulier toutes les catégories de populations qui, pour différentes raisons, ne fréquentent pas les services de conseil dépistage.

L'autotest peut également être proposé dans le cadre du dépistage à partir d'un cas-index aux partenaires sexuels des populations clés ou aux partenaires sexuels qui selon le cas-index n'accepteraient pas de se déplacer au niveau d'une structure de santé pour se faire dépister.

Enfin l'autotest est aussi indiqué pour les adolescents et les jeunes en situation de vulnérabilité.

### 3.2.4 Comment utiliser un autotest VIH et comment lire son résultat ?

Les kits d'autotest VIH sont simples à utiliser. Une personne sans compétences scientifiques ou médicales peut utiliser tout kit d'autotest VIH correctement et en toute sécurité. Lorsqu'elle réalise un autotest VIH, elle doit suivre soigneusement les instructions de la notice d'utilisation incluse dans le kit.



### Que faire si le résultat de l'autotest est réactif ?

Un résultat réactif n'indique pas nécessairement que la personne testée est infectée par le VIH. Tout résultat réactif doit être confirmé par un centre de conseil et dépistage. Pour ce faire, le prestataire de soins doit suivre le protocole national pour le dépistage du VIH.

### Que faire si le résultat de l'autotest est non réactif ?

Si les instructions ont été suivies correctement, le résultat est fiable et la personne est séronégative. Il n'est donc pas nécessaire de réaliser un test de confirmation, **sauf si la personne concernée a été exposée à un risque de transmission du VIH pendant la fenêtre sérologique du test**. Il faut refaire le test après 3 mois.

La fenêtre sérologique correspond à la période entre l'infection et le moment à partir duquel le test VIH peut détecter les anticorps. En effet, au tout début de l'infection, les anticorps spécifiques au VIH ne sont pas encore présents ou sont trop peu nombreux pour être détectables. Un test réalisé durant cette période peut donner un résultat faussement négatif. Le délai nécessaire pour atteindre un niveau détectable d'anticorps VIH est variable d'une personne à l'autre. La fenêtre sérologique pour les tests basés uniquement sur la détection d'anticorps, comme les tests et autotests rapides, peut aller jusqu'à trois mois après l'infection. Les dépistages durant la fenêtre sérologique ne doivent pas être déconseillés. Mais il est important de préciser qu'un résultat négatif peut ne pas être fiable si la personne concernée a été exposée à un risque de transmission du VIH au cours des trois mois qui précèdent. Dans ce cas, il est recommandé de procéder à un test qui possède une sensibilité supérieure pour la détection d'une infection récente.



### Que faire si le résultat est non valide ?

Si le résultat de l'autotest ne correspond pas aux exemples présentés dans la notice d'utilisation du kit, le résultat n'est pas valide. Le test ne peut dès lors pas donner lieu à la moindre conclusion. Un autre test doit être réalisé avec un nouveau kit et en respectant toutes les consignes. En cas de doute, il est toujours prudent de refaire le test et de se faire aider par le personnel de santé.

### **3.2.5 Quels sont les liens avec les services de prévention, de conseils-dépistage et de prise en charge ?**

Les informations sur les avantages du test, ainsi que son mode d'utilisation, peuvent être délivrées à différents moments, divers endroits et en utilisant différents canaux :

- au cours d'activités de proximité organisées par des pairs éducateurs ;
- au cours d'un appel téléphonique (*hotline*) ;
- au cours d'activités de proximité organisées par des pairs éducateurs ;
- à travers des brochures, de sites web, de démonstrations vidéo ;
- au cours de groupes de parole ;
- au niveau d'un centre de convivialité (*drop-in-center*) ;
- au niveau des points chauds (*hot spots*) etc.

La délivrance des kits d'auto tests peut être effectuée par un pair éducateur, un agent de santé communautaire, ou un prestataire de santé. Quoi qu'il en soit, celui qui délivre l'autotest renseigne le bénéficiaire sur les conditions de prise en charge, en fonction des résultats de l'autotest.

### Conseils en cas de résultat réactif

Il lui indique que tout résultat réactif de l'autotest VIH doit être confirmé par la réalisation d'un test de diagnostic biologique effectué par un laboratoire de biologie. L'utilisateur est orienté vers un prestataire de santé ou un établissement de santé, afin d'entamer un parcours de soin et de bénéficier d'une prise en charge. L'adresse des structures de prise en charge compétentes sont fournies à la personne.

Le prestataire au niveau de la structure de santé ou du service de prise en charge devra proposer la réalisation d'un test VIH qui possède une sensibilité supérieure en termes de détection d'une infection récente. Dans l'attente d'une confirmation, des conseils doivent être proposés sur les sujets suivants :

- La possibilité que la personne soit séropositive ;
- L'impact d'une charge virale élevée sur le risque de transmission ;
- L'accès aux soins et aux traitements en cas de confirmation du diagnostic de VIH et l'importance en cas de résultat positif de commencer le traitement au plus tôt, au mieux le même jour ;
- La prévention des activités susceptibles de transmettre le VIH ;
- L'information sur le dépistage des IST.



