DIRECTIVES OPÉRATIONNELLES POUR LA MISE À L'ÉCHELLE NATIONALE DU DÉPISTAGE FAMILIAL DU VIH EN AFRIQUE DE L'OUEST ET DU CENTRE

Dépistage familial : Un guide pratique pour la mise en œuvre

World Health Organization
REGIONAL OFFICE FOR Africa

UNAIDS

unicef
pour chaque enfant

© UNICEF/UN061620/Dejongh
Une femme et son mari sont en train de faire un Test de dépistage du VIH au centre de santé de la ville de Guilgo à l'ouest de la Côte d'Ivoire.

Table des matières

1. Pourquoi des directives opérationnelles de dépistage? 5
1.1. Historique et contexte 5
1.2 Objectif des directives opérationnelles 7

2. Le dépistage familial en quelques mots 8
2.1 Qu'est-ce qu'un dépistage familial ? 8
2.2 Quatre composantes du dépistage familial 9
2.3 Catalyseurs pour le dépistage familial 13

3. Mise en œuvre, surveillance et soutien au dépistage familial : 12 étapes pour un déploiement national 14
3.1 Renforcer l'appropriation nationale 14
3.2 Évaluer la situation 15
3.3 Définir une stratégie de changement de comportement social et de communication 19
3.4 Effectuer une consultation nationale 22
3.5 Exploiter les ressources 23
3.6 Tirer parti de l'innovation 23
3.7 Renforcer les capacités 24
3.8 Effectuer le dépistage familial dans le cadre d'un ensemble de services de dépistage du VIH différenciés 25
3.9 Favoriser l'intégration et la collaboration multisectorielle 27
3.10 Activer le dépistage familial 28
3.11 Surveiller et évaluer l'apprentissage: en adoptant une approche de surveillance évaluative 28
3.12 Échanger des connaissances en documentant et en partageant les expériences 33

Annexe 34

Cadre de surveillance du dépistage familial 34

Références 35

© UNICEF/UN0136851/Schermbrucker
Une mère et son bébé pour un examen de routine au Centre de santé Mfuta, Kisenga, République Démocratique du Congo

1 Pourquoi des directives opérationnelles de dépistage familial ?

1.1 Historique et contexte

L'Afrique de l'Ouest et du Centre (AOC) a environ 6% de la population mondiale et porte le second plus lourd fardeau de l'épidémie mondiale de VIH dont un tiers des nouvelles infections chez les enfants et les adolescents[i]. Plus de quatre décennies après le début de l'épidémie de VIH, trois quarts des 500 000 enfants âgés de 0 à 14 ans vivant avec le VIH en AOC ne reçoivent pas de traitement antirétroviral (TAR) [ii], car la majorité n'a pas encore fait le test de dépistage du VIH. En effet, seuls 2 sur 10 enfants nécessitant un test de dépistage précoce du VIH l'ont reçu au cours des 2 premiers mois de leur vie[iii]. De plus, la couverture régionale du traitement antirétroviral chez les enfants vivant avec le VIH (26%) est la deuxième plus faible au monde[iv]. Sans traitement antirétroviral, plus de 50% des enfants infectés par le VIH meurent avant leur deuxième anniversaire, avec un pic de mortalité observé à l'âge de 3 à 4 mois[v,vi].

Plusieurs obstacles limitent la mise à échelle du dépistage et du traitement du VIH chez les enfants, tels que : i) la couverture limitée des moyens de dépistage précoce du VIH chez le nourrisson, ii) la faible décentralisation du traitement pédiatrique liée à l'insuffisance de la délégation et du partage des tâches des pédiatres aux infirmières et aux acteurs communautaires, ainsi que iii) la stigmatisation aux niveaux individuel, familial et communautaire. En outre, tous les pays de la région ont une épidémie généralisée avec une prévalence comprise entre 0,3% et 6,5%[vii] qui nécessite des approches ciblées et adaptées à ce contexte et à la typologie de l'épidémie.

La région d'AOC a identifié le dépistage familial du VIH (dénommé ici dépistage familial) comme une stratégie innovante capable de générer des résultats rapides pour la réponse au VIH pédiatrique. En effet, les enfants ratent souvent des opportunités de dépistage lors de l'utilisation des services de soins de santé primaires de routine. Le dépistage familial est une excellente opportunité qui favorise alors l'accès aux interventions de lutte contre le VIH pour les enfants à travers un membre de la famille vivant avec le VIH qui sert de point d'entrée pour atteindre toute la cellule familiale. Une telle approche prend en compte plusieurs facteurs sous-jacents qui limitent l'accès au dépistage du VIH pour les membres de la famille, en particulier les enfants. Ces facteurs sont la stigmatisation, la peur de révéler par inadvertance le statut du parent, la peur du blâme, la peur de la souffrance émotionnelle et la culpabilité[viii]. Bien plus, le dépistage familial favorise le lien effectif aux soins et traitement du VIH. En outre, cette approche offre la possibilité de faciliter de façon plus globale, l'accès à des services sanitaires, nutritionnels et sociaux selon les besoins des familles.

La littérature scientifique indique que le dépistage familial est une stratégie efficace pour identifier les enfants vivant avec le VIH dans des contextes de prévalence élevée :

- Au Malawi, près de la moitié des patients séropositifs mis aux soins avaient des membres du ménage non dépistés dont beaucoup d'entre eux étaient des enfants et des adolescents[ix];

- En Ouganda, le modèle centré sur la famille s'est avéré efficace pour atteindre une bonne couverture et de meilleurs résultats en matière d'interventions pédiatriques contre le VIH, comme en témoigne la multiplication par 40 du nombre d'enfants inscrits aux soins du VIH dans les 84 mois suivant la mise à l'échelle de cette approche[x];
- Au Kenya, la référence active d'enfants de cas index s'est révélée particulièrement efficace pour identifier les enfants asymptomatiques plus âgés, en dépit des obstacles systémiques et individuels qui affectent l'utilisation des services [viii].

Dans les contextes de faible prévalence, le dépistage familial a également été jugé efficace pour identifier les enfants vivant avec le VIH :

- An Cameroun, une étude[xi] effectuée en 2017 a évalué six portes d'entrée de dépistage pédiatrique du VIH dans les établissements hospitaliers. Le dépistage des enfants d'adultes séropositifs pris en charge s'est avéré comme le moyen le plus efficace (taux de rendement de 22%) d'identifier les enfants vivant avec le VIH. En comparaison, les taux d'enfants séropositifs étaient de 11,4% dans les services antituberculeux, 6,1% dans les services de prévention de la transmission mère-enfant (PTME) du VIH, 5,6% dans les services d'hospitalisation de pédiatrie, 0,1% dans les services de soins ambulatoires et 0% dans les services de vaccination.
- Au Togo, il a été démontré que le dépistage familial est complémentaire de la stratégie de dépistage et conseil du VIH à l'initiative du Prestataire (PITC) qui utilise plusieurs portes d'entrée pour dépister les enfants. Le dépistage des enfants a triplé en l'espace de deux ans de mise en œuvre du PITC couplé au dépistage familial. Les taux de séropositivité étaient de 19% dans les cliniques antituberculeuses, 9% pour le dépistage familial, 8% dans les services de consultations externes, 7% dans les services de soins ambulatoires, 5% dans les services de PTME et 5% dans les services de vaccination[xii].
- En République Démocratique du Congo (RDC), le dépistage familial systématique a multiplié par 4 le taux d'identification des enfants séropositifs sur une période de six mois. En outre, les enfants ont été identifiés à un stade clinique moins avancé[xiii].
- Plusieurs expériences programmatiques en AOC, notamment au Burkina Faso, au Cameroun, en République centrafricaine (RCA), au Tchad, en Côte d'Ivoire, au Nigeria, au Sénégal, en Sierra Leone et au Togo confirment que:

  i. Le dépistage familial est réalisable et acceptable pour les patients et leurs familles et constitue une stratégie efficace de dépistage des enfants infectés par le VIH.

  ii. Le lien au traitement (objectif ultime) a été une réussite dans toutes les expériences des pays.

Alors que les pays s'efforcent d'accroître leur capacité à décentraliser le dépistage précoce du VIH, y compris à travers le « Point-Of-Care », il est impératif de mieux impliquer les membres de la famille et de la communauté dans le traitement et la prise en charge des enfants et des adolescents vivant avec le VIH. Adopter une « approche centrée sur la famille » dans nos programmes de lutte contre le VIH dans la région à travers le dépistage familial permet d'atteindre deux objectifs :

- L'identification précoce des enfants et adolescents séropositifs ;
- L'accès aux soins et la rétention des enfants, des adolescents et de leurs familles dans les services de prise en charge du VIH.

© UNICEF/UN061635/Dejongh
Une mère séropositive de 21 ans en Côte d'Ivoire visite le centre de santé de son village pour obtenir ses médicaments.

1.2 Objectif des directives opérationnelles

Ces directives opérationnelles sont destinées aux responsables nationaux de programmes notamment les gestionnaires, les acteurs de mise en œuvre et les prestataires de soins. Elles bénéficient de l'appui des partenaires et experts nationaux, régionaux et mondiaux. Ces directives s'inspirent des expériences de dépistage familial menées à l'intérieur et à l'extérieur de l'AOC. Par ailleurs, elles combinent les recommandations de la réunion de consultation d'experts de Dakar tenue en juin 2018 (rapport disponible ici) ainsi que les leçons tirées du projet pilote des directives opérationnelles sur le dépistage familial effectué au Liberia en juin 2018 (rapport accessible ici). Il s'agit d'un document évolutif qui s'enrichira au fur et à mesure que de nouvelles leçons tirées d'autres expériences de dépistage familial seront collectées dans la région. L'utilisation de ces directives est complétée par une boîte à outils (accessible ici) et une communauté de pratique (accessible ici).

Il s'agit d'un document régional élaboré à l'intention des pays d'AOC pour guider les équipes pays dans la conception du déploiement du dépistage familial du VIH adapté au contexte du pays, en mettant l'accent sur les enfants et les adolescents manqués dans les services de soins, en les mettant sous traitement, afin qu'ils puissent survivre, prospérer et vivre une vie saine et épanouissante.

2 Le dépistage familial en quelques mots

© UNICEF/UN0294584/Frank Dejongh
Un garçon de 26 ans sourit quand il apprend qu'il est séronégatif. Chez lui, à Ndjamena, la capitale du Tchad.

2.1 Qu'est-ce qu'un dépistage familial ?

Par dépistage familial, nous faisons référence à l'offre de tests de dépistage du VIH aux membres de la famille (enfants et partenaires) d'une personne séropositive - également appelée « cas index », avec un lien au traitement et soins pour les membres de la famille identifiés séropositifs. L'OMS définit le dépistage index comme « une approche ciblée de dépistage du VIH proposée aux membres du ménage et de la famille (y compris les enfants) d'une personne testée positive pour le VIH»[xiv]. Dans ces directives, le dépistage familial remplace l'utilisation de la terminologie « dépistage index » et il décrit le dépistage ciblé des membres de la famille et des ménages d'une personne vivant avec le VIH (adulte ou enfant) récemment diagnostiquée ou déjà prise en charge et sous traitement.

Le lien du dépistage familial avec la composante des soins est essentiel car il concerne l'accès des membres de la famille au traitement antirétroviral, aux autres services sociaux et de santé de base et au soutien psychosocial apporté aux familles. Ces services concernent la révélation du statut sérologique parmi les membres de la famille y compris les enfants.

