

# GUIDE PRATIQUE SUR LA MISE EN PLACE DE SERVICES COMMUNAUTAIRES DE PRÉVENTION DU VIH

---

Expériences partagées et leçons tirées de l'Afrique du Sud





« Cela paraît toujours impossible, jusqu'à ce que cela devienne réalité ».  
*Nelson Mandela (Premier Président démocratique élu de l'Afrique du Sud, 1994)*



# TABLE DES MATIÈRES

|   |    |
|---|----|
| Remerciements   | 10 |
| Acronymes   | 13 |
| Avant-propos des Centres pour le contrôle et la prévention des maladies   | 14 |
| Avant-propos de l'Université de Stellenbosch  | 15 |
| Avant-propos de l'Archevêque émérite Desmond Tutu   | 16 |
| <hr/>   |    |
| <b>Chapitre 1 : Introduction</b>  | 19 |
| 1. Comment en est-on arrivé à ce document d'orientation ?   | 20 |
| 2. Qu'est-ce qui rend ce document d'orientation différent ?   | 20 |
| 3. Qui bénéficiera de ce document d'orientation ?   | 20 |
| 4. Pourquoi les stratégies communautaires de prévention du VIH sont-elles importantes ?                             | 21 |
| 5. Pourquoi est-il important de tirer des leçons des expériences sud-africaines ?                                   | 22 |
| 6. Quel est le contexte géographique ?  | 22 |
| 7. Comment utiliserez-vous ce document d'orientation ?  | 23 |
| 8. Qu'apprendrez-vous de ce document d'orientation ?  | 24 |
| <hr/>   |    |
| <b>Chapitre 2 : Engagement des intervenants</b>   | 27 |
| 1. Comment entendez-vous parler d'une communauté avant la mise en place des services de prévention du VIH ?         | 28 |
| 1.1 Apprentissage d'une analyse de situation ?  | 29 |
| 1.2 Apprentissage d'une recherche formative ?   | 30 |
| 2. Qui sont les différents intervenants d'une communauté ?  | 31 |
| 2.1 Intervenants des services sociaux   | 31 |
| 2.2 Intervenants des services de santé  | 31 |
| 2.3 Intervenants des services communautaires  | 32 |
| 2.4 Intervenants de la recherche  | 36 |
| 3. Comment pouvons-nous réussir à créer une demande de prestation de services communautaires de prévention du VIH ? | 36 |
| 3.1 Mobilisation de rue à l'aide de hauts-parleurs  | 36 |
| 3.2 Mobilisation porte-à-porte  | 37 |
| 3.3 Événements dans une grande communauté   | 38 |
| 3.4 Médias  | 38 |
| 4. L'engagement communautaire diffère-t-il entre les communautés urbaines, périurbaines et rurales ?                | 39 |
| <hr/>   |    |
| <b>Chapitre 3 : Collaboration avec des organismes « à but non lucratif »</b>  | 43 |
| 1. Qu'entend-on par organismes « à but non lucratif » (OBNL) ?  | 44 |
| 2. Qu'est-ce qu'un partenariat réussi ?   | 45 |
| 3. Pourquoi est-il important de former des partenariats avec des OBNL pour fournir des services communautaires ?    | 46 |

# TABLE DES MATIÈRES

|   |    |
|---|----|
| 4. Comment choisissez-vous un OBNL à des fins de collaboration ?                | 47 |
| 4.1 Lancement d'un appel d'offres   | 47 |
| 4.2 Sélection réussie des OBNL  | 47 |
| 5. Comment établir un partenariat contractuel ?                                 | 48 |
| 6. Quelles sont les structures de rapport pour surveiller le progrès des OBNL ? | 50 |
| 7. Comment les partenariats sont-ils liés à la durabilité du programme ?        | 53 |

## Chapitre 4 : Création, formation et maintien d'une équipe

|   |    |
|---|----|
| 1. Comment créer une équipe qui fournira des services communautaires de dépistage du VIH ?                        | 58 |
| 1.1. Décision sur la structure d'une équipe   | 58 |
| 1.2. Recrutement du personnel   | 59 |
| 1.3. Examens de santé   | 60 |
| 2. Quel type de formation initiale est requis ?   | 61 |
| 2.1. Considérations initiales avant le début de la formation  | 61 |
| 2.2. Formation initiale : Lien direct avec la prestation des services communautaires de dépistage du VIH (SC DDV) | 63 |
| 2.3. Formation initiale : Lien avec l'intégration d'autres services de santé dans les SC DDV                      | 64 |
| 2.4. Formation initiale : Indirectement liée à la prestation des SC DDV   | 65 |
| 3. Comment maintenez-vous une équipe ?  | 67 |
| 3.1. Perfectionnement   | 67 |
| 3.2. Soutien psychosocial et de bien-être   | 69 |

## Chapitre 5 : Prestation de services holistiques centrés sur le patient

|   |    |
|---|----|
| 1. Quelles sont les questions importantes à prendre en considération avant la prestation des services communautaires de dépistage du VIH (SC DDV) ?               | 74 |
| 2. Quels sont les avantages et les inconvénients des trois modalités différentes de SC DDV ?  | 75 |
| 2.1 Centres autonomes de dépistage du VIH   | 75 |
| 2.2 Services mobiles de dépistage du VIH  | 76 |
| 2.3 Services porte-à-porte de dépistage du VIH  | 78 |
| 3. Quels sont les éléments à prendre en compte lors de la décision sur les modalités des SC DDV qui sont les plus appropriées à mettre en œuvre ?                 | 79 |
| 4. Que doit-on prendre en considération dans le processus de dépistage du VIH ?   | 81 |
| 4.1 Création de la demande  | 81 |
| 4.2 Séance d'information pré-test   | 81 |
| 4.3 Dépistage rapide du VIH   | 83 |
| 4.4 Conseils post-test et délivrance des résultats de test du VIH   | 85 |
| 5. Comment les services de santé connexes peuvent-ils être intégrés dans les SDV ?  | 88 |
| 5.1 Intégration du dépistage des infections sexuellement transmissibles, de la tuberculose et de la planification familiale dans la séance d'information pré-test | 88 |
| 5.2 Intégration d'autres services pertinents dans les SDV avant les conseils post-test  | 89 |

|  |    |
|--|----|
| 6. À quoi ressemble le processus d'aiguillage ?  | 94 |
| 7. Est-ce que les SDV se terminent avec l'aiguillage d'un patient vers un établissement de santé ? | 95 |

## Chapitre 6 : Lien au traitement et aux soins du VIH

|   |     |
|---|-----|
| 1. Qu'est-ce que le lien aux soins ?  | 98  |
| 2. Pourquoi les liens au traitement et aux soins du VIH sont-ils si importants ?  | 98  |
| 3. Quels sont les avantages des liens au traitement et aux soins du VIH ?   | 100 |
| 3.1 Avantages pour l'individu   | 100 |
| 3.2 Avantages pour la communauté  | 100 |
| 4. Pourquoi les gens ne sont-ils pas liés aux services de traitement et de soins du VIH ?   | 100 |
| 5. Quelles sont les meilleures pratiques des liens aux soins pour ces personnes diagnostiquées avec le VIH dans les services communautaires de dépistage du VIH ? | 101 |
| 6. Comment savons-nous si une personne vivant avec le VIH a été reliée aux services de traitement et de soins du VIH ?  | 103 |

## Chapitre 7 : Assurance qualité du dépistage du VIH

|  |     |
|--|-----|
| 1. De quelle manière l'Assurance qualité (AQ) diffère du Contrôle qualité (CQ) ?                                     | 108 |
| 2. Comment pouvez-vous assurer la qualité des kits de dépistage rapide du VIH utilisés dans un cadre communautaire ? | 110 |
| 2.1 Personnel bien formé et compétent  | 110 |
| 2.2 Contrôle de la température   | 112 |
| 2.3 Gestion du contrôle des stocks   | 114 |
| 2.4 Validité des kits de dépistage rapide du VIH   | 115 |
| 3. Quelles sont les précautions standards ?  | 116 |
| 3.1 Directives sur les précautions standards relatives à l'espace de travail   | 116 |
| 3.2 Directives sur les précautions standards relatives à la sécurité du personnel                                    | 117 |

## Chapitre 8 : Gestion des données

|   |     |
|---|-----|
| 1. Pourquoi est-il nécessaire de disposer de données de haute qualité ? | 120 |
| 2. Où commencez-vous ? – Le plan de gestion des données                 | 120 |
| 3. Quels types de données peuvent être collectées ?                     | 121 |
| 3.1 Données quantitatives   | 121 |
| 3.2 Données qualitatives  | 122 |
| 4. Qui doit collecter les données ?                                     | 122 |
| 5. De quelle manière les données doivent-elles être collectées ?        | 123 |
| 5.1 Considérations éthiques   | 123 |
| 5.2 Choix de la collecte de données électroniques ou papier             | 123 |
| 6. Qu'arrive-t-il aux données après leur collecte ?                     | 124 |
| 6.1. Collecte de données papier   | 124 |
| 6.2. Collecte de données électroniques                                  | 128 |

# TABLE DES MATIÈRES

|  |            |
|--|------------|
| 7. Comment les données géographiques peuvent-elles être utilisées dans les programmes communautaires de prévention du VIH ?  | 130        |
| 7.1. Utilisation de photographies aériennes pour afficher les changements structurels apportés à l'environnement lorsqu'un programme communautaire de prévention du VIH a été mis en œuvre | 130        |
| 7.2. Utilisation des cartographies au sein d'un programme communautaire de prévention du VIH pour suivre les performances du programme   | 131        |
| 7.3. Utilisation des cartographies pour afficher l'accès auto-déclaré aux soins pendant la durée de vie d'un programme communautaire du VIH  | 132        |
| <b>Chapitre 9 : Surveillance et évaluation</b>   | <b>135</b> |
| 1. Pourquoi la surveillance et l'évaluation sont-elles importantes pour les programmes communautaires de prévention du VIH ?   | 136        |
| 2. Comment surveillez-vous et évaluez-vous les résultats du programme ?  | 136        |
| 2.1 Prendre en considération les concepts relatifs à la surveillance et à l'évaluation des résultats du programme  | 136        |
| 2.2 Considérations des indicateurs   | 137        |
| 2.3 Études de cas pour illustrer la surveillance et l'évaluation des résultats du programme  | 139        |
| 2.4 Outils pour la surveillance et l'évaluation des résultats du programme   | 141        |
| 3. Comment surveillez-vous et évaluez-vous les performances des professionnels de santé ?  | 144        |
| 3.1 Évaluation de la manière dont les professionnels de santé fournissent des services   | 144        |
| 3.2 Évaluation de la manière dont les professionnels de santé collectent des données   | 146        |
| 4. Comment surveillez-vous et évaluez-vous le contrôle de l'infection tuberculeuse ?   | 147        |
| 4.1 Utilisation d'un outil d'évaluation du contrôle de l'infection tuberculeuse  | 147        |
| 5. Quelle est l'importance de la diffusion des données sur les programmes et des résultats de la S&E aux professionnels de santé ?   | 148        |
| <b>Remarques de conclusion</b>   | <b>151</b> |
| <b>Références</b>  | <b>153</b> |
| <b>Annexes 1 – 30</b>  | <b>163</b> |
| <b>Index</b>   | <b>228</b> |

# REMERCIEMENTS

Ce guide est le résultat d'une collaboration entre des individus issus de différentes organisations et qui exercent leurs fonctions à titre personnel et qui, pendant de nombreux mois, ont donné généreusement de leur temps, ont partagé leurs connaissances pratiques, leur expertise et leurs histoires. Les auteurs saluent les importantes contributions apportées par les universitaires, les chercheurs, les professionnels de santé, les membres de la communauté, les gestionnaires de programme et de nombreux membres du personnel qui soutiennent la prestation des services de santé (données, assurance qualité, ressources humaines, santé et sécurité, formation, opérations et logistique). Un « remerciement » très spécial exprimé en faveur des professionnels de santé et leurs patients, qui nous ont permis de les photographier, et dont les histoires et les photos ont rendu ce guide beaucoup plus riche et stimulant qu'il n'en aurait été autrement (nous avons modifié de nombreux noms pour conserver une certaine confidentialité).

Ce guide n'aurait pas été possible sans les pairs évaluateurs, qui ont fourni leurs contributions techniques et suggestions utiles aux auteurs. Nous apprécions énormément les relations professionnelles que nous entretenons avec les services de santé gouvernementaux et les nombreux organismes à but non lucratif et reconnaissons leurs contributions apportées à ce document. Nous remercions vivement Ronelia Julius pour ses solides compétences administratives et son travail de longue haleine en coulisses.

## Auteurs

Tous les auteurs sont affiliés au Centre TB Desmond Tutu, Université de Stellenbosch. Ces personnes sont : Jody Boffa, Rory Dunbar, Ricardo Felix, Anelet James, Nozizwe Makola, Nomtha Mandla, Sue-Ann Meehan, Jerry Molaolwa, Vikesh Naidoo, Zamikhaya Ndiki, Kerry Nel, Michelle Scheepers, Mark Theart, Margaret van Niekerk, Lario Viljoen et Blija Yang.

## Pairs évaluateurs

M. Dylan Bart (MPH) – Département de Médecine, Université de Cape Town  
Le Professeur émérite Nulda Beyers (MBChB, MSc, FCP, PhD) - Centre TB Desmond Tutu, Université de Stellenbosch  
Le Dr Peter Bock (MRCP [UK, Ed], MPH) - Centre TB Desmond Tutu, Université de Stellenbosch  
Le Dr Mary Glenshaw (PhD, MPH) - Centres pour le contrôle et la prévention des maladies (CDC)  
Mme Ann Green (MPH) - Institut Vanderbilt pour la santé mondiale  
M. Sam Griffith (MAT) – Réseau d'essais de prévention du VIH/FHI 360  
Le Dr Nelis Grobbelaar (MBChB) - Institut de la santé ANOVA  
Le Dr Ardril Jabar (MBChB, MPH) – École de la santé publique et la médecine familiale, Université de Cape Town  
M. James Kruger (MPH) – Gouvernement du Cap Occidental, Département de la santé  
Le Dr Françoise Louis – (MBChB) - Kheth'Impilo  
Mme Hilda Maringa (BA Curr) - Centres pour le contrôle et la prévention des maladies (CDC)  
Le Dr Muhammad Osman (MBChB) - Centre TB Desmond Tutu, Université de Stellenbosch  
Mme Neshaan Peton (B Cur, M Admin) - Gouvernement du Cap Occidental, Département de la santé  
Mme Estelle Piwowar-Manning (BS MT [ASCP] SI) - Réseaux d'essais de prévention du VIH/Centre du laboratoire  
M. Msokoli Qotole (BA [Hons]) – Gouvernement du Cap Occidental, Département de la santé  
Le Dr Shahra Sattar (MBChB, MPH) – Desmond Tutu HIV Foundation, Faculté des Sciences de la santé, Université de Cape Town  
Le Dr Musonda Simwinga (PhD) – ZAMBART, Lusaka, Zambie  
M. Timothy Wilson – (B Eng, PGDES, PBDS) - Indépendant

## Contributeurs du Centre TB Desmond Tutu

Taryn Allie, Gaynore Antas-Pietersen, Joyal Arendse, Thabisa Bike, Sterna Brand, Lorian De Vries, Francionette Esau, Patricia Heneke, Jacqueline Hlalukana, Lonwabo Hlomendlini, Graeme Hoddinott, Akhona Kili, Shaun Lawrence, Luzuko Manzi, Alex Maicu, Bulelwa Mangcunyana, Zimasa May, Fortunate Ndaba, Kholeka Ncombo, Nonzukiso Npapama, Nompandolo Ntsimbi, Miska Ntitsolo, Yvonne Saunders, Masibulele Sishuba-Zulu, Clyde Smith, Gertrude van Rensburg.

## Autres contributeurs

Obert Bore (Membre communautaire), Rudi de Koker (Union sud-africaine des professionnels du vêtement et du textile), Mandla Dosi (Politicien local), Marcell Februarie (Membre communautaire), David Galetta (Membre communautaire), Florence Groener (Département de la santé de la ville de Cape Town), Karen Jennings (Département de la santé de Cape Town), Kevin Lee (Département de la santé de Cape Town), Sarah Matthyse (Membre communautaire), Leon Mbeki (Membre communautaire), Barbara Miller (Centre de soins de jour Etafeni), Izak Mofekeng (Service communautaire Masincedane), Thembaletu Nyandeni (Membre communautaire), Botwe Pakati (Union sud-africaine des professionnels du vêtement et du textile), Vuyokazi Sixhoga (Membre communautaire), Carrie Smorenburg (Travailleur social indépendant), Johann van Greunen (Thérapeute pastoral indépendant).

## Groupe de coordination

Sue-Ann Meehan, Margaret van Niekerk et Blija Yang (Centre TB Desmond Tutu, Université de Stellenbosch) étaient responsables de la supervision de l'ensemble du processus et de l'examen final. C'est avec une grande reconnaissance et gratitude que nous saluons tous ceux qui ont collaboré avec nous à cet égard.

## Financement

Le développement et la publication de ce document d'orientation ont été rendus possibles grâce au financement du Plan présidentiel d'urgence américain pour la lutte contre le SIDA (PEPFAR) dans le cadre d'un accord de coopération numéro GHH000320 des Centres pour le contrôle et la prévention des maladies (CDC). Le contenu de cette publication relève de la seule responsabilité des auteurs et ne reflète pas nécessairement les points de vue officiels de PEPFAR ou des Centres pour le contrôle et la prévention des maladies (CDC).

## Citation suggérée

Meehan, S, Yang, B, Van Niekerk, M, Boffa, J, Dunbar, R, Felix, R, James, A, Makola, N, Mandla, N, Molaolwa, J, Naidoo, V, Ndiki, Z, Nel, K, Scheepers, M, Theart, M et Viljoen, L. *Guide pratique sur la mise en place d'un programme communautaire de prévention du VIH. Expériences partagées et leçons tirées de l'Afrique du Sud.* Cape Town: Stellenbosch University, 2017.

**Lectrice-correctrice :** Michelle Galloway

**Translation :** Stellenbosch University Language Centre

**Graphiste :** Dilshad Parker

**Illustrateur :** Shameema Dharsey

**Photographie :** Kim Cloete, Damien Schumann, Anton Jordaan, Blija Yang

**Photographie de couverture :** Matthew Slater

**Audiovisuel :** Kim Cloete

**Imprimé par :** Sun Media

Pour obtenir des informations sur ce document d'orientation, veuillez contacter :

Le Centre TB Desmond Tutu

PO Box 241

Cape Town

8000

+27 21 9389812

sueannm@sun.ac.za

Disponible en ligne sur :

<http://www.sun.ac.za/english/faculty/healthsciences/paediatrics-and-child-health/Pages/Home.aspx>



## ACRONYMES

|        |   |         |   |
|--------|---|---------|---|
| AEQ    | Assurance externe de la qualité                               | LTC     | Lien avec le traitement et les soins du VIH   |
| ANP    | Assistant numérique personnel                                 | LTFU    | Perdu de vue  |
| AQ     | Assurance qualité   | MNDS    | Ministère national de la Santé  |
| ART    | Thérapie antirétrovirale                                      | MNT     | Maladie non transmissible   |
| ARV    | Antirétroviral  | OBNL    | Organisme à but non lucratif  |
| CCC    | Conseil consultatif communautaire                             | OMS     | Organisation mondiale de la santé   |
| CCT HD | Département de la santé de Cape Town                          | ONUSIDA | Programme commun des Nations Unies sur le VIH / SIDA                                    |
| CDC    | Centres pour le contrôle et la prévention des maladies        | PDI     | Point d'intervention  |
| CDDC   | Conseil et dépistage à la demande du prestataire              | PEPFAR  | Plan présidentiel d'urgence américain pour la lutte contre le SIDA                      |
| CICT   | Conseil et dépistage à la demande du patient                  | PopART  | Effet de la population du traitement antirétroviral pour réduire la transmission du VIH |
| CMMV   | Circoncision masculine médicale volontaire                    | POS     | Procédures d'opération standard   |
| CMT    | Circoncision masculine traditionnelle                         | PPE     | Prophylaxie post-exposition au VIH  |
| COMAPP | Projet communautaire de prévention du VIH / SIDA              | PPTME   | Prévention contre la transmission mère-enfant   |
| CQ     | Contrôle qualité  | PVAVS   | Personne vivant avec le VIH et le SIDA  |
| CQI    | Contrôle qualité indépendant                                  | S&E     | Surveillance et Évaluation  |
| CXR    | Radio du thorax   | SAR     | Stockage attaché au réseau  |
| DDS    | GCO Département de la santé du Gouvernement du Cap Occidental | SC      | DDV Services communautaires de dépistage du VIH   |
| DTTC   | Centre TB Desmond Tutu  | SDV     | Services de dépistage du VIH  |
| ELISA  | Dosage immuno-enzymatique                                     | SED     | Saisie électronique des données   |
| FMP    | Programme Family Matters!                                     | SIDA    | Syndrome d'immunodéficience acquise   |
| GCC    | Groupe consultatif communautaire                              | SIG     | Système d'information géographique  |
| GPS    | Système de localisation                                       | SLSN    | Services de laboratoire de santé nationaux  |
| HIVST  | Autotest du VIH   | SSR     | Santé sexuelle et reproductive  |
| HPTN   | Réseau d'essais de prévention du VIH                          | TB      | Tuberculose   |
| HSH    | Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes             | TCT     | Test Mantoux cutané à la tuberculine  |
| IEC    | Information, éducation et communication                       | TTU     | Traitement et test universels   |
| IMC    | Indice de masse corporelle                                    | US      | Université de Stellenbosch  |
| IST    | Infections sexuellement transmissibles                        | VHB     | Virus de l'hépatite B   |
|        |   | VIH     | Virus de l'immunodéficience humaine   |

## AVANT-PROPOS DES CENTRES POUR LE CONTRÔLE ET LA PRÉVENTION DES MALADIES

### Propos recueillis du bureau de Nancy Hedemark Nay Directrice nationale intérimaire, Centres américains pour le contrôle et la prévention des maladies, Bureau d'Afrique du Sud

Conformément aux objectifs des Centres américains pour le contrôle et la prévention des maladies (CDC) et au Plan présidentiel d'urgence américaine pour la lutte contre le SIDA (PEPFAR) pour le contrôle de l'épidémie du VIH en Afrique du Sud, je suis honorée de rejoindre le Centre TB Desmond Tutu de l'Université de Stellenbosch, afin de présenter *Un Guide pratique sur la mise en place de services communautaires de prévention du VIH. Expériences partagées et leçons tirées de l'Afrique du Sud*. L'Afrique du Sud abrite près de 20 % des 36,7 millions de personnes vivant avec le VIH dans le monde entier, ainsi que le plus grand programme national d'ART, avec 3,3 millions de personnes en cours de traitement. En raison de cette réalité étonnante, le CDC / PEPFAR ont contribué au financement et ont apporté leur assistance technique à ce Guide novateur afin de faciliter la compréhension et le suivi de la mise en œuvre des programmes de prévention.



Les infections à VIH existantes et nouvelles restent élevées dans de nombreuses régions d'Afrique australe, ce qui est inacceptable, et il est donc urgent de prendre des mesures de prévention plus efficaces. Le Guide peut être utilisé dans le contexte sud-africain mais aussi dans d'autres endroits car la plupart des leçons apprises sont universelles. Les modèles mathématiques ont montré qu'un meilleur accès à et une meilleure utilisation des services de dépistage du VIH et l'initiation précoce de la thérapie antirétrovirale (ART) pour ceux qui sont infectés par le VIH avaient le potentiel de réduire considérablement les nouvelles infections à VIH au niveau de la population. Le CDC Afrique du Sud a l'espoir que le Guide aidera les organisations à mettre en place les programmes de prévention du VIH dans les milieux communautaires, dans le but d'avoir un impact très réel en diminuant les infections et les maladies du VIH.

Le Guide a été produit en utilisant les connaissances acquises grâce à trois projets communautaires indépendants de prévention du VIH, mis en œuvre par le DTTC entre 2008 et 2017. Tous ont été financés par le CDC. L'un de ces projets était le Projet communautaire de prévention du VIH / SIDA (COMAPP). L'objectif du COMAPP était d'empêcher le retour des infections par le VIH et la tuberculose au moyen de la prestation de services communautaires du VIH intégrés dans la province du Cap Occidental d'Afrique du Sud. Le COMAPP a collaboré avec des organisations communautaires dans le but de fournir des services de conseil, de dépistage et d'aiguillage par le biais de véhicules mobiles et de centres autonomes, en intégrant les services de VIH et d'autres services de santé dans une approche à « guichet unique » dans des lieux accessibles. Le projet a contribué de manière significative à augmenter la prise de connaissance en matière de séropositivité chez plusieurs personnes, à poser un diagnostic sur les personnes atteintes de tuberculose (TB), à fournir des services supplémentaires de santé et de nutrition et à diriger les patients vers les soins appropriés.

La réussite du COMAPP se doit largement à l'étroite collaboration constante avec les partenaires gouvernementaux sud-africains et les organismes à but non lucratif. Réalisant le succès du projet, le CDC Afrique du Sud a demandé la compilation de ce guide complet et pratique du programme de prévention du VIH pour servir d'outil de meilleure pratique afin que d'autres puissent imiter ce modèle réussi.

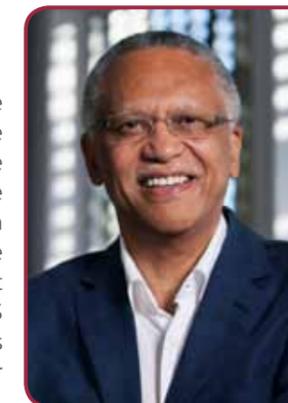
Le CDC Afrique du Sud souhaiterait remercier le DTTC pour avoir compilé ce document d'orientation pratique, ainsi que tous les exécutants, les chercheurs, les agents de terrain et les patients qui ont participé à son développement. Nous pensons que les organisations communautaires non seulement trouveront ce modèle de ressources importantes utile mais l'utiliseront également comme moyen de sauver des vies.

Nancy Hedemark Nay

## AVANT-PROPOS DE L'UNIVERSITÉ DE STELLENBOSCH

### Propos recueillis du bureau du Professeur Jimmy Volmink Doyen : Faculté des Sciences médicales et de la santé, Université de Stellenbosch

L'Université de Stellenbosch (US) est reconnue à l'échelle internationale comme une institution universitaire d'excellence. Très consciente du rôle qu'elle joue dans la société, l'université a modifié sa stratégie en passant d'un simple engagement auprès des communautés, vers une différence concrète dans la vie des gens et d'être pertinente au sein de la société sud-africaine. Cette transition de l'engagement communautaire vers les impacts sociaux est guidée par notre *Plan stratégique d'impact social : 2017-2022*. L'US vise à « améliorer l'impact de la société » en facilitant les interactions mutuellement bénéfiques entre l'US et les « partenaires sociaux » pour créer des connaissances collaboratives axées sur l'avenir. En même temps, l'US reconnaît et adopte l'impact de la société sur l'Université et ses activités.



L'un de nos engagements à la Faculté de médecine et des sciences de la santé (FMHS) consiste à ce que nous apportions notre contribution pour produire, partager et traduire nos connaissances qui favoriseront la santé et le développement, afin de « promouvoir la santé et l'égalité en Afrique du Sud et ailleurs ». Ce document d'orientation s'aligne sur le Plan stratégique, la vision et la mission de la Faculté. Il est le résultat des efforts de collaboration déployés par un certain nombre d'intervenants et la coordination et l'initiative propre de personnes venant du Centre TB Desmond Tutu (Service de pédiatrie), qui fournissent des informations pratiques et qui partagent leurs connaissances et expériences personnelles sur la manière de fournir des services communautaires de prévention du VIH en Afrique du Sud, étant donné que le VIH / SIDA est un défi pour la santé. Destiné aux exécutants des programmes, ce document d'orientation vise à fournir des informations qui aideront ceux qui souhaitent mettre en place des services communautaires et qui espèrent à la fin avoir un impact positif dans la lutte contre l'épidémie du VIH / SIDA en Afrique du Sud.

L'Afrique du Sud est actuellement un point de basculement au regard du VIH / SIDA. Les mesures prises aujourd'hui détermineront si le pays continue à être sur le point d'obtenir un contrôle épidémique ou de revenir aux premiers jours d'un nombre croissant de nouvelles infections et décès dus au VIH / SIDA. En observant l'historique de réponses de l'Afrique du Sud à l'épidémie du VIH / SIDA, on se rend compte que les succès ont été mieux atteints lorsqu'il y avait une collaboration et une coopération entre les nombreux intervenants, qui travaillaient ensemble dans le même but. La collaboration est un principe clé de la stratégie d'impact social de l'US.

La Faculté appuie fortement cette orientation, le sujet traite de l'un des domaines prioritaires de la Faculté, du VIH et de la tuberculose. L'orientation est un point culminant de la connaissance, de l'expérience et des compétences de ceux qui ont de l'expérience dans toutes les facettes des services communautaires de prévention du VIH et ceux qui comprennent pleinement la communauté. Les orientations reflètent fortement le rôle que la société civile peut jouer en vue de maîtriser l'épidémie du VIH, ce qui souligne l'importance d'une approche multisectorielle vis-à-vis de la santé publique. Le Chapitre 3 (Collaborer avec des organismes à but non lucratif) décrit un partenariat entre l'Université de Stellenbosch et un organisme à but non lucratif (OBNL), qui a entraîné une amélioration des capacités au sein de l'OBNL et, en fin de compte, dans les services communautaires durables de dépistage du VIH. C'est un exemple de l'impact sociétal souhaité que l'Université de Stellenbosch s'engage à atteindre.

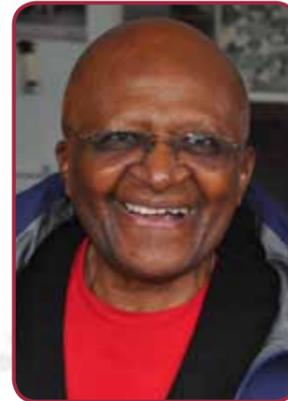
Je reconnais et je remercie tous les intervenants qui se sont réunis pour produire cet ouvrage, ainsi que les Centres pour le contrôle et la prévention des maladies, qui l'ont financé. La FMHS à l'Université de Stellenbosch est honorée de pouvoir partager cet ouvrage avec vous.

Professeur Jimmy Volmink

# AVANT-PROPOS DE L'ARCHEVÊQUE ÉMÉRITE DESMOND TUTU



ARCHBISHOP EMERITUS DESMOND M TUTU  
O.M.S.G. C.H. D.D. F.K.C.



23 mai 2017

L'Afrique du Sud est frappée par une épidémie de VIH/sida avec environ 7 millions de personnes vivant avec le VIH et 380 000 nouvelles infections à VIH chaque année, dont 25 % se situent parmi les adolescentes et les jeunes filles. Environ 2,3 millions d'enfants sont devenus orphelins à cause du VIH et du sida. Il est primordial que nous maîtrisons cette épidémie.

Bien que d'importants progrès aient été faits dans le secteur de la santé publique, le gouvernement ne peut pas lutter contre le VIH et le sida à lui seul et la société civile a un rôle crucial à jouer en particulier dans les activités de prévention et de sensibilisation des gens quant à leur statut sérologique.

Les travailleurs de la santé du Centre TB Desmond Tutu de l'Université de Stellenbosch en collaboration avec de nombreux organismes sans but lucratif fournissent des services de dépistage du VIH dans les communautés touchées par le VIH autour de Cape Town depuis 2008. Après avoir testé plus de 168 000 personnes au sein de leurs centres autonomes et mobiles de dépistage du VIH et avoir offert en porte-à-porte le dépistage du VIH à plus de 60 000 ménages, ils ont acquis une grande expérience dans tous les aspects du dépistage du VIH des communautés.

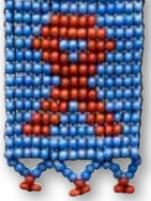
Je suis fier d'être associé au Centre TB Desmond Tutu et heureux d'être en mesure d'approuver ce document d'orientation pratique et stimulant, rempli de textes écrits et de photographies, de meilleures pratiques, d'études de cas, de conseils, d'outils (qui peuvent être téléchargés) et de magnifiques documents audiovisuels mettant en relief les principaux messages de chaque chapitre. J'espère que ce manuel offrira aux exécutants du programme toutes les connaissances pratiques nécessaires pour faire une différence dans leurs communautés.

« Mon humanité est liée à la vôtre, car nous ne pouvons être humains que tous ensemble ».