### Conseils en cas de résultat non réactif

En cas de résultat non réactif, le pair éducateur, l'agent de santé communautaire ou le prestataire de santé renseigne l'utilisateur sur les limites inhérentes à l'interprétation du résultat de l'autotest, et l'éventualité de réaliser un examen de biologie médicale, notamment en cas de risque récent de transmission du VIH.

Il est important de rappeler que, pour une prise de risque datant de moins de 48 heures, la personne doit se rendre aux urgences, dans un service de maladies infectieuses, pour bénéficier d'un éventuel traitement prophylactique post-exposition.

Chez tous les sujets ayant un résultat non-réactif à l'autotest VIH, l'occasion doit être saisie pour formuler une série de conseils sur la réduction du risque de contracter ou de transmettre le VIH ou une IST à l'avenir, en insistant sur les messages-clés suivants :

- Fournir des informations sur les modes de transmission du VIH, sur les moyens de prévention du VIH sur la charge virale et le risque de transmission, sur la prophylaxie post exposition et sur le traitement comme prévention ;
- Conseiller d'utiliser correctement un préservatif avec les nouveaux partenaires ;
- Conseiller de se faire dépister pour les IST/VIH en cas d'exposition à un risque de transmission ;
- Fournir des informations sur les structures de prévention et de conseil dépistage qui existent.

Le rôle des associatifs et autres agents de santé communautaire est clé : des sites, des lignes téléphoniques, des permanences dans les associations doivent aider la personne à ne pas rester isolée et à se mettre en lien avec un système de prise en charge.

## 3.3 Le dépistage ciblé

### 3.3.1 De quoi s'agit-il ?

Le dépistage ciblé permet, grâce à l'utilisation d'un outil de screening clinique sous forme de questionnaire, de repérer les personnes, adultes, adolescents comme enfants, présentant un risque significatif d'infection à VIH et d'éliminer toutes celles qui présentent des risques quasi-nulles.

Contrairement à ce qui se faisait au niveau des structures de soins (dépistage à l'initiative du prestataire et le dépistage à l'initiative du bénéficiaire) où le dépistage est fait sans considérations de facteurs de risque, il est mis l'accent sur la nécessité d'utiliser de manière systématique cet outil pour évaluer le niveau de risque à l'infection à VIH.



Le dépistage ciblé permet ainsi d'avoir un meilleur rendement du dépistage en identifiant plus de cas VIH+ en testant peu de personnes.

### 3.3.2 Quelles sont les modalités de mise en œuvre ?

Le dépistage ciblé peut être à l'initiative du prestataire de soins ou initié dans le cadre d'un dépistage à partir d'un cas index. Dans tous les cas, le prestataire reçoit en entretien la personne qui doit être testée, qu'elle soit un adulte, un adolescent ou un enfant. Un outil d'évaluation des risques à VIH chez l'adulte (Annexe 9) ou chez l'enfant (Annexe 10) sera utilisé par le prestataire des soins.

L'entretien d'évaluation du risque ne se fera pas en présence de l'enfant. S'il s'agit d'un adolescent ou d'une adolescente, qui a commencé une activité sexuelle, à l'outil relatif aux enfants pourrait être rajouté des questions relatives aux facteurs d'exposition à risque de transmission sexuelle de l'infection à VIH.

Dans le cas du dépistage à l'initiative du prestataire, le dépistage pourra être ciblé chez les partenaires sexuels des PVVIH, les membres de famille des PVVIH, les patients tuberculeux, malnutris, chez les populations clés, etc.

## IV. DIAGNOSTIC PRECOCE DE L'INFECTION A VIH CHEZ LES ENFANTS SUR LE LIEU DE SOINS

### 4.1 Dépistage sur le lieu de soins : de quoi s'agit-il ?

Le dépistage sur le lieu de soins est la réalisation de tests et l'établissement sans délai de diagnostics dans un même centre de santé. Il s'appuie sur des appareils portatifs et produits faciles d'utilisation qui ne nécessitent pas d'alimentation électrique continue, de réfrigération, d'infrastructures de laboratoire sophistiquées ni de ressources humaines hautement qualifiées. Il permet aux patients de connaître plus rapidement les résultats de leurs tests.

### 4.2 Mise en œuvre du dépistage sur le lieu de soins pour le diagnostic précoce de l'infection à VIH chez les enfants.