2.2 Quatre composantes du dépistage familial

1. Identification des membres de la famille d'une personne (adulte ou enfant) nouvellement diagnostiquée ou prise en charge dans les services de soins et de traitement du VIH ;
2. Offre du dépistage du VIH aux membres de la famille dont le statut sérologique est inconnu ;
3. Communication des résultats aux membres de la famille de manière adaptée à leur âge et facilitation de l'annonce du résultat et conseils ;
4. Lien avec les soins et le traitement, soutien à l'observance et lien avec d'autres services de santé et sociaux selon les besoins.

Pour chacune de ces composantes, il sera important de répondre aux questions fondamentales telles que : Qui peut jouer un rôle (notamment identifier comment engager les acteurs communautaires) ? Où (le lieu) peut être fourni le dépistage familial ? Quels sont les outils nécessaires et les éventuels défis à anticiper ? Tout au long de ces étapes, il sera essentiel de veiller à ce que tous les services respectent les principes des 5C de l'OMS pour les services de conseil et de dépistage du VIH [xv] : i) Consentement, ii) Confidentialité, iii) Conseil, iv) résultats Corrects et v) Connexion avec les soins et le traitement. De plus, les problèmes liés au refus du patient doivent être rapidement identifiés et résolus.

Questions fondamentales

- Qui doit effectuer le dépistage familial ?

- Qui fournit le conseil et le dépistage dépend en grande partie de la relation de confiance établie entre le prestataire et la personne vivant avec le VIH. Ce sera la clé du succès pour amener les membres de la famille à faire un dépistage du VIH. Le conseil peut être fourni par le personnel de santé déjà en contact avec les patients ou par les agents de santé communautaires, en particulier ceux vivant avec le VIH, qui connaissent mieux les difficultés et l'importance du dépistage familial. Les prestataires de soins de santé et les agents de santé communautaires devront être formés sur l'offre des conseils pour le dépistage familial. La procédure opérationnelle standard (SOP) PEPFAR/USAID/CDC/DOD/OMS relative au dépistage de cas index du partenaire et de la famille est un outil qui peut être adapté pour offrir cette formation[xvi].

- Concernant le rôle spécifique des agents de santé communautaires dans le conseil pour le dépistage familial, beaucoup d'entre eux ont été formés sur le conseil et dépistage volontaire du VIH. Ils représentent donc une puissante ressource humaine à utiliser, en particulier lorsqu'on s'appuie sur des initiatives communautaires existantes. Leur participation est d'autant plus capital du fait que les prestataires de santé manquent souvent du temps et de la disponibilité nécessaires pour offrir des conseils approfondis. Les travailleurs sociaux et les psychologues peuvent également être impliqués car, tout comme les agents de santé communautaires, ils sont familiers aux problèmes quotidiens auxquels sont confrontées les familles vulnérables, y compris celles affectées par le VIH.

- Où doit-on effectuer le dépistage familial ?

- Pour chaque district sélectionné, il sera essentiel d'avoir un consensus sur les sites où le dépistage familial se déroulera, en commençant par les adultes et les enfants vivant avec le VIH sous traitement. Il peut s'agir soit des formations sanitaires (hôpitaux, cliniques, services de pédiatrie, etc.) ou des milieux communautaires (bureaux d'associations de personnes vivant avec le VIH, centres communautaires, centres de population clés, cliniques mobiles, services de proximité, écoles et autres établissements d'enseignement, lieux de travail, lieux de culte, parcs, bars et autres lieux).

- L'option du dépistage à domicile est un moyen efficace et rapide de s'assurer que tous les membres de la famille (y compris les partenaires masculins) sont dépistés. Cette option doit être envisagée, y compris toute adaptation nécessaire en relation à la vie privée de la famille, aux conseils et procédures appropriés, dans la mesure où la stigmatisation associée au VIH tend à être une préoccupation majeure. L'une des approches à envisager consiste à proposer le dépistage familial en tant qu'intervention intégrée dans un ensemble de services de santé essentiels, tels que la vaccination, le dépistage et la supplémentation nutritionnels, le dépistage de la tuberculose et le suivi des étapes clés du développement de la petite enfance.

- L'autotest du VIH est une approche émergente, un processus dans lequel une personne qui souhaite connaître son statut VIH prélève un échantillon, effectue le test et interprète elle-même le résultat, souvent en privé. L'autotest est également une option à prendre en compte pour les populations à faible accès (adolescents) et pour les populations particulièrement stigmatisées et vulnérables telles que les professionnels de sexe, les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes, les consommateurs de drogues injectables et les migrants exposés au risque de contamination par le VIH.

- Quels outils sont nécessaires pour le dépistage familial ?

Il existe plusieurs outils issus des expériences pilotes mises en œuvre en AOC ou ailleurs. Ils sont disponibles en ligne via une boîte à outils (accessible ici) pour une adaptation au niveau national. Ils comprennent :

- Formulaire d'arbre généalogique
- Formulaires de référence familiale
- Guide de conseil dépistage familial
- Formulaire de dépistage familial
- Formulaire de résultat de dépistage familial
- Registre de dépistage familial/ patient index
- Formulaire de rapportage de dépistage familial
- Directives opérationnelles standard (SOP) de dépistage familial en milieu hospitalier

- Quels défis et obstacles du dépistage familial devrions-nous anticiper ?

Il existe plusieurs obstacles et défis potentiels qui peuvent être catégorisés comme individuels, liés aux systèmes (tableau 1) ou selon le domaine thématique (tableau 2).

Tableau 1 : Obstacles de niveaux individuel et systèmes [viii]

Niveau individuel		Niveau systèmes	
Obstacles	Solutions	Obstacles	Solutions
Peur d'une divulgation du statut sérologique par inadvertance/ stigmatisation	Soutien à l'annonce du statut sérologique, mécanismes de soutien par les pairs	Enquête et proposition incohérentes de dépistage	Évaluation systématique et référence active avec des outils requis et des normes de qualité
Faible connaissance des parents sur les avantages	Éducation sur les avantages de l'identification et du traitement précoces des enfants	Agent de santé débordé par une charge de dépistage accrue	Formation, transfert de tâches et examen du flux des patients
Réticence des parents en raison de la peur, de la culpabilité et du blâme	Soutien psychosocial pour lutter contre la peur, la culpabilité et le blâme	Faibles liens au traitement/ faiblesse des systèmes de référence/ contre référence	Établir des mécanismes de suivi actif pour garantir l'initiation rapide du traitement et la rétention
Défis logistiques pour amener les enfants/la famille à la formation sanitaire (coût du transport, heures de travail)	Résoudre les défis logistiques en fonction du contexte (dépistage à domicile, remboursement du transport)	Ruptures de stock des produits de dépistage du VIH et ARV	Renforcer la chaîne d'approvisionnement, les prévisions et la quantification

Tableau 2 : Difficultés dans le dépistage familial [xvii]

Difficulté	Considérations clés
Côté demande : itinéraire thérapeutique	Vaincre la stigmatisation et la discrimination, sensibiliser et créer la demande
Côté demande : soutien psychosocial	Soutenir la révélation au sein de la cellule familiale, promouvoir la confidentialité, et fournir des conseils adaptés à l'âge
Côté demande : questions liées au genre et aux droits de l'homme	Promouvoir la participation des hommes, identifier et traiter les problèmes de violence et de criminalisation entre partenaires
Côté offre : capacités en ressources humaines pour des soins de qualité	Capacité de prestation de services de VIH pédiatriques décentralisés et différenciés, délégation et partage de tâches, capacitation (renforcement des compétences) des acteurs communautaires
Côté offre : continuité des soins, rétention, mulitisectoralité	Lien précoce avec le traitement, surveillance et suivi des patients en retard ou perdus de vue, liens avec d'autres services de santé et services sociaux.
Côté offre : Chaîne d'approvisionnement, suivi et évaluation	Bonne gestion et contrôle des stocks, prévision et quantification pour assurer la disponibilité constante des produits de base et des médicaments, outils adéquats pour l'enregistrement et le rapportage, Revues périodiques des données

© UNICEF/UN0252778/Schermbrucker
Une conseillère de l'Hôpital régional d'Ebolowa, au Cameroun, conseille une mère lorsqu'elle reçoit le résultat de son test VIH.

2.3 Catalyseurs pour le dépistage familial

Un environnement favorable nécessite la présence de facteurs aux niveaux de la communauté, des formations sanitaires et du système de santé (tableau 3) pour atténuer les obstacles et les défis potentiels.

Tableau 3 : Catalyseurs pour le dépistage familial

Catalyseurs du dépistage familial au niveau de la communauté, des formations sanitaires et du système de santé
Catalyseurs au niveau de la communauté
- Plaidoyer positif des leaders communautaires, traditionnels, religieux et de la société civile - Réseaux actifs de personnes vivant avec le VIH et de la société civile - Groupes de soutien par les pairs actifs et accessibles - Agents de santé communautaires capacités et formés
Catalyseurs au niveau des formations sanitaires
- De bons systèmes de rendez-vous, de collecte de données sur les fiches et d'analyse pour réduire les temps d'attente et améliorer la satisfaction des patients - Dépistage via des portes d'entrée multiples à travers plusieurs services de santé pour compléter le dépistage familial - Un système mis en place pour le suivi des patients, utilisant à la fois des agents de santé communautaires et des personnels de santé appuyés par des groupes de soutien par des pairs (mères mentors, groupes de jeunes adolescents) - Lien avec d'autres services tels que le dépistage familial de la tuberculose, le dépistage nutritionnel familial, les services de développement de la petite enfance, les transferts d'espèces et les programmes de supplémentation nutritionnelle
Catalyseurs au niveau des systèmes de santé
- Politique, directives et outils de dépistage familial - Supervision régulière et mentorat - Gestion renforcée de la chaîne logistique pour les produits de dépistage et les antirétroviraux (ARV) - Systèmes de contrôle qualité/assurance qualité du dépistage - Renforcement des compétences pour l'annonce des résultats - Délégation de tâches et renforcement des capacités des ASC avec la formation et des outils pour fournir des conseils et effectuer le dépistage - Systèmes de référence contre référence fonctionnels - Liens avec les programmes sociaux et de lutte contre la violence liée au genre (le document de Politique et programmation sur le VIH et protection de l'enfant est une ressource utile)

3 Mise en œuvre, surveillance et soutien au dépistage familial : 12 étapes pour une extension nationale

12 étapes pour un déploiement national du dépistage familial

1. **Renforcer l'appropriation nationale par la sensibilisation et l'obtention de l'engagement des principales parties prenantes.**
2. **Évaluer la situation dans le contexte du dépistage différencié du VIH chez les enfants**
3. **Définir une stratégie de changement de comportement social et de communication qui cible les familles, les communautés, les agents de santé et les leaders.**
4. **Effectuer une consultation nationale pour élaborer un plan d'action budgétisé et développer/adapter les outils nationaux pour l'offre de soins et services, la gestion de la chaîne d'approvisionnement, la participation des communautés, la communication, le plaidoyer et le suivi.**
5. **Mobiliser les ressources par le biais de mécanismes de financement existants et potentiels (Fonds mondial (FM), Facilité mondiale de financement (GFF), secteur privé, budget national).**
6. **Développer l'innovation en utilisant les plateformes technologiques existantes (U-Report, mhealth) et les avancées en matière de prestation de services (diagnostic par le Point-Of-Care, autotest, télémédecine).**
7. **Renforcer les capacités pour la mise en œuvre par la formation, le mentorat et la supervision, en se concentrant d'abord sur les régions où les gaps en matière de dépistage et de traitement sont les plus importantes.**
8. **Effectuer le dépistage familial dans le cadre d'un paquet de services de dépistage du VIH différenciés pour optimiser toutes les portes d'entrée de la santé infantile aux niveaux de la communauté et des formations sanitaires.**
9. **Favoriser l'intégration et la collaboration multisectorielle pour des soins holistiques en créant des liens avec d'autres services et secteurs**
10. **Activer le dépistage familial dans les régions ciblées par le biais d'événements de presse de haut niveau pour gagner en visibilité et créer le momentum.**
11. **Suivre et évaluer pour l'apprentissage en adoptant une approche évaluative de suivi.**
12. **Échanger les connaissances par la documentation et le partage d'expériences.**

3.1 Renforcer l'appropriation nationale

L'appropriation nationale est essentielle pour la réussite du dépistage familial. Le dépistage familial implique plusieurs parties prenantes clés, chacune ayant un rôle à jouer.