**Archevêque émérite Desmond Tutu**  
Hermanus, Afrique du Sud

Suite 111 Clock Tower, V&A Waterfront, Cape Town, Western Cape, 8001, South Africa  
PO Box 50708, Cape Town, 8002 | Tel: +27 (0) 21 552 7524 | Email: archpa@tutu.org





## CHAPITRE 1 INTRODUCTION



# INTRODUCTION

Sue-Ann Meehan



Faites un petit peu de bien là où vous êtes,  
ce sont tous ces bons petits gestes qui  
submergent le monde.

- Archevêque émérite Desmond Tutu  
(Avocat des droits sociaux sud-africains,  
militant contre l'apartheid et Lauréat du Prix Nobel)



### Pourquoi ce document d'orientation est-il important ?

Le VIH (Virus de l'immunodéficience humaine) et le SIDA (Syndrome d'immunodéficience acquise) sont des épidémies qui touchent le monde entier. Prévenir la transmission du VIH est un élément essentiel pour combattre le SIDA. Selon une opinion largement répandue, le traitement et la prévention du VIH ne peuvent pas être effectués uniquement dans les établissements de santé gouvernementaux. La lutte contre l'épidémie de VIH nécessite l'intervention conjointe du gouvernement et de la société civile. Les services communautaires de prévention du VIH peuvent jouer un rôle important dans la lutte contre le VIH. Ce document d'orientation sera une ressource importante pour ceux qui souhaitent mettre en place des services communautaires de prévention du VIH, dans le cadre d'une approche intégrée de la santé publique.

Les preuves scientifiques nous indiquent les interventions que nous devrions mettre en œuvre si nous voulons réduire la transmission du VIH, mais les informations qui existent sur la façon de mettre en œuvre ces interventions dans un contexte communautaire sont limitées. Par exemple, nous savons que nous devons augmenter l'accès au dépistage du VIH afin de diagnostiquer les personnes atteintes du VIH et ainsi les diriger vers un traitement. Cependant, du point de vue pratique, comment vous rendez-vous dans une communauté et comment allez-vous commencer à proposer des services de dépistage du VIH (SDV) ? Comment faire pour que les personnes atteintes de VIH soient reliées aux services de soins et de traitement du VIH ? Ce document

d'orientation traite de ces questions et de beaucoup d'autres car il fournit des informations pratiques et pertinentes basées sur l'expertise et les compétences des auteurs, qui ont une expérience directe de la mise en œuvre des programmes communautaires de prévention du VIH.

Le guide englobe les aspects pertinents de la mise en œuvre et de la gestion des services communautaires de prévention du VIH. Bien qu'ils soient fondés sur les expériences des programmes de conseil et de dépistage du VIH, de nombreux principes clés peuvent être appliqués dans d'autres types de programmes communautaires de prévention du VIH qui se produisent en dehors des établissements de santé.

« ..... la mise en œuvre d'un programme communautaire de prévention du VIH permet de mettre en place des consultations directes dans un contexte où les individus se sentent plus à l'aise et ouverts aux services et à la sensibilisation sur la santé, sur des sujets et des maladies encore quelque peu stigmatisés. Ces programmes offrent des opportunités de collaboration entre les services de santé et les leaders communautaires, les organisations religieuses et d'autres organisations établies dans la communauté. Alors que nous avançons vers une approche de la société sur la santé, les programmes communautaires de prévention du VIH sont une assise solide pour sensibiliser les individus et les communautés sur leurs responsabilités dans la lutte contre le SIDA ». - Neshaan Peton (*Directeur adjoint du programme PPTME et de traitement du VIH, Département de la santé du Gouvernement du Cap Occidental*)

### Qu'apprendrez-vous de ce chapitre ?

1. Comment en est-on arrivé à ce document d'orientation ?
2. Qu'est-ce qui rend ce document d'orientation différent ?
3. Qui bénéficiera de ce document d'orientation ?
4. Pourquoi les stratégies communautaires de prévention du VIH sont-elles importantes ?
5. Pourquoi est-il important de tirer des leçons des expériences sud-africaines ?
6. Quel est le contexte géographique ?
7. Comment utiliserez-vous ce document d'orientation ?
8. Qu'apprendrez-vous de ce document d'orientation ?

## 1. Comment en est-on arrivé à ce document d'orientation ?

Le Centre TB Desmond Tutu (DTTC), situé dans le Service de pédiatrie, Faculté de médecine et des sciences de la santé à l'Université de Stellenbosch, met en œuvre des programmes communautaires de lutte contre le VIH et la tuberculose depuis 2008 en vue d'améliorer l'accès au dépistage du VIH et aux liens aux soins, ainsi que le renforcement de l'intégration des services de lutte contre le VIH et la tuberculose. Des fonds ont été reçus du PEPFAR (Plan présidentiel d'urgence américain pour la lutte contre le SIDA, par le biais des Centres pour le Contrôle et la Prévention des maladies (CDC) afin de mettre en place ces programmes. En collaboration avec les services de santé, les organismes à but non lucratif (OBNL) et directement avec les communautés, le DTTC a acquis de l'expérience dans l'engagement des intervenants et a appris les meilleures pratiques pour collaborer avec des organisations locales. Fournir des services de dépistage du VIH, à travers diverses options, a permis de se familiariser avec l'intégration des services et d'être relié aux soins pour améliorer les résultats du VIH et de la tuberculose. De plus, nous avons appris comment gérer l'assurance qualité (AQ) pour le dépistage du VIH des communautés et nous avons acquis de l'expérience dans la collecte de données pertinentes et de haute qualité pour surveiller et évaluer ces programmes. En 2016, le CDC Afrique du Sud a approché le DTTC et a demandé à ce que nous consolidions nos apprentissages et nos meilleures pratiques en un document d'orientation à partager avec les autres personnes impliquées dans la mise en œuvre de programmes communautaires de prévention du VIH. Ce document d'orientation est le résultat de cette demande. C'est un grand privilège de pouvoir partager nos expériences.

Communautés dans et autour de Cape Town.



## 2. Qu'est-ce qui rend ce document d'orientation différent ?

Ce document d'orientation est différent car il donne un point de vue pratique sur la mise en place de services communautaires de prévention du VIH. Tous les contributeurs ont eu une expérience directe de la mise en œuvre au niveau de la base et partagent les leçons pratiques acquises sur le terrain. Bien qu'il soit basé sur des expériences spécifiques dans un contexte particulier, le lecteur peut facilement adapter les informations contenues dans ce document et les appliquer à leur contexte spécifique.

Ce document d'orientation n'est ni prescriptif ni exhaustif. Il vise à stimuler la réflexion et à inspirer le lecteur grâce à des moyens pratiques et créatifs pour relever plusieurs défis existants lors de la prestation de services communautaires de prévention du VIH.

## 3. Qui bénéficiera de ce document d'orientation ?

Quiconque peut bénéficier de ce document d'orientation, même s'il vise des personnes qui envisagent de mettre en place des services communautaires de prévention du VIH ou qui souhaitent mener des activités communautaires connexes. Il existe de nombreuses catégories de personnel impliquées dans la mise en œuvre de différents aspects des programmes et activités communautaires de prévention du VIH, notamment les gestionnaires de programmes ou les coordonnateurs, les infirmières, les conseillers en VIH, les mobilisateurs communautaires, les agents de surveillance et d'évaluation, les agents de réglementation, le personnel d'assurance qualité, les agents de liaison communautaires, les gestionnaires et le personnel des OBNL, les gestionnaires de données, les développeurs de données, les gestionnaires de ressources humaines et les formateurs. Toutes ces catégories de personnel doivent directement bénéficier du présent document d'orientation.

## 4. Pourquoi les services communautaires de prévention du VIH sont-ils importants ?

De nombreux pays, y compris l'Afrique du Sud, ont adopté l'objectif 90-90-90 du Programme commun des Nations Unies sur le VIH et le SIDA (ONUSIDA) pour mettre fin à l'épidémie du SIDA (1). D'ici 2020, 90 % de toutes les personnes vivant avec le VIH connaîtront leur séropositivité, 90 % de toutes les personnes atteintes d'une infection par le VIH suivront une thérapie antirétrovirale (ART) et 90 % de ces personnes auront une charge virale indétectable (2). L'objectif est que tout le monde ait accès aux services de dépistage du VIH (SDV) et que chaque personne vivant avec le VIH suive un traitement et obtienne une charge virale indétectable, de sorte que plus personne ne naisse avec ou ne décède à cause de lui (1). Voir la Figure 1.1.

Les gouvernements ne peuvent pas lutter contre l'épidémie du SIDA seuls. Les établissements de santé gouvernementaux ne peuvent pas dépister tout le monde. Ils ne sont pas non plus équipés des ressources nécessaires pour réaliser des tests de dépistage et traiter toutes les personnes infectées par le VIH. De plus, toutes les populations n'ont pas accès aux établissements de santé de manière optimale (3). De nombreux facteurs, comme le temps d'attente prolongé, le personnel hostile et la stigmatisation (4 à 7) ont été cités comme étant des raisons pour lesquelles les gens n'ont pas accès aux établissements de santé, surtout s'ils ne se sentent pas malades et ne reconnaissent pas les signes ou les symptômes de la maladie. Certaines populations ne fréquentent généralement pas les établissements de santé, parmi celles-ci on compte les hommes (8), car ils les considèrent comme des espaces féminins, et les adolescents parce qu'ils estiment que les

**Le saviez-vous ?**  
Quelle est la différence entre des conseils et des dépistages demandés par un prestataire ou un patient en Afrique du Sud ?

**Conseil et dépistage à la demande du prestataire (CDDP) :** Les prestataires en soins de santé offrent systématiquement un test de dépistage du VIH à toutes les personnes qui fréquentent des établissements de santé en tant que composante standard des soins médicaux, qu'ils aient ou pas des signes ou des symptômes de l'infection du VIH. Cela augmente le nombre de personnes qui ont déjà eu un test de dépistage du VIH et l'identification précoce des personnes infectées par le VIH qui ne connaissent pas autrement leur séropositivité (11).

**Conseil et dépistage à la demande du client (CDDC) :** Personnes qui se présentent à un service de santé spécialement pour faire un test de dépistage du VIH. Ces personnes souhaitent volontairement connaître leur séropositivité en tant qu'individus, couple ou famille (11).

établissements de santé ne sont pas adaptés aux jeunes (9). Cependant, une grande partie des progrès autour de l'augmentation du nombre de personnes qui connaissent leur séropositivité a été réalisée dans les établissements de santé. Cela s'est fait en utilisant une approche demandée par le prestataire (10).

Les ressources limitées et le fait que tout le monde ne se sente pas à l'aise lors de la visite dans un centre de santé offre l'opportunité à la société

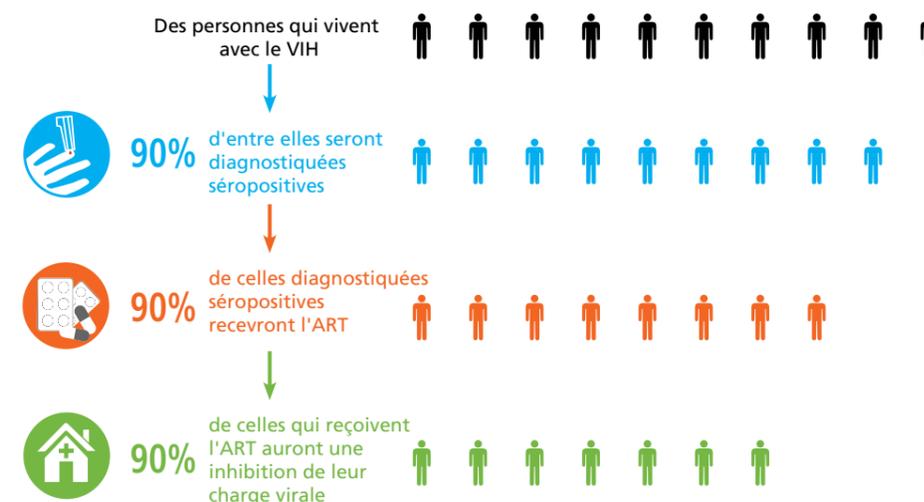


Figure 1.1 : Inspiré par l'objectif 90-90-90 de l'ONUSIDA

civile de travailler avec les gouvernements et d'autres organisations, par exemple les institutions universitaires, pour maîtriser l'épidémie du VIH. Cela souligne le rôle important que jouent les programmes communautaires de prévention du VIH dans la prévention de la transmission du VIH en utilisant à la fois les approches à l'initiative du prestataire et du patient afin de trouver des personnes infectées par le VIH et les diriger vers des soins.

Pour en savoir plus sur l'objectif de l'ONUSIDA, visitez le site internet suivant <http://www.unaids.org/en/resources/documents/2014/90-90-90>

## 5. Pourquoi est-il important de tirer des leçons des expériences sud-africaines ?

Globalement, 36,7 millions de personnes vivaient avec le VIH en 2015 (12), dont 25,6 millions se trouvaient en Afrique subsaharienne (13), incontestablement l'épicentre de l'épidémie mondiale. L'Afrique du Sud a la population la plus touchée par le VIH, avec 7 millions de personnes vivant avec le VIH en 2015 et le plus grand programme antirétroviral du gouvernement, avec 3,3 millions de Sud-Africains en traitement (14). En Afrique du Sud, l'épidémie de VIH s'est généralisée étant donné que la transmission a lieu principalement entre les couples hétérosexuels (15). La prévalence estimée du VIH s'élève à 18 % chez les adultes de 15 à 49 ans (16). La prévalence du VIH est plus élevée chez les femmes que chez les hommes et chez ceux qui vivent en périphérie des villes, dans des logements informels, par rapport à ceux qui vivent dans les zones rurales (17). Les populations les plus pauvres sont les plus touchées par le VIH (18).

La réponse de l'Afrique du Sud à l'épidémie de VIH a considérablement évolué. Au début, dans les années 1990, le gouvernement sud-africain a nié que le VIH causait le SIDA. La seule façon d'empêcher la transmission du VIH était d'utiliser des préservatifs (19). Au début des années 2000, des preuves scientifiques ont montré que l'ART pourrait empêcher les femmes enceintes infectées par le VIH de transmettre le VIH à leurs bébés à naître (20). Le département de la santé a réagi avec précaution, affirmant que les médicaments étaient toxiques et que le système de santé n'avait pas les ressources nécessaires pour mettre en œuvre un Programme national de prévention de la transmission mère-enfant (PPTME) en Afrique du Sud (20). La société civile a répondu en menant le gouvernement devant la Cour constitutionnelle, qui a statué que le refus de la prestation du PPTME était une violation des droits de l'homme (20). Le PPTME a été déployé lentement à partir de 2002 (21). La transmission du VIH de la mère à son enfant est passée de 8,5 % en 2008 (22)

à 2,4 % en 2012 (23).

Avec la nomination d'un nouveau Président et Ministre de la Santé en 2009 (24), la réponse du gouvernement à l'épidémie du VIH est devenue plus urgente. Les Sud-Africains ont été invités à réaliser un test de dépistage du VIH et à « connaître leur séropositivité ». Après une campagne nationale de dépistage du VIH (2010/2011), la proportion d'adultes testés pour le VIH a augmenté de 43,7 % en 2010/11 à 65,2 % en 2012 (25), et de nombreux adultes ont été testés dans des services communautaires de dépistage du VIH.

Entre 2006 et 2011, la fourniture de l'ART s'est élargie, principalement en raison de l'augmentation du financement des donateurs internationaux. Ce financement a été largement distribué par des organisations non-gouvernementales (26), soulignant le rôle de la société civile dans l'expansion de la couverture de l'ART en Afrique du Sud. Le Ministère de la santé a également joué un rôle en développant le programme de l'ART, en augmentant constamment les critères d'éligibilité au traitement du VIH, en mettant l'ART à disposition d'un nombre plus important d'individus infectés par le VIH. Le seuil de CD4 augmentait continuellement de sorte à permettre aux personnes avec un nombre de CD4 plus élevé d'être admissibles au traitement (22, 27, 28). En septembre 2016, l'Afrique du Sud a commencé à offrir l'ART à toutes les personnes vivant avec le VIH, quel que soit leur taux de CD4 (16).

La réponse de l'Afrique du Sud à l'épidémie de VIH, qui a été relativement lente dans un premier temps, mais qui est devenue de plus en plus décisive, avec des changements constants au niveau des politiques et des progrès substantiels faits dans la prévention et le traitement du VIH, et avec les interactions continues entre le gouvernement et la société civile (29), fait de l'Afrique du Sud une étude de cas unique. Les expériences partagées et les leçons tirées de l'expérience sud-africaine seront précieuses car le village mondial travaille pour mettre fin à l'épidémie du VIH d'ici 2020 (30). La société civile doit poursuivre son rôle dans la lutte contre cette épidémie et continuer à évaluer les besoins des communautés et mettre en œuvre des programmes qui font la différence dans les vies des personnes infectées et affectées par le VIH.

## 6. Quel est le contexte géographique ?

Ce document d'orientation s'appuie sur l'expérience acquise et les leçons apprises au cours des neuf dernières années, dans le cadre de la prévention communautaire du VIH. La plupart des contributions proviennent d'une expérience précieuse acquise en

mettant en œuvre trois projets communautaires indépendants de prévention du VIH financés par les CDC, à savoir un projet communautaire d'intégration de la tuberculose et du VIH (2008-2012) ; le Projet communautaire de prévention du VIH / SIDA (COMAPP) (2011-2017) et le volet d'intervention du Réseau d'essais de prévention du VIH (HPTN) 071 les Effets démographiques de la thérapie antirétrovirale

pour réduire les essais de transmission du VIH (PopART), qui est un ensemble de prévention du VIH (2014-aujourd'hui). Les services communautaires de dépistage du VIH mentionnés dans le présent document d'orientation ont été mis en place dans le district de Cape Town Metro et du district de Cape Winelands de la Province du Cap Occidental, en Afrique du Sud.



Les services communautaires de prévention du VIH ont un rôle à jouer dans la lutte contre cette épidémie de VIH pour faire la différence dans les vies des personnes infectées et affectées par le VIH.

Le district de Cape Town Metro est un district prioritaire du PEPFAR en raison de l'estimation qui a été faite du nombre de personnes vivant avec le VIH dans le district : 177285 (16). La prévalence du VIH chez les femmes fréquentant les cliniques prénatales dans ce district est passée de 18,2 % en 2009 à 20,4 % en 2014. Dans les huit sous-districts de santé, la prévalence prénatale du VIH varie en passant de 8,8 % à 34,7 % (31). La couverture de l'ART s'élève à environ 79 % (16). Cape Town Winelands est une zone semi-rurale qui se situe à l'extérieur de Cape Town. Il se compose de huit sous-districts de santé, où la prévalence prénatale du VIH est comprise entre 5,4% et 19,8% (31).

Le taux de personnes fortement touchées par le VIH est réparti inégalement dans les districts de santé. Le taux le plus élevé est constaté dans les communautés urbaines informelles, densément peuplées avec des habitations formelles et informelles (taudis). Ces communautés se distinguent par de nombreuses injustices sociales, y compris des niveaux élevés de pauvreté, de criminalité, de chômage et de toxicomanie. C'est dans ces communautés que ces projets ont été mis en œuvre et où de nombreuses leçons précieuses ont été apprises et de nombreux succès réalisés. Les expériences, les pratiques et les compétences acquises dans ces milieux constituent

la base de l'information contenue dans ce document d'orientation.

## 7. Comment utiliserez-vous ce document d'orientation ?

Le présent document d'orientation a été conçu pour fournir au lecteur des informations suscitant une certaine réflexion dans un format stimulant, inspirant et motivant.

Chaque chapitre contient :

- Un **passage d'Introduction** qui permet de comprendre les raisons pour lesquelles le chapitre est important dans le cadre des services communautaires de prévention du VIH.
- Une **table des matières** qui montre les différents points du chapitre.
- Un **texte** écrit à partir de multiples points de vue ; notamment l'exécutant, les services de santé, les OBNL et l'utilisateur final (le patient).
- Des **photographies** qui illustrent de nombreuses activités et interventions abordées.
- Des **études de cas** qui illustrent des exemples actuels pris de nos expériences.
- Des **conseils** qui fournissent des informations utiles et pratiques.

- **Des rubriques appelées Le saviez-vous ?** qui expliquent les concepts connexes.
- **Des liens** vers des sites internet qui invitent à des lectures supplémentaires.
- **Des renvois** entre les chapitres permettant au lecteur de comprendre intégralement chaque sujet spécifique à partir de diverses perspectives.

Quels autres éléments ce document contient-il ?

- **Des documents sur la formation et des outils** font partie des annexes. Les utilisateurs de ce guide sont encouragés à utiliser ces outils et à les adapter dans leurs propres programmes.
- **Une représentation audiovisuelle** des aspects clés de chaque chapitre.

## 8. Qu'apprendrez-vous de ce document d'orientation ?

La mise en œuvre réussie des services communautaires dépend habituellement de ce que nous faisons avant la mise en œuvre du programme, notamment la manière dont nous nous engageons auprès des différents intervenants concernés. Le **Chapitre 2 : Engagement des intervenants** a pour but de s'assurer que le lecteur comprend la manière de s'engager auprès des intervenants, avant et après la mise en œuvre du programme, fournissant d'importantes orientations et de nombreux outils afin d'assurer une collaboration réussie avec les intervenants. Les approches basées sur la communauté, souvent menées par des OBNL locaux, fournissent des services en dehors des établissements de santé, plus près de l'endroit où les personnes vivent, travaillent et vont à l'école. Le **Chapitre 3 : Collaboration avec des organismes à but non lucratif** fournit des informations précieuses sur la façon de collaborer avec les OBNL en vue de fournir des services de prévention pour la viabilité du programme. Aucun programme ne peut être réussi sans un personnel bien formé, très motivé et en bonne santé. Le **Chapitre 4 : Création, formation et maintien d'une équipe** a pour but de donner au lecteur un aperçu sur la façon de recruter, de former, de motiver et de soutenir le personnel afin de créer et de soutenir une équipe efficace qui puisse mettre en œuvre un programme de prévention du VIH réussi.

Les services communautaires du VIH peuvent réduire les coûts et le temps consacrés aux déplacements vers des services de santé ainsi que les longs délais d'attente dans les établissements des patients (5). Les modalités communautaires peuvent éventuellement surmonter certains obstacles qui empêchent les gens d'accéder à un établissement de santé. Le **Chapitre 5 : Prestation de services holistiques centrés**

**sur le patient** explorera différentes modalités de prestation de services communautaires, mettant en évidence les avantages et les défis posés par chaque modalité, en termes de population atteinte, de rendement du VIH et de liens aux soins. Partageant les meilleures pratiques et fournissant aux lecteurs des conseils utiles, ce chapitre traite également de la façon d'intégrer les services de santé connexes dans les services communautaires de dépistage du VIH (SC DDV). Le **Chapitre 6 : Lien au traitement et aux soins du VIH** aborde l'aspect important de diriger les personnes diagnostiquées avec le VIH dans une communauté vers des services de soins et de traitement du VIH fournis dans un établissement de santé. Ce chapitre aborde les raisons pour lesquelles l'orientation vers les soins est une étape cruciale dans le processus de dépistage du VIH. Il détaille plusieurs raisons pour lesquelles les gens ne sont pas orientés vers les soins, puis décrivent les moyens pratiques d'améliorer cette orientation à partir des services communautaires de dépistage du VIH.

En plus des prestations de services, le programme communautaire de prévention du VIH mis en place avec succès inclut beaucoup d'autres aspects programmatiques. L'Assurance qualité (AQ) de tout programme de dépistage du VIH est extrêmement importante et le **Chapitre 7 : Assurance qualité du dépistage rapide du VIH** fournit des stratégies importantes et des activités pratiques pour permettre aux programmes communautaires de fournir des services de dépistage du VIH qui sont de haute qualité et fournissent systématiquement des résultats précis de dépistage du VIH. La gestion des données est également un aspect essentiel de tout programme de prévention du VIH. Le **Chapitre 8 : Gestion des données** permet au lecteur d'avoir toutes les informations nécessaires pour prendre des décisions éclairées afin de mettre en place un système de gestion des données approprié et d'assurer la collecte de données pertinente, de haute qualité et en temps opportun. À l'aide d'études de cas, ce chapitre décrit la manière dont les cartes géographiques peuvent être utilisées comme moyen alternatif de représenter visuellement les données. Le **Chapitre 9 : Surveillance et évaluation** est consacré à la surveillance et à l'évaluation (S&E), qui font partie intégrante de tout programme. Ce chapitre donne des conseils sur la façon de recueillir des données pour surveiller les services de prévention du VIH et évaluer les résultats.

Nous espérons que ce document d'orientation apportera une inspiration et de la motivation au fur et à mesure que vous mettez en œuvre et gérerez votre programme communautaire de prévention du VIH et, par conséquent, « Faites un petit peu de bien là où vous êtes ».





## CHAPITRE 2 ENGAGEMENT DES INTERVENANTS



# ENGAGEMENT DES INTERVENANTS

*Blia Yang, Nozizwe Makola, Jody Boffa, Zamikhaya Ndiki et Lario Viljoen*



Ce travail n'est pas pour vous-même, ne vivez pas au-dessus de votre peuple mais vivez avec eux. Si vous pouvez vous lever, amenez quelqu'un avec vous.

- Charlotte Manya Maxeke (l'une des premières femmes noires d'Afrique du Sud diplômée ; 1871 – 1939)



### Pourquoi ce chapitre est-il important ?

S'engager avec les intervenants, avant et pendant la mise en œuvre du programme est impératif pour la réussite de tout programme communautaire. Il est important de s'éloigner des interventions qui perpétuent la participation passive des bénéficiaires. La participation doit être active. Comment effectuez-vous une analyse de la situation ? Comment établissez-vous un Conseil consultatif

communautaire (CCC) ? Comment collaborez-vous avec plusieurs intervenants et créez-vous des partenariats authentiques à des fins de respect mutuel et de bénéfices ? Ce chapitre répondra aux questions traitant de l'engagement des intervenants en termes de consultation, de co-création, d'achat, de partenariat, de collaboration et de création de la demande pour les services communautaires de dépistage du VIH.

### Qu'apprendrez-vous de ce chapitre ?

1. Comment entendez-vous parler d'une communauté avant la mise en place des services de prévention du VIH ?
  - 1.1 Apprentissage d'une analyse de la situation
  - 1.2 Apprentissage d'une recherche formative
2. Qui sont les différents intervenants d'une communauté ?
  - 2.1 Intervenants des services sociaux
  - 2.2 Intervenants des services de santé
  - 2.3 Intervenants des services communautaires
  - 2.4 Intervenants de la recherche
3. Comment pouvons-nous réussir à créer une demande de prestation de services communautaires de prévention du VIH ?
  - 3.1 Mobilisation de rue à l'aide de hauts-parleurs
  - 3.2 Mobilisation porte-à-porte
  - 3.3 Évènements dans une grande communauté
  - 3.4 Médias
4. L'engagement communautaire diffère-t-il entre les communautés urbaines, périurbaines et rurales ?

## 1. Comment entendez-vous parler d'une communauté avant la mise en place des services de prévention du VIH ?

Une fois votre décision prise sur la communauté dans laquelle vous souhaiteriez mettre en œuvre votre programme de prévention du VIH, il est essentiel que vous connaissiez cette communauté : les personnes, les politiques, les ressources existantes et les services disponibles. Vous ne pouvez pas arriver dans une communauté, mettre en place vos services et espérer que les personnes accéderont à vos services. Vous devez connaître le contexte afin que vos services répondent aux besoins de la communauté.

### Le saviez-vous ? Pourquoi l'engagement communautaire est-il si important ?

- Pour fournir à la communauté des informations à l'avance sur les services de santé à délivrer dans la communauté.
- Pour instaurer de la confiance entre votre organisation et la communauté, atténuer les doutes et les soupçons que les membres de la communauté peuvent avoir.
- Pour assurer une transparence, afin que la communauté comprenne les avantages et les risques éventuels.
- Pour écouter les besoins de la communauté afin d'assurer que votre organisation fournisse des services qui sont prioritaires dans cette zone.
- Pour donner à la communauté l'occasion de contribuer à la mise en œuvre des services de santé. Si l'intervention n'est pas considérée comme une priorité pour la communauté, mais comme une urgence sanitaire pour l'état, l'engagement communautaire peut aider à adapter les services au contexte pour une utilisation optimale.
- Pour obtenir un soutien et un rachat de la part de la communauté pour les services de santé que votre organisation fournira.
- Pour permettre à la communauté de prendre en charge les services qui seront offerts.

Vous pouvez apprendre à connaître la communauté de deux façons, soit par une analyse de la situation, soit par une recherche formative.

### Le saviez-vous ? Quelles sont les similitudes et les différences entre une analyse de la situation et une recherche formative ?

- Les deux collectent des données pour prendre des décisions éclairées.
- Les deux peuvent aider à fournir des services communautaires de prévention du VIH qui répondent aux besoins de la communauté.
- Une analyse de la situation fait partie du processus d'engagement des intervenants, alors que la recherche informative identifie uniquement les intervenants (ne fait pas partie du processus d'engagement).
- Une analyse de la situation est effectuée avant la mise en œuvre, alors que la recherche formative peut être effectuée avant ou pendant la mise en œuvre du programme.

*Il est essentiel de connaître votre communauté, les gens, les politiques, les ressources existantes et les services disponibles.*



## 1.1 Apprentissage par le biais d'une analyse de la situation

Avant la mise en œuvre de tout programme communautaire de prévention du VIH, les exécutants du programme doivent envisager de réaliser une analyse de la situation. (Voir l'Annexe 1 pour un Outil d'analyse de la situation). Il s'agit d'évaluer la situation sanitaire existante en plus des influences sociales et environnementales de la région, en fournissant un aperçu sur les offres actuelles des services de santé (32, 33). L'évaluation est basée sur un cadre analytique de causalité de la façon dont les intrants, les processus et les extrants interagissent et constituent une collecte de données quantitatives et qualitatives et des preuves de l'état actuel du système de santé (33). Une analyse de situation commence par la mise en place d'un comité de pilotage qui détermine les outils nécessaires pour collecter les informations, la planification et l'organisation de la collecte, l'interprétation des informations recueillies et la diffusion des informations vers différents publics cibles (33).

Ces informations tirées d'une analyse de la situation peuvent aider à mettre en œuvre les services de santé ou le développement de nouvelles interventions sanitaires (32) en veillant à ce que les offres de services se complètent les unes avec les autres, plutôt que de saturer des services qui ne sont pas utilisés par les patients. L'analyse de la situation aide également les exécutants du programme à identifier les organisations communautaires et les projets de recherche qui sont actuellement dans la zone à des fins de collaboration et de partenariat. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) déclare qu'il s'agit d'une méthodologie participative, inclusive, analytique, pertinente, complète et fondée sur des preuves (33). Les exécutants du programme peuvent se lier aux services de santé gouvernementaux, aux leaders locaux et aux organisations communautaires afin de faciliter la collecte d'informations.

En se basant sur l'expérience de ces dernières années, le Centre TB Desmond Tutu a développé un Outil d'analyse de la situation (voir l'Annexe 1), qui est un guide utile pour connaître les communautés



dans lesquelles nous avons travaillé. Cet outil n'est pas exhaustif mais sert de guide et peut être adapté à différents contextes et paramètres.

Sur la base de cet outil, voici quelques exemples de types d'informations qui peuvent être collectées au cours d'une analyse de la situation :

- **Les données démographiques** (la taille de la population, le genre, l'âge, la religion, la langue, l'orientation sexuelle etc.). En vous basant sur ces données, vous pouvez prendre des décisions sur le nombre de personnes qui peuvent avoir besoin de vos services et les populations à cibler, par exemple les hommes, les adolescents ou les populations clés. Comprendre les principales religions et la culture vous permettra de fournir des services appropriés qui sont sensibles à la communauté et conformes à leurs valeurs et systèmes de croyance. Le principe important est d'utiliser les informations démographiques collectées pour guider le programme de manière appropriée et de cibler les populations appropriées afin que votre programme puisse bénéficier d'une bonne prise en charge des services.
- **La charge de la maladie** (les taux de mortalité, la prévalence du VIH, le nombre de patients suivant des soins contre le VIH, le nombre de patients suivant une thérapie antirétrovirale (ART), l'incidence de la tuberculose, etc.). Ces informations peuvent vous guider dans la hiérarchisation des services de santé qui doivent être intégrés dans les services communautaires de dépistage du VIH (SDV) et dans les interventions supplémentaires qui doivent être mises en œuvre pour améliorer la santé dans la région.
- **Les services sociaux** (les soins à domicile, les groupes de soutien, les programmes d'alimentation, les écoles, les centres communautaires, etc.). Grâce à une liste de ressources des services sociaux disponibles dans la communauté, vous pourrez fournir un service axé sur le patient dans le cadre du programme de prévention du VIH, où vous pourrez renvoyer les patients vers d'autres services sociaux pertinents si besoin. Voir le Chapitre 5 : Prestation de services holistiques centrés sur le patient pour discuter du processus de recommandation.
- **Les services de santé** (le nombre d'établissements de soins de santé primaires, les hôpitaux, les guérisseurs traditionnels, les organismes à but non lucratif fournissant des services de santé, etc.). Ces informations sont essentielles pour que les patients puissent être référés à d'autres services de santé pertinents de votre programme communautaire de prévention du VIH.