Le dépistage sur le lieu de soins est une opportunité à saisir pour accélérer le diagnostic précoce de l'infection à VIH chez les nourrissons et les enfants exposés au VIH, et augmenter la portée et le rendement du dépistage. Le diagnostic du VIH chez le nourrisson, réalisé entre la quatrième et la sixième semaine après la naissance, est communément appelé le « diagnostic précoce du nourrisson » (DPN). Lorsqu'il est réalisé sur le lieu de soins, l'obtention des résultats le même jour va contribuer à raccourcir les délais de mise sous traitement, et augmenter les chances de survie des nourrissons VIH +.



L'adoption du dépistage sur le lieu de soins va également décentraliser le diagnostic précoce vers le niveau opérationnel, et inclure des points de service comme par exemple les unités d'hospitalisation et les centres de nutrition et de vaccination. Les appareils seront localisés au niveau des hôpitaux des Provinces et les ECD vont assurer la coordination du prélèvement, transport des échantillons des sites PTME vers ces laboratoires et la remise des résultats.

L'utilisation de ces appareils nécessite cependant que les prestataires reçoivent une formation adéquate pour améliorer l'impact de la mise en place de techniques de dépistage sur le lieu de soins.

## V. LIAISON AU TRAITEMENT

### 5.1 Pourquoi proposer l'initiation du traitement le jour du résultat du test ?

La liaison entre les services de dépistage et les services de prise en charge n'est pas toujours facile. Un nombre de personnes non négligeable ont été perdues de vue au cours de la période entre le dépistage et l'initiation du traitement antirétroviral. La mise en route du traitement le jour même du diagnostic est faisable et est associée à une réduction du nombre de perdus de patients perdus de vue, mais également à un ralentissement de la progression de la maladie, une indétectabilité du virus et une diminution de la transmission ultérieure du VIH.

Ainsi, il est crucial que l'annonce d'un résultat positif soit suivie d'un counseling et d'une orientation rapide vers des soins afin que l'amorce d'un TAR puisse être proposée. Les avantages de ce traitement précoce doivent être portés systématiquement à la connaissance des personnes nouvellement diagnostiquées positives à l'infection à VIH.

### 5.2 Quelles sont les modalités de mise en œuvre ?

Les prestataires de soins doivent proposer l'initiation du traitement le jour du diagnostic à toute personne vivant avec le VIH, adulte comme enfant. Ils doivent s'organiser pour faciliter l'initiation du traitement le jour du diagnostic et contribuer à lever les obstacles potentiels.

Cette personne vivant avec le VIH ne sera peut-être pas prête à démarrer le traitement antirétroviral immédiatement le jour du diagnostic et il ne faut pas les forcer à commencer tout de suite à prendre ces médicaments. En revanche, le prestataire de soins doit l'informer des bienfaits des ARV, y compris l'option de commencer le jour-même et les soutenir pour choisir en toute connaissance de cause quand commencer leur traitement. La décision de commencer le TAR doit résulter d'un processus de collaboration entre le prestataire de soins et la personne vivant avec le VIH. Le moment du conseil doit être adapté. La priorité sera donnée à l'élaboration d'un plan d'observance immédiat et à la reconnaissance des effets secondaires des médicaments.





Les séances ultérieures de conseil au cours des premiers mois de traitement devront insister sur la nécessité d'une observance optimale durant toute la vie.

Enfin, il faudra accorder une attention particulière aux enfants et aux personnes qui s'en occupent, aux adolescents et aux populations clés, pour lesquels l'observance peut présenter des difficultés spécifiques.



## ANNEXES

### Annexe 1 : Points de discussions pour introduire la stratégie d'index testing au cas-index

**Durant l'entretien de counseling de pré-notification, le prestataire de soins doit :**

- Expliquer l'importance de s'assurer que tous les partenaires sexuels soient testés pour le VIH.
  - Les partenaires sexuels dépistés positifs peuvent démarrer au plus tôt un traitement antirétroviral qui les maintiendra en bonne santé et qui réduira le risque de transmission du VIH à leurs enfants et/ou partenaires sexuels.
  - Les partenaires sexuels dépistés négatifs peuvent avoir accès à des services de prévention pour les aider à rester séronégatifs, en particulier l'accès à des préservatifs, à des services de prophylaxie préexposition (PrEP) et de circoncision masculine.
- Informer le cas-index qu(e) :
  - La structure de santé offre des services d'index testing pour l'assister dans la notification de ses partenaires afin qu'ils connaissent leur statut sérologique.
  - Ce service est offert car nous savons qu'informer ses partenaires de son statut sérologique peut être difficile.
  - La notification des partenaires est une démarche volontaire et que sa décision de notifier ou non ses partenaires sexuels sera respectée.
  - Quelle que soit sa décision, il continuera à recevoir le même niveau de soins au niveau de la structure de santé.
  - Toute information qu'il partagera sera gardée confidentielle. Cela signifie que, sauf s'il y consent, les partenaires sexuels ne connaîtront pas son identité et ne seront pas informés de son statut sérologique. Il ne sera pas informé du résultat des tests de ses partenaires, et ne saura même pas s'ils ont été testés ou non.
- Répondre aux questions du cas-index concernant notamment les questions de confidentialité et les possibles difficultés que la notification pourrait entraîner pour lui-même et/ou son ou certains de ses partenaires sexuels.
- Obtenir un consentement verbal et renseigner le formulaire de recueil d'informations sur le cas index.