En tant que première étape de la mise en œuvre du dépistage familial, les principaux intervenants nationaux devront être invités à mener une campagne de sensibilisation et obtenir l'adhésion au dépistage familial. Un comité de pilotage doit donc être formé avec les représentants de ces intervenants clés.

Le comité de pilotage assurera la gestion et le pilotage des 12 étapes de la mise en œuvre nationale du dépistage familial.

Le travail du comité de pilotage consistera à :
- Assurer qu'il existe une politique et un cadre juridique propices au déploiement du dépistage familial ;
- Identifier des champions nationaux et infranationaux ;
- Établir un engagement intersectoriel afin de tirer parti des services supplémentaires de soutien familial au-delà du dépistage et du traitement du VIH ;
- Établir un accord sur les modalités pour la collaboration public-privé ; et
- Identifier les opportunités sur lesquelles s'appuyer, telles que les campagnes ciblant la santé familiale ou les campagnes des premières dames Free to Shine, qui constitueraient une excellente occasion pour rehausser le profil du dépistage familial.

3.2 Évaluer la situation

L'évaluation de la situation est une étape essentielle qui éclairera la planification du dépistage familial. L'évaluation consiste à : i) s'assurer qu'il existe un environnement favorable doté d'une politique et d'un cadre juridique favorables; ii) examiner les données pour comprendre la répartition des enfants non identifiés et non traités afin d'informer la priorisation géographique; iii) cartographier les modèles d'offre de dépistages différenciés pour les enfants; et iv) explorer les obstacles aux niveaux de la famille, de la communauté, des services de santé ainsi que des systèmes nationaux afin de mieux comprendre le changement à effectuer pour faciliter le déploiement réussi du dépistage familial.

Principaux intervenants dans le dépistage de la famille

- *Chefs de ménage,*
- *Membres masculins du ménage*
- *Leaders communautaires et traditionnels*
- *Réseaux de personnes vivant avec le VIH (PVVIH)*
- *Groupe de pairs*
- *Leaders religieux*
- *Leaders politiques*
- *Organes de défense des droits de l'homme et des organes juridiques (notamment les points focaux pour la violence basé sur le genre)*
- *Conseillers psychosociaux*
- *Agents de santé communautaire*
- *Travailleurs sociaux*
- *Prestataires de soins de santé (infirmières, médecins, techniciens de laboratoire, pharmaciens)*
- *Comité national de lutte contre le sida (CNS)*
- *Programmes nationaux de lutte contre le sida (PNLS)*
- *Ministères de la santé (MS), notamment les responsables de programmes nationaux (PTME, ART, SMNE / PEV, Nutrition, tuberculose, systèmes communautaires, promotion de la santé, suivi et évaluation)*
- *Autres ministères (Genre, Affaires sociales, Éducation)*
- *Organisations confessionnelles*
- *Organisations communautaires*
- *Organisations de la société civile (OSC)*
- *Associations d'enfants et d'adolescents*
- *Partenaires d'exécution, bilatéraux et multilatéraux*
- *Secteur privé*
- *Bailleurs*

Évaluer l'environnement favorable : examiner le cadre juridique et politique national pour le dépistage familial

1. a) Le cadre juridique et politique relatif au VIH promeut-il les éléments suivants ? **b) S'il existe des lacunes, pouvons-nous modifier, adapter ou réviser ce qui existe pour remédier à ces lacunes ?**	❒ Dépistage et conseil du VIH à l'initiative du Prestataire (PITC) ❒ Notification du partenaire ❒ Recherche de contacts ❒ Révélation du VIH aux partenaires sexuels et aux enfants ❒ Non-criminalisation du VIH
2. a) Le dépistage du VIH et les directives associées supportent-ils les éléments suivants ? **b) S'il existe des lacunes, pouvons-nous modifier, adapter ou réviser les directives existantes pour remédier à ces lacunes ?**	❒ Dépistage familial ❒ PITC ❒ Délégation de tâches pour le dépistage du VIH, notamment pour les enfants ❒ Dépistage communautaire/à domicile ❒ Autotest ❒ Âge de consentement pour les adolescents ❒ Violence conjugale / protection des personnes vivant avec le VIH

Évaluation de la répartition du fardeau du VIH pour la priorisation géographique : analyser les données pour définir les lacunes en matière de dépistage et de traitement chez les enfants aux niveaux national et infranational

À l'aide du rapport de suivi mondial de la lutte contre le sida (GAM), des rapports du système national de gestion de l'information sanitaire (HMIS), des analyses de la situation du VIH chez l'enfant, du plan de rattrapage et des rapports d'offre de dépistage différencié, effectuer une évaluation rapide des aspects suivants :

3. Quel est le déficit actuel de traitement du VIH pédiatrique ?

- Nul
- <20%
- 20-40%
- 41-60%
- 61-80%
- >80%

4. Quels objectifs pédiatriques ont été définis dans le plan de rattrapage national ?

S'il n'y en a pas - merci de les examiner et de vous mettre d'accord sur ce qu'ils pourraient être, sur la base des données du plan d'accélération pédiatrique

5. Quels sont les districts prioritaires pour les soins pédiatriques liés du VIH ?

Avant de déployer le dépistage familial, il est important d'identifier les districts et les sites d'intervention prioritaires. Idéalement, ces zones doivent se situer là où le fardeau du VIH est le plus élevé, avec de nombreux besoins non satisfaits en matière de dépistage et de traitement des enfants et de grandes cohortes de personnes vivant avec le VIH sous TAR. Il est utile de se référer aux plans d'élimination de la transmission mère-enfant du VIH (eMTCT) et de prise en charge pédiatrique si ces derniers ont été développés au niveau national, afin de s'aligner sur les districts prioritaires déjà sélectionnés.

6. Examiner les gaps en matière de dépistage et de traitement par sous-population et zone géographique avec les données sur les objectifs 90-90-90 disponibles et désagrégées par tranche d'âge et région infranationale. Existe-t-il des considérations spécifiques pour le contexte telles que les obstacles géographiques, des catastrophes naturelles et des troubles civils ?

INDICATEUR	BESOINS ESTIMÉS	2020 CIBLE	NOMBRE ATTEINT	COUVERTURE	ANNÉE (Source)
Adultes vivant avec le VIH connaissant leur statut					
Adultes vivant avec le VIH sous traitement antirétroviral					
Adultes vivant avec le VIH sous traitement antirétroviral et soumis à un test de charge virale					
Adultes vivant avec le VIH sous traitement antirétroviral avec une suppression de la charge virale					
Femmes enceintes recevant un test de dépistage du VIH					
Femmes enceintes vivant avec le VIH sous traitement antirétroviral					
Femmes enceintes vivant avec le VIH sous traitement antirétroviral et soumis à un test de charge virale					
Femmes enceintes vivant avec le VIH sous traitement antirétroviral avec une suppression de la charge virale					
Nourrissons exposés au VIH recevant un dépistage précoce dans les 2 mois					
Enfants âgés de 0 à 14 ans vivant avec le VIH connaissant leur statut					
Enfants âgés de 0 à 14 ans vivant avec le VIH sous traitement antirétroviral					

INDICATEUR	BESOINS ESTIMÉS	2020 CIBLE	NOMBRE ATTEINT	COUVERTURE	ANNÉE (Source)
Enfants âgés de 0 à 14 ans vivant avec le VIH sous traitement antirétroviral et soumis à un test de charge virale					
Enfants âgés de 0 à 14 ans vivant avec le VIH sous traitement antirétroviral avec une suppression de la charge virale					
Adolescents âgés de 10 à 14 ans vivant avec le VIH connaissant leur statut					
Adolescents âgés de 10 à 14 ans vivant avec le VIH sous traitement antirétroviral					
Adolescents âgés de 10 à 14 ans vivant avec le VIH sous traitement antirétroviral et soumis à un test de charge virale					
Adolescents âgés de 10 à 14 ans vivant avec le VIH sous traitement antirétroviral avec une suppression de la charge virale					
Adolescents âgés de 15 à 19 ans vivant avec le VIH connaissant leur statut					
Adolescents âgés de 15 à 19 ans vivant avec le VIH sous traitement antirétroviral					
Adolescents âgés de 15 à 19 ans vivant avec le VIH sous traitement antirétroviral et soumis à un test de charge virale					
Adolescents âgés de 15 à 19 ans vivant avec le VIH sous traitement antirétroviral avec une suppression de la charge virale					

Évaluer les modèles de prestation de services différenciés : examiner le niveau de mise en œuvre du dépistage différencié pour les enfants

7. Quelles sont les stratégies actuelles mises en œuvre pour la recherche et le dépistage des enfants ?	❒ Dépistage précoce des nourrissons ❒ Dépistage dans les cliniques de vaccination ❒ Dépistage dans les services d'hospitalisation pédiatrique ❒ Dépistage dans les services ambulatoires ❒ Dépistage de la malnutrition chez les enfants pris en charge ❒ Dépistage de la tuberculose chez les enfants pris en charge ❒ Dépistage dans la prise en charge intégrée des maladies de l'enfance (PCIME) et la prise en charge intégrée des cas au niveau communautaire (PEC-C) ❒ Dépistage familial

8. Quel est leur niveau de mise en œuvre dans les formations sanitaires et dans la communauté ?	Dépistage précoce du nourrisson : ■ Nul ■ pilote ■ <20% ■ 20-50% ■ 51-70% ■ l'échelle Dépistage dans les cliniques de vaccination : ■ Nul ■ pilote ■ <20% ■ 20-50% ■ 51-70% ■ l'échelle Dépistage dans les services d'hospitalisation pédiatrique : ■ Nul ■ pilote ■ <20% ■ 20-50% ■ 51-70% ■ l'échelle Dépistage dans les services de soins ambulatoires ■ Nul ■ pilote ■ <20% ■ 20-50% ■ 51-70% ■ l'échelle Dépistage de la malnutrition chez les enfants pris en charge : ■ Nul ■ pilote ■ <20% ■ 20-50% ■ 51-70% ■ l'échelle Dépistage de la tuberculose chez les enfants pris en charge : ■ Nul ■ pilote ■ <20% ■ 20-50% ■ 51-70% ■ l'échelle Dépistage dans la prise en charge intégrée des maladies de l'enfance (PCIME) et la prise en charge intégrée des cas au niveau communautaire (PEC-C) ■ Nul ■ pilote ■ <20% ■ 20-50% ■ 51-70% ■ l'échelle Dépistage familial : ■ Nul ■ pilote ■ <20% ■ 20-50% ■ 51-70% ■ l'échelle