- **Les services communautaires** (les informations sur les acteurs communautaires, y compris les conseils consultatifs communautaires, les forums communautaires, les politiciens locaux, les leaders culturels et religieux). Tout exécutant de programme communautaire doit commencer par identifier les acteurs clés venant de la communauté pour l'engagement des intervenants. Cela est essentiel. Ils doivent ensuite essayer de rencontrer directement les acteurs clés pour commencer le processus de création d'un partenariat. Ces acteurs clés ont généralement une grande influence sur les décisions ou les perceptions de la communauté et sont souvent appelés les « gardiens de porte » de la communauté. Les Conseils consultatifs communautaires (CCC) sont importants parce qu'ils forment généralement un lien entre la communauté et le centre de santé primaire (34).
- **Les projets de recherche** (y compris les projets de recherche actuels ou planifiés dans la zone). Ces projets de recherche peuvent entrer en conflit avec les services de santé que les exécutants de programmes veulent fournir dans la communauté. Par exemple, les procédures d'essai cliniques peuvent déjà proposer des services que les exécutants de programmes prévoient de fournir et affecteront ainsi la prise en charge des services, ou les services que les exécutants du programme envisagent d'offrir peuvent entraver et compromettre l'intervention de l'étude.

**Le saviez-vous ?**  
**Comment une communauté est-elle définie ?**

Une communauté peut être définie en tant que « groupe de personnes possédant diverses caractéristiques qui sont liées au niveau social, qui partagent des points de vue communs, et qui participent à des actions conjointes dans des milieux ou des lieux géographiques » (35).



Une communauté dans laquelle les services de prévention du VIH ont été fournis.

La collecte de toutes ces informations pour l'analyse de la situation consiste à aider les responsables du programme à évaluer la situation actuelle dans la région et les aider à prendre des décisions fondées sur des preuves sur lesquelles les services de santé ou les interventions doivent être priorisés (36).

**1.2 Apprentissage par le biais d'une recherche formative**

La recherche formative est un ensemble d'activités de recherche qui sert à informer et à optimiser

**Le saviez-vous ?**  
**Quels sont les avantages de la recherche formative ?**

- La **recherche formative informe** et optimise la mise en œuvre en prenant en compte les acteurs pertinents ainsi que le contexte spécifique à un lieu (disposition géographique, croyances en matière de santé, soins de santé actuels, histoire de la communauté, etc.). Un exemple serait d'identifier qu'il y a une grande population de professionnels du sexe dans la communauté parce qu'elle est située sur une grande route dans la ville.
- Elle donne des informations sur les mesures potentielles de réduction des coûts. Par exemple, la majorité de la population masculine pratique la Circoncision masculine traditionnelle (CMT), ce qui pourrait constituer un défi si les gestionnaires de programme veulent mettre en œuvre la Circoncision masculine médicale volontaire (CMMV) dans la région.
- Elle identifie les barrières potentielles aux interventions de dépistage du VIH, comme les barrières structurelles (y compris les infrastructures) ou systémiques (comme les attitudes de la communauté). Un exemple consisterait à identifier qu'il existe une grande proportion de membres de la communauté qui croient que l'extraction du sang est liée à la pratique de la « magie noire ». Les exécutants du programme devront tenir compte de ce problème lors du développement de messages communautaires pour les services de dépistage rapide du VIH par piqûre au doigt.
- Elle identifie les catalyseurs potentiels, y compris l'identification des principaux intervenants et organisations, les interventions sanitaires déjà en place et en profitant des attitudes communautaires positives vis-à-vis du dépistage du VIH.

les interventions de santé planifiées et offre un moyen d'améliorer les activités de planification parallèlement à l'engagement initial et à la mise en œuvre des intervenants. Les spécialistes formés en science sociale réalisent ces activités de recherche, composées principalement de méthodes qualitatives bien que des méthodes quantitatives puissent également être utilisées. L'objectif général de la recherche formative est de fournir des informations en vue d'aider les exécutants de programme à adapter leur intervention à l'environnement local (37). En informant une intervention ciblée, la recherche formative peut conduire à des économies de temps et de coûts d'intervention (38).

Bien que la recherche formative puisse être réalisée soit avant la mise en place des services communautaires de prévention du VIH soit pendant le processus de mise en œuvre, il est conseillé de le faire avant les grandes interventions lorsque des services supplémentaires ou alternatifs sont fournis alors qu'ils ne sont généralement pas fournis en tant que norme de soins. Le rôle de la recherche formative et des sciences sociales n'est pas de mettre en œuvre l'engagement de la communauté ou la sensibilisation de la communauté mais plutôt d'identifier les principaux intervenants, gardiens et organisations actifs dans la communauté.

**2. Qui sont les différents intervenants d'une communauté ?**

Une fois que votre analyse de la situation a été menée ou recherche formative complétée, vous devez être informé de l'identité des « gardiens » qui se trouvent dans la zone puis établir le contact avec eux. Ces « gardiens » sont également appelés des « intervenants ». L'engagement des intervenants est souvent un processus complexe en raison du grand nombre d'organisations avec des intérêts différents. Cette section décrit les différents intervenants et souligne les raisons pour lesquelles il est important d'engager ces groupes.

**2.1 Intervenants des services sociaux**

Ces organisations offrent divers services sociaux au sein d'une communauté, y compris les services à domicile pour les personnes handicapées, le soutien aux personnes touchées par la toxicomanie ou des projets d'amélioration économique pour les mères célibataires ou les familles dans le besoin. Il est important de s'engager avec ces intervenants, car les exécutants du programme doivent collaborer avec des organisations locales afin de pouvoir diriger les patients vers des services sociaux en cas de besoin. Les individus et les ménages touchés par le VIH et/ou la TB portent des charges sociales supplémentaires (40),

**Le saviez-vous ?**  
**Qu'est-ce qu'un intervenant du point de vue d'un programme de santé ?**

Un intervenant est une personne ou un groupe avec des intérêts, des implications ou des investissements dans les services de santé que les exécutants du programme fourniront ou, alternativement, un groupe de personnes qui seront touchées par les services de santé (39).

**Qui sont les différents intervenants ?**

1. Les intervenants des services sociaux (organisations religieuses, organisations de la société civile, OBNL).
2. Les intervenants des services de santé (services de santé gouvernementaux au niveau local, du sous-district, niveau provincial et niveau national ; les services de santé privés, les services de santé des OBNL).
3. Les intervenants des services communautaires (CCC, les forums communautaires, les chefs communautaires, les OBNL).
4. Les intervenants de la recherche (les institutions académiques, les sociétés pharmaceutiques, et/ou les OBNL menant des recherches).



et les exécutants du programme doivent collaborer avec les organisations locales afin de pouvoir fournir les services de santé holistiques améliorés dont les patients ont besoin.

**2.2 Intervenants des services de santé**

Les intervenants des services de santé incluent les services gouvernementaux de santé et les

### Étude de cas : Une solide collaboration avec les services de santé gouvernementaux aboutit à l'intégration des services de santé sexuelle et reproductive dans les services mobiles de dépistage du VIH

Le Centre TB Desmond Tutu (DTTC) à l'Université de Stellenbosh fournit des services de dépistage du VIH depuis 2008 dans la province du Cap Occidental en Afrique du Sud. Le DTTC a travaillé en partenariat avec le Département de la santé de la ville de Cape Town (CCT HD) et le Département de la santé du Gouvernement du Cap Occidental (WCG DoH). Le DTTC a offert des services de dépistage du VIH dans des caravanes et des tentes installées dans des zones à fort trafic dans des communautés avec des taux différents de personnes touchées par le VIH. Ils ont également participé aux services de santé gouvernementaux en vue de partager les leçons apprises et les meilleures pratiques. De fortes relations ont vu le jour, à travers lesquelles les résultats du programme étaient partagés régulièrement avec les services de santé gouvernementaux. Le DTTC s'est approché des services de santé gouvernementaux correspondants et leur a demandé de fournir les consommables nécessaires pour qu'ils puissent intégrer les services de santé sexuelle et reproductive dans les SDV mobiles. À l'époque, les tests de grossesse et les services de planification familiale n'étaient offerts que dans les établissements de santé primaires. Les services supplémentaires ont permis au DTTC de fournir des services intégrés, en particulier aux femmes et aux jeunes filles. L'introduction de ces nouveaux services a permis à un nombre croissant de jeunes filles d'accéder aux services de dépistage du VIH. Voir le Chapitre 5 : Prestation de services holistiques de dépistage du VIH centrés sur le patient.

organisations privées. Chacun est responsable de fournir des services de santé dans la communauté. Il est particulièrement important d'établir des relations étroites avec les services gouvernementaux de santé, depuis le personnel se trouvant dans l'établissement de santé local aux décideurs politiques de santé du gouvernement central. Toute intervention affectant le système de santé nécessitera l'approbation et/ou le soutien de différents niveaux d'autorité. Les directives que les exécutants du programme suivent en fournissant des services de santé sont prescrites par les services de santé gouvernementaux. Il est recommandé aux exécutants de prendre le temps d'étudier les services de santé qui sont offerts dans la communauté.

### 2.3 Intervenants des services communautaires

Les intervenants des services communautaires sont des intervenants cruciaux. Ils incluent les conseils consultatifs communautaires (CCC) / les Comités de santé, les forums communautaires et les leaders individuels (notamment culturels, politiques et religieux). Ces intervenants diffèrent en fonction du contexte communautaire (41).

#### 2.3.1 Conseils consultatifs communautaires

Un CCC est parfois appelé Groupe consultatif communautaire, Comité de santé ou Forum communautaire sur la santé. Il faut vérifier si un CCC existe dans la communauté dans laquelle vous souhaitez travailler. Dans le cas contraire, sachez qu'il faut beaucoup de temps et d'efforts pour mettre en place un CCC représentatif et engagé. Mais un CCC qui fonctionne bien est avantageux et en vaut la peine.

Un CCC :

- se compose de membres issus de différents groupes d'intervenants impliqués dans les programmes de développement de la santé et communautaire dans leurs communautés respectives ;
- doit être assez important pour refléter les divers besoins et intérêts des intervenants (42, 43) ; et
- fournit une voix consultative indépendante et fonctionne comme un système formel de conseils aux intervenants pour faciliter la participation des intervenants de la communauté (43).

Le rôle du CCC est de :

- agir comme un lien entre les communautés et les chercheurs ou les exécutants de programme de santé ;
- informer les intervenants des communautés sur les recherches en cours et proposées, et de fournir un retour aux équipes de recherche sur les croyances et les normes locales, ainsi que sur les points de vue et les préoccupations locaux qui surviennent lors de la mise en œuvre du programme (43) ;
- aider à promouvoir les services de dépistage du VIH, à prendre part aux campagnes de sensibilisation et aux dialogues sur les SDV ;
- aider à adapter les stratégies de mobilisation qui sont contextuellement appropriées ;
- examiner les documents distribués par les exécutants du programme afin de s'assurer qu'ils ont une sensibilité culturelle et qu'ils sont faciles à comprendre.

« Les membres du CCC comprennent les normes culturelles d'une communauté, en d'autres termes

### Meilleures pratiques pour la mise en place d'un CCC (basées sur vos expériences)

1. Le fonctionnement et la composition d'un CCC seront différents pour des communautés et des milieux différents. La mise en place d'un CCC est un processus complexe et doit répondre aux besoins de la communauté. Par exemple, dans l'un de nos domaines de recherche, les services de santé gouvernementaux ont contacté les intervenants locaux, y compris les services sociaux, les cliniques locales et les intervenants des services communautaires pour créer des Comités de santé. Les membres du CCC ont été nommés et sélectionnés parmi les Comités de santé.
2. Les exécutants du programme doivent expliquer le rôle des CCC aux forums communautaires d'une manière transparente, pour que les membres de la communauté comprennent les responsabilités d'un membre du CCC. Nous avons partagé les aspects positifs et potentiellement difficiles de faire partie d'un CCC avec les membres de la communauté qui souhaitaient rejoindre le CCC. Cela leur a permis de prendre une décision éclairée avant de rejoindre le CCC.
3. Le CCC doit être représentatif de la communauté au sens large. Par exemple, il est recommandé que les jeunes et les personnes âgées soient représentés dans le CCC. Les personnes qui parlent la ou les langue(s) locale(s), et les individus ayant un éventail de niveaux d'éducation doivent aussi être inclus.
4. Le CCC doit représenter les membres de la communauté qui seront directement affectés par le programme. Par exemple, pour un programme ciblé sur le VIH ou la tuberculose, les personnes vivant avec le VIH ou la TB doivent être incluses dans le CCC.
5. En règle générale, les membres du CCC donnent volontairement de leur temps. Réciproquement, les membres du CCC suivent une formation dans certains domaines, comme la tenue des procès-verbaux, la gestion et le leadership. Pour les CCC dans les études de recherche, les formations telles que les Bonnes pratiques cliniques, l'introduction à la recherche clinique, les informations basiques sur le VIH, l'introduction aux problèmes de santé publique et les conseils basiques sur le VIH doivent également être inclus. C'est ainsi que le CCC comprend l'importance de leur rôle et est doté des compétences nécessaires pour fonctionner de manière autonome.
6. Le CCC doit mettre en place toutes les structures formelles requises. Cela inclut un président désigné et sélectionné, un comité exécutif, une constitution, des règlements administratifs et des procès-verbaux pris lors de chaque réunion. Ils doivent se rencontrer régulièrement.

ce qui est acceptable pour la communauté. Vous ne pouvez pas apprendre les normes culturelles en lisant la documentation. Donc, les CCC jouent un rôle essentiel car ils peuvent conseiller les chercheurs et les exécutants de programmes sur la manière d'accéder à une communauté ». - Reverend David Galetta (Co-Président du CCC du DTTC).

Si aucun CCC n'existe dans la zone, les exécutants du programme auront l'obligation éthique d'établir un CCC efficace pour s'assurer que les intérêts de la communauté sont évidents pour les exécutants (44).

« J'ai trouvé bénéfique de recevoir une formation de la part de DTTC sur les pratiques de conseils de base, la prise de mesures efficaces et les bonnes pratiques cliniques (BPC) parce que je ne connaissais rien sur ces pratiques auparavant. Il est agréable qu'ils aient également développé des capacités en nous en tant que membres du CCC ». - Thembaletu Nyandeni (membre du CCC)

Voir les meilleures pratiques de l'OMS pour les CCC, sur [www.who.int/hiv/pub/imai/om\\_4\\_community.pdf](http://www.who.int/hiv/pub/imai/om_4_community.pdf)



Les membres de la communauté ont été nommés pour former un Conseil consultatif communautaire pour la mise en œuvre d'un ensemble de services de prévention du VIH de porte-à-porte dans les communautés du Cap Occidental d'Afrique du Sud.

### Étude de cas : Mise en place d'un CCC dans une communauté où un Comité de santé existait

Le DTTC a mis en place un CCC à titre d'obligation éthique pour un essai de recherche. En Afrique du Sud, on fait moins souvent appel aux CCC dans le cadre de la recherche, alors que les Comités de santé agissent dans le cadre des services de santé en général (45). Bien que l'objectif du CCC soit de servir de lien entre la communauté et les chercheurs, les Comités de santé agissent comme interface entre les services de santé gouvernementaux et la communauté (46). Dans le cadre de l'engagement des intervenants pour établir un CCC, les services de santé gouvernementaux et les membres communautaires ont informé l'équipe du DTTC que ce processus serait très difficile en raison des Comités de santé qui avaient récemment été mis en place par la communauté et les services de santé gouvernementaux dans la région. Ces membres communautaires recevaient une allocation. Cela allait contre les règles du Comité d'éthique de l'Université de Stellenbosch. Cela a posé plusieurs défis pour le DTTC pour la mise en place d'un CCC.

1. Qui voudrait faire du bénévolat pour être membre du CCC alors que le fait de servir comme membre du Comité de santé leur accordait une allocation ?
2. Que se passe-t-il si un candidat est élu membre du CCC alors qu'il n'était pas dans le Comité de santé existant ?
3. Qui la communauté choisirait-elle pour la représenter (le CCC ou le Comité de santé) ?

Grâce au processus d'engagement des intervenants, le DTTC a eu plusieurs réunions avec les services de santé gouvernementaux, les forums communautaires, les chefs communautaires, les anciens membres du Comité de santé, sur la meilleure façon de mettre en place un CCC pour les essais de recherche. Dans le processus de consultation, plusieurs points ont été identifiés :

1. le besoin d'établir le CCC, d'une manière très transparente, en impliquant des chefs communautaires qui pourraient aider à guider le processus ;
2. le CCC doit être mis en place en utilisant un processus de nomination de la candidature des services de santé gouvernementaux locaux, des forums communautaires et des chefs communautaires ;
3. les anciens membres du Comité de santé ne seraient pas exclus de ce processus de nomination et peuvent se nommer eux-mêmes ;
4. la sélection du CCC serait effectuée au moyen d'une demande formelle d'examen ; et,
5. un comité de sélection du CCC composé d'un groupe diversifié d'individus venant de la communauté et des chercheurs ont été choisis pour examiner les demandes et interviewer les candidats pour faire partie des CCC.

Ce processus d'engagement des intervenants, de consultation, et la procédure transparente dans la mise en place du CCC ont établi une relation de confiance avec la communauté et les différents acteurs concernés.



Assurez-vous que les membres du CCC viennent des communautés dans lesquelles vous fournirez des services de dépistage du VIH.

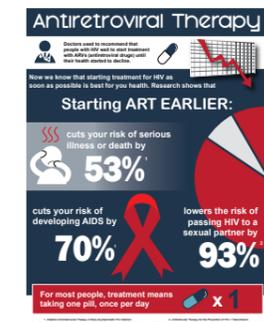
### Étude de cas : Des contributions valables d'un CCC améliorent le matériel d'information, d'éducation et de communication

Le HPTN 071 (PopART) propose la prestation d'un ensemble de mesures de prévention du VIH de porte-à-porte dans la communauté par les Prestataires communautaires de soins du VIH, qui comprend des tests de dépistage du VIH à domicile et un aiguillage vers les soins du VIH et le traitement antirétroviral. PopART a développé du matériel d'information, d'éducation et de communication (IEC) avec l'assistance des CCC, de sorte que ce matériel soit sensible au niveau culturel et facile à comprendre dans un contexte particulier. Le processus de développement et de test du matériel a pris six mois. Voici un exemple de brochure avant et après la contribution du CCC. Le projet de brochure sur la gauche a été présenté pour la première fois aux membres du CCC. Leurs réponses ont été incorporées dans le projet révisé sur la droite.

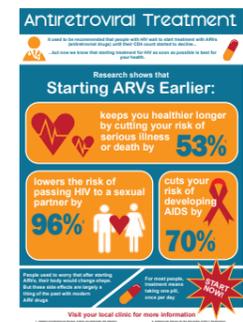
Des changements ont été apportés au prospectus original en fonction de ce que les membres du CCC ont déclaré :

1. « Changez le mot thérapie par traitement car ce terme est largement plus utilisé dans la communauté ».
2. « Nous ne comprenons pas le graphique avec la flèche qui va vers le bas dans l'ébauche de projet ».
3. « Nous souhaiterions aborder le mythe selon lequel les médicaments antirétroviraux changent la forme de votre corps ».
4. « Retirez l'image de la personne malade car on dirait que les gens deviendront plus malades avec des effets secondaires lors de la prise des antirétroviraux ».
5. « Intégrez l'image d'un couple pour visualiser les risques les plus faibles de contaminer votre partenaire sexuel avec le virus du VIH ».
6. « Améliorez les couleurs dans le prospectus et mettez une boîte de dialogue « COMMENCEZ MAINTENANT » pour avoir un pamphlet plus accrocheur ».

#### PREMIÈRE ÉBAUCHE



#### ÉBAUCHE FINALE



#### 2.3.2 Forums communautaires

Les forums communautaires sont :

- des groupes au sein des communautés qui ont été créés par des organisations sociales, politiques ou religieuses en vue d'atteindre un objectif spécifique au sein de cette organisation particulière (46) ;
- l'une des meilleures façons de s'engager directement avec les membres de la communauté ;
- différents des CCC car ils servent généralement un intérêt particulier établi par les membres de la communauté eux-mêmes ; et
- organisés et conduits directement par des membres de la communauté.

#### Conseil

##### Apprenez à connaître les préoccupations de la communauté dans laquelle vous travaillerez

Soyez conscient que la santé ne peut pas être la priorité absolue des forums communautaires. De nombreux défis sociaux existeront dans la communauté et peuvent être plus préoccupants pour le forum, par exemple les taux de chômage élevés ou le manque de débouchés pour les jeunes. Il peut être difficile de mettre en évidence votre agenda qui peut ne pas être leur priorité. Prenez le temps de créer une relation de confiance avec les chefs du forum communautaire et d'écouter les membres communautaires et de connaître les préoccupations de la communauté.

### 2.3.3 Leaders de la communauté

En fonction du contexte, un leader de la communauté pourrait englober les leaders politiques, culturels ou religieux. Ces leaders sont essentiellement des « gardiens » de zones particulières au sein de la communauté.

Points à considérer :

- Renseignez-vous auprès de la communauté sur la meilleure façon d'être présenté aux leaders communautaires concernés.
- Dans les communautés qui ont des chefs ou des chefs tribaux, respecter la hiérarchie sera essentiel pour réussir à communiquer. Il faut donc que vous vous renseigniez par le biais des services de santé gouvernementaux sur l'identité de ces individus et le protocole approprié pour les aborder.
- Soyez conscient que dans une société traditionnelle, les exécutants de programmes peuvent être considérés comme des « étrangers » et non comme des personnes de confiance.
- Faites des efforts concertés pour établir des relations de confiance avec les chefs communautaires dans l'assistance d'une promotion de santé.
- Soyez conscient que les chefs communautaires ne sont pas tous très appréciés dans une zone.

### 2.4 Intervenants de la recherche

Parmi les intervenants de la recherche, on peut compter les institutions académiques, les OBNL ou les sociétés pharmaceutiques. Ces acteurs collectent et analysent les données susceptibles d'être bénéfiques pour votre programme ; créer une relation avec eux est donc une bonne idée.

Les exécutants du programme doivent :

- collaborer avec les chercheurs en santé pour s'assurer qu'il n'y a pas de sursaturation de certains services de santé proposés dans la région ;
- connaître les plateformes communautaires là où

les chercheurs en santé diffusent les résultats de leurs études et demandent à assister aux réunions de diffusion. Les données diffusées peuvent être très bénéfiques pour comprendre l'épidémiologie des maladies dans la zone ; et

- travailler en étroite collaboration avec les chercheurs et explorer les possibilités de partager les ressources.

### 3. Comment pouvons-nous réussir à créer une demande de prestation de services communautaires de prévention du VIH ?

La mise en place d'un programme communautaire de prévention du VIH nécessite de créer des demandes de prestation de services que vous fournirez. Il existe plusieurs façons de créer une demande et cette section abordera certaines de ces stratégies.

En Afrique du Sud, le programme national SDV recommande de mettre l'accent sur la création de demandes pour les populations où l'adoption du dépistage du VIH est sous-optimale, par exemple, les populations clés et les adolescents (11). L'approche que vous prenez pour créer la demande dépend du contexte et des populations que vous ciblez. Les CCC peuvent aider à identifier les meilleures stratégies à utiliser dans une zone ou une communauté spécifique. Une autre stratégie serait utilisée si vous ciblez une population clé (par exemple, les professionnels du sexe, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les personnes qui s'injectent de la drogue) par rapport au ciblage des jeunes filles ou de la population globale. Votre message serait différent ainsi que le lieu, le moment et la manière dont vous envisagez de mobiliser. De nombreuses populations clés sont difficiles à atteindre car elles ne sont pas facilement identifiables. Elles peuvent avoir besoin d'être mobilisées via des réseaux existants pour que leur vie privée soit maintenue. Les jeunes filles peuvent bien répondre à l'utilisation des médias sociaux. Si vous souhaitez cibler les hommes, il se pourrait que vous vouliez tenir vos activités de mobilisation en dehors des heures de travail.

Quelques stratégies de création de la demande à prendre en considération :

#### 3.1. Mobilisation de rue à l'aide de hauts-parleurs



UTILISATION D'UN MÉGAPHONE



PORTE-À-PORTE



ÉVÈNEMENTS D'ENGAGEMENT COMMUNAUTAIRE



UTILISATION DE MÉDIAS

- Par mobilisation de rue on entend accroître la sensibilisation des services de votre programme en parcourant les rues de la communauté dans un grand groupe, en attirant l'attention et en partageant les informations sur les services.
- Elle est la mieux adaptée aux communautés péri-urbaines, là où il y a le plus grand nombre de personnes à proximité. Cette méthode n'est pas aussi bénéfique dans les communautés rurales,

bien que cela puisse être possible sur les marchés du week-end ou lors d'autres événements attirant un grand nombre de personnes.

- Offrez des prestations frappantes visuellement dans la rue pour faire sortir les gens de leurs maisons, puis profitez de cette occasion pour promouvoir les services que vous offrez.
- Pour attirer l'attention des gens, le personnel chargé de la mobilisation doit être habillé uniformément pour se démarquer.
- Les chapeaux colorés, le chant et la danse s'ajouteront à l'atmosphère et feront sortir les gens de leurs maisons.
- De plus, l'utilisation de hauts-parleurs peut faire sortir les gens de leurs maisons et dans les rues.
- Une fois que vous avez attiré l'attention des membres de la communauté, utilisez le haut-parleur pour présenter votre organisation, expliquer les services de santé offerts et diffuser les messages clés sur la santé.
- Le personnel peut distribuer des brochures pour renforcer les messages verbaux.
- Prévoyez d'effectuer une mobilisation de rue à différents moments de la journée pour cibler différents publics qui peuvent ne pas être à la maison pendant les heures normales de bureau.

« Ce qui nous attire dans la rue, ce sont les hauts-parleurs. Dès que nous les entendons, nous sortons de nos maisons pour écouter les messages. Nous entendons clairement les messages sur la santé. Ils parlent de notre santé et de notre bien-être ». - Sarah Matthyse (Membre de la communauté).



Marchez dans la communauté pour en apprendre davantage sur la communauté.



De grands groupes de personnes marchant dans la rue de la communauté attirent l'attention et sensibilisent aux services.



La mobilisation de porte-à-porte est un excellent moyen de parler individuellement aux gens des services de santé offerts par votre organisation.

### 3.2 Mobilisation porte-à-porte

- Cette stratégie vous permet de parler individuellement aux personnes dans leurs maisons au sujet des services de santé offerts par votre organisation.
- Il est préférable de travailler à deux afin d'assurer la sécurité du personnel mais aussi de ne pas envahir les ménages.
- Cela donne aux membres de la communauté un espace plus privé pour s'engager avec vous et poser des questions.
- Comme pour la mobilisation dans la rue, des brochures peuvent être laissées dans les foyers pour renforcer les messages verbaux.
- Pensez à faire du porte à porte à différents moments de la journée pour toucher le plus de

monde possible, surtout pour cibler ceux qui ne sont pas à la maison pendant les heures normales de travail.

- Soyez conscient que les membres du ménage peuvent être distraits par leurs tâches ménagères ou ne pas se sentir à l'aise pour discuter de questions d'ordre privé devant d'autres membres de la famille et donc ne pas vous écouter consciencieusement.

« Il est bon de faire du porte-à-porte car si les patients ont des questions, vous pouvez leur répondre immédiatement. En outre, certaines personnes ne savent pas ou n'aiment pas lire, donc si vous vous présentez devant elles, elles peuvent mieux comprendre le message ». - *Luzuko Manzi (Professionnel de la santé)*



Les événements d'engagement communautaire donnent l'opportunité de s'engager avec un grand nombre de personnes en même temps pour promouvoir les services que votre organisation offre.

### 3.3 Événements dans une grande communauté

- Lors d'un événement dans une grande communauté, on entend attirer un grand nombre de personnes en même temps.
- Demandez à un politicien de la santé local et respecté de transmettre vos messages clés car ils sont habituellement bien placés pour transmettre les messages de santé propres au contexte donné.
- Incluez des activités pour divertir les gens, comme la musique, les jeux, les tombolas et les prix. Si

vous décidez de décerner des prix, vérifiez auprès du CCC s'ils sont appropriés au contexte local.

- Pensez à utiliser des présentations, des pièces ou des groupes de danse qui peuvent tous diffuser un message lié à la santé.
- Pensez à proposer des examens médicaux, afin que la communauté se familiarise avec le type de services que vous fournirez.
- Assurez-vous que l'événement soit tenu dans un lieu qui puisse accueillir un grand groupe de personnes.

- Veillez à avoir les permissions adéquates pour tenir un tel événement.
- N'oubliez pas de prévoir des éléments supplémentaires, comme des bouteilles d'eau, des toilettes, des équipes de secours médical, un contrôle de la foule (police) et des sorties d'urgence si l'événement a lieu dans un espace fermé.
- Les coûts sont susceptibles d'être élevés par rapport à d'autres stratégies.

« En tant que représentant communautaire, j'apprécie les services apportés à la communauté par DTTC parce que les services sont fournis aux gens. Cela aide à sensibiliser la communauté sur leur santé et rappelle également aux gens de rester en bonne santé. Je suggérerais de tenir ces événements d'engagement communautaire les week-ends afin de toucher le plus de membres de la communauté possible ». - *Mandla Dosi (Politicien local)*

Voir l'Annexe 2 pour consulter la liste de contrôle des opérations et la logistique de l'organisation d'un grand événement d'engagement communautaire.



### Le saviez-vous ? Quelle est la différence entre une zone urbaine, péri-urbaine et rurale ?

Une **zone urbaine** est la région entourant une ville. Ces zones sont très développées et il existe une grande densité de structures, comme des maisons, des bâtiments commerciaux, des routes, des ponts et des chemins de fer.

Une **zone péri-urbaine** se situe à la périphérie de la ville. Ces zones sont habituellement le fruit du déplacement des gens des zones rurales vers des zones proches de la ville pour chercher du travail. Typiquement, ces zones sont densément peuplées et caractérisées par des maisons formelles et informelles (taudis en tôle ondulée), un chômage élevé, de la criminalité et une pauvreté générale.

Une **zone rurale** est une zone géographique qui est située en dehors des villes. Typiquement, ces zones ont une faible population et de petits villages. Les zones agricoles sont généralement rurales.

### 3.4 Médias

L'utilisation des médias pour créer de la demande dans les services de prévention du VIH peut être efficace, en fonction du contexte local. Parmi les médias on compte la radio, les journaux, la télévision et les médias sociaux.

- Renseignez-vous auprès du CCC pour savoir quels médias sont les plus appropriés à utiliser dans la communauté spécifique.
- Définissez les langues dans lesquelles il sera plus facile de communiquer.
- Prenez en considération le taux d'alphabétisation avant de développer du matériel d'information, d'éducation et de communication puis de le distribuer sur des supports imprimés.
- Développez du matériel visuel, en consultation avec les chefs communautaires locaux, pour vous assurer qu'ils sont contextuellement appropriés.
- Un plan média doit être développé en tenant compte des ressources financières et de la disponibilité du personnel qualifié.

L'engagement communautaire diffère dans les communautés urbaines, péri-urbaines et rurales. Prenez le temps de comprendre le contexte pour pouvoir fournir des services de dépistage du VIH appropriés.



- Les décisions sur l'utilisation des médias appropriés pour le public cibles sont importantes. Par exemple, la télévision est coûteuse, mais elle atteint un large public et généralement, on se souvient plus longtemps des éléments visuels que

des éléments lus ou entendus. Une autre option à prendre en compte est l'utilisation de stations de radio communautaires dans les zones où la plupart des gens sont équipés de radios.



### Meilleures pratiques pour l'engagement communautaire dans des contextes traditionnels et/ou culturellement cohérents (52-54)

#### 1. Faites vos devoirs

- Apprenez les salutations appropriées (par ex., une poignée de main douce, une révérence, un contact visuel ou non).
- Posez des questions sur et respectez le style de vêtements appropriés pour les femmes par rapport aux hommes, des enfants par rapport aux adultes ; des personnes mariées par rapport aux célibataires, etc.
- Renseignez-vous si vous devez faire des cadeaux aux chefs ou aux invités.
- Faites des efforts raisonnables pour vous familiariser avec la langue, en particulier les salutations et la terminologie pertinente au VIH.
- Pensez à faire appel à un membre de la communauté en tant que conseiller culturel.