## Annexe 2 : Formulaire de recueil d'informations sur le cas index

### FORMULAIRE DE RECUEIL D'INFORMATIONS SUR LE CAS INDEX

**Instructions:** Compléter ce formulaire pendant l'entretien préalable avec le cas index qui a consenti verbalement à la notification de ses partenaires.

#### \*Compléter un formulaire par cas-index

Date de remplissage du formulaire (j/m/a): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nom de la personne qui a rempli le formulaire :

\_\_\_\_\_  
Nom de la FOSA ou du Centre de dépistage :

\_\_\_\_\_  
Nom du BPS :

#### INFORMATION SUR LE CAS INDEX

Nom, Prénom(s) ou code d'identification: \_\_\_\_\_

Date de naissance (j/m/a): \_\_\_\_\_ Age : \_\_\_\_\_ ans.

Sexe:  Masculin  Féminin

Statut matrimonial:  Célibataire  Fiancé(e)  Marié(e) (Mariage monogame)  
 Marié(e) (Mariage polygame) # Nombre d'épouses \_\_\_\_  
 Divorce(e)  Veuf/veuve

Numéro de téléphone/cellulaire : \_\_\_\_\_

Autre numéro de contact: \_\_\_\_\_

Adresse complète (préciser si nécessaire un point de repère géographique):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Date à laquelle le test a été réalisé (j/m/a): \_\_\_\_\_

Est-ce que le cas index est déjà sous traitement ARV?  Oui  Non

Si oui, nom du FOSA \_\_\_\_\_

Si oui, préciser le code d'identification (si applicable): \_\_\_\_\_

Pour les femmes: Combien d'enfants de moins de 15 ans :

Combien parmi eux ne sont pas encore testés pour le VIH? \_\_\_\_\_



### Annexe 3 : Formulaire de renseignement sur les partenaires à notifier

#### FORMULAIRE DE RENSEIGNEMENT SUR LES PARTENAIRES A NOTIFIER.

**Instructions:** Demander au cas index d'identifier toutes les personnes avec lesquelles il a eu des relations sexuelles au cours des 12 derniers mois, y compris le ou la conjoint(e), et les partenaires sexuels occasionnels. Si le cas-index est également un usager de drogues, lui demander de partager les noms de ceux avec qui il a partagé du matériel d'injection. Vous pouvez également commencer par le nom du plus récent partenaire sexuel et remonter dans le temps pour identifier les autres partenaires sexuels.

BPS de:	BPS de:	BPS de:
Nom FOSA:	Nom FOSA:	Nom FOSA:
Code cas-index: .....	Code cas-index: .....	Code cas-index: .....
Numéro partenaire 1..... /...	Numéro partenaire 2..... /...	Numéro partenaire 3 ..... /...
Tel. 1 :	Tel. 1:	Tel. 1:
Tel. 2 :	Tel. 2:	Tel. 2:

BPS de:	BPS de:	BPS de:
Nom FOSA:	Nom FOSA:	Nom FOSA:
Code cas-index: .....	Code cas-index: .....	Code cas-index: .....
Numéro partenaire 1..... /...	Numéro partenaire 2 ..... /...	Numéro partenaire 3 ..... /...
Tel. 1 :	Tel. 1:	Tel. 1:
Tel. 2 :	Tel. 2:	Tel. 2:



## Annexe 4 : Formulaire d'information sur le partenaire

### FORMULAIRE D'INFORMATION SUR LE PARTENAIRE

**Instructions :** Demander au cas index de fournir le maximum d'information dont il dispose sur chaque partenaire sexuel qu'il a cité. Ecrire "N/A" (Non applicable) pour toute information non disponible. Après avoir complété un formulaire pour chaque partenaire à notifier, insérer tous les formulaires remplis dans le dossier du cas-index.

BPS: \_\_\_\_\_ FOSA : \_\_\_\_\_

Nom, Prénom(s) ou code d'identification ? : \_\_\_\_\_

Surnom : \_\_\_\_\_

Date de naissance (j/m/a): \_\_\_\_\_ Age : \_\_\_\_\_ ans.