9. Quels sont les rendements de dépistage pour chaque approche (utiliser les données disponibles et indiquer la source) ?	Dépistage précoce du nourrisson : ■ <1% ■ 1-5% ■ 6-10% ■ 11-20% ■ 21-50% ■ >50% Dépistage dans les cliniques de vaccination : ■ <1% ■ 1-5% ■ 6-10% ■ 11-20% ■ 21-50% ■ >50% Dépistage dans les services d'hospitalisation pédiatrique : ■ <1% ■ 1-5% ■ 6-10% ■ 11-20% ■ 21-50% ■ >50% Dépistage dans les services de soins ambulatoires: ■ <1% ■ 1-5% ■ 6-10% ■ 11-20% ■ 21-50% ■ >50% Dépistage de la malnutrition chez les enfants pris en charge : ■ <1% ■ 1-5% ■ 6-10% ■ 11-20% ■ 21-50% ■ >50% Dépistage de la tuberculose chez les enfants pris en charge : ■ <1% ■ 1-5% ■ 6-10% ■ 11-20% ■ 21-50% ■ >50% Dépistage dans la prise en charge intégrée des maladies de l'enfance (PCIME) et la prise en charge intégrée des cas au niveau communautaire (PEC-C): ■ <1% ■ 1-5% ■ 6-10% ■ 11-20% ■ 21-50% ■ >50% Dépistage familial ■ <1% ■ 1-5% ■ 6-10% ■ 11-20% ■ 21-50% ■ >50%

Cette analyse d'offre de soins différenciés mettra en évidence le degré d'optimisation de chaque porte d'entrée des enfants pour la recherche des cas. Cela devrait guider la planification des actions de renforcement des systèmes de recherche de cas pour ces portes d'entrée (tels que la formation, le mentorat et la supervision) à intégrer à l'effort de déploiement du dépistage familial.

Évaluer les goulots d'étranglement au changement : effectuer une analyse des obstacles

10. Identifier les obstacles à tous les niveaux (famille, communauté, services de santé, systèmes nationaux) et dans les quatre composantes du dépistage familial :
    - Identification des membres de la famille d'une personne (adulte ou enfant) nouvellement diagnostiquée ou dans les services de soins et de traitement du VIH ;
    - Proposition du dépistage du VIH aux membres de la famille dont le statut est inconnu ;
    - Communication des résultats aux membres de la famille d'une manière adaptée à leur âge ;
    - Lien avec les soins et le traitement, soutien à l'observance et lien avec d'autres services de santé et services sociaux, si nécessaire
11. Transformer les obstacles en « changement que nous souhaitons voir » (et qui peut être atteint grâce à des stratégies réalisables) ;
12. Définir des indicateurs permettant de mesurer le changement (résultats préliminaires sur les connaissances, les croyances, les perceptions, la compréhension, les attitudes, les comportements, les services et les politiques) ;
13. Prévoir et suggérer des stratégies réalisables (basées sur les ressources existantes) pour promouvoir le changement ; et
14. Identifier qui sont les principaux détenteurs d'obligations pouvant influencer le dépistage familial. Quels rôles sont-ils censés jouer pour favoriser le dépistage familial et soutenir l'adhésion aux soins et au traitement ? Quels sont les principaux obstacles et facteurs de motivation qui les poussent à s'acquitter de leurs rôles au niveau de la famille, de la communauté, des services de santé et des systèmes nationaux ?

Cette évaluation rapide doit fournir une compréhension approfondie de l'état de mise en œuvre du dépistage familial dans le contexte du cadre politique et juridique, des besoins non satisfaits aux niveaux infranational et des régions pour la priorisation géographique, des modèles d'offre de dépistage différencié pour les enfants et des obstacles clés à surmonter pour déploiement réussi de dépistage familial à l'échelle nationale.

3.3 Définir une stratégie de changement de comportement social et de communication

Pertinence d'une campagne ciblée à court terme et d'un programme global de communication pour le changement de comportement social ?

L'objectif principal du changement est la prise de décision positive d'une PVVIH à engager les membres de sa famille dans le dépistage et la prise en charge du VIH. Les campagnes jouent un rôle important dans la communication pour le changement de comportement social et ont démontré leur capacité à générer des résultats en créant la demande de services, en particulier lorsqu'elles encouragent un comportement ponctuel. Les campagnes ponctuelles sont utiles pour attirer l'attention des populations sur les interventions nouvellement introduites. Ainsi, une première campagne serait tout à fait logique dans le contexte de l'introduction du dépistage familial. Des campagnes supplémentaires peuvent être nécessaires tout au long du programme. Cependant, la décision d'utiliser des campagnes ne doit pas être anticipée et nous pouvons rencontrer des situations particulières dans lesquelles une

campagne n'est pas nécessaire ou opportune. L'analyse, les objectifs du programme et les approches stratégiques de communication pour le changement de comportement social déterminent la nécessité d'une campagne de communication et son rôle.
Malgré l'importance stratégique des campagnes, la création de la demande de dépistage familial doit être conçue comme un programme continu qui s'attaque aux obstacles à différents niveaux et les combine avec des interventions de communication soutenues dans lesquelles le dialogue et la communication interpersonnelle jouent un rôle central. Les raisons en sont les suivantes :

- Les campagnes ne peuvent pas être maintenues pendant longtemps et sont exposées à la fatigue du public et des parties prenantes. Elles entraînent souvent une augmentation rapide de l'adoption de comportements, mais après un certain temps, les taux d'adoption peuvent stagner ou même diminuer.

- Les programmes de lutte contre le VIH ont besoin d'une interface de communication permanente avec la population afin de toucher les nouvelles « générations » de participants qui deviennent concernés par le VIH.

- Alors que l'engagement dans le dépistage familial est un comportement ponctuel, l'engagement continu dans les soins et le traitement est également un comportement à promouvoir dans le cadre du dépistage familial. Les nombreuses perceptions sociales négatives et la stigmatisation des PVVIH sont des obstacles à la décision positive de ces personnes et à la participation des membres de la famille au test de dépistage du VIH. C'est notamment le cas des pays de la région d'AOC par opposition aux pays d'Afrique orientale et australe où la prévalence du VIH est élevée. Bien qu'une campagne à court terme puisse contribuer à réduire ces perceptions négatives et cette stigmatisation, seules des stratégies à long terme plus globales de communication pour le changement de comportement social, peuvent considérablement générer un changement social et un comportemental durable. Ces campagnes doivent exploiter le potentiel d'une variété de canaux de communication qui se renforcent mutuellement.

Pour ces raisons, la planification d'une approche plus durable et globale propice à un environnement favorable (sociétal, institutionnel, juridique et politique) et contribuant au renforcement du système doit être prise en compte lors de la conception de la stratégie de communication pour le déploiement du dépistage familial.

Principales composantes d'une stratégie de communication pour le changement de comportement social

- Communication ciblée pour le changement de comportement social

- Offerte par des agents de changement communautaires via la communication interpersonnelle (CIP) ;
- Complétée par les médias de proximité (radio communautaire, théâtre pour le développement, etc.)
- Conception et mise en œuvre d'approches de communication adaptées aux groupes vulnérables ou aux zones géographiques ayant les plus faibles taux de dépistage familial, avec une plus forte composante d'engagement/participation communautaire

- Mobilisation et engagement de la communauté :

- Mobiliser les leaders (maires, responsables d'OSC, responsables religieux) pour qu'ils engagent leurs groupes à soutenir le dépistage familial.

- Campagne médiatique de masse pour la création d'un environnement favorable

- Encourager la prise de décision positive des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) pour atteindre les membres de leurs familles et leurs réseaux.

Élaborer la stratégie de communication pour le changement de comportement social

Différents modèles ou processus de planification peuvent être appliqués dans la planification et la mise en œuvre d'une stratégie de communication pour le changement de comportement social. Ces modèles partagent un certain nombre d'étapes qui peuvent être résumées comme suit :

- Collecte et analyse des données.
- Conception stratégique.
- Développement et prétest des messages et supports.
- Mise en œuvre et suivi.
- Évaluation et replanification.

Cette section met l'accent sur les trois premières étapes. Bien que certains éléments de la collecte et de l'analyse des données et des étapes stratégiques aient été pris en compte tout au long du processus décrit jusqu'ici dans le présent document, toutes les informations pertinentes produites doivent être consolidées et complétées lors de l'élaboration de la stratégie de communication selon les éléments énumérés ci-dessous :

Étape 1. Collecter et analyser des données en vue d'une analyse de la communication

Cela inclut :

- Une analyse du problème et du programme.
- Une analyse de l'environnement de communication.
- Une analyse du public de participants.
- Une analyse des obstacles comportementaux.
- Une analyse des canaux de communication.

Étape 2. Élaborer le plan de communication stratégique

- Formuler les buts et objectifs.
- Établir des objectifs et des résultats de communication/comportement SMART.
- Définir les approches stratégiques et les modalités de mise en œuvre, y compris en reliant les acteurs influents au canal ou à l'activité de communication appropriée pour la mobilisation sociale.

Étape 3. Concevoir la stratégie créative

- Formuler des messages clés pour différents groupes de participants/publics.
- Déterminer des approches créatives, canaux et médias.
- Développer/adapter les supports d'IEC existants.

Indications supplémentaires sur ces étapes fournies dans a boîte à outils pour le déploiement du dépistage familial en AOC (cliquer ici).

Au cours de ce processus, il est important de garder à l'esprit qu'il est primordial que le programme de communication pour le changement de comportement social optimise les ressources disponibles et mette à profit l'intégration avec différents programmes et atouts existants. À cet égard, l'analyse de l'environnement de communication peut nous aider à cartographier les capacités et les approches existantes sur lesquelles la stratégie de communication pour le changement de comportement social peut s'appuyer pour le dépistage familial. Il s'agit des stratégies de communication liées au VIH, la tuberculose, la nutrition, la vaccination et d'autres programmes nationaux de soins de santé primaires ou de survie de l'enfant.

Faire une évaluation rapide des capacités de communication/ ressources humaines (secteur public, secteur privé, communauté) déjà engagées dans la communication interpersonnelle, le conseil, la communication pour le développement/communication pour le changement de comportement social, la mobilisation sociale et d'autres initiatives de communication pour le changement et évaluer leur potentiel de valorisation du dépistage familial. Faire une note spéciale sur les :

- Bonnes pratiques existantes
- Lacunes en matière de capacités
- Mesures de renforcement des capacités

S'appuyer sur les stratégies de communication liées au VIH, à la tuberculose et à d'autres programmes nationaux de santé ou de survie de l'enfant, notamment des programmes de nutrition, de vaccination et les autres programmes de soins de santé primaires. Évaluer les avantages, les inconvénients et les mesures à prendre pour les exploiter/les lier avec le dépistage familial (approche, structure, ressources humaines). Cela inclut :

- Évaluer leur qualité (existe-t-il des preuves que ces stratégies ont contribué au changement de comportement et social ?),
- Identifier les canaux de communication optimaux en se référant aux canaux existants utilisés et s'accorder sur les canaux de communication les plus appropriés qui doivent idéalement être un mélange de plusieurs canaux, avec une attention particulière pour la communication interpersonnelle qui pourrait nécessiter une

formation spécifique des agents de santé et des agents communautaires, et

- Identifier les messages clés en référence aux messages existants.