#### 2. Minimisez le déséquilibre des pouvoirs lors des réunions d'engagement

- Organisez des rencontres dans un endroit de la communauté plutôt que dans une clinique ou une autre institution ; cela mettra les participants locaux à l'aise.
- Utilisez des espaces de réunion circulaires et encouragez les exécutants de programme à interagir avec les membres de la communauté.
- Considérez un coprésident local lors des réunions d'engagement.
- Pour se mettre en train, faites des jeux et des activités locales qui ne font pas appel à une langue particulière.
- Servez de la nourriture locale.
- Acceptez les invitations aux activités culturelles dans la mesure du possible.

#### 3. Soyez prêt à changer votre rôle en tant qu'expert

- Le concept d'échange des connaissances dépend de l'expertise provenant des expériences vécues par les membres de la communauté. Cela peut être difficile à reconnaître ou à accepter au début pour les professionnels de santé et les membres de la communauté.
- Pratiquez l'écoute plus souvent que la parole. Vous êtes un étudiant de la communauté.
- Évitez d'utiliser les médias électroniques pendant les réunions. Les présentations de diapositives sont souvent unilatérales et ne favorisent pas les interactions.

#### 4. Soyez conscient des différences de statut au sein de la communauté

- Assurez une représentation adéquate des personnes les plus touchées par la pauvreté et l'impuissance.
- Assurez-vous d'inclure les personnes vivant avec le VIH avec ou à la place des délégués des organisations communautaires qui les représentent.
- Prévoyez d'entamer délicatement des négociations sur les hiérarchies au sein de l'équipe. Bien que vous puissiez envisager de procéder à un partage égal entre les membres, les attentes peuvent être différentes selon les pratiques culturelles.

#### 5. N'ayez pas peur d'être en désaccord

- Tout le monde comprend la bureaucratie ; l'engagement est un équilibre délicat entre les responsabilités et les attentes des membres de la communauté, des professionnels de santé, des politiciens, et les limites des ressources sanitaires effrayantes. N'ayez pas peur d'identifier cela ou de faire une piqûre de rappel au groupe.
- Quand les attentes sont en contradiction, négociez. Selon nos expériences, la communication ouverte était appréciée par les membres de la communauté et le respect de la sagesse et la contribution de toutes les parties étaient démontrés.

## 4. L'engagement communautaire diffère-t-il entre les communautés urbaines péri-urbaines et rurales ?

Les communautés urbaines, péri-urbaines et rurales ont chacune leurs propres défis et atouts uniques en termes d'engagement. Les stratégies d'engagement peuvent différer considérablement et les services communautaires de prévention du VIH doivent être adaptés de manière appropriée pour une utilisation optimale des services VIH.

Dans les milieux urbains et péri-urbains, les événements uniques peuvent atteindre un grand nombre de personnes en raison de leur densité de population plus élevée.

Dans **les communautés urbaines**, les plus grandes populations et la proximité à la ville signifient aussi lutter contre le temps des gens. Les populations dans les centres urbains avec une présence institutionnelle académique plus grande peuvent également être sujettes à la fatigue de l'engagement si trop de projets existent simultanément. Il est important de garder à l'esprit qu'il peut y avoir un surcoût et une surcharge de temps si trop de projets voient le jour isolément dans la région, et aucun changement tangible dans la pratique ne se produit à la suite du processus d'engagement (47).

**Les communautés péri-urbaines** ont souvent une plus grande diversité culturelle et économique, ce qui est l'occasion de s'engager avec des populations à risque élevé et marginalisées (48). Toutefois, cela signifie que l'engagement nécessite une approche plus diversifiée en fonction des groupes ciblés.

En revanche, travailler avec **les communautés rurales** montre souvent plus de similitudes dans le système de valeur culturel local. Une telle homogénéité peut être en faveur ou en défaveur du processus de l'engagement communautaire.

Plus d'uniformité peut signifier que le consensus est atteint plus facilement dans le processus d'engagement. D'autre part, un système de valeur d'une société plus homogène peut signifier plus de résistance à l'engagement avec des groupes perçus comme des étrangers (49, 50). Dans de tels milieux, un investissement initial plus long dans le développement des relations avec les représentants de la communauté peut s'avérer extrêmement enrichissant. Étant donné la complexité accrue de travailler avec des populations difficiles à atteindre (en termes de proximité et de culture), la persistance entraîne souvent un engagement à long terme de la part de participants désireux une fois que la confiance a été établie (48). Cela vaut également pour travailler avec les plus grandes communautés traditionnelles (51).

Il est important de noter que même dans les communautés plus rurales ou traditionnelles, il existe encore une grande diversité et les systèmes de valeur sont loin de stagner (52). Nous suggérons aux professionnels de santé d'en apprendre le plus possible sur les différentes idéologies au sein d'une communauté au début de l'engagement et de continuer à réfléchir sur leurs propres croyances tout en vérifiant régulièrement avec les membres de la communauté afin d'identifier et d'intégrer des changements subtils dans les structures de valeur.

L'engagement des intervenants est un investissement crucial pour les exécutants du programme. Créer un partenariat collaboratif entre les services sociaux, les services de santé, les services communautaires, et les projets de recherche est au cœur de l'engagement des intervenants. L'idée est de créer des relations de confiance transparentes, et mutuellement bénéfiques, dans lesquelles votre organisation peut fournir des services de santé de haute qualité, holistiques aux membres de la communauté en collaboration avec les intervenants.



Les membres de la communauté examinent les dépliants distribués lors de la mobilisation communautaire.



## CHAPITRE 3 COLLABORATION AVEC DES ORGANISMES À BUT NON LUCRATIF



### COLLABORATION AVEC DES ORGANISMES À BUT NON LUCRATIF

*Margaret van Niekerk, Bliā Yang et Sue-Ann Meehan*



Si vous voulez aller vite, allez-y tout seul.  
Si vous voulez aller loin, allons-y ensemble.

*(Proverbe africain)*



#### Pourquoi ce chapitre est-il important ?

La mise en œuvre d'un programme communautaire de prévention du VIH ne peut être pleinement réussie que s'il existe une bonne collaboration entre tous les intervenants ; les bailleurs de fonds, ceux ayant une expertise et des compétences dans les services et activités de prévention du VIH et ceux qui comprennent pleinement la communauté. Les organismes à but non lucratif (OBNL) qui travaillent

dans des communautés en vue d'améliorer les vies des membres de la communauté sont par conséquent des partenaires vitaux dans la mise en œuvre du programme. Ce chapitre partage les leçons tirées d'un partenariat unique entre une institution académique et des OBNL variés en vue de souligner certains des principes clés autour de la collaboration avec les OBNL en travaillant vers la durabilité du programme.

#### Qu'apprendrez-vous de ce chapitre ?

1. Qu'entend-on par organismes « à but non lucratif » (OBNL) ?
2. Qu'est-ce qu'un partenariat réussi ?
3. Pourquoi est-il important de former des partenariats avec des OBNL pour fournir des services communautaires ?
4. Comment choisissez-vous un OBNL à des fins de collaboration ?
  - 4.1 Lancement d'un appel d'offres
  - 4.2 Sélection réussie des OBNL
5. Comment établissez-vous un partenariat contractuel ?
6. Quelles sont les structures de rapport pour surveiller le progrès des OBNL ?
7. Comment les partenariats sont-ils liés à la durabilité du programme ?

## 1. Qu'entend-on par organisme à but non lucratif (OBNL) ?

Un OBNL vise à fournir des services ou des avantages au public, mais n'en tire aucun profit. En Afrique du Sud, un OBNL est défini comme une organisation privée établie à des fins publiques (55). Les OBNL sont indépendants du gouvernement (56, 57) et poursuivent des activités pour soulager la souffrance, promouvoir les intérêts des pauvres et/ou promouvoir le développement communautaire (58). Généralement, ils reposent sur le financement des donateurs, des organismes de financement nationaux et/ou internationaux, des subventions gouvernementales et des événements de collecte de fonds. L'acronyme OBNL est un terme très large qui englobe à la fois les organisations non gouvernementales (ONG) et les organisations communautaires (56).

### Le saviez-vous ? Comment les ONG et les organisations communautaires diffèrent-elles ? (59)

**ONG** désigne une organisation non-gouvernementale. Les ONG sont généralement des organisations formellement structurées, enregistrées auprès du gouvernement. Elles sont volontaires et non lucratives. Elles peuvent fournir des services au niveau international, national ou local.

**CBO** désigne une organisation communautaire. Ce sont des organisations de base, initiées par des résidents locaux et travaillant dans l'intérêt de leurs membres. Elles peuvent être formelles ou informelles, mais leurs membres appartiennent tous à la communauté qu'elles desservent.

### Étude de cas : Un OBNL adapte les programmes pour répondre aux besoins changeants de la communauté

Etafeni est un organisme à but non lucratif qui est composé d'une installation polyvalente offrant divers programmes d'éducation et de protection sociale ainsi que des programmes de sensibilisation, à une population défavorisée au sein de Nyanga, dans la ville de Cape Town. La communauté de Nyanga est périurbaine avec une population estimée de 58 723 en 2011. Elle a un taux de chômage élevé (environ 56 %) et une pauvreté généralisée et une charge élevée de VIH et de SIDA (60).

Fondée en 2001, Etafeni a servi initialement de réponse à l'épidémie du VIH et du SIDA qui était répandue (et qui continue à être présente) à Nyanga et dans ses environs. Le centre offre des services aux familles affectées par le VIH et le SIDA et, plus particulièrement, les enfants vulnérables infectés et affectés par l'épidémie du SIDA.

Etafeni a vu le jour au moment où l'Afrique du Sud ne faisait plus un déni du virus du SIDA. Les grand-mères et les soignants s'inquiétaient du taux de mortalité de leurs parents à Nyanga, les laissant avec leurs enfants avec peu ou pas de soutien. Après des mois de consultation avec la communauté, le Etafeni Day Care Centre Trust a été créé pour répondre aux besoins des nombreuses familles vulnérables de Nyanga. Le Trust a été créé en décembre 2001 et est une entité juridique indépendante, enregistrée comme organisme à but non lucratif.

Etafeni a commencé à répondre à l'épidémie du VIH et du SIDA, mais a évolué au cours des années pour aborder tous les aspects liés à l'épidémie, comme les enfants orphelins, le chômage des femmes et des jeunes et la négligence d'enfants. Etafeni englobe désormais une approche plus holistique, répondant aux divers besoins de la ville de Nyanga tout en privilégiant les femmes et les enfants. Il gère actuellement de nombreux programmes, notamment des soins préscolaires, qui ont débuté en 2003, des services de travail social qui ont débuté en 2006, et un programme de micro-entreprise pour le bien-être des femmes et le programme Fit for Work qui a débuté en 2007. Le programme Fit for Work offre aux jeunes adultes le développement personnel et professionnel nécessaires pour entrer sur le marché du travail. En 2008, les soins post-scolaires pour les enfants orphelins et vulnérables ont été mis en place et les consultations sur le VIH, la tuberculose et les IST ont commencé.

La main-d'œuvre d'Etafeni a été identifiée auprès de la communauté locale. L'organisation crée des capacités au sein du personnel débutant, par la formation en cours d'emploi et le mentorat. Le renforcement des capacités au sein de l'organisation favorise et assure la pérennité de l'organisation.

Barbara, Responsable du développement, Etafeni Day Care Centre



L'Etafeni Day Care Centre est un OBNL établi, délivrant une variété de programmes éducatif, de protection sociale et de lutte contre le VIH et le SIDA à Nyanga, à Cape Town.

La manière dont un OBNL est structuré et fonctionne diffère d'un OBNL à un autre. En général, un OBNL aura un conseil d'administration qui fournit souvent ses services sur une base volontaire. Leurs fonctions principales consistent à superviser le directeur général, à développer et à approuver les budgets et peut-être à participer à la collecte de fonds. Le directeur général est chargé de superviser les fonctions quotidiennes de l'OBNL et de faire rapport au conseil d'administration. Les membres du personnel sont chargés de mettre en œuvre les différentes activités du programme. Les sites internet suivants donnent plus d'informations sur la structuration d'un OBNL.

<http://www.etu.org.za/toolbox/docs/building/lrc.html>

<https://www.gdrc.org/ngo/org-chart.html>

<https://libcom.org/library/what-structure-ngo>

## 2. Qu'est-ce qu'un partenariat réussi ?

Un partenariat réussi désigne différentes choses pour différentes personnes. Un partenariat est défini comme « une collaboration entre des entités qui travaillent en vue d'atteindre des objectifs communs tout en se divisant le travail d'un commun accord » (61).

L'étude de cas ci-dessous offre un exemple de partenariat réussi, entre une institution académique (université) et différents OBNL locaux. De nombreux enseignements de cette étude de cas spécifique ont été utilisés tout au long de ce chapitre pour mettre en évidence les meilleures pratiques.



Figure 3.1 : Un partenariat réussi c'est quand tout le monde travaille ensemble

### Étude de cas : Une collaboration fructueuse entre une université et divers OBNL locaux

« L'engagement civique est un pont qui relie une université à la communauté environnante. Il faut que l'université et la communauté traversent le pont ». (Hlekani Kabiti, diplômé de l'Université de Venda, Afrique du Sud).

Depuis 2007, l'Université de Stellenbosch a bénéficié du financement PEPFAR pour les services communautaires de prévention du VIH, par le biais des Centres pour le Contrôle et la Prévention des maladies (CDC). L'Université de Stellenbosch a collaboré avec plus de sept OBNL pour fournir des services communautaires de prévention du VIH dans un certain nombre de communautés différentes autour de la ville de Cape Town. Les objectifs généraux du partenariat étaient d'empêcher de nouvelles infections par le VIH, de diagnostiquer les personnes vivant avec le VIH et de les relier aux services de soins et de traitement du VIH.

#### Responsabilités de l'Université

- Soutien financier : financement de l'OBNL.
- Développement des compétences : Soutien technique grâce à une formation formelle et informelle.
- Mentorat et formation interne.

#### Responsabilités de l'OBNL

- Emploi du personnel.
- Prestation de service directe.
- Biens de consommation.
- Activité de surveillance et d'évaluation.
- Rapports mensuels et trimestriels.

La collaboration entre l'Université de Stellenbosch et certains des OBNL a continué pendant neuf ans. Ces partenariats étaient couronnés de succès parce que :

- les deux parties travaillent vers un objectif commun ;
- chacune a évalué le partenariat ;
- ils étaient mutuellement bénéfiques ;
- une structure formelle était en place pour guider le partenariat, par ex., un accord contractuel ; et,
- les rôles et les responsabilités de chaque organisation partenaire étaient clairement documentés.

### 3. Pourquoi est-il important de former des partenariats avec des OBNL pour fournir des services communautaires de prévention du VIH ?

À mesure que la demande de services de santé augmente à l'échelle mondiale, les gouvernements dépendent de plus en plus des OBNL pour fournir des services publics essentiels (62, 63). Cela est particulièrement vrai dans le cas de l'épidémie du VIH. Les OBNL ont un rôle essentiel à jouer parce qu'ils ont une compréhension approfondie des besoins existants dans les communautés dans lesquelles ils travaillent, des ressources disponibles dans ces communautés, et du contexte social et politique local. Cela leur permet de jouer un rôle précieux dans l'élaboration et la mise en œuvre d'interventions pratiques au profit de la communauté spécifique. Par exemple, un OBNL local savait que dans une certaine communauté, la majorité des hommes pratiquait la circoncision masculine traditionnelle dans le cadre de leur culture. Ils pouvaient donc conseiller l'université

qu'un programme volontaire de circoncision masculine médicale serait difficile à mettre en œuvre dans cette communauté.

Bien que les OBNL possèdent généralement la connaissance et la compréhension des communautés et le désir de fournir des services qui profiteront à ces communautés, ils peuvent manquer la capacité culturelle et financière pour financer et mettre en œuvre leurs propres programmes. Ce n'est pas toujours le cas, mais c'est particulièrement vrai si les OBNL sont petits ou constitués récemment. Une solution pour augmenter la capacité est de former un partenariat. Un partenariat entre une organisation dotée de ressources suffisantes, avec une bonne gouvernance structurelle et financière, qui pourrait aider les OBNL avec moins de ressources, plus petits, à obtenir des résultats spécifiques. Un partenariat d'intérêts mutuels, où les compétences sont transférées vers le plus petit OBNL, renforcera la capacité au sein de cet OBNL et profitera finalement à la communauté environnante.

### 4. Comment choisissez-vous un OBNL à des fins de collaboration ?

Il existe plusieurs façons de choisir un OBNL. Les informations de cette section sont basées sur notre expérience (voir l'étude de cas ci-dessus) et donnent quelques idées, réflexions et principes directeurs qui peuvent être adaptés à différents contextes. En Afrique du Sud, un processus d'appel d'offres est souvent utilisé pour assurer l'égalité des chances entre les OBNL en termes de sélection et pour assurer une transparence. Un processus d'appel d'offres peut vous aider à déterminer les OBNL qui sont les mieux adaptés, en tant que « partenaires », à votre programme spécifique.

#### Le saviez-vous ? Qu'est-ce qu'un appel d'offres ?

Un appel d'offres est une offre pour effectuer des travaux, fournir des biens, des services ou des produits à un prix fixe. Quand une organisation lance une offre, elle demande au public de faire une offre de prix pour fournir les produits ou les services requis. Une fois que le soumissionnaire accepte une offre, le soumissionnaire et l'organisation sont liés (64).

#### 4.1 Lancement d'un appel d'offres

**Étape 1 :** Lancez un appel (publicité) aux OBNL qui sont intéressés par la prestation de services communautaires de prévention du VIH.

- Cet appel doit être lancé sur des plateformes qui garantissent une exposition et des opportunités maximales pour tous les OBNL possibles qui souhaitent postuler. Généralement ce sont les journaux, les sites internet et le bouche à oreille qui sont utilisés.
- L'annonce doit contenir les exigences de base de la demande, par exemple, le motif de l'appel d'offre, des informations sur l'organisation qui lance l'offre, les types de services / activités que l'OBNL devra mettre en œuvre, tous les documents nécessaires à l'appui de la demande d'appel d'offres et la date de clôture de l'offre. Voir l'Annexe 3 pour avoir un exemple d'annonce publicitaire.

Examinez certaines des exigences suivantes pour les OBNL qui souhaitent postuler à l'appel d'offres pour

fournir des services communautaires de prévention du VIH :

- L'expérience avec l'emploi des professionnels de santé.
- L'expérience avec la prestation de services communautaires de prévention du VIH.
- Des infrastructures adéquates en mesure de fournir une bonne gestion globale et financière, de fournir les services requis, et d'assurer un suivi et une évaluation adéquats du projet.
- Possibilité de conclure un accord contractuel qui définit les termes du projet, les normes requises, les objectifs et les rôles et responsabilités.
- La capacité à gérer les services et soutenir l'initiative à long terme.
- L'expérience / le travail actuels dans la zone géographique où les services seront fournis.

**Étape 2 :** Organisez une réunion d'informations obligatoire à laquelle tous les OBNL potentiels, qui prévoient de soumettre une offre, doivent assister (cette réunion doit être notée dans la publicité de l'appel d'offres). Tous les OBNL ont l'obligation d'y assister et celui qui n'y assiste pas ne pourra pas postuler à l'appel d'offres. Les objectifs de cette réunion sont de donner aux futurs OBNL candidats :

- un aperçu de l'appel d'offre ;
- des informations sur l'étendue du travail ;
- des informations sur l'organisation ; et
- l'occasion de poser des questions.

Une fois que cette réunion a été tenue, les OBNL potentiels rempliront les documents d'appel d'offres correspondants et les soumettront avec toutes les pièces justificatives dans une enveloppe scellée au bureau des marchés publics aux date et heure désignées.

#### 4.2 Sélection réussie des OBNL

La sélection des OBNL devrait avoir lieu systématiquement. Nous suggérons trois étapes.

**Étape 1 :** mise en place d'un comité de sélection pour ouvrir, examiner et évaluer chaque offre soumise sur la base de critères prédéterminés. Chaque critère doit être pondéré en fonction de l'importance de son rapport aux autres critères. Le total devrait atteindre 100 %.

Par exemple, les critères prédéterminés pour les services communautaires de prévention du VIH peuvent inclure :

- l'expérience dans les services communautaires (20 %)
- l'expérience dans les services liés aux VIH (25 %)
- la gouvernance financière des OBNL (25 %)
- la capacité organisationnelle pour gérer un programme communautaire (30 %)
- TOTAL= 100%.

Le comité de sélection doit être composé d'au moins trois ou quatre personnes, y compris une personne chargée de la finance (comptable), un responsable de programme senior / exécutant du programme, et un agent d'approvisionnement.

**Étape 2 :** une réunion du comité de sélection doit être planifiée, un registre doit être complété par le comité et un dossier doit détailler chaque offre qui est ouverte.

#### Conseil

**Il est judicieux de sélectionner un OBNL avec un bilan de réussites dans la communauté. Ces OBNL :**

- auront une compréhension approfondie des besoins de la communauté dans laquelle ils travaillent et fourniront donc des commentaires afin que les interventions soient appropriées au niveau culturel et qu'il n'y ait pas de duplication des services dans le même domaine ;
- pourront accéder aux zones les plus difficiles à atteindre au sein de la communauté, en bénéficiant aux membres de la communauté qui, habituellement, ne recevraient pas les services ; et
- ont déjà gagné la confiance de la communauté et se sentent responsables de la communauté.

Le comité discute de chaque offre liée au score pondéré. Ils déterminent conjointement un score pour chaque critère. Le chef du comité entre ensuite les scores sur une feuille avec une brève description de la raison de ce score (voir l'Annexe 4). L'offre doit être attribuée au candidat ayant obtenu le score le plus élevé. Si le comité est d'avis que le candidat le plus performant ne doit pas se voir attribuer l'offre, cela doit être documenté avec un raisonnement clair. Tous ces documents doivent être enregistrés à des fins de référence future et être mis à disposition à des fins d'audit.

**Étape 3 :** informer les OBNL. Les candidats qui ont réussi ou pas (OBNL) doivent en être informés par écrit. Les raisons de cette décision doivent être incluses dans la lettre.

### 5. Comment établissez-vous un partenariat contractuel ?

Une fois que le processus d'appel d'offres est terminé et que l'heureux OBNL en a été informé, la prochaine étape consiste à convenir du partenariat futur.

- À quoi ressemble le partenariat ?
- De quelle manière chaque partenaire sera tenu responsable ?
- Quel est le processus si un partenaire ne remplit pas ses obligations ?

Il est avantageux d'avoir un contrat juridique qui décrit le partenariat. Un avocat (conseiller juridique) peut établir un contrat juridique basique et veiller à ce que les clauses juridiques typiques soient incluses, par exemple, le processus à suivre en cas d'infractions à l'accord.

Pour mettre en œuvre le programme, en plus des clauses juridiques, l'accord contractuel doit inclure un programme de travail et un budget.

- Un **programme de travail** doit contenir le but entier et les objectifs clés du programme, ainsi que les activités qui sont requises pour atteindre les objectifs. Pour chaque activité, une description de cette activité, de l'identité de la personne qui effectuera l'activité, du moment (chronologie) et de la manière dont l'activité sera mesurée doit être faite. Cela aidera la direction à surveiller les progrès réalisés par rapport au plan et à évaluer la manière dont chaque partenaire progresse dans son rôle individuel. Il faut examiner régulièrement le programme de travail et le mettre à jour si besoin. Ces révisions peuvent être ajoutées dans le cadre de l'accord contractuel au fur et à mesure de la progression du programme. Voir l'Annexe 5 pour avoir un exemple de programme de travail.
- Le **budget** est également une partie importante du contrat. Il est essentiel que le budget reflète fidèlement les coûts de mise en œuvre du programme. Il doit contenir toutes les catégories de coûts pertinentes et permettre la mise en œuvre pratique des activités. Par exemple, il n'est pas pratique de viser à mettre en œuvre une activité dans une communauté à forte criminalité sans budgétiser la sécurité. Il est également important de prendre en compte le contexte

dans lequel vous devez travailler. Par exemple, si vous organisez un événement communautaire, vous devez peut-être prévoir un budget pour les installations d'eau et les toilettes. N'oubliez pas de faire le lien avec l'OBNL qui est en charge de la prestation des services sur le terrain avant

de finaliser le budget. L'OBNL doit activement participer à ce processus. Cela apportera une aide en matière de comptabilité et de propriété des fonds. Voir l'Annexe 6 pour avoir un exemple d'un budget avec des catégories de coûts pertinentes.



#### Étude de cas : Développer un budget de façon collaborative

L'Université de Stellenbosch avait finalisé le processus d'appel d'offres et décerné un appel d'offres à un OBNL pour mettre en œuvre des services de dépistage du VIH dans une communauté spécifique qui avait une charge du VIH élevée. Bien que le montant total à recevoir par l'OBNL de l'université pour la prestation des services avait déjà été fixé, l'université avait invité le gestionnaire financier, le coordinateur du programme et une infirmière professionnelle (tout le personnel de l'OBNL) à une réunion pour décider de la manière dont le budget serait fixé afin de s'assurer que les services pouvaient être fournis de la manière la plus rentable possible. Durant la réunion, on a discuté de la manière dont on pouvait déterminer les différentes catégories de coûts requises et les fonds qui devaient être attribués à chaque catégorie de coûts. De nombreux coûts et catégories de coûts étaient inclus. Les éléments suivants étaient mis en évidence par l'OBNL pour réajuster le budget afin d'être en phase avec les résultats :

**Sécurité.** L'infirmière, Dorcas, a déclaré que cela était souvent sous-estimé. Le budget doit tenir compte de la sécurité du personnel travaillant dans les communautés qui ont des taux de criminalité élevés. Il y a eu une discussion sur les mesures de sécurité nécessaires et les coûts estimés. Une décision a été prise d'engager une personne de sécurité dans le cadre de l'équipe fournissant un test mobile de dépistage du VIH. Dorcas était heureuse car elle estimait que le budget répondait aux besoins de sécurité de son équipe qui travaillerait sur le terrain en fournissant des services.

Les besoins d'un **budget de maintenance** a été identifié par le coordinateur du programme, Peter. Il a rappelé une expérience antérieure lorsque le matériel a été cassé et n'a pu être réparé car il n'y avait pas de fonds mis de côté pour l'entretien. Le matériel cassé a eu une incidence négative sur le programme. Il a été convenu que le budget devait prévoir un montant alloué à l'entretien. Cela comprenait l'entretien du matériel (par exemple : les tentes) et les articles électroniques (par exemple : les ordinateurs de bureau). L'entretien des véhicules a également été noté sous maintenance.

**Les déplacements locaux** ont été pris en compte car le personnel est souvent amené à se déplacer à des fins professionnelles, doit participer à la formation, fournir des services de proximité ou suivre des patients. Indépendamment du fait qu'ils possèdent leur propre transport ou qu'ils ont besoin d'utiliser les transports publics, il est important que des fonds soient disponibles pour se déplacer afin que les activités du programme ne soient pas compromises.

**Des frais administratifs** ont été mentionnés par le directeur financier de l'OBNL, Siphon. Généralement, les OBNL n'obtiennent pas le financement des frais généraux (coûts de fonctionnement), comme le soutien administratif et financier pour chaque programme, les services publics, la location de bureaux, etc. L'argent est toujours nécessaire pour payer les coûts. Il a été convenu que 10 % du budget était un montant raisonnable devant être alloué aux frais administratifs de l'OBNL. Cela aiderait l'OBNL à améliorer ses capacités pour mettre en œuvre les activités du programme.

Une fois que Dorcas, Peter et Siphon étaient contents que l'allocation des fonds soit raisonnable pour atteindre les résultats du programme et que le budget soit en phase avec le montant fixé, le budget a été finalisé et une copie de ce budget a fait partie de l'accord contractuel. Cette réunion a été bénéfique parce que l'Université de Stellenbosch avait fourni une plateforme à ceux qui représentent l'OBNL afin de convenir du budget et d'avoir une meilleure compréhension des résultats opérationnels et financiers futurs.



La fixation du budget doit être un processus collaboratif entre tous les partenaires.

« Ce partenariat a été idéal. L'Université de Stellenbosh est l'un des bailleurs de fonds qui a adopté une approche consultative avec nous en termes de budget et ils ont pris nos suggestions en considération, pour retravailler le budget selon nos besoins. La flexibilité du projet nous a permis d'utiliser les fonds en fonction de nos besoins ». – *Izak Mofekeng (coordinateur du programme OBNL pour Masincedane)*

#### Conseil

**Prévoyez des réunions régulières avec la direction de l'OBNL avant la mise en œuvre du programme. Cela :**

- veillera à ce que le processus décisionnel, opérationnel et financier soit une responsabilité conjointe des deux partenaires ;
- veillera à ce que les deux partenaires connaissent bien le programme, comprennent les objectifs généraux et les activités qui seront mises en œuvre ; et,
- assurera que les deux partenaires connaissent bien le budget et les ressources disponibles (afin que ces ressources soient attribuées de manière adéquate).

## 6. Quelles sont les structures de rapport pour surveiller le progrès des OBNL ?

La surveillance est un processus continu qui vise à évaluer les progrès réalisés. Elle identifie la manière dont les ressources sont allouées, utilisées et gérées (62). Cette section donnera des conseils sur les structures de rapport qui peuvent être mises en place pour surveiller les progrès de l'OBNL selon le programme de travail et le budget. Ces structures de rapport peuvent être intégrées à l'accord contractuel

et se référer au type de rapport et à la fréquence du rapport que l'OBNL doit produire.

Il faudrait dresser un rapport narratif trimestriel pour déterminer la progression de l'OBNL par rapport au programme de travail ainsi qu'un rapport financier qui suit les dépenses de l'OBNL par rapport au budget. Il faut envisager également des réunions trimestrielles en personne.

Le **rapport narratif trimestriel** vise à documenter les aspects opérationnels du programme communautaire de prévention du VIH. Il doit contenir au moins ce qui suit :

- Les réalisations du programme au cours du trimestre par rapport aux objectifs trimestriels énoncés dans le programme de travail.
- Les raisons pour lesquelles les objectifs ne sont pas atteints. Ceux-ci doivent expliquer les défis rencontrés et ce qui a été fait pour tenter de surmonter ces défis. Un exemple de notre expérience incluait un partenaire OBNL qui a fourni des services mobiles de dépistage du VIH à partir de tentes pop-up et avait l'intention de tester 100 personnes par semaine. Pendant la saison des pluies, il était presque impossible de mettre en place les tentes à l'extérieur à des fins de test. Par conséquent, l'OBNL n'a pas atteint son objectif de dépistage du VIH. La direction de l'OBNL a examiné un autre lieu intérieur et a reçu l'autorisation d'un centre commercial local pour installer ses tentes et permettre aux personnes d'effectuer un test de dépistage du VIH à l'intérieur du centre commercial. Ce scénario a été documenté dans le rapport narratif comme un moyen réussi de surmonter le défi.
- Les faits saillants et les activités supplémentaires qui permettent de comprendre ce qui s'est passé sur le terrain au cours du trimestre, en plus des services fournis. Par exemple, les services de santé gouvernementaux se sont rapprochés d'un OBNL, qui a fourni des services de dépistage du VIH à partir d'un site autonome dans une communauté spécifique. Les services de santé gouvernementaux ont demandé s'ils pouvaient utiliser l'une des salles du site autonome pour permettre aux patients les plus stables d'effectuer l'ART tous les mardis. Le site autonome était situé au centre en face d'un important centre de transport. Les patients pouvaient entrer et obtenir leur traitement VIH facilement sans devoir faire la queue longtemps dans le centre de santé. L'OBNL a accepté. Cela a été documenté comme un point saillant dans le rapport narratif car cela signifiait

une collaboration entre les services de santé et l'OBNL.

- Toute information importante supplémentaire. Par exemple, examinez les besoins en ressources humaines rapportés par un OBNL sur l'un de leurs agents de santé qui avait quitté le travail pendant une longue période. La sœur de cette personne est décédée et la personne a dû se rendre dans une autre province pour enterrer sa sœur, chercher sa nièce et la ramener chez elle et commencer le processus d'adoption. Au cours de cette période, l'OBNL a fait appel à un travailleur humanitaire. L'OBNL a documenté tout cela dans le rapport narratif car il a eu des répercussions sur les services de prévention du VIH.

Un exemple du modèle du rapport narratif peut être trouvé dans l'Annexe 7.

Le **rapport financier trimestriel** est essentiel pour surveiller les dépenses du programme OBNL par rapport au budget. Ce rapport est essentiellement

un rapprochement des dépenses trimestrielles par catégorie de coûts afin de garantir que les dépenses de l'OBNL sont admissibles et conformes au budget. Par exemple, le budget peut inclure des frais téléphoniques. Il est raisonnable d'inclure les frais téléphoniques directement liés au programme de prévention du VIH financé, par exemple les appels téléphoniques pour le suivi d'un patient infecté par le VIH. Cependant, il n'est pas raisonnable que l'OBNL inclue les frais téléphoniques associés à un autre programme (par exemple, un programme qui enseigne l'alphabétisation aux enfants d'âge préscolaire).