Sexe:  Masculin  Féminin

Numéro de téléphone/cellulaire : \_\_\_\_\_

Autre numéro de contact: \_\_\_\_\_

Description physique : \_\_\_\_\_

Adresse complète (préciser si nécessaire un point de repère géographique):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Comment décririez-vous votre relation avec ce partenaire?**

- Ma femme/époux/fiancée
- Nous vivons ensemble mais nous ne sommes pas mariés
- Mon petit-ami/ma petite-amie
- Quelqu'un avec qui j'ai des rapports sexuels occasionnels
- Quelqu'un(e) qui me paie ou m'offre des cadeaux en échange de sexe
- Quelqu'un(e) que je paie pour un rapport sexuel
- Quelqu'un(e) qui m'a forcé à avoir un rapport sexuel avec lui
- Quelqu'un(e) avec qui je partage occasionnellement du matériel d'injection (si le cas-index est un usager de drogue)

**Vivez-vous actuellement avec ce partenaire?**

- Oui  Non  Ne désire pas répondre

**A votre connaissance, est ce que ce partenaire a déjà été testé positif pour le VIH?**

- Oui  Non  Ne sais pas  Ne désire pas répondre

**Si oui, est-il sous ARV ?**  Oui  Non  Ne sais pas  Ne désire pas répondre



## Annexe 5 : Evaluation du risque de VPI

### EVALUATION DU RISQUE DE VIOLENCE EXERCEE PAR UN PARTENAIRE INTIME

Parce que votre sécurité est importante pour nous, pouvez-vous répondre aux questions suivantes:

- Est-ce que [Nom du partenaire] vous a déjà giflé, frappé, donné un coup de pied, battu ou physiquement blessé ?
  - Oui  Non
- Est-ce que [Nom du partenaire] vous a déjà menacé de vous blesser physiquement ?
  - Oui  Non
- Est-ce que [Nom du partenaire] vous a jamais forcé à faire quelque chose sur le plan sexuel qui vous a mis mal à l'aise ?
  - Oui  Non
- Y a-t-il risque de violence si [Nom du partenaire] apprend que vous l'avez notifié pour faire un test de dépistage du VIH ?
  - Oui  Non



## Annexe 6 : Détermination du plan de dépistage du partenaire

### DETERMINATION DU PLAN DE DEPISTAGE DU PARTENAIRE

**Instructions:** Montrer la carte présentant les différentes options pour tester votre partenaire et passer en revue les quatre options. Demander au cas index quelle option il préfère, et enregistrer ce choix en cochant ci-après la case correspondante.

- Si le cas-index choisit le « contrat de référence », enregistrer la date (15 jours à partir de la date d'aujourd'hui) à laquelle le partenaire devrait se faire tester.
- Si le cas-index choisit une notification assistée, enregistrer la date prévue pour la séance de notification.

#### PLAN DU CAS-INDEX POUR NOTIFIER CE PARTENAIRE :

- Notification par le cas-index**
- Notification par le prestataire de santé ou l'agent de santé communautaire**
- Notification par contrat :** Le cas-index va tenter de notifier lui-même son partenaire au plus tard le \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_. Dans le cas contraire, le prestataire de soins contactera lui-même le partenaire (avec l'autorisation du cas-index).
- Notification assistée :** le cas-index et le prestataire de soins vont conjointement notifier le partenaire. La notification aura lieu le \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_.
- Notification non recommandée pour des raisons de sécurité.**
- Dépistage non nécessaire :** le statut sérologique du partenaire est connu, il est séropositif.



## Annexe 7 : Formulaire relatif aux résultats de dépistage des partenaires

### Formulaire relatif aux résultats de dépistage des partenaires

#### INFORMATION RELATIVE AU CAS-INDEX

NOM: \_\_\_\_\_ Code d'identification (si applicable): \_\_\_\_\_  
 Sexe:  Masculin  Féminin Date de naissance: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ \*Compléter un autre formulaire si le cas index a plus de 3 partenaires