Établir ou renforcer les partenariats avec des ressources de communication déjà opérationnelles :

- Réseaux d'agents de changement approuvés au niveau de la communauté et des établissements
- Groupes de théâtre communautaires spécialisés dans le théâtre pour le développement, le théâtre forum
- Musiciens, rappeurs et griots impliqués dans des initiatives de communication pour le changement
- Activistes vidéo sélectionnés pour participer à une vidéo participative ou à une projection de film mobile dans la communauté
- Stations de radio de proximité, notamment les stations de radio communautaires, religieuses et commerciales
- Bloggers
- U-Reporters
- Agences de marketing social
- Fournisseurs de réseaux de téléphonie mobile
- Sociétés nationales de radiodiffusion et de télévision
- Entités d'information, éducation et communication (IEC)/C4D/communication pour le changement de comportement social, (département de la promotion de la santé)

Identifier les champions communautaires locaux (par ex., les leaders d'opinion) qui peuvent aider les agents de santé à promouvoir le dépistage familial.

3.4 Effectuer une consultation nationale

Il faudrait mener une consultation nationale de 2 à 3 jours qui réunit toutes les parties prenantes impliquées dans la programmation du VIH au niveau national avec une représentation des niveaux infranationaux ciblés. Il s'agit des PVVIH, les OSC, les organisations confessionnelles, les associations communautaires, les associations d'enfants et d'adolescents, les agents de santé communautaires, les prestataires de soins, les gestionnaires de programmes, les représentants du Comité national de lutte contre le sida (CNLS) et du Programme national de lutte contre le sida (PNLS). A ces représentants, il faudrait ajouter ceux des autres programmes du ministère de la Santé tels que la tuberculose, le paludisme, la nutrition et la vaccination, ainsi que des représentants de l'UNICEF, l'ONUSIDA et l'OMS. La consultation doit être animée par une équipe d'experts nationaux, régionaux et mondiaux de la santé, du VIH et de C4D/ communication pour le changement de comportement social.

Le principal résultat de cette consultation est l'élaboration d'un draft de plan de mise en œuvre budgétisé pour le dépistage familial. Ce processus de planification nationale doit être complété par l'élaboration de plans infranationaux dans les districts, les comtés ou les collectivités locales cibles, en organisant des consultations analogues d'une durée de deux à trois jours à chaque niveau.

La consultation nationale doit également atteindre les résultats suivants :

a. Adaptation des outils de travail, de collecte de données, de rapportage et de suivi.

b. Élaboration/adaptation de messages de communication et de plaidoyer, et de plans de communication et de mobilisation communautaire.

c. Adaptation du support de formation et élaboration d'un plan de formation pour les principaux intervenants et les responsables de la mise en œuvre.

d. Réalisation d'un exercice visant à examiner les produits de dépistage et les antirétroviraux pour éclairer les besoins en achats et pré-positionnement des intrants.

e. Adaptation des directives régionales au contexte national

La mise en œuvre réussie des plans nationaux et infranationaux garantira que : i) les leaders, les prestataires et les membres de la communauté ont été formés; ii) les communautés et les familles ont été

mobilisées par le biais des médias de masse et la presse écrite, la mobilisation sociale ainsi que de la communication interpersonnelle; et iii) les formations sanitaires et les points de prestation de services communautaires ont été organisés et dotés d'outils de travail, de suivi, de tests de dépistage et d'antirétroviraux, ainsi que des fournitures de secours et de moyens de distribution.

3.5 Mobiliser les ressources

Cartographier et comprendre les opportunités de financement dans le pays

Parmi les mécanismes actuels de financement ou d'appui des donateurs pour la riposte au VIH dans la région d'AOC, on peut citer le Fonds mondial, le Plan d'urgence du Président des États-Unis pour lutter contre le sida (PEPFAR), le projet POC CHAI-UNICEF financé par UNITAID, le projet POC financé par l'UNICEF, et le Comité national français de l'UNICEF. D'autres financements axés sur la SMNI, tels que la Facilité mondiale de financement (GFF) de la Banque Mondiale, ainsi que des mécanismes de financement bilatéraux peuvent également être mobilisés pour la programmation VIH.

Même si chaque mécanisme de financement dispose de ses propres procédures, il convient d'explorer les possibilités de mobiliser ces ressources pour le dépistage familial. De plus, les processus nationaux de planification et de budgétisation doivent être utilisés pour allouer des ressources au dépistage familial.

Intégrer le dépistage familial dans les investissements et les dépenses déjà planifiés

Certaines des composantes requises pour le dépistage familial sont probablement déjà couvertes par les sources de financement existantes, telles que les produits de dépistage rapide du VIH, les dispositifs et produits de dépistage précoce conventionnel ou par POC, les antirétroviraux et autres intrants. D'autres composantes peuvent être intégrées aux dépenses déjà planifiées pour l'accélération du premier 90, telles que la formation, le mentorat, la supervision, la participation de la communauté, la communication et le plaidoyer. Certaines composantes essentielles peuvent nécessiter un financement spécifique, tel que l'élaboration/adaptation d'outils de dépistage familial.

Hiérarchiser et cibler

Adopter une approche progressive du déploiement national en hiérarchisant les priorités en fonction des besoins les plus pressants (là où se trouvent les gaps les plus importants en matière de dépistage et de traitement au niveau infranational pour les enfants) et en orientant les ressources disponibles sur ces régions prioritaires).

3.6 Tirer parti de l'innovation

Les opportunités d'exploiter l'innovation pour le dépistage familial incluent :

1. Registres électroniques communautaires : pour un suivi en temps réel et une utilisation pour atteindre les familles.
2. U-Report : pour i) mesurer l'accès et la couverture des programmes et des messages de communication ; ii) faire le feedback en temps réel sur la qualité des services ; et iii) évaluer les connaissances des bénéficiaires
3. Applications technologiques pour faciliter l'accès à l'information et au conseil.
4. Transfert d'argent mobiles pour payer les indemnités de transport/ remboursements pendant la campagne.

Actions suggérées pour augmenter le dépistage familial :

Profiter du fait que l'utilisation des téléphones mobiles est répandue, même dans la plupart des communautés éloignées, construire autour des initiatives existantes telles que le mHealth et la forte participation des jeunes dans les réseaux sociaux. Des actions à prendre en compte sont :

- Créer un U-report spécifique pour les personnes vivant avec le VIH.
- Utiliser les messages électroniques pour adresser le taux élevé d'analphabétisme chez les parents.
- Tirer parti du fort engagement des jeunes sur les plateformes de médias sociaux.
- S'appuyer sur les initiatives existantes autour de mHealth.
- Mettre en place un système de rendez-vous familial harmonisé.

- Développer des liens avec des observatoires communautaires - par ex. communication interpersonnelle pour remédier aux ruptures de stock et la planification.
- Envoyer des messages téléphoniques SMS pour faire le suivi sur la santé des enfants, les rendez-vous, les traitements, etc.
- Assurer le suivi , la supervision des centres de santé communautaires .
- Associer la technologie à l'autotest (messages texte, etc.).

Considérations importantes

- Confidentialité des données : les dispositifs sont cryptés et les données entièrement sécurisées. Aborder la question de la confidentialité et de la sécurité dans le développement numérique implique un examen minutieux des données collectées et de la manière dont elles sont acquises, utilisées, stockées et partagées.
- Beaucoup de patients donnent de fausses adresses (numéros de téléphone) parce qu'ils craignent la stigmatisation.
- La langue doit être adaptée aux contextes locaux.
- Les coûts de communication doivent être pris en compte, même si les plateformes sont des sources disponibles et gratuites, le budget lié à la communication doit être estimé et dépend du nombre de personnes à contacter/connecter.
- Construire des plateformes et des systèmes de communication numériques durables et pour maintenir le soutien des utilisateurs et des parties prenantes, ainsi que pour maximiser l'impact à long terme. Les systèmes doivent être exploités au sein d'un système gouvernemental.

3.7 Renforcer les capacités

Formation

- Évaluer les besoins en ressources humaines pour la prestation de services
- Examiner/modifier la politique de délégation et de partage de tâches pour le dépistage du VIH et l'initiation du TAR
- Évaluer les besoins et les ressources en matière de formation
- Examiner les besoins en formation pour :
  - Communication interpersonnelle
  - Soutien psychosocial
  - Conseils en matière d'annonce du résultat
  - Conseils aux enfants et aux adolescents et conseils en matière d'annonce du résultat
  - Dépistage du VIH
  - Initiation TAR
  - Obstacles à l'adoption du dépistage (stigmatisation, non-retrait, faible sensibilisation à la disponibilité du traitement)
  - Faire face aux conséquences négatives des résultats positifs (violence basée sur le genre, violence contre les enfants, isolement, déni)
  - Examiner/modifier/élaborer les curricula de formation
  - Identifier et renforcer les capacités des personnes-ressources
- Organiser une formation au niveau des formations sanitaires et de la communauté
- Organiser une formation ciblée pour les personnels de santé et les agents de santé communautaires en fonction des besoins en formation identifiés
- Orienter de manière ciblée les personnels de santé et les agents de santé communautaires sur les autres besoins sanitaires et sociaux des familles affectées par le VIH (dépistage et traitement préventif de la tuberculose, dépistage et soutien nutritionnels, aide au développement de la petite enfance, transfert d'argent, programmes de renforcement des compétences des jeunes et adolescents)

Encadrement et supervision

Effectuer régulièrement un mentorat et une supervision est essentiel pour renforcer les compétences et les systèmes nécessaires à la réussite du dépistage familial. Cela peut être structuré de manière ciblée et fréquente au cours des premières étapes pour assurer un soutien adéquat au renforcement des capacités. Une fois le dépistage familial bien établi, ce processus peut être intégré aux mécanismes existants de supervision et de mentorat de routine.

3.8 Effectuer le dépistage familial dans le cadre d'un ensemble de services de dépistage du VIH différenciés

Selon l'OMS [xviii], une combinaison stratégique d'approches doit être utilisée pour offrir des services de dépistage du VIH en facilitant le dépistage du plus grand nombre de personnes et le plus tôt possible dans le but d'optimiser le rendement, l'efficacité, l'efficience et l'équité. Cette combinaison d'approches dépend de « l'organisation du système de santé, du contexte local, de l'épidémiologie, de la couverture actuelle du dépistage, des ressources financières et humaines disponibles et des souhaits des clients ciblés »[xix].

Quatre approches représentent l'ensemble des options permettant de différencier les services de dépistage du VIH [xx] : approches basées sur les formations sanitaires, approches basées sur la communauté, services de notification des partenaires et autotest du VIH. Le dépistage familial regroupe les quatre dimensions du dépistage différencié du VIH (figure 1). La réussite du dépistage familial repose sur l'identification d'une personne vivant avec le VIH par le biais de multiples portes d'entrée d'offre de soins qui sont les formations sanitaires ou les communautés. Les tests de dépistage du VIH sont effectués dans des structures de soins ou des communautés y compris les options de notification du partenaire ainsi que l'autotest pour les sous-populations concernées.