#### Conseil

##### Donner des fonds à l'OBNL

Fournir un financement à l'OBNL à l'avance, sur une base trimestrielle. Cela garantit que l'OBNL dispose de la capacité financière avant tout pour mettre en œuvre les services.

### Étude de cas : Le rapprochement financier trimestriel, un exemple de bonne gouvernance financière

L'Université de Stellenbosh a conclu un accord contractuel avec un OBNL pour fournir des services SDV mobiles. Le budget annuel alloué à l'OBNL était de 100 000 \$. Un budget détaillé a été documenté dans l'accord contractuel. Au début du contrat, l'université a payé 25 000 \$ à l'OBNL pour les dépenses qu'il pourrait engager au premier trimestre. À la fin de ce trimestre, l'OBNL a soumis son rapport financier trimestriel au directeur du programme, Bulelwa, à l'université. Bulelwa devait vérifier le rapport. Elle a d'abord vérifié que toutes les dépenses étaient raisonnables et nécessaires, et conformes au budget de l'accord contractuel. Elle a noté que l'OBNL avait acheté des tentes pop-up pour fournir des services de dépistage du VIH. L'achat de tentes était dans le budget. Elle a également noté qu'ils avaient reçu trois devis pour la fourniture des tentes et avaient accepté le devis le moins coûteux, qui était le seul conforme avec le montant du budget. Elle était satisfaite que l'achat de la tente était nécessaire, raisonnable et conforme au budget. Ensuite, elle a vérifié qu'il y avait une preuve de paiement pour chaque dépense. Elle a découvert qu'il n'y avait pas de feuille de paie. Il y avait trois agents de santé employés par l'OBNL pour fournir des services de dépistage du VIH, mais le rapport financier ne comprenait que deux bulletins de salaire. Elle a contacté l'OBNL qui a envoyé les relevés de salaire manquants qui avaient été omis par erreur. Troisièmement, elle a vérifié que l'OBNL avait passé ce trimestre contre la tranche de financement initiale reçue de l'université. L'OBNL avait dépensé un total de 22 500 \$ au premier trimestre (c'est-à-dire qu'ils avaient 2 500 \$ non dépensés). Bulelwa a ensuite calculé que l'OBNL pouvait recevoir 22 500 \$ pour le deuxième trimestre (25 000 \$ - 2 500 \$, restant du premier trimestre = 22 500 \$). Après que Bulelwa avait rapproché le rapport financier de l'OBNL, elle a demandé que l'OBNL facture l'université pour le montant de 22 500 \$ pour le deuxième trimestre.

Ce processus est un exemple de bonne gestion financière car :

- le rapprochement trimestriel facilite la gestion des fonds et permet de s'assurer que les problèmes sont détectés et traités immédiatement ;
- les fonds versés à l'OBNL chaque trimestre dépendent des dépenses du trimestre précédent, afin qu'il soit facile de contrôler le financement et les dépenses ; et,
- l'OBNL a reçu des fonds à l'avance pour la prestation de services, ce qui signifie que les services n'ont pas été entravés par le manque de financement.

Le rapport financier doit contenir :

- Un aperçu des dépenses trimestrielles par catégorie de coûts et les dépenses totales à ce jour. Voir l'Annexe 8.
- Les dépenses raisonnables conformes au budget et réparties correctement dans la catégorie des coûts correspondante.
- Des pièces justificatives. Par exemple, les bulletins de paie, la preuve des paiements, les reçus et les bordereaux de petite monnaie, doivent tous être inclus pour supporter chaque dépense / paiement fait(e).

**Des réunions trimestrielles en face-à-face** offrent l'occasion de discuter des progrès réalisés dans un forum de type discussion. Ces réunions sont bénéfiques parce que :

- les réunions trimestrielles du programme sont diffusées, les lacunes sont mises en évidence et les solutions sont identifiées.
- Les procès-verbaux et les registres de présence sont conservés à des fins d'audit.
- Ils permettent aux partenaires de partager leurs expériences en face-à-face et de donner l'occasion d'apprécier le travail que l'OBNL fait.



Les rencontres en face-à-face entre les partenaires sont importantes pour évaluer les réussites et s'attaquer activement aux défis.



Les partenariats stratégiques sont importants en termes de durabilité.

## 7. Comment les partenariats sont-ils liés à la durabilité du programme ?

La durabilité dans notre contexte se réfère à l'OBNL capable de fournir des services communautaires de prévention du VIH après le financement initial ou la fin du partenariat (65). La durabilité du programme est importante pour réduire la dépendance à l'égard de l'aide étrangère mais, plus important encore, pour permettre la poursuite des services qui profitent à la communauté locale.

Il n'y a pas de recette unique pour garantir que votre programme sera durable. De nombreux facteurs jouent un rôle dans la durabilité d'un programme communautaire. Un point important à retenir est

que la durabilité ne peut pas être abordée lorsque le programme est sur le point de se terminer. Il est recommandé qu'un plan de développement durable soit établi au début du programme et signé. La durabilité doit être prise en considération tout au long de la durée du programme.

Lorsque la durabilité est prise en considération, étudiez les meilleures pratiques suivantes pour les intégrer dans votre programme.

Visitez les sites internet suivants pour en savoir plus sur les éléments clés à prendre en compte pour la durabilité :

[https://cals.arizona.edu/sfcs/cyfernet/evaluation/Sustaining\\_2007\\_cyfar\\_pp.pdf](https://cals.arizona.edu/sfcs/cyfernet/evaluation/Sustaining_2007_cyfar_pp.pdf)



### Meilleures pratiques pour travailler vers la durabilité de l'OBNL et le programme de prévention du VIH.

- **Compétence de leadership.** Les OBNL qui peuvent montrer qu'ils ont une gestion solide et une bonne gouvernance organisationnelle sont bien placés pour obtenir un financement supplémentaire en raison de la solidité de leur expérience et de leurs compétences. Par exemple, un OBNL qui a un gestionnaire financier, un directeur général et un gestionnaire des ressources humaines est mieux formé qu'un OBNL qui a une personne qui essaie de remplir les trois rôles.
- **Un personnel bien équipé** qui comprend bien le programme et la communauté dans laquelle il travaille ainsi que les compétences techniques, sera en mesure de rédiger des demandes de financement pour obtenir de nouveaux financements, en préservant ainsi l'OBNL. Le développement de la capacité du personnel est important pour pouvoir exercer des fonctions, relever des défis et atteindre des objectifs d'une manière durable (65). Le renforcement des capacités permettra au personnel hautement qualifié et formé d'acquérir des connaissances approfondies sur la santé, le bien-être et la prévention contre le VIH en général. Par exemple, au début, un coordinateur de programme d'un OBNL ne connaît pas forcément bien les activités spécifiques d'assurance qualité (AQ) pour les tests rapides du VIH. La formation initiale et le coaching continu permettraient d'améliorer les connaissances et les compétences de cette personne et par conséquent, de renforcer la capacité d'AQ au sein de l'OBNL.
- **Compréhension approfondie de la communauté.** Les programmes qui abordent les besoins de la communauté sont plus susceptibles d'être soutenus car ils sont plus aptes à avoir l'appui de la communauté. Pour qu'un programme puisse répondre aux besoins directs d'une communauté, les gestionnaires de programme doivent avoir une compréhension approfondie de la communauté, de leurs besoins et des ressources disponibles. Cela ne peut se faire que par une bonne prise en charge des intervenants (voir le Chapitre 2 : Engagement des intervenants).
- **Résultats démontrés du programme et prestation de services de qualité.** Si la communauté perçoit qu'ils reçoivent continuellement des services de haute qualité qui répondent à leurs besoins, ils seront plus susceptibles d'utiliser les services, créant ainsi de la demande. Le besoin de services ainsi que l'adoption de ces services constitueront une forte motivation pour les besoins de soutenir les services.
- **Les partenariats stratégiques sont importants pour la durabilité.** Les programmes des OBNL sont plus susceptibles d'être soutenus si les OBNL ont collaboré avec les principaux intervenants de la communauté, tels que les services de santé gouvernementaux. Les relations de travail étroites continues avec des intervenants comme les services de santé gouvernementaux sont importantes et contribuent davantage à la durabilité en fournissant aux OBNL qui travaillent dans les communautés des consommables pour pouvoir fournir un service de santé.

L'étude de cas ci-dessous explore comment un partenariat solide entre une institution académique et un OBNL peut aider en termes de durabilité.

### Étude de cas : transfert des compétences et des connaissances dans un partenariat peut conduire à la durabilité du programme

Sizakuyenza est un OBNL enregistré, établi en 2005, qui fournit des services à Philippi. Philippi est une communauté située à la périphérie de la ville de Cape Town. Le taux de chômage est très élevé s'établissant à 43,1 % et il existe un niveau élevé de criminalité et un taux élevé de VIH (60).

Depuis sa création, Sizakuyenza a travaillé pour répondre efficacement aux besoins de la communauté en encourageant et en finançant des initiatives locales pour lutter contre trois maux sociaux qui affectent Philippi ; la violence sexiste, la maltraitance des enfants et le VIH/SIDA. La vision de Sizakuyenza consiste à créer un lieu de croissance, de développement, de soins et d'éducation pour les enfants et leurs soignants (ainsi que pour la communauté affectée par le VIH et le SIDA).

En 2008, Sizakuyenza a demandé avec succès (via un processus d'appel d'offres) d'établir un partenariat avec l'Université de Stellenbosch pour fournir des services communautaires de dépistage et de conseils sur le VIH au sein de la communauté de Philippi. Ce programme communautaire de dépistage du VIH est un exemple de collaboration entre l'université et un OBNL avec une compréhension approfondie des besoins de la communauté philippine, en particulier en matière de VIH et de SIDA. Il était nécessaire de fournir des services de dépistage du VIH en dehors du centre de santé pour atteindre les populations qui ne fréquentaient généralement pas l'établissement de santé.

Sizakuyenza a employé des conseillers en VIH, un mobilisateur communautaire et une personne /conducteur de sécurité pour fournir des services de dépistage du VIH. L'Université de Stellenbosch a employé deux infirmières et les a détachées à Sizakuyenza. Ils ont travaillé dans le cadre de l'équipe de dépistage du VIH de Sizakuyenza. L'équipe de direction de Sizakuyenza était composée d'une responsable des opérations, d'un coordinateur OBNL et d'un directeur financier. Depuis plus de neuf ans, le personnel OBNL a subi une formation approfondie en matière de renforcement des capacités. Cela comprenait tous les aspects concernant les services de dépistage du VIH, la planification, la tenue de bons dossiers, l'interprétation des données de routine, l'achat de consommables et la mise en œuvre générale des services. Le personnel a également reçu une formation continue en cours d'emploi pour assurer la qualité des services. Ce processus a permis de renforcer la capacité du personnel de l'OBNL.

L'Université de Stellenbosch a également participé à la gestion de l'OBNL (directeur, gestionnaire financier, gestionnaire des opérations) autour du développement des budgets et la gestion générale du programme de dépistage du VIH. Cela a permis de développer les compétences et l'expertise de la gestion de l'OBNL.

En juillet 2016, deux mois avant la fin du financement de Sizakuyenza de l'Université de Stellenbosch, la Conférence internationale sur le SIDA a été tenue à Durban, en Afrique du Sud. Le leadership visionnaire de l'OBNL, avec les encouragements de l'Université de Stellenbosch, ont permis à deux conseillers en VIH de Sizakuyenza d'obtenir des bourses d'études pour assister à la conférence. L'Université de Stellenbosch a apporté une assistance dans les demandes de bourses. Les deux ont été couronnés de succès et l'ONG a organisé un financement d'une autre source pour couvrir ses déplacements et son hébergement. Ces deux conseillers en VIH ont voyagé jusqu'à Durban (leur premier vol et premier voyage à Durban) pour assister à la première conférence académique. Les connaissances et compétences acquises au cours des neuf dernières années leur ont permis de s'engager avec confiance auprès des universitaires, des chercheurs, des militants du SIDA et d'autres professionnels de santé communautaires lors de la conférence. Ils ont rapidement participé aux activités de la conférence. Après l'annonce de financement, ils ont décidé de demander une subvention pour poursuivre les services de dépistages du VIH à Philippi. Ils n'avaient jamais écrit de proposition de subvention avant mais ils savaient ce qu'ils voulaient atteindre, ils connaissaient les besoins de leur communauté et, ils comprenaient comment mettre en place un service communautaire de dépistage du VIH. Cette connaissance a été le résultat direct de leur formation et de leurs expériences au cours des neuf années. Pour collaborer avec une autre organisation, ils ont travaillé la nuit et ont rédigé une proposition pour obtenir un financement supplémentaire, qui a été accordé le dernier jour de la conférence. Ils ont réussi à obtenir un financement d'une année pour poursuivre la prestation de services de dépistage du VIH à Philippi.

Cette étude de cas met en évidence plusieurs des éléments qui aident à la durabilité d'un programme communautaire, notamment la pertinence des partenariats.



Sizakuyenza, un OBNL à Philippi, Cape Town, est un exemple de la pertinence des partenariats et de la durabilité.



## CHAPITRE 4 CRÉATION, FORMATION ET MAINTIEN D'UNE ÉQUIPE



# CRÉATION, FORMATION ET MAINTIEN D'UNE ÉQUIPE

*Blia Yang, Jerry Molaolwa, Sue-Ann Meehan, Margaret van Niekerk, Ricardo Felix et Vikesh Naidoo*



Je n'ai jamais voulu renoncer. La plupart des combats sont gagnés à la 11<sup>e</sup> heure, et la plupart des gens abandonnent. Renoncer une fois, c'est assez dur. Renoncer une deuxième fois, c'est un peu plus facile. Renoncer une troisième fois, cela devient une habitude.

*- Lewis Gordon Pugh (Président d'honneur de l'activisme environnemental et des océans des Nations unies qui est tombé amoureux de la natation en océan quand il a déménagé en Afrique du Sud à l'âge de 10 ans.)*



### Pourquoi ce chapitre est-il important ?

Les individus de votre équipe sont le moteur des services communautaires de prévention du VIH. La réussite de ces programmes repose sur une équipe équilibrée, composée d'individus qualifiés, bien formés et hautement motivés. Ce chapitre donne des idées et des conseils sur l'emploi des personnes

appropriées afin de leur donner une formation adéquate avant de sortir sur le terrain et les soutenir pour qu'elles exercent leurs activités de manière optimale. Le personnel est peut-être l'atout le plus important de tout programme communautaire. Des collaborateurs heureux, inspirés et motivés sont une ressource qui ne peut être considérée comme acquise.

### Qu'apprendrez-vous de ce chapitre ?

1. Comment créez-vous une équipe qui fournira des services communautaires de dépistage du VIH ?
  - 1.1. Décision sur la structure d'une équipe
  - 1.2. Recrutement du personnel
  - 1.3. Examens de santé
2. Quel type de formation initiale est requis ?
  - 2.1. Considérations initiales avant le début de la formation
  - 2.2. Formation initiale : Lien direct avec la prestation des services communautaires de dépistage du VIH (SC DDV)
  - 2.3. Formation initiale : Lien avec l'intégration d'autres services de santé dans les SC DDV
  - 2.4. Formation initiale : Lien indirect avec la prestation des SC DDV
3. Comment maintenez-vous une équipe ?
  - 3.1. Perfectionnement
  - 3.2. Soutien psychosocial et de bien-être

## 1. Comment créez-vous une équipe qui fournira des services communautaires de dépistage du VIH ?

L'environnement dans lequel les services communautaires de prévention du VIH sont fournis est unique et très différent du travail dans un établissement public de soins de santé. Travailler dans la communauté, souvent à l'air libre, signifie que les professionnels de santé doivent travailler en s'adaptant à différentes conditions météorologiques, comme la chaleur, le froid et le vent, à différents environnements qui peuvent être sombres, bruyants et sablonneux, ainsi que dans des zones dangereuses. Le contexte communautaire peut rendre difficile

l'adhésion aux protocoles de dépistage du VIH et/ou aux pratiques d'assurance de la qualité nécessaires pour assurer la prestation de services de haute qualité. Il est donc très important pour tout gestionnaire de programme d'employer les bonnes personnes dans leur équipe. L'emploi de personnes ayant des compétences et une expérience pertinente est essentiel ; cependant, employer des personnes qui peuvent s'adapter et agir correctement dans des environnements communautaires est important pour fournir des services appropriés et bien contextualisés aux patients. Il est également impératif d'avoir suffisamment de personnel de gestion et d'assistance pour s'assurer qu'une équipe peut être soutenue.



Travailler dans la communauté, souvent à l'air libre, signifie que les professionnels de santé doivent travailler en s'adaptant à différentes conditions météorologiques, comme la chaleur, le froid et le vent, à différents environnements qui peuvent être sombres, bruyants et sablonneux, ainsi que dans des zones dangereuses.

### 1.1 Décider de la structure d'une équipe

Types de membres d'équipe à prendre en compte :

- Direction (gestionnaires de programme, coordinateurs, superviseurs).
- Professionnels de santé qui fournissent tous les services pertinents (médecins, infirmiers, conseillers en VIH).
- Personnel d'assistance (agent de suivi et d'évaluation, agents d'engagement communautaire, agents d'assurance de la qualité, techniciens de laboratoire, agents d'approvisionnement, administrateurs, commis aux données, agents de logistique, agents de sécurité, conducteurs).

Un programme de prévention du VIH qui fonctionne bien devrait avoir des personnes qualifiées pour fournir les services, un gestionnaire pour guider les processus et du personnel d'assistance. Chaque programme de VIH est unique en fonction de son objectif, de la population cible et de l'établissement, ce qui signifie que différentes catégories et nombre de personnes sont nécessaires. Nous suggérons aux gestionnaires de programme d'identifier toutes les activités qui doivent être menées dans le cadre du programme, puis d'identifier les catégories de personnel capables de mener à bien ces activités.

### Meilleure pratique pour déterminer le personnel requis pour les services communautaires de dépistage du VIH



Nous partageons ici notre expérience sur la prestation de services communautaires de dépistage du VIH de porte-à-porte. Nous avons examiné ce qui suit :

- 1) Combien de tests du VIH un professionnel de santé peut-il faire en un jour ?  
Nous avons étudié le nombre de patients qui sont généralement conseillés et testés par un professionnel de santé dans un centre de soins dans la Province du Cap Occidental en Afrique du Sud. La réponse : 15 patients par jour. Compte tenu du fait que les professionnels de santé fournissant des services de dépistage du VIH de porte-à-porte atteindront moins de patients car il faut du temps pour passer d'un ménage à l'autre, nous avons conclu qu'il était raisonnable pour les professionnels de santé communautaires de proposer un dépistage du VIH à au moins sept patients par jour.
- 2) Combien de tests du VIH doivent être réalisés en un jour ?  
Notre but était de tester 50 patients par jour.
- 3) De combien de professionnels de santé avons-nous besoin ?  
Un calcul de base a révélé que sept professionnels devaient être employés pour faire des tests de dépistage de porte-à-porte tous les jours.
- 4) De combien de gestionnaires avons-nous besoin ?  
Les programmes précédents avaient utilisé un ratio d'un gestionnaire pour sept professionnels de santé. Ce ratio donnait au gestionnaire suffisamment de temps pour superviser et donner des conseils aux sept professionnels de santé. Il a également permis au gestionnaire d'assister à certaines séances de conseils pour évaluer les performances des professionnels de santé.

### 1.2 Recrutement du personnel

Il faut prendre en compte les points ci-dessous lors du recrutement des candidats à intégrer dans une équipe qui fournit des SDV dans la communauté.

#### • Publicité dans les bons endroits pour obtenir le bon personnel

Faites de la publicité dans les espaces publics où le trafic est élevé et dans les journaux communautaires dans les langues locales. De cette façon, vous pouvez recruter du personnel de la communauté qui connaît l'environnement. Envisagez également de vous engager auprès des gardiens de la communauté et de demander des conseils au Conseil consultatif communautaire (CCC) sur les meilleurs endroits pour faire de la publicité car cela diffèrera entre les communautés. Voir le Chapitre 2 : Engagement des intervenants pour obtenir des informations sur la collaboration avec les gardiens et des conseils auprès des CAB. Soyez conscient que dans certaines communautés, les gardiens peuvent avoir leur propre programme et se référer à des candidats « préférés » à embaucher.

#### • Combinaison de styles d'interview traditionnelle et basée sur les compétences

Différents styles d'interview susciteront différents types d'informations auprès du candidat. Les méthodes d'interview traditionnelles se

concentrent sur l'éducation, les qualifications et l'expérience, et suscitent des réponses qui abordent les pouvoirs, les opinions et les sentiments (66). Ce sont des éléments importants mais ils ne donnent pas au comité d'examen un aperçu sur les performances actuelles du candidat dans les lieux de travail précédents. Les interviews basées sur les compétences sont différentes. Elles visent une compétence ou une qualification particulière requise pour le poste en utilisant un ensemble de questions d'interview basées sur les compétences. Les interviews basées sur les compétences donnent une indication sur la façon dont les individus ont réagi dans une situation spécifique par le passé, ce qui peut être un indicateur fiable de la manière dont ils réagiront dans une situation similaire à l'avenir (66). Par exemple, si le comité d'examen souhaite avoir un gestionnaire de projet possédant des compétences analytiques, alors il faut examiner la question basée sur les compétences comme suit : « À partir de votre expérience de travail antérieure, quelles données avez-vous analysées pour suivre le rapport aux soins du VIH, et de quelle manière avez-vous élaboré votre analyse pour améliorer les liens aux soins dans ce programme ? »

« L'utilisation des questions d'interview basées sur les compétences révèle souvent les traits de personnalité d'un candidat, ce qui est important et généralement difficile à atteindre ». - Sterna Brand (*Responsable des ressources humaines*)

• **Évaluation pratique des compétences dans le cadre du processus d'interview**

Certains candidats sont très bons pour répondre aux questions d'une interview, mais ils n'auront pas toujours le niveau de compétence qu'ils indiquent avoir. Si vous embauchez une personne pour un poste exigeant des compétences pratiques, il est judicieux de tester cette compétence dans le cadre du processus d'interview. Par exemple, si vous embauchez un commis aux données, mettez en place un test pratique dans lequel le candidat doit saisir des données fictives dans un certain délai. Ensuite, vous pouvez compter le nombre d'entrées de données terminées et vérifier la précision des entrées de données. Cette méthode aidera le comité d'examen à évaluer la précision et la vitesse du candidat dans la saisie des données.

• **Demande de références professionnelles sur les lieux de travail précédents pour s'assurer de l'exercice des activités du candidat dans ses précédents postes**

Nous suggérons qu'au moins deux personnes, issues de différentes organisations, soient contactées à des fins de références professionnelles à titre de comparaison. Un ancien superviseur pourrait déclarer que le candidat était ponctuel, alors qu'un autre pourrait dire que le candidat n'était pas fiable. Des références comparables donnent une indication juste de l'éthique professionnelle du candidat. Il est préférable d'obtenir des références écrites afin qu'elles puissent être déposées et récupérées plus tard, si nécessaire.

1.3 Examens de santé

Les professionnels de santé qui fournissent des SDV risquent de contracter le virus de l'Hépatite B et de la tuberculose. Le taux de notification de la tuberculose est plus élevé chez les professionnels de santé que dans la population adulte générale (67). Comme il est important pour les employeurs d'être conscients de l'état de santé de leurs collaborateurs, une évaluation de base de l'état de santé de chaque nouveau collaborateur est souhaitable. Les évaluations de santé futures (périodiques) peuvent être mesurées par rapport à la mesure de référence (68).

Procédez aux examens de santé de base suivants :

- **Test Mantoux cutané à la tuberculine (TCT) :** Il indiquera si un collaborateur est infecté ou non par la *Mycobacterium tuberculosis*. Un TCT positif ne signifie pas nécessairement que le collaborateur a une tuberculose active (maladie de la tuberculose), mais indique qu'il a été infecté par la *Mycobacterium tuberculosis* (tuberculose



TEST MANTOUX CUTANÉ À LA TUBERCULINE (TCT)



RADIO DU THORAX (CXR)



VACCIN CONTRE LE VIRUS DE L'HÉPATITE B



TEST VOLONTAIRE DE DÉPISTAGE DU VIH

latente). La thérapie préventive à l'isoniazide (IPT) est recommandée pour les personnes vivant avec le VIH et souffrant de tuberculose latente (indiquée par un TCT positif) (69). Un TCT négatif signifie que soit la personne n'est pas infectée par la tuberculose soit a été récemment infectée.

- **Radio du thorax (CXR) :** C'est un outil de dépistage de la tuberculose pulmonaire (70). Tout employé ayant une tuberculose pulmonaire doit entreprendre un traitement immédiatement pour s'assurer de ne pas transmettre la tuberculose à leurs collègues ou patients.
- **Vaccination contre le virus de l'hépatite B (VHB) :** Il est recommandé aux nouveaux professionnels de santé d'être vaccinés contre le VHB (71). Le VHB est un risque professionnel pour les professionnels de santé et il est lié à l'exposition au sang (72).
- **Test de dépistage du VIH :** Tous les professionnels de santé doivent connaître leur état sérologique VIH. L'employeur doit donner l'opportunité à tous les collaborateurs de procéder à un test du VIH, mais il n'est pas nécessaire qu'il connaisse le statut sérologique VIH de ses collaborateurs. Les professionnels de santé qui vivent avec le VIH doivent être conscients de leur séropositivité car ils seront plus exposés aux risques liés à la tuberculose, par exemple.

Procédez aux examens de santé périodiques suivants :

- **Un test tuberculinique bi-annuel :** Il est important pour les employeurs de dépister les signes et symptômes de la TB de l'ensemble du personnel, surtout les professionnels de santé (73). La tuberculose est plus élevée chez les professionnels de santé que dans la population adulte générale (74). Il est recommandé aux professionnels de santé de faire l'objet d'un test de dépistage de la TB. Il est recommandé qu'il soit conduit deux fois par an. Voir l'Annexe 9 pour avoir l'exemple d'un outil de dépistage de la TB. Si le personnel répond « oui » à l'une des questions,

FORMATION SUR LES SERVICES DE DÉPISTAGE DU VIH

PRESTATION DE SERVICES DE DÉPISTAGE DU VIH

- SERVICES DE DÉPISTAGE DU VIH

FORMATION POUR L'INTÉGRATION D'AUTRES SERVICES DE SANTÉ DANS LES SERVICES DE DÉPISTAGE DU VIH

- DÉPISTAGE DE LA TUBERCULOSE
- DÉPISTAGE DES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES
- SERVICES DE SANTÉ SEXUELLE ET DE LA REPRODUCTION ET DE PLANIFICATION FAMILIALE
- FOURNITURE DE PRÉSERVATIFS & DÉMONSTRATION DE PRÉSERVATIFS
- CIRCONCISION MASCULINE MÉDICALE VOLONTAIRE

FORMATION INDIRECTEMENT LIÉE À LA PRESTATION DE SERVICES DE DÉPISTAGE DU VIH

- CONTRÔLE DE L'INFECTION DE LA TUBERCULOSE
- SÉCURITÉ
- COLLECTE DES DONNÉES

les employeurs devront se rapprocher d'eux pour procéder à d'autres tests de dépistage de la TB.

- **Test de dépistage annuel du VIH :** Lorsqu'on travaille dans des zones d'endémie à forte infection par le VIH, il est recommandé aux employeurs de permettre aux professionnels de santé de faire un test de dépistage du VIH chaque année afin qu'ils soient conscients de leur état et puissent obtenir des soins adéquats contre le VIH.
- **Vaccin contre la grippe :** Il est recommandé aux professionnels de santé d'être vaccinés contre la grippe tous les ans (71), car ils sont les plus exposés aux risques de contracter le virus de la grippe par rapport à la population adulte en bonne santé (75).

2. Quel type de formation initiale est requis ?

Avant que le personnel nouvellement nommé puisse sortir et fournir des services communautaires de prévention du VIH, il doit disposer de bonnes connaissances et compétences qui servent de base à la prestation de services de qualité du VIH. Cette section se concentrera sur la formation initiale des

professionnels de santé qui fourniront des services communautaires de dépistage du VIH. La formation initiale fait référence à la formation qui a lieu avant que le professionnel de santé n'aille sur le terrain fournir des SC DDV.

Cette section n'inclut pas toutes les formations possibles qui peuvent être requises pour les SC DDV et ne présente pas non plus le contenu de la formation. L'objectif consiste plutôt à fournir aux lecteurs des principes généraux et à partager les meilleures pratiques sur la façon d'aborder la formation ainsi que les conseils à suivre sur les aspects pratiques des trois catégories différentes de formation initiale :

- Lien direct avec la prestation des SC DDV.
- Lien avec l'intégration d'autres services de santé dans les SC DDV.
- Lien indirect avec la prestation des SC DDV.

2.1. Considérations initiales avant le début de la formation

2.1.1 Quel type de formateur dois-je employer ?

- Une personne qui parle couramment les langues locales : lorsqu'elle travaille dans des communautés où il existe plus d'une langue locale, il est important de disposer de formateurs bilingues, afin que le personnel de santé comprenne correctement le contenu de la formation.
- Une personne qui est en mesure d'identifier le moment où les professionnels de santé peuvent se sentir débordés d'informations et permettre un temps d'arrêt pour se rafraîchir.
- Une personne qui a une compréhension technique du contenu de la formation.

2.1.2 Quelles sont les différentes façons d'apprendre ?

- **Les conférences** sont bénéfiques pour obtenir des informations importantes de plusieurs personnes en même temps. Par exemple, utilisez les conférences pour former les grands groupes de professionnels de santé sur les bases du VIH : le virus, l'acquisition, fenêtre sérologique, etc.
- **Les discussions en groupe** peuvent aider les professionnels de santé à partager des informations avec leurs collègues dans un espace qui est moins menaçant qu'une salle de conférences. Des groupes plus petits peuvent rendre les gens plus à l'aise et permettre de discuter autour de sujets sensibles, par exemple, la santé sexuelle et reproductive (SSR) et la circoncision masculine médicale volontaire (CMMV).
- **Le matériel audiovisuel (film et vidéos)** est souvent percutant lorsqu'il sert à illustrer les

points essentiels ou à fournir des informations de nature sensible. Les gens se souviennent souvent plus facilement de ce qu'ils ont vu plutôt que de ce qu'ils ont entendu ou lu. Cette méthode peut être utilisée lors de la formation des professionnels de santé sur les informations de base au sujet des Infections sexuellement transmissibles (IST).

- **Les études de cas** peuvent être utilisées durant les conférences ou les tutoriels pour illustrer des points et améliorer la compréhension. L'utilisation d'une histoire basée sur une expérience de la vie réelle aide les professionnels de santé à combler l'écart entre la théorie et la pratique. Par exemple, lorsque vous formez les professionnels de santé sur la manière de lier activement les personnes vivant avec le VIH aux services de soins et de traitement, utilisez les études de cas sur la manière dont cela a été fait dans le passé. Vous pourriez ainsi laisser place à une discussion sur les problèmes relatifs aux liens des personnes aux soins contre le VIH et sur la manière dont cela pourrait être résolu.
- **Les lectures planifiées** sont importantes pour les professionnels de santé pour recueillir des informations supplémentaires ou mieux comprendre un sujet particulier. Par exemple, il n'est pas possible de couvrir tout ce qui concerne la tuberculose lors de la formation initiale. Si des documents de lecture supplémentaires sont disponibles, les professionnels de santé peuvent profiter de l'opportunité de lire davantage pour comprendre plus largement la tuberculose. Donnez toujours aux professionnels de santé

l'opportunité de poser des questions sur ce qu'ils ont lu.