PARTENAIRE 1	PARTENAIRE 2	PARTENAIRE 3
Sexe: <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin naissance: ____/____/____ Type de notification: <input type="checkbox"/> par le cas-index <input type="checkbox"/> par le prestataire de soins <input type="checkbox"/> par contrat <input type="checkbox"/> notification assistée Date/Méthode utilisée pour la première tentative de contact: ____/____/____ <input type="checkbox"/> Tel. <input type="checkbox"/> Domicile Date/Méthode utilisée pour la seconde tentative de contact: ____/____/____ <input type="checkbox"/> Tel. <input type="checkbox"/> Domicile Date/Méthode utilisée pour la 3ème tentative de contact: ____/____/____ <input type="checkbox"/> Tel. <input type="checkbox"/> Domicile Partenaire contacté? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, par qui ? <input type="checkbox"/> Cas-index <input type="checkbox"/> Prestataire <input type="checkbox"/> Les deux Résultats <input type="checkbox"/> Partenaire a fait le test VIH <input type="checkbox"/> Partenaire a refusé de faire le test VIH <input type="checkbox"/> Partenaire connu comme étant séropositif Autre : _____ Statut VIH du partenaire (s'il a été testé) <input type="checkbox"/> VIH positif <input type="checkbox"/> VIH négatif Est-ce que le partenaire est sous ARV (s'il est VIH positif) ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Sexe: <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin naissance: ____/____/____ Type de notification: <input type="checkbox"/> par le cas-index <input type="checkbox"/> par le prestataire de soins <input type="checkbox"/> par contrat <input type="checkbox"/> notification assistée Date/Méthode utilisée pour la première tentative de contact: ____/____/____ <input type="checkbox"/> Tel. <input type="checkbox"/> Domicile Date/Méthode utilisée pour la seconde tentative de contact: ____/____/____ <input type="checkbox"/> Tel. <input type="checkbox"/> Domicile Date/Méthode utilisée pour la 3ème tentative de contact: ____/____/____ <input type="checkbox"/> Tel. <input type="checkbox"/> Domicile Partenaire contacté? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, par qui ? <input type="checkbox"/> Cas-index <input type="checkbox"/> Prestataire <input type="checkbox"/> Les deux Résultats <input type="checkbox"/> Partenaire a fait le test VIH <input type="checkbox"/> Partenaire a refusé de faire le test VIH <input type="checkbox"/> Partenaire connu comme étant séropositif Autre : _____ Statut VIH du partenaire (s'il a été testé) <input type="checkbox"/> VIH positif <input type="checkbox"/> VIH négatif Est-ce que le partenaire est sous ARV (s'il est VIH positif) ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Sexe: <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin naissance: ____/____/____ Type de notification: <input type="checkbox"/> par le cas-index <input type="checkbox"/> par le prestataire de soins <input type="checkbox"/> par contrat <input type="checkbox"/> notification assistée Date/Méthode utilisée pour la première tentative de contact: ____/____/____ <input type="checkbox"/> Tel. <input type="checkbox"/> Domicile Date/Méthode utilisée pour la seconde tentative de contact: ____/____/____ <input type="checkbox"/> Tel. <input type="checkbox"/> Domicile Date/Méthode utilisée pour la 3ème tentative de contact: ____/____/____ <input type="checkbox"/> Tel. <input type="checkbox"/> Domicile Partenaire contacté? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, par qui ? <input type="checkbox"/> Cas-index <input type="checkbox"/> Prestataire <input type="checkbox"/> Les deux Résultats <input type="checkbox"/> Partenaire a fait le test VIH <input type="checkbox"/> Partenaire a refusé de faire le test VIH <input type="checkbox"/> Partenaire connu comme étant séropositif Autre : _____ Statut VIH du partenaire (s'il a été testé) <input type="checkbox"/> VIH positif <input type="checkbox"/> VIH négatif Est-ce que le partenaire est sous ARV (s'il est VIH positif) ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non





**Annexe 8: Formulaire relatif aux enfants biologiques de moins de 15 ans exposés au VIH**

<b>Formulaire de dépistage pour les enfants biologiques exposés au VIH</b>				
<b>INFORMATION RELATIVE AU CAS-INDEX</b>				
NOM: _____		Code d'identification (si applicable): _____		
Sexe: <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin		Date de naissance: ____/____/____		
Nombre total d'enfants : _____				
<b>Enfant 1</b>	<b>Enfant 2</b>	<b>Enfant 3</b>	<b>Enfant 4</b>	
Nom: _____	Nom: _____	Nom: _____	Nom: _____	
Sexe: <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin	Sexe: <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin	Sexe: <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin	Sexe: <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin	
Date de naissance: ____/____/____	Date de naissance: ____/____/____	Date de naissance: ____/____/____	Date de naissance: ____/____/____	
Statut VIH de l'enfant <input type="checkbox"/> VIH positif <input type="checkbox"/> VIH négatif <input type="checkbox"/> Inconnu	Statut VIH de l'enfant <input type="checkbox"/> VIH positif <input type="checkbox"/> VIH négatif <input type="checkbox"/> Inconnu	Statut VIH de l'enfant <input type="checkbox"/> VIH positif <input type="checkbox"/> VIH négatif <input type="checkbox"/> Inconnu	Statut VIH de l'enfant <input type="checkbox"/> VIH positif <input type="checkbox"/> VIH négatif <input type="checkbox"/> Inconnu	
Si le test est positif Démarrage du traitement ARV ____/____/____	Si le test est positif Démarrage du traitement ARV ____/____/____	Si le test est positif Démarrage du traitement ARV ____/____/____	Si le test est positif Démarrage du traitement ARV ____/____/____	
Code d'identification (si applicable) _____	Code d'identification (si applicable) _____	Code d'identification (si applicable) _____	Code d'identification (si applicable) _____	
<b>Instructions</b>				
Compléter ce formulaire pour tous les enfants biologiques du cas-index. Compléter un ou plusieurs autre(s) formulaire(s) si le cas-index a plus de 4 enfants biologiques.				
Si le cas-index est un enfant, compléter ce formulaire pour tous ses frères et sœurs, ainsi que ses parents biologiques.				
Les enfants d'un cas-index de sexe masculin n'ont pas besoin d'être testés, à moins que leur mère biologique ne soit séropositive, décédée, ou si son statut sérologique est inconnu ou non documenté.				
Ce formulaire doit être révisé et mis à jour au moins une fois par an.				