Dépistage familial dans le contexte du dépistage différencié du VIH

Approches axées sur les établissements de soins : Un prestataire propose en routine le dépistage et conseil du VIH (PITC) ou par l'intermédiaire d'un site de dépistage établi, qu'il soit autonome ou intégré dans un service clinique (par ex. sites de conseil et de dépistage volontaires) [xxi]. Pour les enfants, plusieurs portes d'entrée doivent être ciblés (par ex. points de prestation de services de PTME/dépistage précoce des nourrissons, de nutrition, de lutte contre la tuberculose, service d'hospitalisation et de soins ambulatoires).

Approches communautaires : Le dépistage est effectué dans le cadre naturel des membres de la communauté à travers des campagnes mobiles, de services à domicile, de bars, de clubs, de stations de taxis, de lieux de culte, de réseaux sociaux et de campagnes spécifiques VIH ou maladies multiples. [xxii]

DÉPISTAGE FAMILIAL

Services de notification assistée/passive du partenaire notification services: une notification volontaire du partenaire est proposée à toutes les personnes diagnostiquées séropositives par un prestataire dûment formé au moment du dépistage et tout au long de leur interaction avec les services de traitement et de soins. La notification passive du partenaire survient lorsque le prestataire incite le patient à révéler lui-même son statut à son partenaire, tandis que la notification active du partenaire s'applique lorsque le prestataire l'aide à informer le ou les partenaire(s) en utilisant des approches de référence du contact, de référence du prestataire ou les deux approches. [xxiii]

Autotest du VIH : Lorsqu'une personne souhaite connaître son statut, elle peut prélever un échantillon, effectuer le dépistage et interpréter son propre résultat. Les approches d'autotest peuvent être largement basées sur des formations sanitaires ou sur des communautés, mises en œuvre via une distribution secondaire des tests (par des partenaires sexuels), intégrées à d'autres programmes de santé ou fournies par l'intermédiaire de pharmacies, de distributeurs automatiques ou d'autres canaux publics et privés. [xxiv]

© UNICEF/UN0343490/Frank Dejongh
Une famille fait un test de dépistage du VIH à domicile dans le village de Benjaminkro, dans le sud-ouest de la Côte d'Ivoire.

3.9 Favoriser l'intégration et la collaboration multisectorielle

Les services de prévention de la transmission mère-enfant (PTME) du VIH dispensés dans le cadre de la santé maternelle, néonatale et infantile (SMNI) constituent la première porte d'entrée du dépistage familial. L'intégration du dépistage dans les services de soins prénatals est cardinale pour identifier et traiter les femmes enceintes et allaitantes vivant avec le VIH et à travers elles facilitent le dépistage précoce du nourrisson et le dépistage familial. Le renforcement de l'intégration de la PTME dans la SMNI réduit en fin de compte le nombre de nouvelles infections chez les nourrissons et les enfants, tout en améliorant l'identification des enfants manqués et leur lien au traitement et la rétention.

La tuberculose est l'infection opportuniste la plus répandue chez les personnes vivant avec le VIH, notamment chez les enfants et les adolescents [xxv]. L'infection par le VIH multiplie par environ 8 l'incidence de la tuberculose chez les enfants, ce risque augmente davantage avec le degré d'immunodépression. Ce risque est toutefois réduit d'environ 70% avec le traitement antirétroviral, la protection augmentant sur une période de 1 à 2 ans [xxvi]. Les cliniques, les dispensaires et les programmes communautaires qui offrent des services antituberculeux sont des portes d'entrée importants pour identifier les personnes, les enfants et les adolescents vivant avec le VIH et facilitent ainsi le dépistage familial. En outre, l'OMS recommande un traitement préventif de la tuberculose chez les enfants et les adolescents vivant avec le VIH qui n'ont pas de tuberculose active et/ou qui sont en contact avec un cas de tuberculose [xxvii]. Il est donc important d'intégrer le dépistage de la tuberculose et la référence comme une composante de l'ensemble de services offerts lors du dépistage familial.

Les enfants vivant avec le VIH souffrent assez fréquemment de malnutrition aiguë sévère (MAS). La prévalence du VIH est élevée chez les enfants atteints de MAS en Afrique subsaharienne et les enfants vivant avec le VIH courent un risque de mortalité considérablement accru [xxviii]. Selon l'OMS, « dans le contexte de la MAS, il est parfaitement justifié de dépister systématiquement le VIH chez tous les enfants, afin d'identifier une population susceptible de bénéficier d'une intervention très efficace, à savoir le traitement antirétroviral »[xxix]. À l'instar de la tuberculose, les dispensaires et les programmes communautaires qui offrent des services de MAS sont des portes d'entrée importants pour identifier les nourrissons et les adolescents vivant avec le VIH et facilitent ainsi le dépistage familial. Il est donc important d'intégrer le dépistage nutritionnel et la référence comme une composante de l'ensemble de services offerts lors du dépistage familial.

Il y a de plus en plus d'évidences sur l'impact négatif de la virémie du VIH chez la mère [xxx] et de l'exposition in utero aux antirétroviraux maternels sur le développement des nourrissons non infectés exposés au VIH [xxxi]. De plus, il existe des évidences que les nourrissons infectés par le VIH et ceux exposés non infectés par le VIH ont une mauvaise mémoire de travail qui affecte leur capacité d'apprentissage et leur potentiel de développement [xxxii]. Des interventions telles que l'apprentissage cognitif, la stimulation à domicile et le soutien parental se sont révélées efficaces chez les enfants présentant des retards de développement et des difficultés d'apprentissage. Sur cette base, le dépistage lors des étapes de développement et la référence vers des programmes de développement de la petite enfance doivent être intégrés dans l'ensemble des services offerts lors du dépistage familial.

Les besoins des familles vivant avec et affectées par le VIH vont au-delà de la santé. Pendant le dépistage familial, on peut observer que les enfants ne sont pas inscrits à l'école, que les conditions d'hygiène de l'eau et d'assainissement (WASH) sont sous-optimales ou qu'il existe des situations de violence, de pauvreté ou d'exclusion sociale. Les liens nécessaires doivent être établis avec les services sociaux requis (éducation, WASH, santé et protection sociale, bien-être social) que la famille pourrait bénéficier à partir des appuis disponibles tels que les transferts d'argent et/ou de compléments alimentaires).

3.10 Activer le dépistage familial

Organiser un événement médiatique de haut niveau pour le lancement du dépistage familial

Un événement médiatique de haut niveau contribuera à renforcer la visibilité et l'élan du dépistage familial. Cet événement de haut niveau peut inclure un dialogue entre les leaders politiques, religieux et civiques sur le thème de la campagne. Une large couverture par les médias donnera une grande visibilité à l'événement et constituera un moyen puissant pour :

- Faire du dépistage familial un défi de santé publique ;
- Faire face aux attitudes et comportements de la société qui empêchent le dépistage familial et l'accès aux soins du VIH en général ;
- Être un moyen d'informer les personnes vivant avec le VIH des avantages du dépistage familial ;
- Catalyser les initiatives des organisations et individus pour en faire une action coordonnée, multi-niveau et multisectorielle ;
- Bâtir une masse critique pour le changement en rassemblant des personnes de divers horizons et en créant des opportunités d'apprentissage mutuel, de mise en réseau, de développement et de renforcement des mouvements ;
- Contribuer à l'acquisition des compétences des organisateurs et des supporters de l'événement en leadership et donner la parole aux femmes, hommes, filles et garçons (en particulier ceux vivant avec le VIH) en tant que défenseurs du dépistage familial et agents du changement.

Pour bien préparer l'événement, il conviendrait d'organiser une réunion d'information à l'intention du personnel des médias de la presse écrite, de la radio et de la télévision.

Les événements de presse infranationaux au niveau du district, du comté ou de l'administration locale doivent avoir lieu simultanément ou ultérieurement, et être complétés par une couverture médiatique locale et communautaire

Étendre/élargir votre portée à travers les réseaux sociaux

Développer un hashtag de dépistage familial (tel que #familytestingforhealthyfamilies) pour mobiliser les personnes via Facebook, Twitter et Instagram. Si possible, joindre le hashtag pour présenter des histoires et des éléments visuels.

Activer les mécanismes de feedback pour les goulots d'étranglement tels que les ruptures de stock, les refus ou les contraintes de capacité

Cela peut être fait en utilisant les plateformes U-Report, les mHealth ou d'autres technologies de d'offre de soins et de gestion de programme disponibles. La mise en place de mécanismes de feedback permettra de remédier rapidement aux problèmes qui se présentent.

3.11 Suivre et évaluer l'apprentissage: en adoptant une approche de surveillance évaluative

Suivi

Le suivi aidera à « évaluer la progression » du modèle de dépistage familial au fil du temps. Le suivi portera essentiellement sur les activités mises en œuvre sur le terrain et aidera les prestataires de soins à résoudre les questions liées à la mise en œuvre, telles que :

- Combien de sessions de formation en communication interpersonnelle ont eu lieu au cours du dernier mois ?
- Combien de membres de la communauté ont suivi les sessions de formation organisées au centre de santé au cours du dernier mois ?
- Quand ces formations ont-elles eu lieu ? Ont-elles eu lieu comme prévu ?
- Combien formations sanitaires ont initié le dépistage familial au cours du dernier mois ?

Néanmoins, toutes les 10 étapes précédentes doivent être suivies et évaluées afin de

s'assurer que le programme est sur la bonne voie, d'apporter les ajustements nécessaires et d'assurer le succès et la pérennité du programme de dépistage familial.

Cependant, **le suivi ne consiste pas seulement à vérifier si les activités sont mises en œuvre comme prévu. Le suivi consiste également à évaluer les résultats de toutes ces activités.** Les prestataires de soins n'ont pas besoin d'attendre qu'une équipe d'évaluation externe leur dise si le modèle de dépistage familial a réussi ou non. Avec des outils appropriés, les prestataires de soins peuvent mesurer leur contribution aux **3 CHANGEMENTS**.

Si nous prenons l'exemple du **CHANGEMENT 1 (Davantage de familles acceptent le dépistage),** les prestataires de soins pourraient commencer à mesurer les progrès de leurs activités dès le premier mois de mise en œuvre en répondant à la question suivante : **Combien de familles ont accepté le dépistage au cours du dernier mois ?**

Suivi de changement 1. Déterminer si plus de familles acceptent de se dépister
Indicateur : Taux d'acceptation du dépistage familial Numérateur : Nombre de cas index acceptant le dépistage familial Dénominateur : Nombre de cas index à qui l'on a proposé le dépistage familial Actions à entreprendre au début des activités : Définir la référence et la cible

De même, les prestataires de soins pourraient mesurer leur contribution au **CHANGEMENT 2 (Davantage d'enfants vivant avec le VIH sont identifiés)** en répondant à la question suivante : **Combien de nouveaux enfants vivant avec le VIH ont été identifiés sur le site au cours du dernier mois ?**

Suivi de changement 2. Mesurer si nous trouvons davantage d'enfants vivant avec le VIH
Indicateur : Taux de séropositivité chez les enfants âgés de <1,1-4, 5-9, 10-14 et 15-19 Numérateur : Nombre d'enfants âgés testés positifs de <1,1-4, 5-9, 10-14 et 15-19 Dénominateur : Nombre d'enfants testés de 0-9, 10-14 et 15-19 Actions à entreprendre au début des activités : Définir la référence et la cible.