- **Le jumelage au travail** donne aux professionnels de santé l'occasion d'observer et d'apprendre de leurs collègues expérimentés qui sont déjà sur le terrain. Cela donne aux nouveaux professionnels de santé l'occasion de voir comment la théorie est mise en pratique.
- **Le coaching / mentorat** est une séance individuelle efficace dont le but est d'améliorer les compétences ou techniques spécifiques qu'une personne peut manquer. Généralement, cela se produit après l'évaluation des performances d'un professionnel de santé et l'identification des compétences. Les séances de coaching comblent directement cette lacune. Par exemple, un professionnel de santé ne peut pas procéder au dépistage de la TB chez des patients car ils ne savent pas utiliser l'outil de dépistage. La séance de coaching sera mise en place pour recycler ce professionnel sur la façon de dépister la TB chez un patient et sur la manière d'utiliser l'outil de dépistage de la TB. Voir le Chapitre 9 : Surveillance et évaluation des outils d'évaluation que les managers peuvent utiliser pour évaluer les performances des professionnels de santé.
- **Le jeu de rôle** est un moyen pratique qui permet aux nouveaux professionnels de santé de tester leurs compétences nouvellement acquises et offre une excellente occasion pour les formateurs d'évaluer la manière dont ils peuvent mettre en pratique la théorie qu'ils ont apprise. Par exemple,

#### Conseil

##### Choisissez un lieu propice à l'apprentissage

- Choisissez un lieu qui est accessible aux professionnels de santé.
- L'intérieur doit être équipé d'un éclairage adéquat (surtout en cas de panne d'électricité).
- Un espace extérieur doit être prévu pour les séances en petits groupes.
- Le mobilier doit facilement pouvoir être déplacé pour les travaux en petits groupes.
- L'espace doit être assez grand pour que les professionnels de santé effectuent des jeux de rôle sans déranger leurs collègues.

les jeux de rôle peuvent être utilisés efficacement pour mettre en pratique les compétences en conseils sur le VIH, ce qui aide à préparer les professionnels de santé à des situations difficiles auxquelles ils peuvent faire face dans le monde réel.

## 2.2 Formation initiale : Lien direct avec la prestation des services communautaires de dépistage du VIH (SC DDV)

L'Organisation mondiale de la santé dispose de directives pour la prestation des soins de santé dans la communauté (76). Le Ministère national de la Santé (MNDS) au sein de chaque pays, adapte ces directives au contexte en vue de développer du matériel de formation et des outils pour équiper les équipes dans le but de fournir des SC DDV. Il est important de savoir si un prestataire de services de formation agréé doit former des professionnels de santé à fournir des SC DDV. Un prestataire de services de formation agréé est un organisme officiel qui a des normes reconnues pour dispenser la formation (77). En Afrique du Sud, les programmes de formation SDV sont normalisés et alignés sur les programmes d'études SDV du DNDS (11). La formation est théorique et pratique.

« Le personnel m'a dit que lui fournir une formation sur les conseils pré et post-test et la confidentialité lui a ouvert les yeux pour comprendre que ce n'est tout simplement pas un autre « travail » mais une profession avec l'énorme responsabilité de fournir des conseils adéquats et un dépistage du VIH de qualité aux patients. Je trouve également que la formation a amélioré la façon dont les membres du personnel parlent à leurs collègues, avec dignité et respect. La formation a également contribué à



Lors de la formation de services basiques de dépistage du VIH, les professionnels de santé sont formés sur la manière de conduire les tests rapides de VIH.

développer leurs compétences d'écoute ». - Yvonne Saunders (Formatrice)

Sur le terrain, les professionnels de santé rencontreront différents patients ayant des besoins divers, y compris les individus, les couples, les adolescents et les enfants, et ils doivent être en mesure de fournir des conseils pertinents à ces patients. Lors de la formation HTS de base, les nouveaux professionnels de santé sont formés sur la façon de fournir des conseils et sur la réalisation de tests rapides du VIH. L'annexe 10 donne l'exemple d'un jeu de rôle qui peut aider les professionnels de santé à développer leurs compétences en conseil et à pratiquer des SDV.

#### Conseil

##### Points à considérer lors des formations sur des sujets sensibles

- Rappelez aux professionnels de santé que, dans le cadre de leur rôle en tant que professionnel de santé, ils devront mettre de côté leurs avis et opinions personnels et ne pas défavoriser les patients qui ont des opinions et pratiques différentes des leurs.
- La participation active aux jeux de rôle est un moyen essentiel d'aider les professionnels de santé à aborder leurs nouvelles connaissances et à mettre en pratique leurs nouvelles compétences, en particulier sur des sujets sensibles.
- Impliquer les professionnels de santé dans une discussion ouverte et non critique sur des sujets sensibles fournit une plateforme de questions et de réponses. Cela les aide à apprendre à aborder des sujets sensibles avec les patients de manière informative et non discriminatoire.



L'apprentissage peut se faire de différentes manières. De gauche à droite : Style de conférence, discussion en groupe, coaching / mentorat, et jeu de rôle.

### 2.3 Formation initiale : Lien avec l'intégration d'autres services de santé dans les SC DDV

De nombreux services connexes peuvent être intégrés dans les SC DDV, notamment le dépistage de la tuberculose et des IST, la prestation de services d'aiguillage de planification familiale et de SSR, la fourniture de préservatifs et la référence d'hommes séronégatifs dans le cadre de la CMMV. Voir le Chapitre 5 : Fournir des Services holistiques axés sur le patient, concernant la manière et le moment

d'intégrer ces services. Le tableau 4.1 fournit un résumé de certains services supplémentaires qui peuvent être intégrés dans les SC DDV et les exécutants du programme qui doivent être pris en compte lors de la planification de la formation autour de ces services intégrés. La formation des SDV peut couvrir ce contenu ou vous pourriez passer à un examen en interne. La formation interne peut être fournie par un expert sur le terrain, un formateur professionnel ou un gestionnaire de programme. Consultez l'annexe 11 pour voir un exemple de jeu

**Tableau 4.1 : Considérations lors de la planification d'une formation initiale sur l'intégration de nouveaux services de santé dans les SC DDV**

|   | Formation initiale : Intégration d'autres services dans les SC DDV   |   |   |   |   |
|---|--|---|---|---|---|
|   | Dépistage de la tuberculose (TB)   | Dépistage des Infections sexuellement transmissibles (IST)  | Démonstration de mise d'un préservatif  | Services de santé sexuelle et reproductive (SSR) et dépistage de la planification familiale   | Dépistage de la Circoncision masculine volontaire (CMMV)  |
| <b>Objectif de la formation</b>                             | Doter les professionnels de santé des connaissances basiques sur la tuberculose, la manière d'utiliser l'outil de dépistage de la tuberculose, collecter des expectorations et référer les cas de tuberculose pulmonaire pour l'initiation du traitement de la tuberculose dans l'établissement de soins de santé primaires. | Doter les professionnels de santé des connaissances basiques sur les IST et la manière d'utiliser l'outil de dépistage des IST.   | Doter les professionnels de santé de connaissances et compétences pour réaliser les démonstrations de préservatif féminin et masculin.                      | Doter les professionnels de santé des connaissances basiques sur les SSR et la planification familiale, en veillant à ce qu'ils soient en mesure de renvoyer les patients de manière appropriée vers ces services.          | Doter les professionnels de santé des connaissances basiques sur la CMMV afin de s'assurer qu'ils sont en mesure de fournir des informations adéquates aux patients, pour qu'ils puissent référer les hommes séronégatifs pour la CMMV. |
| <b>Processus d'apprentissage recommandé</b>                 | Type de conférence pour les informations basiques. Jeux de rôle pour l'utilisation de l'outil de dépistage de la tuberculose. Séance pratique de la collecte des expectorations.   | Films et vidéos pour les informations basiques. Jeux de rôle pour l'utilisation de l'outil de dépistage de l'IST.   | Séance pratique sur l'utilisation du préservatif masculin et féminin à l'aide d'outils de démonstration. Jeux de rôle pour les expériences supplémentaires. | Style de conférence pour les informations basiques. Jeux de rôle pour l'éducation et le processus d'aiguillage.   | Style de conférence pour les informations basiques. Jeux de rôle pour l'éducation et le processus d'aiguillage.   |
| <b>Messages essentiels pour les professionnels de santé</b> | Tous les patients doivent faire l'objet d'un dépistage de la tuberculose. L'outil de dépistage de la tuberculose doit être administré correctement. Une expectoration de qualité doit être recueillie selon les directives.  | Les professionnels de santé doivent être à l'aise pour discuter des sujets liés aux IST. Tous les patients doivent faire l'objet d'IST et être orientés de manière appropriée le cas échéant. | Les professionnels de santé doivent être capable de démontrer comment utiliser un préservatif correctement.   | Les professionnels de santé doivent être à l'aise pour discuter des sujets sensibles. Tous les patients doivent faire l'objet de méthodes de planification familiale et être orientés de manière appropriée le cas échéant. | Les professionnels de santé doivent fournir des informations adéquates sur la CMMV.   |
| <b>Pourquoi cette formation est-elle recommandée ?</b>      | La tuberculose est la principale cause de décès chez les personnes vivant avec le VIH (78).  | Un lien existe entre les IST et l'infection du VIH.   | L'usage correct d'un préservatif est nécessaire pour la prévention du VIH.  | Les SSR sont alignés sur le traitement, les soins et la prévention du VIH.  | La CMMV réduit les risques masculins d'infection par le VIH.  |

de rôle qui peut être utilisé lors de la formation des professionnels de santé pour dépister la tuberculose et recueillir des expectorations pour les tests de dépistage de la tuberculose. Ce scénario de jeu de rôle peut être adapté à tout service de santé qui peut être fourni dans le cadre des SC DDV.

### 2.4 Formation initiale : Lien indirect avec la prestation des services communautaires de dépistage du VIH (SC DDV)

Toutes les formations ne sont pas directement liées à la prestation des services. Il existe une multitude d'autres formations pertinentes pour les professionnels de santé qui sont sur le point de se diriger sur le terrain et fournir des services communautaires de prévention du VIH. Cette section met en évidence trois formations appropriées qui sont à prendre en compte : Contrôle de l'infection tuberculeuse (tout le personnel doit recevoir une formation sur le contrôle de l'infection tuberculeuse pour sa propre santé et la santé de ses patients), la sécurité générale (la santé et la sécurité des membres de l'équipe font partie intégrante du succès de la prestation de services de prévention du VIH dans la communauté) et la collecte de données (tout programme communautaire de prévention du VIH qui fournit les services recueillera également des données). Le tableau 4.2 présente certaines considérations pour les exécutants du programme pour ces formations spécifiques.

*Par mesure de sécurité, les professionnels de santé doivent travailler en binôme lorsqu'ils fournissent des SDV de porte-à-porte.*



*Une séance de formation pour les professionnels de santé avec les fournitures nécessaires pour contrôler l'infection du VIH.*



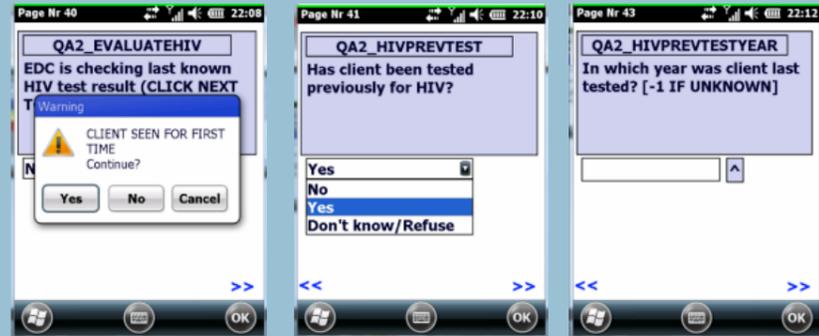
#### Meilleure pratique pour assurer la sécurité des professionnels de santé sur le terrain

- Présentez les professionnels de santé à la communauté avant le début des services. Il est important que la communauté connaisse la personne qui fournira les services dans leur communauté. (Voir le Chapitre 2 : Engagement des intervenants pour obtenir plus d'informations sur l'implication des représentants communautaires.)
- Les professionnels de santé doivent être facilement identifiables par les membres communautaires. Ils doivent porter des uniformes afin que la communauté sache qu'ils proviennent d'une association qui fournit des services communautaires de prévention du VIH. Les porte-noms sont également une bonne idée.
- Les professionnels de santé doivent travailler en binôme, de préférence un homme et une femme. Cela réduit la vulnérabilité face à la criminalité et donne l'occasion d'élaborer une stratégie et de résoudre ensemble les problèmes.
- Assurez-vous que les professionnels de santé savent que leur sécurité est une priorité.
- Prévoyez un plan pour que les professionnels de santé sachent quoi faire et comment réagir lorsqu'ils sont confrontés à une situation menaçante.

**Meilleure pratique pour la collecte de données en utilisant un dispositif de saisie électronique des données (SED).**



Il est important que la formation sur la collecte des données comporte des tutoriels utilisant des captures d'écran à partir du dispositif de saisie électronique des données que les professionnels de santé utiliseront pour collecter des données. Voici ci-dessous des exemples de captures d'écran que nous avons utilisées lors d'une séance de formation sur la manière de collecter « le statut sérologique VIH précédent ». Il est important d'utiliser les captures d'écran dans une séance pratique pour assurer que les professionnels de santé comprennent la manière d'utiliser un dispositif SED lors de la collecte de données.



Une combinaison de styles d'apprentissage peut être utilisée lors de la formation des professionnels de santé pour utiliser un dispositif SED. De gauche à droite : Style conférence avec un groupe plus grand ; Une séance pratique permettant au personnel d'utiliser le SED ; Une évaluation pour vérifier à quel point le personnel est capable de saisir des informations ; Un formateur qui parcourt le tutoriel avec des captures d'écran de la procédure étape par étape.

**Conseil**

**Les jeux de rôle sont nécessaires pour la formation sur la collecte de données**

Les jeux de rôle sont un excellent moyen de mettre en pratique la collecte de données. Les professionnels de santé peuvent mettre en pratique ce qu'ils ont appris dans la formation formelle et s'habituer à l'utilisation de l'outil de collecte de données. Les jeux de rôle comblent l'écart entre l'apprentissage en classe et le travail sur le terrain. Ces séances permettent souvent d'identifier les manques de connaissances ou les problèmes logistiques auxquels on peut être confronté avant d'aller sur le terrain.

**Tableau 4.2 : Considérations lors de la planification de la formation initiale sur des sujets qui ne sont pas directement liés à la prestation des SDV.**

|   | Formation initiale : Lien indirect avec la prestation des SDV  |   |  |
|---|--|---|--|
|   | Formation sur le contrôle de l'infection tuberculeuse  | Formation sur la sécurité   | Formation sur la collecte de données   |
| <b>Objectif de la formation</b>                             | Doter les professionnels de santé des connaissances basiques sur la prévention des infections post-opératoires, sur la collecte d'une expectoration de haute qualité et sur la prévention des infections de la tuberculose chez les professionnels de santé. | Doter les professionnels de santé d'informations basiques sur la composition socio-géographique de la communauté (par exemple, les zones sensibles en matière de criminalité), l'entrée et la sortie sécuritaires de la zone et les plans d'urgence pendant les manifestations / la violence des gangs ou d'autres événements imprévus. | Doter les professionnels de santé des connaissances sur les données recueillies auprès des patients, sur la manière d'utiliser l'outil de collecte des données et la manière de procéder à des contrôles de qualité (intégralité, exactitude et précision) (11).   |
| <b>Processus d'apprentissage recommandé</b>                 | Démonstration et séances pratiques sur la façon de mettre et retirer correctement un masque facial et des gants. Démonstration et jeux de rôle sur la façon de collecter une expectoration sans risque.  | Discussions en groupe pour nouer le dialogue avec les professionnels de santé sur les connaissances qu'ils ont sur la communauté et identifier les points d'entrée et de sortie sécurisés.  | Type de conférence pour toutes les informations basiques requises. Séances pratiques pour mettre en pratique la collecte de données. Jeux de rôle pour les expériences supplémentaires.  |
| <b>Messages essentiels pour les professionnels de santé</b> | Les professionnels de santé doivent suivre les procédures d'opération standard sur le contrôle de l'infection tuberculeuse. Voir l'Annexe 16 pour obtenir des informations sur la collecte d'une expectoration de manière responsable.                       | Les professionnels de santé doivent être conscients de leur environnement et avoir des plans de sortie sécurisés. Voir l'Annexe 12 pour obtenir des directives pour assurer la sécurité des professionnels de santé sur le terrain.   | Les professionnels de santé doivent recueillir des données de qualité en suivant des procédures d'opération standard. Voir le Chapitre 8 : Gestion des données pour les techniques de collecte de données.   |
| <b>Pourquoi cette formation est-elle recommandée ?</b>      | Les professionnels de santé ont une plus grande chance de contracter la tuberculose que la population générale adulte.   | Les professionnels de santé qui travaillent dans la communauté sont probablement plus vulnérables que ceux travaillant dans un endroit clos (centre de santé).  | Les données collectées peuvent être utilisées pour surveiller et évaluer le programme, répartir les ressources de manière appropriée, diffuser les résultats aux intervenants et à des fins d'analyse, pour comprendre la propagation épidémiologique de la maladie (78). Une bonne collecte de données est donc impérative. |

**3. Comment maintenez-vous une équipe ?**

Le maintien d'une équipe pour fournir des services de prévention du VIH demande beaucoup de ressources et d'investissements. Le roulement élevé du personnel et l'absentéisme continu du personnel sont encore plus coûteux et peuvent entraver la capacité à fournir des services de haute qualité à la communauté. Il est donc essentiel que les gestionnaires de programme investissent et soutiennent leur personnel en termes de durabilité.

Une fois que le personnel a été formé, les gestionnaires de programme doivent s'assurer de recevoir le soutien dont ils ont besoin continuellement. Cela peut avoir lieu par le biais de :

- Un programme de mise à jour régulier ou une formation mise à jour, afin de s'assurer que les individus sont en mesure d'exercer leurs fonctions au meilleur de leurs capacités.
- Un coaching et un mentorat permanent par les superviseurs afin de fournir des commentaires réguliers aux professionnels de santé individuels de manière constructive.
- La fourniture d'un soutien psychosocial et de bien-être qui est important pour le bien-être émotionnel de tout le personnel, mais plus précisément celui des professionnels de santé.

**3.1 Perfectionnement**

Le perfectionnement est important pour que tous les professionnels de santé fournissent des services

de haute qualité aux patients de manière cohérente dans toute la communauté, pendant la durée de vie du programme. Ces formations peuvent être soit :

- Prévues régulièrement, par exemple, chaque trimestre, les professionnels de santé pourraient suivre un perfectionnement sur les procédures de sécurité.
- Prévues lorsque le gestionnaire de programme remarque qu'il existe un écart dans les connaissances et la prestation de service. Par exemple, si les formulaires de collecte de données ne sont pas remplis correctement, le personnel devra suivre une formation de recyclage sur la façon de compléter les formulaires.
- À la demande du personnel. Par exemple, les professionnels de santé peuvent demander une formation supplémentaire sur la manière de conseiller, de manière adéquate, les adolescents sur le dépistage du VIH.

Lors de l'initiation du perfectionnement, il faut prendre en compte :

- Les avis du personnel sur la formation dont ils ont besoin.
- La surveillance et l'évaluation des performances du personnel et leur utilisation pour guider les besoins en formation.
- Le développement du contenu afin qu'il traite directement le manque de connaissances.
- Les dates de formation mensuelles régulières afin que le personnel soit au courant des dates de formation à l'avance.
- L'intégration du nouveau matériel de formation pertinent afin que le personnel puisse acquérir de nouvelles connaissances.
- La notification des membres du personnel quand de nouvelles directives sont publiées ou quand des changements sont appliqués aux directives existantes. Par exemple, les directives de l'OMS sur les services de dépistage du VIH ou les directives du DNDS sur les critères d'éligibilité à l'ART.
- L'implication des membres du personnel autant que possible dans leur propre formation, afin qu'ils aient une voix et prennent possession du travail qu'ils accomplissent.

*Des professionnels de santé venus sur le terrain dans le cadre d'un perfectionnement ; le formateur démontre l'importance de porter des gants lors des tests de dépistage du VIH.*



*Le personnel « sur ce terrain » travaille dans un environnement à forte contrainte. La création d'une équipe est un bon moyen de retirer le personnel de son environnement de travail, lui permettant de discuter et de se sentir apprécié. Organisez un jeu de football, une sortie à la plage, des pique-niques avec des activités, du chant et de la danse ou invitez un conférencier motivé (par exemple, Lewis Pugh).*

### 3.2 Soutien psychosocial et de bien-être

Bien que se former soit très important, il est aussi impératif de s'assurer que l'équipe ait un soutien psychologique et émotionnel. Cela est très important quand les équipes travaillent dans des communautés qui sont marquées par la criminalité, le chômage, l'abus de drogues et d'autres problèmes sociaux. Les gestionnaires de programme doivent créer un espace stimulant l'engagement et le dialogue, dans lequel les professionnels de santé peuvent comprendre et recevoir un soutien psychosocial. Il faut prévoir d'embaucher un psychologue ou un conseiller spécialement qualifié avec une expérience préalable, qui fournira un soutien psychosocial à l'équipe. Avoir une personne externe permettra aux professionnels de santé de se sentir à l'aise dans le partage et la divulgation des informations qu'ils peuvent ne pas arriver à divulguer à leur supérieur ou à une personne au sein de l'organisation.

Le but du soutien psychosocial consiste à fournir aux professionnels de santé des compétences en gestion du stress, des pratiques de conscience réfléchie et un espace de débriefing sur les traumatismes personnels et professionnels. Il peut également fournir un espace pour la création d'équipe, la gestion efficace des situations conflictuelles et des communications. Le soutien psychosocial ne se produit pas qu'une fois mais c'est plutôt un processus continu pour la durée du programme (n'oubliez pas de l'inclure dans le budget du programme).

« J'apprécie les séances de mentorat parce qu'elles me permettent d'exprimer mes soucis, mes espoirs, mes souhaits et mes rêves. Johann, notre conseiller en soutien psychosocial, nous encourage à voir grand et à ne pas nous limiter. Il nous offre cet espace afin que l'on discute de tout et rien, au sujet de nos problèmes à la maison ou au travail. Il nous a appris à méditer, ce que je n'avais jamais fait auparavant. J'ai pu trouver l'harmonie par la méditation, même si mon environnement n'est pas pacifique. Nous faisons également des séances de dessin au cours

desquelles nous dessinons nos rêves et nos pensées. Au début, nous nous étions plaints à lui que c'était une perte de temps. Cependant, ce qui est amusant c'est que nous n'avons jamais oublié ce que nous avons dessiné et ce que les dessins signifient pour nos vies. C'est à travers ces dessins que nous rêvons et améliorons nos vies. Quand Johann nous demande : Comment vas-tu ? Et comment va le travail ? Nous sentons toujours qu'il s'en soucie et cela est très rassurant pour nous ». - *Kholeka Ncombo (Professionnel de santé).*

#### Le saviez-vous ? Quels sont les avantages du soutien psychosocial et de bien-être ?

- Il permet aux professionnels de santé de parler de leurs préoccupations en toute confidentialité.
- Il donne la possibilité de discuter du travail et des expériences professionnelles, notamment des incidences traumatiques.
- Il donne la possibilité d'aborder des pratiques relationnelles interpersonnelles qui soutiennent la création d'une équipe et abordent des situations de conflits.
- Il donne la possibilité d'avoir un développement personnel ; des attitudes, des perceptions, des réactions émotionnelles et des pratiques relationnelles qui peuvent être abordées à l'aide d'une formation consciente.
- Il offre la possibilité de s'engager dans la gestion du stress et les pratiques de soins personnels grâce à l'enseignement de la méditation consciente, une forte respiration, des compétences en gestion du stress (par exemple, les massages des mains et des collages ou de la peinture).
- Il donne la possibilité de s'amuser avec diverses activités intéressantes de création d'équipe.



#### Étude de cas : Identification des écarts de connaissances et perfectionnement pour aborder ces écarts

Lucy, une coordinatrice de programme, pour un programme communautaire de dépistage du VIH de porte-à-porte a passé un jour par semaine pendant huit semaines consécutives sur le terrain à observer différents professionnels de santé. Pendant ce temps, elle a été témoin des forces et faiblesses des professionnels de santé et a identifié des erreurs communes. Sur la base de ses observations, elle a organisé un cours de recyclage qui a abordé les problèmes qu'elle avait vécus.

Les professionnels de santé ont assisté au perfectionnement qui comprend les éléments suivants :

- Comment utiliser l'outil de dépistage de la tuberculose correctement, en posant à chaque patient des questions sur l'outil. Lucy avait entendu plusieurs professionnels de santé qui demandaient au patient : « Avez-vous une tuberculose symptomatique ? », plutôt que de leur poser des questions sur l'outil de dépistage de la tuberculose.
- Pourquoi des gants sont-ils nécessaires lors du dépistage du VIH chez les patients et comment les éliminer correctement. Lucy avait noté que certains professionnels de santé utilisaient la même paire de gants pour deux ou plusieurs patients alors que d'autres n'avaient pas jeté leurs gants correctement (dans les déchets médicaux).
- Précautions générales de santé. Lucy avait noté que certains professionnels de santé utilisaient leur mobile lors des dépistages du VIH et que d'autres prenaient leur déjeuner sur leur lieu de travail.

Il est important de s'engager auprès des nouveaux professionnels de santé pour obtenir des commentaires sur le bien-être et le soutien psychosocial dans le but de voir à quel point les séances sont utiles pour eux et la manière de structurer ces séances.

« Nous partageons des exercices avec les professionnels de santé qu'ils peuvent mettre en œuvre dans leur programme de travail quotidien et leur vie personnelle. L'un de ces exercices s'appelle l'exercice « Collaboration créative » ; un professionnel de santé partage une expérience positive de son travail, un professionnel de santé

est l'intervieweur (pose des questions pertinentes pour mieux comprendre leur expérience) et un professionnel de santé prend des notes. Cela permet aux professionnels de santé de se connecter par le partage d'une histoire et la compréhension de la signification de l'histoire en relation avec le conteur. Cet exercice permet aux professionnels de santé de refléter l'impact de leur travail au niveau communautaire. Les professionnels de santé peuvent également faire cet exercice pour développer des poèmes ensemble, en tant qu'équipe. »  
- Carrie Smorenburg (Conseillère en soutien psychosocial).

**Quelques professionnels de santé ont créé le poème suivant durant une séance de bien-être ;**

VIH / SIDA ne soyez pas fiers  
Avant vous avez pris nos proches  
Avant vous avez détruit notre pays  
Certains sont orphelins à cause de vous

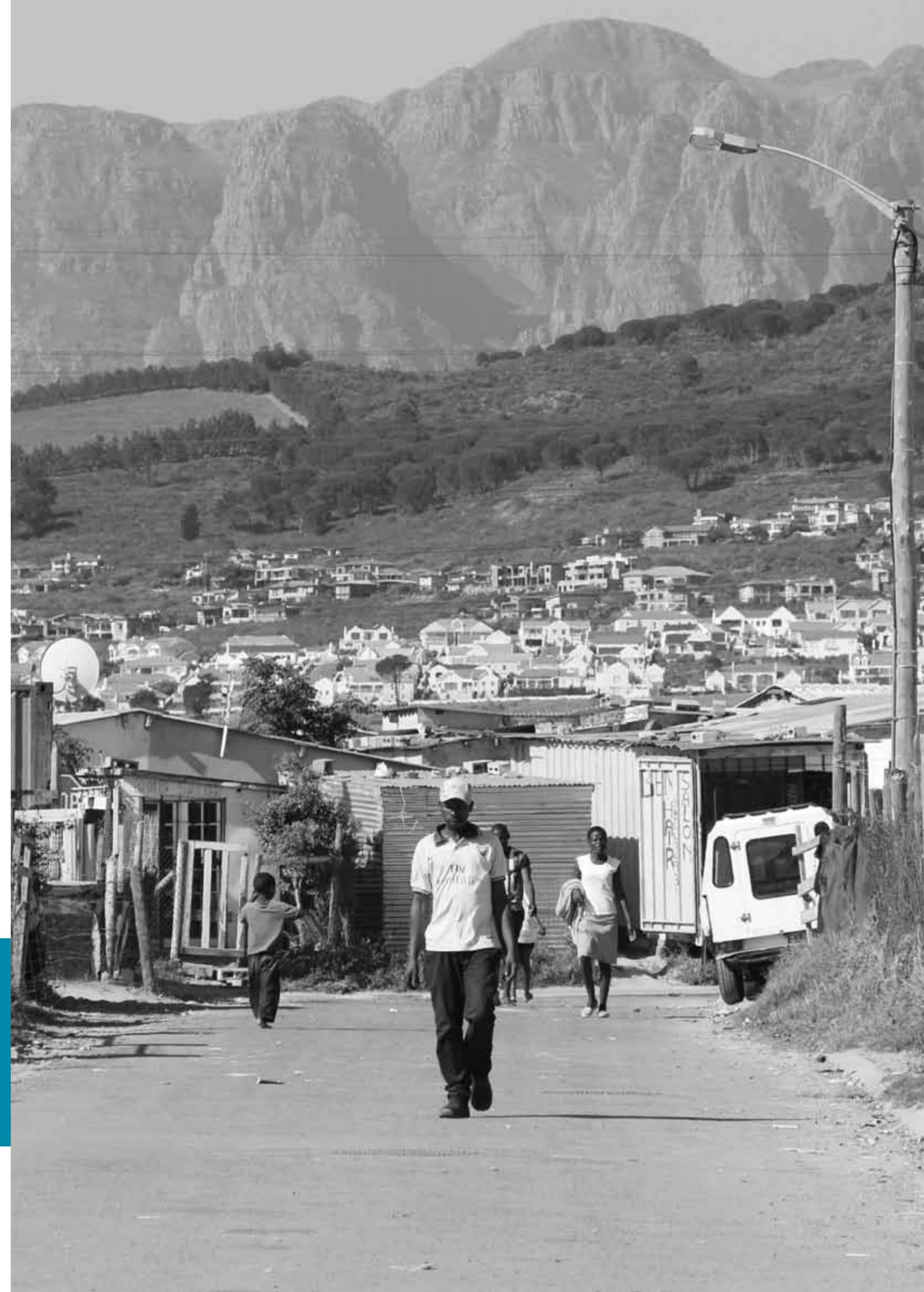
Nous avons senti votre présence  
Nous avons goûté à votre douleur intense  
Nous avons entendu les gémissements de ceux que vous avez attaqués  
Nous vous avons vu tuer nos frères et sœurs  
Nous avons senti votre présence

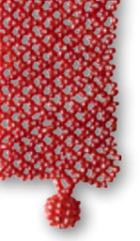
Eh bien ! Trop c'est trop  
Maintenant nous pouvons voir à travers vous  
Les traitements antirétroviraux sont là pour vous supprimer  
Nos familles seront désormais en bonne santé même si vous êtes là  
Vous n'êtes plus une menace pour nous  
Vous êtes morts pour nous maintenant  
Le pouvoir est à nous !

- Nompandolo Ntsimbi, Nonzukiso Npapama et Zimasa May (Professionnels de santé)



Des collaborateurs heureux, inspirés et motivés sont une ressource qui ne peut être considérée comme acquise.





## CHAPITRE 5 PRESTATION DE SERVICES HOLISTIQUES DE DÉPISTAGE DU VIH CENTRÉS SUR LE PATIENT



### PRESTATION DE SERVICES HOLISTIQUES DE DÉPISTAGE DU VIH CENTRÉS SUR LE PATIENT

*Sue-Ann Meehan, Margaret van Niekerk et Blia Yang*



Faites tout ce que vous pouvez avec ce que vous avez, au moment où vous pouvez, à l'endroit où vous vous trouvez.

*- Nkosi Johnson (enfant activiste sud-africain, né avec le VIH, décédé à l'âge de 12 ans en 2001)*



#### Pourquoi ce chapitre est-il important ?

Ce chapitre souligne le rôle vital que jouent les services communautaires de dépistage du VIH (SC DDV) pour atteindre les personnes infectées par le VIH qui ignorent leur séropositivité et pour les associer aux soins et traitements du VIH, ainsi qu'aux patients qui vivent avec le VIH et qui ne suivent aucun soin. Il est impératif de fournir un ensemble intégré de services afin de fournir un service holistique de dépistage du VIH centré sur le patient. Ce chapitre traite de

trois modalités communautaires de dépistage du VIH (chacune avec leurs avantages et défis), le processus de dépistage du VIH et un certain nombre de services connexes qui peuvent être intégrés dans le processus des SDV à différents points. Le chapitre vise à encourager la réflexion et inspirer des idées nouvelles, tout en offrant des principes directeurs généraux et des pratiques exemplaires pour la prestation du dépistage du VIH en dehors d'un environnement contrôlé.

#### Qu'apprendrez-vous de ce chapitre ?

1. Quelles sont les questions importantes à prendre en considération avant la prestation des services communautaires de dépistage du VIH (SC DDV) ?
2. Quels sont les avantages et les inconvénients des trois modalités différentes de SC DDV ?
  - 2.1 Centres autonomes de dépistage du VIH
  - 2.2 Services mobiles de dépistage du VIH
  - 2.3 Services porte-à-porte de dépistage du VIH
3. Quels sont les éléments à prendre en compte lors de la décision sur les modalités des SC DDV qui sont les plus appropriées à mettre en œuvre ?
4. Que doit-on prendre en considération dans le processus de dépistage du VIH ?
  - 4.1 Création de la demande
  - 4.2 Séance d'information pré-test
  - 4.3 Dépistage rapide du VIH
  - 4.4 Conseils post-test et délivrance des résultats de test du VIH
5. Comment les services de santé connexes peuvent-ils être intégrés dans les SDV ?
  - 5.1 Intégration du dépistage des infections sexuellement transmissibles, de la tuberculose et de la planification familiale dans la séance d'information pré-test
  - 5.2 Intégration d'autres services pertinents dans les SC DDV avant les conseils post-test
6. À quoi ressemble le processus d'aiguillage ?
7. Est-ce que les SDV se terminent avec l'aiguillage d'un patient vers un établissement de santé ?