## Annexe 9 : Outil d'évaluation des risques d'infection à VIH chez l'adulte

### OUTILS D'EVALUATION DES RISQUES D'INFECTION A VIH CHEZ L'ADULTE

**Exemple d'introduction :** Je vais vous poser des questions personnelles, pour estimer votre niveau d'exposition à un risque d'infection à VIH. Vos réponses à ces questions vont nous aider à vous offrir les conseils et services les plus adaptés à votre situation. Vos réponses resteront confidentielles.

Donnez-vous votre consentement ? Oui  Non

Avez-vous des questions avant que nous ne commençons ?

Prendre le temps de répondre à toutes les questions. Ne pas juger. Etre à l'écoute.

DATE : .../...../.....Nom, Prénom(s) ou code d'identification: .....

SEXE : M  F  AGE : Commune : .....COLLINE/QUARTIER : .....

FOSA : .....BPS : .....

TYPE DE DEPISTAGE : Initié par le prestataire  Initié par le cas-index

No	QUESTION	RÉPONSE
1	Avez-vous déjà été testé pour le VIH ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
2	Si oui de quand date-t-il et quel en a été le résultat ? (Si test positif arrêt à ce niveau)	...../...../..... Négatif <input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/>
3	Si ce n'est pas le premier test, de quand date le dernier et quel a été le résultat	...../...../..... Négatif <input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Si positif arrêt à ce niveau
4	Etes-vous concerné par l'une des activités suivantes : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rapports sexuels occasionnels sans utilisation de préservatifs</li> <li>• Rapport sexuel avec une professionnelle du sexe</li> <li>• Travail de sexe</li> <li>• Rapport sexuel anal</li> <li>• Rapport sexuel avec une personne de même sexe</li> <li>• Sexe oral sans protection</li> <li>• Utilisation occasionnelle de drogues</li> <li>• Partage de matériel d'injection</li> <li>• Consommation d'alcool avant un rapport sexuel</li> </ul>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
5	Avez-vous de multiples partenaires ? Si oui, combien de partenaires sexuels avez-vous eu au cours des 3 derniers mois ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> 1-5 <input type="checkbox"/> 5-10 <input type="checkbox"/> >10 <input type="checkbox"/>
6	A votre connaissance, pensez-vous que votre ou vos partenaire(s) a/ont d'autres partenaires sexuels ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
7	Avez-vous un partenaire VIH positif connu ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
8	A votre connaissance, votre partenaire ou un de vos enfants serait-il décédé de maladie faisant suspecter le SIDA comme un amaigrissement inexplicable, une toux qui dure, une éruption cutanée, ...	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
9	Avez-vous déjà développé un signe d'infection sexuellement transmissible comme un écoulement ou une ulcération génitale, ...	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
10	Arrive-t-il à votre partenaire de passer un temps long en dehors du foyer pour des raisons variées ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>



**Question ouverte :**

Quelles sont d'autres raisons qui vous motiverez à faire le test du VIH ?

.....  
.....  
.....  
.....

(D'autres raisons pourraient en effet justifier le test : viol, rupture de préservatif, exposition a du sang non testé...)

**Conclusion :**

- (1) Si le test antérieur date de plus de 3 mois, et qu'au moins la personne a répondu « oui » à l'une des questions de 3 à 10, offrir le test.
- (2) Si la personne a pu fournir des informations concluantes concernant son exposition au risque d'infection à VIH, offrir le test.

---

**PRESTATAIRE DE SOINS**

Nom du prestataire de soins : .....

**Résultat de l'évaluation de risque : recommandation du test**

Oui  Non

**Question pour le prestataire de soins :**

Si la personne n'est concernée par aucun des facteurs de risque cités plus haut, qu'est-ce qui motive alors l'offre de dépistage ?

.....  
.....  
.....  
.....

**N.B :**

- (1) Cet outil ne concerne pas les femmes enceintes pour qui le test doit être proposé systématiquement en CPN1.
- (2) Cet outil peut être utilisé pour un adolescent. Il faudra y ajouter les 8 questions page suivante, relatives à sa situation familiale et à sa santé.
- (3) Ce formulaire rempli doit être conservée dans le dossier du patient pour référence en temps opportun.