Enfin, les prestataires de services pourraient également mesurer leur contribution au **CHANGEMENT 3 (Davantage d'enfants vivant avec le VIH ont commencé le traitement)** en répondant à la question suivante : **Combien de nouveaux enfants vivant avec le VIH ont commencé le traitement au cours du dernier mois ?**

Suivi de changement 3. Mesurer si nous traitons davantage d'enfants vivant avec le VIH
Indicateur : Taux d'initiation du traitement chez les enfants âgés de <1,1-4, 5-9, 10-14 et 15-19 Numérateur : Nombre d'enfants testés positifs ayant commencé un traitement âgés de <1,1-4, 5-9, 10-14 et 15-19 Dénominateur : Nombre d'enfants testés positifs âgés de <1,1-4, 5-9, 10-14 et 15-19 Actions à entreprendre au début des activités : Définir la référence et la cible

Le suivi est une activité de routine à mener régulièrement. Par conséquent, en comparant le nombre de familles acceptant de se dépister chaque mois **(CHANGEMENT 1),** les prestataires de services pourront mesurer les tendances (leur nombre va-t-il monter ou baisser?) et, en fonction de l'état d'avancement des activités sur le terrain, mettre en évidence les problèmes pouvant être explorés davantage. **Consulter l'annexe 2 pour un cadre de suivi détaillé du dépistage familial.**

Évaluation

L'évaluation complète ce que fait le suivi. Grâce à l'évaluation, les prestataires de soins seront en mesure de comprendre **pourquoi, comment et où** les **3 CHANGEMENTS** ont eu lieu ou pas. Mais, plus important encore, l'évaluation aidera les prestataires de services à comprendre **pour qui et dans quelles circonstances** ces **3 CHANGEMENTS** ont lieu ou pas. L'évaluation est différente du suivi : cela implique un jugement sur la qualité et l'impact des interventions sur le terrain.

- **CHANGEMENT 1** : Davantage de familles acceptent de se dépister
- **CHANGEMENT 2** : Davantage d'enfants vivant avec le VIH ont été identifiés
- **CHANGEMENT 3** : Davantage d'enfants vivant avec le VIH ont commencé le traitement

Questions d'évaluation :

- Dans quelle mesure le nombre de familles acceptant de se dépister/le nombre d'enfants vivant avec le VIH/le nombre de nouveaux enfants vivant avec le VIH ayant commencé le traitement :

  - a augmenté ?

  - est resté identique ?

  - a diminué ?

- En ce qui concerne les familles acceptant ou non de se dépister ou les enfants identifiés qui ont commencé ou non le traitement, quelles sont leurs caractéristiques communes: groupe ethnique, âge, religion, niveau d'alphabétisation, statut socio-économique, secteur/quartier/village de résidence, etc.) ?
- Si les changements 1, 2 et/ou 3 ont eu lieu, quels sont les facteurs contextuels qui ont le plus favorisé ? Veuillez cocher ceux de la liste ci-dessous qui semblent avoir le plus influencé positivement le cours des événements ?

Table 4: Revue des facteurs contextuels pouvant influencer positivement les résultats

Catalyseurs au niveau de la communauté
- Plaidoyer positif des leaders communautaires, traditionnels, religieux et civiques - Réseaux actifs de personnes vivant avec le VIH et de la société civile - Groupes de soutien par les pairs actifs et accessibles - Agents de santé communautaires capacités et formés - Autres (à indiquer) :

Catalyseurs au niveau des systèmes de santé
- Politique, directives et outils de dépistage familial - Supervision régulière et mentorat - Gestion solide de la chaîne logistique pour les produits de dépistage et les antirétroviraux (ARV) - Systèmes de contrôle qualité/assurance qualité du dépistage - Renforcement des compétences pour l'annonce du résultat. - Délégation de tâches et renforcement des capacités des ASC avec une formation et des outils pour fournir des conseils et effectuer le dépistage - Systèmes de référence contre référence fonctionnels - Liens avec les programmes de bien-être social et de lutte contre la violence basée sur le genre - Autres (à indiquer) :

- **Si les changements 2 et/ou 3 N'ONT PAS eu lieu comme prévu, quels sont les facteurs contextuels qui les ont empêchés ? Veuillez cocher ceux de la liste ci-dessous qui semblent avoir le plus influencé négativement le cours des événements ?**

Table 5: Revue des facteurs contextuels pouvant influencer négativement les résultats

1. Obstacles individuels
Peur d'une divulgation par inadvertance/stigmatisation de la part des parents
Faible sensibilisation des parents sur les avantages
Réticence des parents en raison de la peur, de la culpabilité et du blâme
Défis logistiques pour amener les enfants/la famille à l'établissement (coût du transport, heures de travail)
Autres (à indiquer) :
2. Obstacles du système
Recherche de renseignements et offre de services de dépistages incohérentes
Agent de santé débordé par une demande de dépistage accrue
Faibles liens au traitement/systèmes de référence contre référence faibles
Rupture de produits de dépistage du VIH/d'ARV
Autres (à indiquer)

- **En ce qui concerne le travail effectué dans le centre de santé, quelles sont les activités qui ont le mieux réussi ou le moins réussi pour atteindre les 3 CHANGEMENTS ? Veuillez utiliser la liste ci-dessous pour répondre à la question.**

Table 6: Revue des pratiques influençant les résultats au niveau de la formation sanitaire

Catalyseurs au niveau des établissements de santé	A bien marché	N'a pas si bien marché
1. Systèmes de classement sur fiche et de récupération de rendez-vous pour réduire les temps d'attente et améliorer la satisfaction des clients 2. Dépistage via des portes d'entrée multiples à travers différents portes d'entrée de services de santé pour compléter le dépistage des cas d'index 3. Suivi des patients, utilisant à la fois des agents communautaires et des agents de santé appuyés par des groupes de soutien par des pairs (mères mentors, groupes de jeunes adolescents) 4. Lien avec d'autres services tels que le dépistage familial de la tuberculose, le dépistage nutritionnel familial, les services de développement de la petite enfance, les remises d'espèces et les programmes d'alimentation complémentaire 5. Autres (à indiquer) :		

- Quelles ont été les conséquences inattendues (positives ou négatives) de la mise en œuvre du modèle de dépistage familial dans votre centre de santé/communauté ?

L'utilisation stratégique du suivi et de l'évaluation de manière plus systématique améliorera la qualité et l'efficacité de la gestion et de la mise en œuvre du dépistage familial. La combinaison du suivi et de l'évaluation, telle que suggérée dans la section précédente, pourrait être appelée « suivi évaluatif ». Cette nouvelle approche assurera une évaluation plus continue des progrès réalisés sur le terrain en ce qui concerne les objectifs et les coûts envisagés, ainsi que l'efficacité, l'efficience et la pérennité attendues. En outre, pour que cette nouvelle approche soit efficace, les prestataires de soins et les responsables du dépistage familial doivent être prêts à utiliser les données de suivi et d'évaluation pour informer de manière continue le processus d'adaptation et de réalignement de la mise en œuvre avec l'allocation des ressources.

La réussite de cette approche dépendra également de la qualité des sources et des méthodes de collecte de données. Des efforts particuliers doivent être déployés pour assurer la collecte de données quantitatives (par ex. obtenues auprès des systèmes d'information sanitaire de district) et qualitatives (par ex. obtenues via des études de cas, de groupes de discussions, d'observations directes, d'entretiens de départ). Les méthodes quantitatives et qualitatives doivent tirer parti des nouvelles technologies. Grâce à l'adoption de cette approche innovante, il sera possible de suivre étroitement les changements tout au long de la mise en œuvre, tout en intégrant les leçons apprises dans le renforcement des systèmes de routine.

Pour atteindre ses objectifs, cette approche doit être planifiée et adoptée avant le début de la mise en œuvre du dépistage familial. Même si les prestataires de soins sont principalement en charge de la collecte des données, du suivi et de l'évaluation, il est recommandé d'organiser des visites de terrain, des enquêtes de satisfaction des clients et des groupes discussions avec certains bénéficiaires avec l'aide de d'évaluateurs externes (par ex. consultants et experts). La participation d'un évaluateur externe ou d'une équipe d'évaluation permettra de vérifier les affirmations des partenaires d'exécution concernant l'impact du programme et renforcera la redevabilité non seulement envers les donateurs (redevabilité verticale), mais également envers les groupes de population qui doivent bénéficier du dépistage familial (redevabilité horizontale). L'évaluation contribuera également à déterminer si les hypothèses initiales sous-jacentes au modèle de dépistage familial sont ou non conformes à la réalité. À cette fin, il serait utile d'allouer des ressources à la réalisation d'une évaluation indépendante dans le futur (par ex. une évaluation à mi-parcours devant être entreprise à mi-chemin de la mise en œuvre).

Considérations clés pour soutenir les 3 CHANGEMENTS

Au niveau familial :

Responsabilités parentales des hommes :

- Atteindre les hommes avec des messages clés dans les espaces réservés aux hommes

Sensibilisation accrue des familles sur l'accès et les avantages du dépistage familial à travers :

- les plateformes de communication M-health/ U-report
- Programmes de sensibilisation sur les lieux de travail et les écoles
- Programmes de santé sexuelle et reproductive pour les lycées

Au niveau communautaire :

Plaidoyer continu à travers :

- Leaders communautaires autonomes et capacités
- Événements communautaires pour renforcer les messages clés
- Outils de Collecte et de rapportage des données et des agents de santé communautaires intégrant le dépistage familial

Systèmes de soutien social solides à travers :

- Les nouvelles personnes vivant avec le VIH et les groupes de pairs engagés et actifs
- Liens systématiques de bien-être social

Au niveau des services de santé :

Intégrer le dépistage familial dans :

- Les supports de formation pour la formation initiale et continue
- Les description de poste
- Les mécanismes de quantification et d'approvisionnement
- Les outils d'assurance qualité et de supervision
- Les outils de surveillance nationaux

Renforcer les liens avec les autres ministères techniques pour une approche intégrée du dépistage familial :

- bien-être social
- éducation

Partager et apprendre à travers :

- la documentation des expériences
- l'échange de pair à pair

3.12 Échanger des connaissances en documentant et en partageant les expériences

« Ce qu'il faut maintenant pour mettre à échelle, c'est un échange systématique de connaissances et de leçons apprises. L'apprentissage entre pairs est un outil puissant une fois contextualisé et adapté au contexte socio-économique et politique. L'apprentissage itératif avec des boucles de rétroaction peut aider à trouver des solutions transformatrices » [xxxiii].

Il faudrait une documentation continue des leçons apprises et des meilleures pratiques pour éclairer l'amélioration continue et l'adaptation du processus. Les capacités des prestataires de soins et des gestionnaires doivent être renforcées pour documenter leurs expériences et leurs résultats par le biais d'études de cas, des histoires d'intérêt humain et des rapports. La revue régulière, la synthèse et la mise en commun des leçons apprises et des meilleures pratiques doivent être effectuées lors des revues du programme. Il est impératif qu'elles soient largement diffusées à travers de multiples canaux, tels que les webinaires et les communautés de pratiques. Ceci améliorera la qualité des services et la satisfaction des bénéficiaires, tout en contribuant aux résultats du programme. program results

© UNICEF/UN0149857/Schermbrucker
Une mère mentor s'entretient avec une mère séropositive à la clinique Kaboko de Kasenga, province du Haut-Katanga, République Démocratique du Congo.