## 1. Quelles sont les questions importantes à prendre en considération avant la prestation des services communautaires de dépistage du VIH ?

Le chapitre d'introduction a souligné les raisons pour lesquelles les services communautaires de prévention du VIH sont importants. Ce chapitre abordera spécifiquement les SC DDV et fournira un ensemble de services intégrés avec une approche centrée sur le patient. Quiconque pense à la mise en œuvre des SC DDV doit avoir une perspective réaliste et prendre note des nombreux avantages ainsi que des défis de la prestation de services en dehors d'un établissement de soins de santé.

Les SC DDV diffèrent des SDV offerts dans les établissements en ce qui a trait au lieu, au flux de patients, aux populations généralement atteintes et à la gamme d'autres services offerts. Les SC DDV sont un moyen efficace et abordable d'encourager un grand nombre de personnes à connaître leur statut VIH, y compris les populations (par exemple, les hommes et les adolescents) qui ne vont pas dans des établissements de santé (79, 80). Les modalités communautaires de dépistage du VIH sont donc une alternative viable aux SDV basés sur les installations dans de nombreux contextes.

Fournir des SDV en dehors d'un établissement de soins de santé, dans un environnement incontrôlé, n'est pas simple. Certains des défis à prendre compte sont :

- Les professionnels de santé peuvent se sentir en danger et vulnérables dans les zones où la criminalité est un problème (le soutien psychosocial envers les professionnels de santé est abordé au Chapitre 4 : Création, formation et maintien d'une équipe).
- Les conditions météorologiques (chaleur, froid, pluie et vent) posent différents défis. Par exemple, le transport et le stockage des tests rapides de VIH dans la plage de température correcte sont difficiles quand il fait très chaud. Cela est abordé au Chapitre 7 : Assurance qualité des services de dépistage rapide du VIH.
- La supervision des professionnels de santé n'est pas simple car elle est souvent indirecte (surtout pour ceux qui fournissent des SDV dans les ménages). La surveillance et l'évaluation des performances du personnel sont abordées dans le Chapitre 9 : Surveillance et Évaluation.

En plus de certains défis, quelques patients ne peuvent pas avoir le même niveau de confiance dans les SC DDV par rapport aux SDV dans un établissement de

soins de santé. Ces patients peuvent demander :

- Puis-je m'attendre à la même qualité de service que je recevrais dans un établissement de soins de santé ?
- Le personnel est-il bien formé ?
- Le résultat des tests du VIH que je reçois sont-ils exacts ?
- La confidentialité sera-t-elle maintenue ?
- Comment ma vie privée sera-t-elle abordée ?

Il est très important que le personnel à qui vous fournissez les SDV ait confiance en votre service. Vous pouvez gagner la confiance en :

- Vous impliquant dans la communauté de manière significative avant, pendant et après la mise en œuvre du service ;
- Fournissant sans cesse des services de haute qualité ;
- Restant axé sur les patients ;
- Étant professionnel à tous moments ;
- Reconnaisant toute erreur et en s'efforçant de les corriger ;
- Ayant de l'intégrité dans tout ce que vous faites.

De plus ;

- Le personnel joue un rôle vital dans la prestation de services. Assurez-vous d'utiliser la bonne catégorie de professionnels de santé pour les services que vous prévoyez de fournir. Vérifiez la portée de la pratique des professionnels de santé dans votre pays. En Afrique du Sud, les conseillers certifiés en VIH peuvent fournir des tests rapides de VIH mais différentes catégories d'infirmières sont nécessaires pour d'autres services cliniques, par exemple, prendre une pression artérielle, calculer l'indice de masse corporelle, utiliser un kit de test de grossesse, faire un examen aléatoire du taux de glycémie dans un lieu d'intervention, distribuer des contraceptifs, etc.
- Il est important que tout SC DDV réponde à la politique provinciale et/ou nationale spécifique au pays sur les SDV. Cela assurera que les services communautaires suivent les mêmes directives et algorithmes que ceux des SDV au sein des établissements. Nous suggérons que les exécutants de programme se familiarisent avec la politique pertinente et s'alignent aux services en conséquence. Cela renforcera la confiance dans les services. La majeure partie des informations contenues dans ce chapitre est basée sur la politique nationale sur les services de dépistage du VIH en Afrique du Sud 2016 (11).

Lorsque vous lisez les meilleures pratiques, les principes directeurs et les conseils généraux tout au long de ce document (et de ce chapitre), vous apprécierez que les SC DDV qui respectent les politiques, les procédures, les protocoles, les algorithmes et les directives spécifiques au pays puissent fournir des SDV de haute qualité, holistiques et axés sur le patient, fournissant aux patients des résultats précis du test de dépistage du VIH, en lesquels ils peuvent avoir confiance.

## 2. Quels sont les avantages et les inconvénients des trois modalités différentes de SC DDV ?

Dans ce chapitre, nous nous tournerons vers trois modalités communautaires différentes de dépistage du VIH. Nous reconnaissons que les trois modalités

décrites ne sont pas exhaustives ; cependant, l'objectif est de fournir des connaissances pratiques basées sur notre expérience de base et ne pas tenir compte de toutes les options possibles.

Rappelez-vous qu'avant d'entrer dans une communauté pour fournir tout type de service, vous devez vous engager avec tous les intervenants concernés et avoir l'appui des gardiens et/ou des politiciens locaux. Le Chapitre 2 : La participation des intervenants fournit des informations pertinentes sur la compréhension de la communauté et la mobilisation de la communauté avant la prestation de services. Nous suggérons que le lecteur implique correctement la communauté avant de mettre en œuvre les SDV.

Nous allons maintenant décrire trois modalités de SC DDV, en notant les avantages et les défis de chacune.



Un centre autonome est un site fixe offrant des SC DDV. Il se compose généralement d'une salle d'attente, de salles de conseil et d'essais et d'un poste d'infirmières.

### 2.1 Centres autonomes de dépistage du VIH

Les centres autonomes sont des sites établis au sein d'une communauté, qui offrent des SDV mais qui ne sont pas rattachés à un établissement de soins de santé (11). Dans notre situation, les centres autonomes étaient situés dans des locaux commerciaux loués (centres commerciaux) ou dans les locaux d'une organisation locale à but non lucratif (OBNL). Les patients pouvaient entrer sans prendre de rendez-vous et solliciter l'un des services fournis dans le cadre d'un ensemble holistique de SDV.

#### Avantages :

- Ils peuvent être installés dans des endroits auxquels il est facile d'accéder. On peut discuter des lieux appropriés avec les intervenants de la communauté.
- **Moins encombrés** par rapport aux établissements de santé, car ils sont particulièrement axés sur le dépistage du VIH et les services de santé connexes.

- **Des délais d'attente plus courts** que les établissements de santé (81).
- **Des espaces privés** pour réaliser des tests et donner des conseils en toute confidentialité si chaque professionnel de santé a sa propre pièce entièrement équipée.
- **Une infrastructure de soutien** pour l'intégration facile des services de santé sexuelles et reproductive et une détection de la grossesse dans les SC DDV.

#### Défis :

- **Ils offrent une gamme de services limitée**, principalement des services de dépistage et de prévention. Les patients peuvent encore avoir besoin d'accéder aux établissements de santé pour d'autres services, par exemple un traitement.
- **Peuvent être coûteux à mettre en place et à maintenir**. Les exécutants de programme doivent assurer une bonne utilisation du centre grâce au marketing et à la visibilité pour le rendre rentable.

### Conseil

#### Lors du choix d'un lieu pour votre centre autonome, rendez-le accessible !

Il est très important de veiller à ce que votre centre autonome soit facilement accessible. Cela signifie que les gens ne doivent pas passer du temps ou de l'argent supplémentaire pour se rendre au centre et faire un test de dépistage du VIH. Choisir un emplacement dans un centre commercial, où de nombreuses personnes passent quotidiennement et disposer d'une signalisation claire et visible qui rendra votre service accessible et visible. Les gens, qui ne pensaient pas à un test de dépistage du VIH à ce moment-là, pourraient être encouragés à entrer et à tester le VIH.

« Pour mettre les patients à l'aise quand ils entrent dans le centre autonome, je les salue de manière chaleureuse et amicale, avec le sourire au visage en leur demandant comment je peux les aider ». - Sr Patricia Heneke (Responsable du site pour un centre des SDV autonome)

### 2.2 Services mobiles de dépistage du VIH

Les services mobiles, souvent appelés « services de proximité », utilisent des unités mobiles (caravanes) et des tentes. Ces services peuvent être fournis partout dans la communauté (11) ; à côté des zones à fort trafic, sur les lieux de travail et dans les écoles en fonction de la population cible. Il est important d'avoir les permissions nécessaires des autorités pertinentes avant de mettre en place vos services.



Les SDV mobiles utilisent une camionnette mobile et des tentes pop-up, qui sont installées dans un espace approprié dans la communauté, à côté des centres de transport ou le long des voies principales. Les tentes sont utilisées par les professionnels de santé pour tester et conseiller les patients. Les chaises sont alignées à l'extérieur des tentes pour créer une zone d'attente informelle.

#### Avantages :

- **Les populations clés et prioritaires**, comme les services peuvent être mis en place dans des lieux spécifiques où ces populations se rassemblent, par exemple, la fourniture de services dans les centres de transport ou les milieux de travail à prédominance masculine pour atteindre les hommes (3, 82) ; et la fourniture de services aux arrêts des camions peut atteindre des camionneurs (une population mobile) et des professionnels du sexe (3).
- **Ils fournissent une occasion immédiate de tester** ceux qui passent devant les services mobiles (5) et ne prévoyaient pas nécessairement d'avoir un test de dépistage du VIH ce jour-là.
- **Ils peuvent atteindre des personnes qui n'ont aucun signe ni symptôme de maladie**, offrant l'occasion de diagnostiquer tôt les personnes infectées par le VIH et de les relier aux soins et au traitement du VIH plus tôt (83).

#### Défis :

- **Ils dépendent du temps.** Pendant les jours froids et humides, il se peut que le personnel ne puisse pas travailler dans les tentes. Un plan de sauvegarde peut inclure la mise en place de services où un abri est disponible, par exemple, sur un lieu de travail ou dans une école. Cela permet de fournir des services à l'intérieur d'un bâtiment et non dans les tentes (les tentes peuvent également être installées dans la salle de l'école ou la cafétéria du lieu de travail).
- **La sécurité du personnel et du matériel** est un défi dans les zones à forte criminalité. L'embauche d'une personne de sécurité pourrait être dissuasive pour les criminels potentiels et aider à la sécurité du personnel et de son matériel.
- **Vie privée.** Les tentes ne peuvent pas fournir d'espace de conseil privé et respecter la confidentialité (5). Cependant, la question de la vie privée peut être abordée si les tentes sont correctement positionnées avec un espace adéquat entre chaque tente.



### Étude de cas : Utilisation des SDV mobiles pour atteindre les hommes - que pouvons-nous apprendre ?

Le Centre TB Desmond Tutu (DTTC) a mis en place des SDV mobiles en utilisant deux stratégies différentes au Cap entre juin et septembre 2015. Le tableau ci-dessous présente les similitudes et différences entre les deux stratégies et fournit certains des résultats du programme pour les hommes.

| Stratégies   | « Centre de transport »  | « Rue par rue »   |
|--|--|---|
| Lieu   | Principal centre de transport urbain (train, bus et taxis se sont tous arrêtés ici).   | Une communauté à forte charge du VIH.   |
| SDV fournis par  | Emplacement standard centralisé (fourgonnette mobile et tentes positionnées au même endroit chaque jour).  | Fourgonnette mobile et tentes installées sur le côté de la route (la position a changé chaque semaine lorsque l'équipe s'est déplacée au sein de la communauté, rue par rue). |
| Services fournis   | Du lundi au vendredi pendant six semaines  | Du lundi au vendredi pendant quatre semaines  |
| Création de la demande   | Utilisation d'un mégaphone et de mobilisateurs distribuant des brochures à toutes les personnes qui traversent et/ou qui utilisent les transports publics au centre.   | Le porte-à-porte fournit de l'enseignement et motive les gens à sortir de leurs maisons et à faire un test de détection du VIH dans les tentes.                               |
| Populations cibles   | Les navetteurs qui se déplacent en ville la journée.   | Les personnes chez elles la journée   |
|  | <b>Résultats</b>   |   |
| Personnes totales testées pour le VIH  | 1880   | 2041  |
| Nombre (%) d'hommes ayant fait l'objet d'un test   | 931 (50 %)   | 931 (46%)   |
| Hommes positifs au VIH (%)   | 43 (4,62%)   | 46 (4,94%)  |
| Hommes dirigés vers les soins contre le VIH (%)  | 41 (95%)   | 42 (91%)  |
| Hommes liés aux soins contre le VIH (%)  | 13 (32%)   | 24 (57%)  |
| Que pouvons-nous apprendre ?   | <ul style="list-style-type: none"><li>• Les deux stratégies peuvent être utiles pour atteindre les hommes car près de la moitié des personnes testées étaient des hommes.</li><li>• La stratégie de « rue par rue » a testé le même nombre d'hommes en quatre semaines ce que le « centre de transport » a fait en six semaines.</li><li>• Les hommes peuvent être chez eux pendant la journée (en raison du taux de chômage élevé dans cette communauté).</li><li>• Le lien autodéclaré avec les soins contre le VIH chez les hommes était faible dans l'ensemble ; une meilleure liaison avec les stratégies de soins est nécessaire.</li><li>• Le lien autodéclaré avec les soins contre le VIH était plus bas à partir du « centre de transport » par rapport au « rue par rue », il était plus difficile de suivre les hommes diagnostiqués au « centre de transport » alors qu'ils venaient de la ville de Cape Town et des alentours.</li></ul> |   |
| <b>Conclusion :</b> Avant de sortir et de tester les personnes pour le VIH, choisissez une stratégie basée sur les populations que vous souhaitez cibler, vos ressources disponibles et la façon dont la stratégie peut affecter le lien avec les soins et le traitement du VIH. |  |   |



Fournir des tests de dépistage du VIH dans un « centre de transport » important et « rue par rue » dans une communauté à forte charge de VIH.

### Conseil

#### Utiliser une personne de sécurité optimale.

La personne de sécurité peut jouer un rôle diversifié au sein de l'équipe. En plus d'agir en tant que gardien de sécurité de l'équipe et de son matériel, cette personne peut également être le chauffeur, peut aider à mettre en place les tentes, ainsi que gérer la file d'attente des patients en attente de services pour assurer l'ordre général. C'est aussi une bonne idée pour cette personne d'être impliquée dans la planification de tous les services mobiles et d'avoir des contacts avec la police locale et/ou les entreprises de sécurité. (Voir le Chapitre 4 : Création, formation et maintien d'une équipe.)

### 2.3 Services porte-à-porte de dépistage du VIH

Le dépistage à domicile a une forte participation en Afrique (84). Il se divise en deux catégories. Les tests de porte-à-porte ont lieu lorsque les professionnels de santé vont de porte à porte pour offrir aux résidents admissibles d'une communauté un test de dépistage du VIH chez eux et un modèle de cas index qui est une approche ciblée dans laquelle les professionnels de santé visitent les foyers de personnes diagnostiquées avec le VIH ou la tuberculose, et offrent des SDV aux membres de la famille et aux partenaires qui résident dans la même maison ou qui fréquentent la maison (11). Il existe deux façons de réaliser des tests rapides de dépistage du VIH dans un milieu familial, soit par des professionnels de santé qualifiés (comme une infirmière ou un conseiller en VIH), soit par un auto-test, où l'individu se teste lui-même avec un test rapide de dépistage du VIH.

#### Avantages :

- **Pratique pour les patients** (85), car ils n'ont pas besoin de dépenser du temps ni de l'argent pour

se déplacer vers un établissement de santé ou faire de longues queues d'attente.

- **Ils peuvent aider à réduire la stigmatisation**, car les gens ne risquent pas d'être vus dans les établissements de santé publics (85).
- **Ils peuvent augmenter la divulgation entre les membres de la famille ou les couples**. Cela fournit une plateforme de soutien, qui peut également aider à réduire la stigmatisation.
- **Ils peuvent atteindre les jeunes, les enfants infectés par le VIH** qui sont orphelins et/ou ne vivent pas avec leurs parents biologiques (86).

#### Défis :

- **Manque de vie privée et de confidentialité**, surtout dans les ménages ayant un espace limité (85). La divulgation du statut d'un individu peut être préoccupante dans un groupe, en particulier dans les cas où il existe une violence domestique.
- **Faible assimilation chez les adolescents** en raison d'un manque de confidentialité. Les adolescents peuvent parfois craindre certaines questions posées par d'autres membres de la famille qui peuvent exiger de connaître leur statut (85).
- **Sécurité du personnel**. Les professionnels de santé peuvent être vulnérables au vol (téléphones, fournitures ou uniformes).
- **Le bien-être affectif du personnel**. Les professionnels de santé peuvent être confrontés à des situations traumatiques à l'intérieur des foyers, par exemple, voir la violence conjugale ou rencontrer des personnes qui abusent de substances (alcool ou drogues). Voir le Chapitre 4 : Création, formation et maintien d'une équipe autour d'un soutien psychosocial pour les professionnels de santé.
- **Les coûts de fonctionnement élevés** (85), qui doivent être pris en considération en fonction des gains d'efficacité que cette approche peut générer.



Les tests de porte-à-porte où les professionnels de santé vont de porte-à-porte offrant aux résidents admissibles d'une communauté un test de dépistage du VIH chez eux.

### 3. Quels sont les éléments à prendre en compte lors de la décision sur les modalités des SC DDV qui sont les plus appropriées à mettre en œuvre ?

Cette section met en évidence certains aspects à prendre en compte lors de la prise de décision sur les modalités des SC DDV qui conviennent le mieux à la mise en œuvre dans un contexte spécifique. Elle ne vise pas à être exhaustive mais simplement à stimuler la pensée.

« La planification et la préparation efficaces sont généralement les éléments clés de la prestation d'un service de dépistage du VIH de haute qualité ». - Sr. Fortunate Ndaba (Infirmière professionnelle dans un centre autonome)



Les professionnels de santé se préparent aux SDV de porte-à-porte

Tableau 5.1 : Considérations pour les trois modalités des SC DDV

|   | Centres autonomes des SDV  | SDV mobiles   | SDV de porte-à-porte   |
|---|--|---|--|
| <b>Infrastructure requise</b>                                   | Espace loué (site fixe). Salle séparée pour chaque professionnel de santé.   | Fourgonnette mobile et tentes pop-up. Chaque professionnel de santé doit avoir sa propre tente.   | Un centre de transport là où le personnel peut se rencontrer au début de chaque journée.   |
| <b>Personnel recommandé</b>                                     | Une infirmière professionnelle et trois conseillers laïcs du VIH (chacun doit avoir sa propre chambre).  | Une infirmière professionnelle et trois conseillers laïcs du VIH (chacun doit avoir sa propre tente).   | Deux conseillers laïcs du VIH devraient travailler ensemble et aller dans les foyers ensemble.   |
| <b>Exigences de transport pour le personnel et le matériel</b>  | s.o. Les professionnels de santé travaillent à partir du centre autonome (matériel et consommables stockés au centre).   | Le véhicule qui peut remorquer une unité mobile, transporter le personnel et le matériel d'une plateforme centrale vers un site de sensibilisation spécifique tous les jours. | s.o. Les professionnels de santé marchent à partir de la plateforme centrale et font du porte-à-porte. Matériel et consommables stockés au centre. |
| <b>Matériel dans la pièce de dépistage</b>                      | Bureau et chaises dans chaque pièce  | Table pliante et chaises en plastique dans chaque tente   | Table d'ordinateur (panneau rigide qui est utilisé sur vos genoux).  |
| <b>Matériel plus petit</b>                                      | Balance, stadiomètre, tensiomètre, glucomètre, appareil de dépistage du cholestérol, analyseur de CD4 sur le lieu d'intervention.  | Balance, stadiomètre, mesure de la tension artérielle, glucomètre, appareil de dépistage du cholestérol, analyseur de CD4 sur le lieu d'intervention.                         | s.o.   |
| <b>Transport des fournitures</b>                                | s.o. - les fournitures seront posées sur le bureau.  | Installez une grande caisse de rangement et mettez-la sur la table pliante dans chaque tente.   | Portez un sac-à-dos et mettez-le sur une table ou sur le sol à l'intérieur de la maison.   |
| <b>Stockage des kits de test rapide de VIH</b>                  | Dans le frigidaire ou dans la zone d'air conditionné avec un thermomètre.  | Dans une glacière avec des packs de gel et un thermomètre.  | Dans une glacière avec des packs de gel et un thermomètre.   |
| <b>Fournitures requises pour les SDV</b>                        | Gants, kits de dépistage rapides du VIH, lancettes, tubes capillaires, tampons de fixation, ouate, tampons alcoolisés, sparadraps, protections, minuteur, étiquettes, stylos, récipients à objet tranchants, sacs à déchets médicaux, outils de démonstration d'utilisation de préservatif, préservatifs féminins et masculins, kits de test de grossesse, dossiers SFH vides (formulaires de patients) et ressources IEC. |   |  |
| <b>Collecte d'une expectoration pour un test de tuberculose</b> | Procédez à la collecte en dehors d'un espace privé. Pensez à construire une cabine d'expectoration externe.  | Procédez à la collecte en dehors de la tente dans un espace privé. Envisagez d'utiliser une tente désignée comme cabine d'expectoration.                                      | Procédez à la collecte en dehors de la maison dans un espace privé.  |
| <b>Fournitures requises pour la collecte de l'expectoration</b> | Flacon d'expectoration, gants, masque pour les professionnels de santé, stylos, étiquette pour les flacons d'expectoration, sac en plastique pour y mettre le flacon d'expectoration, brochure du laboratoire et formulaires d'enregistrement des patients correspondants.   |   |  |
| <b>Contrôle de l'infection</b>                                  | Les chambres doivent avoir des fenêtres qui peuvent s'ouvrir pour aider à la circulation de l'air.   | Les tentes doivent avoir deux panneaux vitrés pour aider à la circulation de l'air.   | Demandez si les fenêtres et/ou la porte de la maison peuvent être ouvertes pour aider à la circulation de l'air.                                   |

**Le saviez-vous ?  
Qu'est-ce que l'auto-test du VIH ?**

L'auto-test du VIH (HIVST) est un processus dans lequel une personne qui veut connaître son statut VIH recueille un spécimen, effectue un test et interprète le résultat par lui-même, généralement en privé (11). Le VIHST est un test de pré-dépistage et ne fournit pas de diagnostic définitif mais donne aux gens la possibilité de procéder à des tests discrets et peut augmenter l'adoption du dépistage du VIH chez les personnes non atteintes par d'autres SDV (76).



« Lorsque nous arrivons au site, nous commençons à monter les tentes et souvent il y a des gens debout autour de nous, alors nous leur parlons et leur expliquons pourquoi nous sommes là et quels services nous fournissons... Je les invite à faire un test » - Sr. Gertrude van Rensburg (Responsable du site des SDV mobiles).



Il faut de la coopération et du travail d'équipe pour positionner la camionnette mobile et installer les tentes chaque jour pour les SDV mobiles. Tous les membres de l'équipe SDV doivent assumer leur rôle afin que le processus se déroule en douceur.



**Le saviez-vous ?  
Qu'est-ce qu'une cabine d'expectoration externe ?**

C'est une structure située en dehors de l'établissement de santé ou d'un centre autonome, où peuvent aller les patients qui ont des symptômes de la tuberculose, afin de produire des expectorations dans un lieu privé et bien ventilé. La structure ne dispose généralement pas de porte et doit être construite de sorte que l'air puisse circuler librement depuis l'extérieur. La photographie montre une cabine d'épuration située derrière un centre autonome pour la confidentialité (l'entrée fait face au mur de la propriété). Pour assurer une bonne ventilation, un côté entier (entrée) est ouvert et l'air peut également circuler par les trois côtés restants. Il y a un toit pour empêcher les patients de se mouiller s'il pleut. Bien que grossièrement construite, la construction de la cabine était facile et rapide et n'a pas coûté très cher.



**4. Que doit-on prendre en considération dans le processus de dépistage du VIH ?**

Cette section décrit le processus de dépistage du VIH, en soulignant certains des principes clés pour fournir un service de haute qualité.

**4.1 Création de la demande**

Il est important de sensibiliser aux SC DDV. Cela ne peut se faire que par le biais de campagnes sous différents formats (voir le Chapitre 2 : Engagement des intervenants). La création d'une demande de dépistage du VIH est importante si vous souhaitez atteindre certains groupes de population, car votre campagne et votre messagerie doivent être ciblés sur ce groupe particulier.

**4.2 Séance d'information pré-test**

**4.2.1 Informations importantes de pré-test**

Les conseils pré-test interminables ne sont plus nécessaires (11) car la plupart des gens ont été exposés aux informations sur le VIH et le SIDA. Il est bon de vérifier que le patient comprend certaines informations importantes de pré-test (11, 76). Cela inclut :

- Qu'est-ce que le VIH et comment est-il transmis.
- L'association entre le VIH et les infections sexuellement transmissibles (IST) et le VIH et les infections opportunistes (par exemple, la tuberculose).
- Comment contracte-t-on le VIH et une brève description des options de prévention du VIH disponibles.

- Les avantages du dépistage du VIH.
- La signification d'un diagnostic négatif ou positif du VIH.
- Les services mis à disposition des patients positifs au VIH.
- La confidentialité des résultats du test et toute autre information partagée par le patient.
- Les droits du patient de refuser un dépistage du VIH et la confirmation que ce refus n'aura pas d'impact négatif pour accéder à d'autres services.
- L'occasion de poser des questions au professionnel de santé.

Voir l'Annexe 13 pour obtenir un exemple d'un dossier de SDV qui peut être utilisé pour enregistrer toutes les informations appropriées de conseil et de test pour chaque patient. Il est avantageux de disposer du matériel d'information, d'éducation et de communication imprimé (IEC) disponible dans des langues locales, que les patients peuvent emmener avec eux et lire. Ce matériel doit être techniquement correct mais écrit de manière facile à comprendre. Les images et/ou les diagrammes sont utiles. Une brochure d'informations qui peut être facilement rangée dans un portefeuille ou un porte-monnaie est un élément à prendre en compte. Dans notre contexte, nous avons produit des cartes de poche en z (appelées ainsi par rapport à la manière dont elles se déplient). Différentes cartes en z étaient mises à disposition autour du VIH, de la tuberculose, des IST, de la grossesse et de la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PPTME). (Voir l'Annexe 14 pour voir un exemple de dépliants du VIH.)



Les ressources IEC, y compris les dépliants, sont un moyen idéal pour informer les patients en matière de santé. Veillez à ce que le matériel soit toujours disponible dans la langue locale et soit écrit d'une manière facile à comprendre. Il est utile d'avoir des images et des diagrammes.

#### 4.2.2 Prise en compte des individus ou des couples

La plupart des tests de VIH ont lieu entre un individu et un professionnel de santé présent à la séance d'information pré-test. Toutefois, le fait de tester les couples est un bon moyen d'aider davantage les personnes à connaître leur séropositivité, en particulier les hommes qui sont moins susceptibles de se faire tester pour le VIH que les femmes (76). Un couple

serait deux individus engagés dans une relation sexuelle en cours (hétérosexuels ou homosexuels). Lors des tests, les couples passent par des séances d'information pré-test avec le professionnel de santé.

Encourager les couples à réaliser un test ensemble et à divulguer mutuellement leur statut de séropositivité permet aux couples de prendre des décisions communes et éclairées sur la prévention du VIH et les

**Tableau 5.2 : Le dépistage du VIH des couples face aux individus**

| Dépistage du VIH et informations de pré-test chez les individus  | Dépistage du VIH et informations de pré-test chez les couples  |
|--|--|
| Seul un partenaire entend les informations.  | Les partenaires entendent les informations ensemble, augmentant ainsi la probabilité d'une compréhension partagée.   |
| Les individus prennent uniquement connaissance de leur propre statut sérologique.  | Les individus prennent connaissance de leur propre statut sérologique et du statut de leur partenaire.   |
| Les messages de post-test prennent en compte le statut d'un partenaire ; les individus peuvent supposer à tort que le statut de leur partenaire est le même que le leur. | Les messages de post-test sont personnalisés sur la base des résultats des tests des deux partenaires.   |
| Les individus assument la charge de la divulgation au partenaire.  | La divulgation mutuelle est immédiate.   |
| Le professionnel de santé n'est pas présent pour faciliter la discussion du couple sur les problèmes difficiles, y compris les problèmes de tension et de culpabilité    | Le professionnel de santé crée un environnement sécuritaire et peut aider les couples à parler de problèmes difficiles dont ils n'ont peut-être pas discuté avant, y compris les blâmes. |
| Les décisions en matière de prévention, de traitement et de soins sont plus généralement prises isolément.   | Les décisions en matière de prévention, de traitement et de soins peuvent être prises ensemble.  |
| Il incombe aux individus de faire en sorte que les membres de la famille et/ou les enfants soient testés.  | Les décisions concernant les tests familiaux ou infantiles, ainsi que la planification familiale, peuvent être prises ensemble.  |

#### Étude de cas : Un couple profite de l'occasion pour se faire tester dans un SDV mobile où une décision pouvait être prise ensemble sur leur santé

En mai 2013, une unité mobile de dépistage du VIH venant du DTTC, a été installée dans un coin de rue très dense dans une communauté à la périphérie de Cape Town. Kenneth et Nandi (un couple non marié) s'y promenaient. Ils ont discuté des tests de dépistage du VIH auparavant et ont décidé de saisir l'opportunité disponible et d'être testés. Kenneth était venu en Afrique du Sud du Zimbabwe et étudiait à Cape Town où il rencontra Nandi, originaire du Cap Oriental. Le couple a déclaré qu'ils avaient des objectifs de vie similaires et qu'ils étaient ensemble depuis deux ans. Ils ont dit qu'ils avaient trouvé la séance d'information pré-test intéressante et motivante, et qu'ils avaient reçu des messages clairs sur la prévention du VIH et des stratégies de réduction des risques à travers elle. Patrick, le professionnel de santé, les avait dépistés à la fois pour la tuberculose, les IST et ont discuté de leurs besoins de planification familiale. Il a établi que Nandi utilisait un contraceptif oral.

Kenneth et Nandi ont fait un test de VIH qui s'est révélé négatif pour tous les deux. Durant les conseils de post-test, le couple a demandé des préservatifs masculins, que Patrick leur a donné. Patrick a ensuite discuté des avantages de la circoncision masculine médicale volontaire avec le couple. Kenneth a dit qu'il était intéressé par la circoncision. Patrick a donné des détails sur les conséquences du processus. Nandi a demandé combien de temps ils devraient attendre après la procédure avant d'avoir de nouvelles relations sexuelles. Après une discussion plus approfondie, le couple a convenu conjointement qu'il serait mutuellement bénéfique pour Kenneth d'être circoncis. Patrick l'a dirigé vers un établissement de santé, où Kenneth a été circoncis avec succès une semaine plus tard.

*Encourager les couples à réaliser un test ensemble et à divulguer mutuellement leur état sérologique permet aux couples de prendre des décisions communes et éclairées sur la prévention du VIH et les questions de reproduction, tels que la contraception et la conception.*



problèmes de reproduction, tels que la contraception et la conception (11). Les professionnels de santé doivent encourager les patients à réaliser un test en tant que couple. Voir le Tableau 5.2

#### 4.2.3 Consentement éclairé

Le consentement éclairé est pris à la fin de la séance d'information pré-test. Le consentement éclairé implique qu'une personne reçoit toutes les informations pertinentes sur le test du VIH et, sur la base de ces informations, a l'opportunité d'accepter ou de refuser de réaliser un test de dépistage du VIH (11). Le consentement éclairé doit être donné par écrit et signé par le patient et le professionnel de santé.

Bien que l'âge auquel une personne puisse donner son consentement éclairé diffère d'un pays à un autre (l'âge de consentement est de 12 ans en Afrique du Sud), les professionnels de santé doivent s'assurer que le patient comprend pourquoi il doit faire l'objet d'un test et comprendre les conséquences d'un résultat positif ou négatif. Il est également utile que le patient puisse fournir des détails sur la manière dont il est susceptible de réagir à l'un ou à l'autre des résultats. Par exemple, la manière dont ils ont précédemment

un test de dépistage du VIH.