## Annexe 10 : Outil d'évaluation des risques d'infection à VIH chez l'enfant

### OUTIL D'ÉVALUATION DES RISQUES D'INFECTION A VIH CHEZ L'ENFANT

**Exemple d'introduction :** Je vais vous poser des questions concernant la situation familiale et la santé de [Nom de l'enfant], pour estimer son niveau d'exposition à un risque d'infection à VIH. Vos réponses à ces questions vont nous aider à lui offrir les conseils et services les plus adaptés à sa situation. Vos réponses resteront confidentielles.

Donnez-vous votre consentement ? Oui  Non

Avez-vous des questions avant que nous ne commençons ?

Prendre le temps de répondre à toutes les questions. Ne pas juger. Etre à l'écoute.

DATE :...../...../.....COLLINE/QUARTIER :.....FOSA : .....BPS : .....

Nom, Prénom(s) ou code d'identification de l'enfant: .....

SEXE : M  F  DATE DE NAISSANCE :...../...../.....

Nom de l'accompagnant : .....Téléphone : .....

Relation/Lien de parenté : .....Nom du père de l'enfant.....

Nom de la mère de l'enfant : .....

TYPE DE DEPISTAGE : Initié par le prestataire  Initié par le cas-index

1	[Nom de l'enfant] a-t-il un parent, frère ou sœur vivant avec le VIH ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
2	[Nom de l'enfant] a-t-il perdu un parent ou tous les deux parents ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
3	[Nom de l'enfant] a-t-il été abandonné par ses parents ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
4	[Nom de l'enfant] a-t-il déjà été hospitalisé ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
5	[Nom de l'enfant] a-t-il des problèmes de peau récurrents ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
6	[Nom de l'enfant] a-t-il été en mauvaise santé au cours des 3 derniers mois ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
7	[Nom de l'enfant] a-t-il été diagnostiqué positif pour la tuberculose ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
8	[Nom de l'enfant] a-t-il un retard staturo-pondéral (taille inférieure à la moyenne d'enfant de son âge, faible poids) ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
8	[Nom de l'enfant] a-t-il eu une diarrhée récurrente, ou l'enfant a-t-il eu au moins deux épisodes de diarrhée au cours des 3 derniers mois ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

#### Question ouverte :

Quelles sont d'autres raisons qui vous motiverez à faire le test du VIH pour [Nom de l'enfant] ?

.....  
 .....



**Conclusion :**

- (1) Si la réponse à une seule de ces questions est « oui », offrir le test.
  - (2) Si l'accompagnant de l'enfant a pu fournir des informations concluantes concernant l'exposition au risque d'infection à VIH de l'enfant, offrir le test.
- 

**PRESTATAIRE DE SOINS**

Nom du prestataire de soins : .....

**Résultat de l'évaluation de risque : recommandation du test**

Oui  Non

**Question pour le prestataire de soins :**

Si l'enfant n'est concerné par aucun des facteurs de risque cités plus haut, qu'est-ce qui motive alors l'offre de dépistage ?

.....  
.....  
.....  
.....

**N.B : Ce formulaire rempli doit être conservé dans le dossier de l'enfant pour référence en temps opportun.**



## BIBLIOGRAPHIE

ASLM, CDC, CHAI, EGPAF, LSHTM, ICAP, OGAC, OMS, MSF, NHL, UNICEF, USAID (2018). Considérations essentielles pour l'adoption de techniques de dépistage du VIH sur le lieu de soins au sein des systèmes nationaux de santé.

Burmen, B., & Mutai, K. (2016). Development of a screening tool to improve the yield of HIV testing in Provider Initiated HIV testing and counseling for family-members of HIV infected persons and patients at Teaching and Referral Hospital.

Ministère de la Santé et de la Lutte contre le SIDA. PNLS. (2016). Directives nationales d'utilisation des antirétroviraux pour la prévention et le traitement du VIH.

Oladele, E., Menson, W., Badejo, O. O., Onwasigwe, E., Iyamu, I., Olarinoye, A., ... & Ezeanolue, E. E. (2018). Effects of index client and geo-targeting on HIV case identification: an observational study. *The Lancet Global Health*, 6, S10.

Organisation Mondiale de la Santé. (2016). Stratégie mondiale du secteur de la santé contre le VIH 2016-2021: vers l'élimination du SIDA.

PEPFAR (2018). PEPFAR 2018 Country Operational Plan Guidance for Standard Process Countries.

USAID, PEPFAR, AIDSfree. (2018). Partner notification: a handbook for designing and implementing programs and services

World Health Organization (2016). *Guidelines on HIV self-testing and partner notification: supplement to consolidated guidelines on HIV testing services*. World Health Organization.

World Health Organization (2016). *Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: recommendations for a public health approach*. World Health Organization.

World Health Organization (2015). Consolidated Guidelines on HIV Testing Services: 5Cs: Consent, Confidentiality, Counselling, Correct Results and Connection. Geneva: World Health Organization; QUALITY ASSURANCE OF HIV TESTING.

Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK316025/>.