Annexe

Cadre de suivi du dépistage familial

Dimension	Indicateurs de résultats	Numérateur	Source de données	Dénominateur	Source de données	Moyens de vérification	Fréquence du reporting (si des systèmes techno-logiques/m-health sont disponibles, la fréquence peut être augmentée)	Niveau de reporting
Prestation de services	Taux d'ac-ceptation du dépistage familial par les cas index	Nombre de cas index acceptant le dépistage familial		Nombre de cas index à qui l'on a proposé le dépistage familial			Chaque mois ?	Niveau de reporting
	Taux de dépistage familial	Nombre des membres de la famille dépistés (par tranche d'âge et par sexe : <1,1-4, 5-9, 10-14, 15-19, 20-24, 25-49, 50 et plus)		Nombre des membres de la famille identifiés/ cités (par tranche d'âge et par sexe : <1,1-4, 5-9, 10-14, 15-19, 20-24, 25-49, 50 et plus)			Chaque mois ?	Établissement de santé, district et national
	Taux de séropositivi-té/rendement du dépistage familial	Nombre des membres de la famille testés positifs (par tranche d'âge et par sexe : <1,1-4, 5-9, 10-14, 15-19, 20-24, 25-49, 50 et plus)		Nombre des membres de la famille dépistés (par tranche d'âge et par sexe : <1,1-4, 5-9, 10-14, 15-19, 20-24, 25-49, 50 et plus)			Chaque mois ?	Établissement de santé, district et national
	Taux d'initiation du traitement du dépistage familial	Nombre des membres de la famille séropositifs initiant le traitement (par tranche d'âge et par sexe : <1,1-4, 5-9, 10-14, 15-19, 20-24, 25-49, 50 et plus)		Nombre des membres de la famille testés positifs (par tranche d'âge et par sexe : <1,1-4, 5-9, 10-14, 15-19, 20-24, 25-49, 50 et plus)			Chaque mois ?	Établissement de santé, district et national
							Chaque mois ?	Établissement de santé, district et national

Références

[i] UNICEF. Children, HIV and AIDS: The world today and in 2030, Regional Snapshot West and Central Africa. UNICEF Data: Monitoring the situation of children and women. data.unicef.org. Published November 2018. Accessed February 14, 2019.

[ii] UNAIDS 2018 Estimates, Global AIDS Monitoring 2018, UNICEF Global Databases

[iii] UNAIDS 2018 Estimates, Global AIDS Monitoring 2018, UNICEF Global Databases

[iv] UNAIDS 2018 Estimates, Global AIDS Monitoring 2018, UNICEF Global Databases

[v] Innes S, Lazarus E, Otwombe K, Liberty A, Germanus R, Van Rensburg AJ, et al. Early severe HIV disease precedes early antiretroviral therapy in infants: are we too late? J Int AIDS Soc. 2014;17 18914.

[vi] Newell ML, Coovadia H, Cortina-Borja M, Rollins N, Gaillard P, Dabis F. Mortality of infected and uninfected infants born to HIV-infected mothers in Africa: a pooled analysis. Lancet. 2004;364(9441):1236–43.

[vii] UNAIDS. National Prevalence Population: Adults (15-49). AIDSInfo. aidsinfo.unaids.org. Accessed February 14, 2019

[viii] Anjuli D Wagner, Cyrus M Wachira, Irene N Njuguna, Elizabeth Maleche-Obimbo, Kenneth Sherr, Irene W Inwani et al. Active referral of children of HIV-positive adults reveals high prevalence of undiagnosed HIV. Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome. 2016. Volume 73 Issue 5 p e83-e89. http://doi.org/10.1097/QAI.0000000000001184

[ix] Saeed Ahmed, Rachael A. Sabelli, Katie Simon, Nora E. Rosenberg, Elijah Kavuta, Mwelura Harawa et al. Index case finding facilitates identification and linkage to care of children and young persons living with HIV/AIDS in Malawi. Tropical Medicine & International Health. 2017. Volume 22 No 8 pp 1021–1029. http://doi.org/10.1111/tmi.12900

[x] Emmanuel Luyirika, Megan S. Towle, Joyce Achan, Justus Muhangi, Catherine Senyimba, Frank Lule et al. Scaling Up Pediatric HIV Care with an Integrated, Family-Centred Approach: An Observational Case Study from Uganda. PLOS ONE. 2013. Volume 8 Issue 8 e69548. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0069548

[xi] Calixte Ida Penda, Carole Else Eboumbou Moukoko, Daniele Kedy Koum, Joseph Fokam, Cedric Anatole Zambo Meyong, Sandrine Talla et al. Feasibility and utility of active case finding of HIV-infected children and adolescents by provider-initiated testing and counselling: evidence from the Laquintinie hospital in Douala, Cameroon. 2018. BMC Pediatrics. Volume 18 issue 1 pp 259. https://doi.org/10.1186/s12887-018-1235-3

[xii] Foli Agbeko, Koffi Edem Djadou, Mawouto Fiawoo, Elom O Takassi, Deladem K Azoumah, Albert Ayitou et al. Provider-Initiated Testing and Counseling in Pediatric Units in Togo, 2013-2014: Results of Two Years Implementation. 2017. Journal of AIDS & Clinical Research. Volume 8 Issue 5 pp 1000697. http://doi.org/10.4172/2155-6113.1000697

[xiii] A. Bollinger, D. Chamla, F. Kitetele, F. Salamu, N. Putta, L. Tsague et al. The impact of the family-centered approach on pediatric HIV in DRC. Abstract # THPEB110 poster presentation at: 22nd International AIDS Conference; July, 2018; Amsterdam. http://www.aids2018.org/Portals/4/File/AIDS2018_Abstract_book.pdf?ver=2018-08-06-160624-427. Accessed February 15, 2019.

[xiv] World Health Organization. Consolidated Guidelines on HIV Testing Services. World Health Organization. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/179870/9789241508926_eng

[xv] World Health Organization. Service delivery approaches to HIV testing and counseling (HTC): a strategic HTC programme framework. World Health Organization. http://www.who.int/iris/handle/10665/75206 Published July 2012. Accessed February 15, 2019.

[xvi] U.S. President's Emergency Plan for AIDS Relief, U.S. Agency for International Development, U.S. Centers for Disease Control and Prevention, U.S. Department of Defense, and World Health Organization. Partner and Family-Based Index Case Testing: A Standard Operating Procedure (SOP) [slides]. Available at https://aidsfree.usaid.gov/sites/default/files/pn_sop_slides.pdf. Accessed February 17, 2019.

[xvii] UNICEF, UNAIDS, WHO. Meeting Report. Expert consultation for the modeling of a family HIV testing and care campaign in West and Central Africa. June, 2018. Dakar, Senegal. Unpublished.

[xviii] UNICEF and Worldvision. Protection and resilience: A simple checklist for why, where and how, to coordinate HIV and child protection policy and programming. Children and AIDS. https://www.childrenandaids.org/sites/default/files/2017-04/Protection_and_Resilience-HIV_and_CP_Checklist-2016.pdf. Published July, 2016. Accessed February 17, 2019.

[xix] World Health Organization. Consolidated guidelines on HIV testing services (p38). World Health Organization. https://www.who.int/hiv/pub/guidelines/hiv-testing-services/en/. Published July, 2015. Accessed February 17, 2019.

[xx] World Health Organization. Meeting Report. Regional workshop on differentiated approaches for HIV testing services in west and central Africa. November 2017. Dakar, Senegal. https://www.who.int/hiv/pub/meetingreports/wca-hiv-testing-workshop/en/index1.html. Accessed February 17, 2019.

[xxi] World Health Organization. Consolidated guidelines on HIV testing services (p46). World Health Organization. https://www.who.int/hiv/pub/guidelines/hiv-testing-services/en/. Published July, 2015. Accessed February 17, 2019.

[xxii] World Health Organization. Consolidated guidelines on HIV testing services (p49). World Health Organization. https://www.who.int/hiv/pub/guidelines/hiv-testing-services/en/. Published July, 2015. Accessed February 17, 2019.

[xxiii] World Health Organization. Guidelines on HIV self-testing and partner notification (p11-31). World Health Organization. https://www.who.int/hiv/pub/vct/hiv-self-testing-guidelines/en/. Published December, 2016. Accessed February 17, 2019.

[xxiv] World Health Organization. Guidelines on HIV self-testing and partner notification (p44 & p58). World Health Organization. https://www.who.int/hiv/pub/vct/hiv-self-testing-guidelines/en/. Published December, 2016. Accessed February 17, 2019.

[xxv] World Health Organization. Roadmap towards ending TB in children and adolescents. World Health Organization. https://www.who.int/tb/publications/2018/tb-childhoodroadmap/en/. Published 2018. Accessed February 17, 2019.

[xxvi] P. J. Dodd, A. J. Prendergast, C. Beecroft, B. Kampmann, J. A. Seddon. The impact of HIV and antiretroviral therapy on TB risk in children: a systematic review and meta-analysis. 2017. Thorax. 72: 559-575. http://dx.doi.org/10.1136/thoraxjnl-2016-209421

[xxvii] World Health Organization. Latent tuberculosis infection: Updated and consolidated guidelines for programmatic management. World Health Organization. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260233/9789241550239-eng.pdf?sequence=1. Published 2018. Accessed February 17, 2019.

[xxviii] Pamela Fergusson, Andrew Tomkins. HIV prevalence and mortality among children undergoing treatment for severe acute malnutrition in sub-Saharan Africa: a systematic review and meta-analysis. 2009. Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene. Volume 103 Issue 6 Pp541-548. https://doi.org/10.1016/j.trstmh.2008.10.029

[xxix] World Health Organization. Guideline updates on the management of severe acute malnutrition in infants and children. World Health Organization. https://www.who.int/nutrition/publications/guidelines/updates_management_SAM_infantandchildren/en/. Published 2013. Accessed February 17, 2019.

[xxx] Stanzi le Roux, Kirsten Donald, Max Kroon, Tamsin Phillips, Maia Lesosky, Liza Esterhuyse. HIV viremia during pregnancy and neurodevelopment of HIV exposed uninfected children in the context of universal antiretroviral therapy and breastfeeding: A prospective study. 2019. The Pediatric Infectious Disease Journal. 38(1):70-75. http://doi.org/10.1097/INF.0000000000002193.

[xxxi] Stanzi le Roux, Kirsten Donald, Kirsty Britain, Tamsin Phillips, Allison Zerbe, Kelly Nguyen. Neurodevelopment of breastfed HIV-exposed uninfected and HIV-unexposed children in South Africa. 2018. AIDS. 32(13):1781-1791. http://doi.org/10.1097/QAD.0000000000001872

[xxxii] Robyn Milligan and Kate Cockcroft. Working memory profiles in HIV-Exposed, uninfected and HIV-infected children: A comparison with neurotypical controls. 2017. Frontiers in Human Neuroscience. 11:348. http://doi.org/10.3389/fnhum.2017.00348

[xxxiii] Abha Joshi-Ghani. Learning to leverage climate action in cities. The World Bank. https://blogs.worldbank.org/sustainablecities/learning-leverage-climate-action-cities. Published April 2016. Accessed February 18, 2019.

Publié par :
Fonds des Nations unies pour l'enfance (UNICEF)
Bureau Régional pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre
Dakar, Senegal

www.unicef.org/wca

unicef

pour chaque enfant