#### 4.3 Dépistage rapide du VIH

##### 4.3.1 Détection d'anticorps

Les tests rapides du VIH se basent sur le principe de la détection des anticorps contre le virus de l'immunodéficience humaine (VIH). Le virus contient de nombreuses protéines (antigènes) différentes contre lesquelles le système immunitaire produit des anticorps. Les anticorps sont présents dans le sang et sont une indication de l'infection par le VIH. Les tests rapides de détection du VIH n'identifient pas le virus, ils détectent les anticorps qui ont été produits en réponse à une infection par le virus. Il est important de rappeler qu'un test négatif n'exclut pas les infections. Les tests rapides peuvent être négatifs lors d'une infection précoce lorsque des anticorps n'ont pas encore été produits en quantité détectable (la « fenêtre sérologique ») (76, 87).



*Le consentement éclairé doit être donné par écrit et signé par le patient et le professionnel de santé.*

#### Le saviez-vous ?

##### Quelles informations doivent être incluses dans le consentement éclairé ?

Bien qu'elles se basent sur le contexte sud-africain (11), ces informations peuvent être adaptées au niveau contextuel. Votre patient doit :

- connaître les avantages et les implications de connaître son statut sérologique.
- comprendre le droit de retirer le consentement à n'importe quelle étape du processus.
- connaître la disponibilité du traitement ; des soins et de l'assistance ; et des services de prévention.
- comprendre l'importance de la divulgation et des tests de la famille / du partenaire et la disponibilité des SDV du couple.
- connaître les procédures et le processus des SDV.

réagi à un événement négatif (11).

Le consentement éclairé doit être donné par écrit et le patient signe le formulaire de consentement. Dans le cas d'un analphabète, il est préférable d'utiliser ses empreintes digitales pour montrer qu'il a consenti à

#### Le saviez-vous ?

##### Quelle est la « période de fenêtre » ?

La « période de fenêtre » correspond au délai entre le moment auquel une personne est infectée par le VIH et le moment auquel le test rapide du VIH peut détecter les anticorps du VIH dans son sang. Une personne infectée par le VIH peut transmettre le VIH durant la période de fenêtre (76). La politique sud-africaine de dépistage du VIH stipule que le nouveau test devrait avoir lieu six semaines après la date d'exposition possible pour ceux qui signalent un risque d'exposition récent ou en cours (11).

### 4.3.2 Le processus de dépistage du VIH

Le Programme communautaire de dépistage du VIH doit toujours être réalisé conformément aux protocoles et directives spécifiques au pays. Il est également important de suivre un processus strict pour s'assurer que le dépistage du VIH se fait de façon cohérente et sécurisée, dans le but de donner au patient des résultats corrects. Le dépistage communautaire du VIH utilise les kits rapides de dépistage rapide du VIH. (Voir le Chapitre 7 : Assurance qualité du dépistage rapide du VIH).

Nous vous suggérons de prendre en considération les meilleures pratiques suivantes lors de l'utilisation des kits de dépistage rapide du VIH :

1. Les professionnels de santé doivent porter des gants après la signature du consentement.
2. Vérifier la date d'expiration imprimée sur le kit de test et interdiction de réaliser un test dépassant la date de péremption.
3. Réchauffer la main du patient.
4. Retirer une bandelette réactive du paquet.
5. Retirer la feuille de protection de la bandelette réactive et appliquer la bandelette sur une surface plane avec un autocollant.
6. Marquer l'étiquette avec le nom (code à barres) ou le numéro unique du patient.
7. Nettoyer le bout de l'index, du majeur ou de l'annulaire du patient avec un tampon d'alcool et sécher à l'air libre.
8. Piquer le côté du doigt avec une lancette automatique et jeter la lancette en toute sécurité dans un récipient à objets tranchants.
9. Baisser la main pour inciter le flux sanguin à aller jusqu'à la pointe du doigt jusqu'à avoir une grande goutte de sang.
10. Recueillir la quantité correcte de sang dans le tube capillaire en verre. Éviter les bulles d'air.
11. Appliquer l'extrémité du tube capillaire au tampon d'échantillonnage sur le kit de test (ne pas faire toucher le tampon de test et l'extrémité du tube capillaire).
12. Attendre que l'échantillon complet de sang soit aspiré par le tampon de la bandelette de test (la dernière goutte est difficile à sortir, assurez-vous que cela a été compensé lorsque vous tirez du sang dans le tube capillaire).
13. Appliquer le réactif (tampon de fixation) à la bandelette réactive et noter l'heure sur l'étiquette. Veiller à ne pas faire toucher la bouteille tampon contre la bandelette réactive ou l'échantillon sanguin.



Les professionnels de santé doivent suivre les procédures appropriées et l'algorithme de test pertinent lors des tests rapides du VIH.

14. Lire les résultats après l'heure désignée.
15. S'assurer qu'il existe une barre de contrôle visible pour confirmer la validité du test.
16. Interpréter les résultats du test.
17. Jeter la bandelette réactive dans le conteneur de déchets médicaux appropriés une fois que les résultats ont été enregistrés.

### 4.3.3 Suivre un algorithme en série

Envisager de suivre un algorithme en série. Nous décrivons l'algorithme en série utilisé en Afrique du Sud (voir la Figure 5.1 ci-dessous).

- Un test rapide est utilisé en tant que test de dépistage.
- Si le **test de dépistage n'est pas réactif**, alors la personne reçoit un **résultat négatif**, mais doit être informée de la période de fenêtre (possibilité d'une exposition récente).
- Si le **test de dépistage est réactif** (donne un résultat de VIH positif), alors un test rapide différent doit être utilisé comme **test de confirmation**.
- Si le **test de confirmation est réactif**, la personne sera diagnostiquée **avec le VIH**.
- Si le **test de confirmation n'est pas réactif**, il faudra **répéter l'algorithme du test depuis le début**.

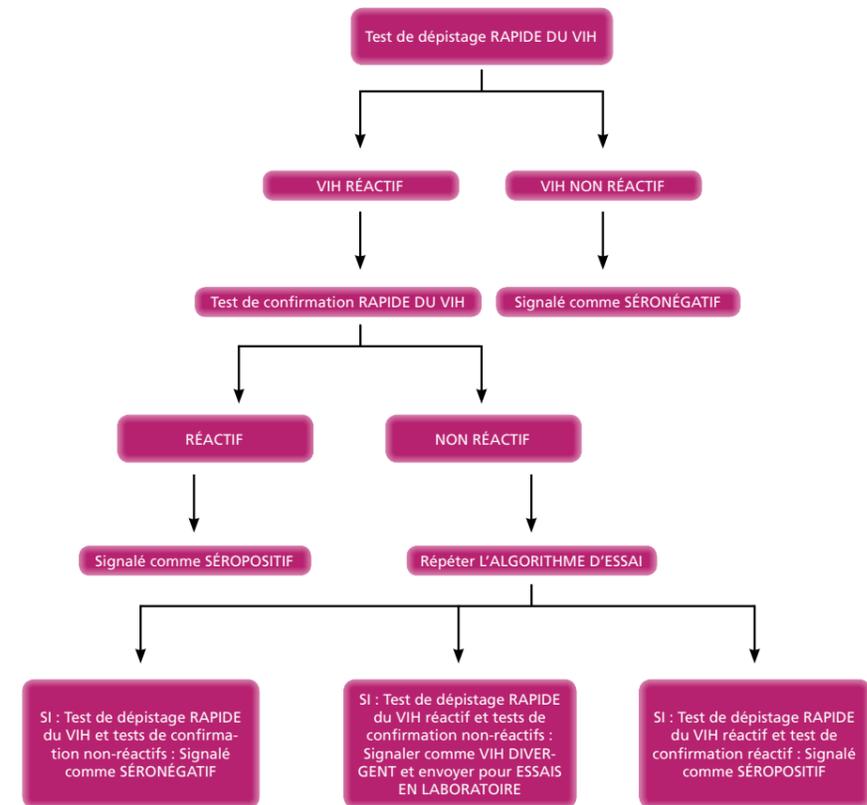


Figure 5.1 : Algorithme de dépistage du VIH national sud-africain

#### Conseil

##### Rendre les SDV efficaces

Il faut du temps avant que le résultat du test du VIH ne puisse être lu (environ 15 à 20 minutes selon la marque du kit de test rapide du VIH utilisé). Durant cette période, le patient peut bénéficier d'autres services pertinents (voir la section ci-dessous sur l'intégration des services). Comme les autres services sont généralement fournis par un autre professionnel de santé (souvent une infirmière), le patient passera à un autre espace, ce qui signifie que le premier professionnel de santé peut fournir des informations de pré-test au prochain patient en attente. Il en résulte que chaque patient reçoit un service intégré dans les plus brefs délais et fait que les patients attendent généralement le moins possible, car les professionnels de santé gèrent plus d'un patient à la fois. Cependant, il est important d'assurer la confidentialité des résultats du test de dépistage du VIH lors de la gestion de plus d'un patient à la fois.

Si le test de dépistage est de nouveau réactif et que le test de confirmation est de nouveau non réactif, indiquez le résultat en tant que **divergent au VIH** (le statut de VIH de la personne n'est pas concluant).

- » Collectez le sang entier pour un dosage immuno-enzymatique (ELISA), qui est effectué au laboratoire. Seule une infirmière peut recueillir le sang pour un ELISA, donc s'il n'y a pas d'infirmière sur place, le patient devra être renvoyé à un établissement de soins de santé.
- » Le statut de VIH d'une personne ne sera connu que lorsque les résultats du laboratoire seront retournés.

Voir l'Annexe 15 pour avoir une représentation visuelle de la manière d'interpréter un résultat de test rapide du VIH.

### 4.4 Conseils post-test et délivrance des résultats de test du VIH

Le professionnel de santé donnera les résultats de test du VIH au patient durant les conseils post-test. Les messages clés délivrés doivent directement refléter les résultats du test du VIH.

#### 4.4.1 Le patient décide qu'il ne souhaite plus connaître ses résultats

Parfois, un patient peut décider qu'il ne souhaite plus connaître ses résultats du test du VIH même s'il a consenti à ce test. C'est son droit. Le professionnel de santé doit connaître les raisons de son refus de connaître ses résultats et répondre à ses questions concernant ses craintes. Aborder ses craintes peut amener le patient à changer d'avis concernant la découverte de son statut sérologique. Si le patient est certain qu'il ne veut pas connaître son statut, les conseils post-test devront être documentés en tant que tels. Des conseils complémentaires devraient inclure les informations sur la santé autour de la réduction des risques et le professionnel de santé peut recommander des comportements de prévention du VIH, par exemple, l'utilisation appropriée du préservatif. Le patient doit être invité à revenir lorsqu'il se sent prêt à découvrir ses résultats (le test du VIH devra être répété si le patient revient). Voir la section de conseils post-test à l'Annexe 13.

#### 4.4.2 Résultats négatifs au VIH

Cette partie doit se concentrer sur le maintien du statut négatif au VIH d'une personne. Les informations sur la santé doivent inclure des conseils en réduction des risques et recommander des comportements de prévention du VIH en fonction du profil de risque des patients. Pour ceux qui ont peut-être eu une exposition récente au VIH et qui peuvent être dans la période de fenêtre, une date doit être



Explication du résultat du test négatif au VIH à un patient qui est content d'être séronégatif.

fixée pour revenir faire un autre test de VIH. Voir la section de conseils post-test à l'Annexe 13. À ce stade, les professionnels de santé peuvent éduquer les hommes sur la circoncision masculine médicale volontaire (CMMV) et renvoyer ceux qui sont intéressés à avoir la procédure, vers un établissement de santé ou une autre organisation qui effectue l'intervention.

« Dans de nombreux cas, les patients expriment leur bonheur face à des résultats négatifs, surtout les femmes qui n'ont jamais fait l'objet d'un test auparavant. Elles se diront très satisfaites de leurs résultats parce qu'elles ne savent pas ce que fait leur partenaire quand il est sorti ». - Mme Thabisa Bike (Professionnelle de santé)

#### 4.4.3 Résultats discordants au VIH

Cette partie doit s'assurer que le patient comprend les résultats discordants (le test rapide de dépistage était positif, mais le test rapide de confirmation était négatif après avoir suivi l'algorithme en série). Le patient doit comprendre qu'un diagnostic définitif du VIH ne peut être déterminé à ce moment et que son statut de VIH est peu concluant. Le professionnel de santé doit expliquer le processus en cours pour confirmer un statut du VIH, qui consiste à extraire du sang entier et à l'envoyer au laboratoire pour les tests ELISA. Les patients doivent recevoir des conseils sur les pratiques sexuelles protégées et l'utilisation des préservatifs. Il est également utile de discuter du soutien éventuel mis à disposition du patient durant cette période d'incertitude, à qui ce dernier pourra divulguer son statut non concluant. Le patient devrait recevoir une date à laquelle il peut revenir pour connaître le résultat de l'ELISA. Lors de ce rendez-vous de suivi, le patient recevra les conseils post-test appropriés pour un résultat négatif ou positif. Voir la section de conseils post-test à l'Annexe 13.

#### 4.4.4 Résultats positifs au VIH

Les professionnels de santé doivent être conscients de la réaction d'une personne face à un résultat positif du VIH ; certaines personnes peuvent être en état de choc, d'autres dans le déni. Les professionnels de santé doivent fournir le soutien émotionnel nécessaire en :

- donnant au patient le temps de comprendre les résultats ;
- aidant le patient à faire face aux émotions découlant du diagnostic d'infection par le VIH ;
- discutant des préoccupations immédiates et

en aidant le patient à décider qui, dans son réseau social, peut être prêt à fournir un soutien immédiat ;

- discutant de la divulgation possible du résultat, et des risques et des avantages de la divulgation ;
- évaluant les risques de violence conjugale et en discutant des mesures possibles pour assurer la sécurité physique du patient, en particulier les femmes, qui sont diagnostiquées séropositives ;
- évaluant les risques de suicide, de dépression et d'autres conséquences pour la santé mentale d'un diagnostic d'infection par le VIH et en fournissant des recommandations supplémentaires appropriées pour la prévention, le conseil et le soutien ;
- discutant des obstacles aux liens aux soins ; et
- encourageant le patient et en lui permettant de poser d'autres questions (11).

À la fin des conseils post-test, il est important que le patient comprenne son diagnostic et dispose d'informations claires sur les soins et le traitement du VIH, sur son éligibilité au traitement antirétroviral (ART) selon les directives du pays et où accéder aux soins et au traitement du VIH. Voir la section de conseils post-test à l'Annexe 13.

« Nous avons procédé au test du VIH chez une jeune fille de 18 ans, qui s'est avéré positif. Nous lui avons demandé d'attendre pendant que nous procédions au test CD4 sur le lieu d'intervention afin de déterminer son nombre de CD4. Je pense qu'elle s'est trouvée désemparée car elle est partie du centre en courant sans ses résultats ou lettre de demande de consultation... Nous avons pu la tracer et communiquer avec elle par sms... deux semaines plus tard, elle m'a expliqué qu'elle était choquée. Nous lui

avons apporté notre soutien. Elle a amené sa sœur à une séance de conseils supplémentaire et a révélé son statut à sa sœur. Avec le soutien de sa sœur, elle a commencé à mieux faire face à son diagnostic et elle a commencé l'ART ». (Infirmière professionnelle travaillant dans un centre communautaire autonome offrant des SDV).

#### 4.4.5 Les préservatifs font partie des conseils de post-test indépendamment des résultats des tests du VIH

Indépendamment des résultats des tests du VIH, le professionnel de santé doit discuter des préservatifs avec le patient, démontrer comment utiliser correctement un préservatif (préservatif masculin et féminin) et expliquer les avantages de l'utilisation de préservatifs au patient (réduire le risque de transmission du VIH).

Visitez les sites internet suivants pour en apprendre davantage sur les avantages et inconvénients de l'utilisation des préservatifs

<http://www.ashsexualhealth.org/sexual-health/all-about-condoms/>

<http://www.health24.com/Sex/Great-sex/Condom-dos-and-donts-20120721>

Visitez les sites internet de CDC suivants pour voir la manière de mettre et d'enlever :

un préservatif masculin ; <https://www.cdc.gov/condomeffectiveness/male-condom-use.html>; et,

un préservatif féminin ; <https://www.cdc.gov/condomeffectiveness/female-condom-use.html>



Indépendamment des résultats des tests du VIH du patient, le professionnel de santé doit discuter des préservatifs avec le patient au cours des conseils de post-test et expliquer comment utiliser un préservatif correctement, si cela est demandé par le patient.



### Le saviez-vous ?

#### Les préservatifs sont-ils bons pour prévenir la grossesse et les IST, y compris le VIH ?

Si vous utilisez correctement les préservatifs lors de chaque relation sexuelle, ceux-ci sont efficaces à 98 % pour empêcher une grossesse. Toutefois, les gens ne sont pas parfaits, donc, dans la vie réelle, les préservatifs ont une efficacité d'environ 82 %, ce qui signifie qu'environ 18 personnes sur 100 qui utilisent des préservatifs comme leur seule méthode contraceptive tomberont enceinte chaque année (88).

Les préservatifs réduisent la transmission du VIH de plus de 70 % lorsqu'ils sont utilisés systématiquement par des couples hétérosexuels sérodiscordants du VIH (89) et par des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) (90).

L'utilisation systématique et correcte des préservatifs masculins en latex réduit le risque de nombreuses IST qui sont transmises par les fluides génitaux (par ex., la chlamydia, la gonorrhée et la trichomonase). Ils peuvent également réduire le risque de maladies de l'ulcère génital (par ex., l'herpès génital, la syphilis et le chancre), mais seulement si la zone infectée ou le site d'exposition potentielle est protégé par le préservatif (91).

## 5. Comment les services de santé connexes peuvent-ils être intégrés dans les SC DDV ?

De nombreux facteurs sociaux entraînent l'épidémie du VIH, notamment la pauvreté, l'inégalité, le chômage et la violence sexospécifique (92). Les femmes courent un risque plus élevé de contracter le virus du VIH que les hommes (93). Beaucoup de déterminants sociaux et de pratiques sexuelles à haut risque (y compris les rapports sexuels non protégés et avec plusieurs partenaires) rendent les personnes vulnérables au VIH. Savoir ce qui rend les personnes vulnérables est important car cela permet au professionnel de santé de fournir des services axés sur le patient qui répondent à ses besoins spécifiques.

Répondre aux besoins du patient et lui offrir des

services holistiques impliquera généralement l'initiation et l'intégration de services pertinents dans les SC DDV. L'intégration des services fournit non seulement des services connexes dans un seul contexte mais relie aussi le patient au contexte et aux prestataires (76). L'intégration des services comprend l'aiguillage des patients vers d'autres services de santé appropriés, par exemple, la CMMV, les services sociaux ou un refuge un refuge pour les femmes maltraitées.

Cette partie se concentre sur les services de santé spécifiques qui peuvent facilement être intégrés dans les SC DDV. Les services qui sont traités ci-dessous ne sont pas destinés à être exhaustifs mais représentent simplement le type de service qui peut être intégré et encouragent à réfléchir à l'endroit où les intégrer dans les SC DDV.



Figure 5.2 : Un SC DDV intégré

### 5.1 Intégration du dépistage des infections sexuellement transmissibles, de la tuberculose et de la planification familiale dans la séance d'information pré-test

Il est possible d'intégrer des dépistages de symptômes importants dans la séance d'information pré-test. Les dépistages ci-dessous sont simples et rapides à utiliser et aident le professionnel de santé à identifier les besoins supplémentaires que le patient

peut avoir, en plus d'exiger un test de dépistage du VIH. L'intégration de ces dépistages dans la séance d'information pré-test signifie que tous les patients bénéficient automatiquement de ces dépistages, même s'ils refusent plus tard d'effectuer un test de dépistage du VIH. Les professionnels de santé devraient recevoir une formation adéquate pour s'assurer qu'ils utilisent efficacement des outils de dépistage.

| Dépistage des symptômes des IST          |     |     |  |     |     |
|--|-----|-----|--|-----|-----|
| Femmes                                   |     |     | Hommes                                     |     |     |
| Décharge vaginale                        | Oui | Non | Décharge du pénis                          | Oui | Non |
| Plaies / grosseurs / gonflement du vagin | Oui | Non | Plaies / croissance / gonflement de l'aîne | Oui | Non |
| Douleur abdominale inférieure            | Oui | Non | Sensation de brûlure en urinant            | Oui | Non |

#### 5.1.1 Dépistage des symptômes des infections sexuellement transmissibles

Il est essentiel d'informer les patients du lien entre le VIH et les IST. Comme les symptômes des IST peuvent être une indication de rapports sexuels non protégés et confronter une personne devant le risque accru du VIH, le dépistage des IST est important. Un dépistage simple des symptômes des IST peut être réalisé à ce stade. (Voir la manière dont le dépistage des symptômes ci-dessous correspond à la séance d'information pré-test de l'Annexe 13.) Le dépistage des IST est approprié pour les hommes et les femmes. Le professionnel de santé pose les questions appropriées à un patient masculin ou féminin. Si le patient répond « oui » à une question, il doit être renvoyé à l'établissement de soins de santé local pour avoir un dépistage plus poussé et/ou un traitement contre les IST.

#### 5.1.2 Dépistage de la tuberculose

En Afrique du Sud, la tuberculose est la maladie liée au sida la plus fréquente chez les personnes infectées par le VIH (11). Plus de 50 % des nouveaux cas de tuberculose sont constatés chez les personnes co-infectées par le VIH (94). Le dépistage précoce de la tuberculose et le lien avec le traitement contre la tuberculose peuvent empêcher des décès inutiles. Les patients doivent être informés des signes et symptômes de la tuberculose et l'association entre la tuberculose et le VIH. Un dépistage de la tuberculose peut être réalisé durant la séance d'information pré-test afin de détecter les symptômes de la tuberculose. (Voir la manière dont le dépistage ci-dessous correspond à la séance d'information pré-test de l'Annexe 13.) Cet outil de dépistage se compose de cinq questions. Si le patient répond « oui » à l'une des questions, alors le professionnel de santé doit

| Dépistage de la TB                           |     |     |
|--|-----|-----|
| Toux pendant > 2 semaines                    | Oui | Non |
| Poids perdu > 1,5 kg le mois dernier         | Oui | Non |
| Fièvre > 2 semaines                          | Oui | Non |
| Sueurs nocturnes                             | Oui | Non |
| Contact avec la TB à la maison ou au travail | Oui | Non |

recueillir l'expectoration du patient, qui sera envoyée au laboratoire afin de détecter la tuberculose. Afin de maintenir le processus simplifié, nous suggérons que la collecte des expectorations soit intégrée plus tard dans le processus de dépistage du VIH ; pendant la période où le professionnel de santé a effectué le test du VIH mais doit attendre avant de pouvoir lire le résultat du test. La collecte d'une expectoration est donc débattue ci-dessous.

#### 5.1.3 Dépistage de la planification familiale

Dans une épidémie généralisée, comme en Afrique du Sud, lorsque la transmission du VIH a lieu principalement par des relations sexuelles hétérosexuelles (15), il est important de discuter de la santé reproductive avec le patient. Le professionnel de santé doit faire passer des tests au patient pour des besoins de planification familiale et soit diriger le patient vers un établissement de santé concerné soit fournir directement des contraceptifs si le patient n'utilise actuellement pas de contraceptifs et ne planifie pas de grossesse.

| Dépistage de planification familiale (demander aux hommes et aux femmes) |     |     |          |  |
|--|-----|-----|----------|--|
| Utilisation de la planification familiale                                | Oui | Non | Méthode: |  |
| Dernière visite de la PF:  |     |     |          |  |
| PF fournie   | Oui | Non | s.o.     |  |
| Orienté vers la PF   | Oui | Non | s.o.     |  |

Le questionnaire de planification familiale peut être utilisé lorsque l'on donne des conseils aux hommes et aux femmes. Le professionnel de santé peut demander à l'homme le moyen de contraception que son partenaire utilise et sensibiliser à l'importance de la planification familiale. Il engage la conversation sur le fait de savoir si les préservatifs sont une méthode efficace pour éviter une grossesse indésirable et l'occasion de discuter du rôle des préservatifs. La double protection comprend l'utilisation d'un autre moyen de contraception avec un préservatif.

Le questionnaire de la planification familiale a été conçu pour essayer d'obtenir des renseignements sur

le fait de savoir si le couple utilise une méthode de planification familiale et de vérifier si la femme est à jour, en particulier si elle utilise un moyen injectable. Il est également utilisé pour déterminer si le couple a besoin de revoir son moyen de contraception actuel ou s'il n'utilise actuellement aucun moyen de contraception, souhaite envisager une planification familiale. Ce dépistage est plus efficace lorsqu'un couple reçoit des conseils ensemble. Cependant, il peut et doit être utilisé aussi lors de conseils individuels.

### Conseil

#### Employez la bonne catégorie de professionnels de santé

Les différentes catégories de professionnels de santé (notamment, infirmières professionnelles, infirmières inscrites, assistantes infirmières inscrites, conseillers laïcs en matière de VIH) ont des compétences différentes. Le champ de pratique définit les procédures (types de travail) que ces agents de santé sont légalement autorisés à faire. Un organisme national de professionnels de santé précise généralement le champ de pratique. Il vous incombe de vous familiariser avec le champ de pratique des professionnels de santé de votre pays et d'employer la bonne catégorie de professionnel de santé pour les services que vous souhaitez fournir. De plus, vérifiez qu'ils ont suivi la bonne et dernière formation et qu'ils possèdent la certification nécessaire pour les services qu'ils fourniront.

## 5.2 Intégration d'autres services pertinents dans les SC DDV avant les conseils post-test

Les tests rapides de VIH prennent environ 15 à 20 minutes (en fonction du type de kit de test) avant de pouvoir lire les résultats. Cela donne l'occasion au patient de bénéficier d'autres services pertinents pendant qu'il attend. En règle générale, une infirmière qualifiée doit être disponible pour fournir plusieurs services cliniques.

Nous faisons des suggestions à propos de certains services qui peuvent être intégrés à ce stade dans le processus de dépistage :

### 5.2.1 Collecte d'une expectoration pour un test de tuberculose

Si un patient présente des symptômes de tuberculose (selon le dépistage de la tuberculose utilisé dans la séance d'information pré-test), alors l'expectoration

peut être collectée pour un test tuberculique à ce stade (voir l'Annexe 16 sur la façon d'utiliser l'expectoration de manière responsable). Le contrôle de l'infection est aussi important dans un environnement communautaire que dans un établissement de soins de santé. Assurez-vous que la collecte des expectorations a lieu dans un endroit privé et bien ventilé. Bien qu'il soit recommandé aux professionnels de santé de surveiller la collecte des

### Conseil

#### Utilisez un masque lorsque vous collectez l'expectoration

Il est important que les professionnels de santé soient formés sur les mesures de contrôle de l'infection. Un professionnel de santé doit toujours avoir facilement accès à une boîte de masques, comme élément d'approvisionnement standard. Le professionnel de santé doit porter un masque et des gants lorsqu'il aide un patient qui présente des symptômes de tuberculose, à produire une expectoration. Porter un masque protégera le professionnel de santé contre la tuberculose si le patient tousse, car ce dernier peut répandre des bactéries tuberculeuses par la toux. Le masque empêchera le professionnel de santé de respirer cette bactérie.



Les professionnels de santé doivent porter un masque et des gants lorsqu'ils aident un patient qui présente des symptômes de tuberculose, à produire une expectoration.

expectorations, le professionnel de santé ne doit pas rester devant le patient qui procède à l'expectoration.

Idéalement, deux spécimens d'expectoration doivent être collectés. Collectez-en un immédiatement et, si possible, collectez le second une heure plus tard. Si le patient ne peut pas attendre, alors collectez les deux en même temps.

Une fois que l'expectoration a été recueillie et que le professionnel de santé s'est assuré que le couvercle de la bouteille d'expectoration est bien vissé, le flacon d'expectoration doit être placé dans un sac en papier et entreposé dans le réfrigérateur ou dans une glacière jusqu'à ce qu'il soit transporté au laboratoire à des fins de test. Le professionnel de santé a besoin de remplir toute la documentation pertinente (telle que demandée par le laboratoire qui effectuera le test tuberculique, par exemple, un formulaire de demande de test tuberculique) afin de s'assurer que les résultats corrects sont reçus pour chaque patient. Une copie du formulaire de demande doit être jointe au flacon d'expectoration. Nous suggérons de placer le sac en papier (qui retient le flacon d'expectoration) à l'intérieur d'un sac en plastique et de mettre le formulaire de demande de la tuberculose plié dans le sac en plastique. Cela signifie que l'échantillon d'expectoration du patient et les documents partent ensemble. Un conducteur doit transporter les échantillons d'expectoration (dans une glacière) vers le laboratoire. Le conducteur doit effectuer des voyages quotidiens entre les SC DDV et le laboratoire.

Les résultats du test tuberculique doivent être retournés aux SDV depuis le laboratoire, soit par fax, soit par courrier électronique ou le conducteur peut collecter les formulaires imprimés. Une personne désignée doit contacter tous les patients qui ont fourni des échantillons d'expectoration. Il est demandé aux personnes à qui on a diagnostiqué la tuberculose de retourner sur le site de dépistage du VIH. Ici, ils auront l'occasion de poser des questions sur la tuberculose. Le professionnel de santé doit envoyer une demande de consultation à un établissement de soins de santé de leur choix pour le traitement de la tuberculose. Une copie des résultats du test tuberculique venant du laboratoire, montrant le diagnostic positif de la tuberculose, doit être jointe à la demande de consultation. (Voir l'Annexe 17 pour avoir un exemple de demande de consultation). Les personnes dont l'expectoration est négative à la tuberculose, peuvent être contactées par téléphone et on peut ainsi leur dire qu'elles n'ont pas été diagnostiquées avec une tuberculose. Cependant, si leurs symptômes persistent, ils doivent revenir pour réaliser d'autres tests.

### 5.2.2 Dépistage des maladies non transmissibles

Les maladies non transmissibles (MNT) sont des maladies qui n'ont aucune cause infectieuse et incluent les maladies cardiovasculaires, les maladies pulmonaires, le cancer et le diabète. Elles partagent des facteurs de risque communs : mauvaise nutrition, tabagisme, inactivité physique et obésité (95). Le VIH et le SIDA et les MNT sont interdépendantes ; le VIH et le SIDA augmentent le risque d'évolution des MNT et celles-ci aggravent la sévérité du VIH et du SIDA (96, 97, 98). Il est donc essentiel que le dépistage des MNT soit incorporé dans les SC DDV.

Les SC DDV (de même que le VIH et le SIDA) doivent être gérés par la prévention et les soins. Le dépistage de l'hypertension, du diabète et du cholestérol peuvent identifier les risques éventuels des MNT. Comme l'obésité est un symptôme de toutes les MNT, calculer l'indice de masse corporelle du patient (IMC) est avantageux. Si les risques sont identifiés, les patients peuvent être orientés vers les établissements de santé pour que leur soit prodigué les soins et/ou le traitement appropriés.

#### 5.2.2.1 Calcul de l'indice de masse corporelle (IMC)

L'IMC est une mesure utile pour la forme du corps humain en fonction du poids et de la hauteur d'un individu. Une quantité élevée de graisse corporelle peut conduire à des maladies liées au poids et à d'autres problèmes de santé et l'insuffisance pondérale peut également mettre un risque pour les problèmes de santé. Le calcul de l'IMC est important pour déterminer si un patient est obèse ou en sous-poids, afin qu'il puisse être dirigé vers les soins appropriés.

L'IMC est défini comme la masse corporelle de l'individu divisée par le carré de sa hauteur. Par exemple, si vous pesez 73 kg et que vous mesurez 1,55 mètre, alors votre  $IMC = 73 / (1,55)^2 = 30,38$  (obésité). La plupart des professionnels de santé peuvent être formés pour calculer l'IMC. Nous vous suggérons d'inclure la hauteur, le poids et l'IMC dans le dossier du patient (voir l'Annexe 13).



Le calcul de l'IMC est important pour diriger les patients obèses et en sous-poids vers les soins appropriés.

Pour voir un calculateur d'IMC, visitez le site internet

[https://www.cdc.gov/healthyweight/assessing/bmi/adult\\_bmi/metric\\_bmi\\_calculator/bmi\\_calculator.html](https://www.cdc.gov/healthyweight/assessing/bmi/adult_bmi/metric_bmi_calculator/bmi_calculator.html)

Si votre IMC est inférieur à 18,5, vous serez dans la fourchette des personnes en sous-poids.

Si votre IMC se situe entre 18,5 et 24,9, vous serez dans la fourchette des personnes pesant un poids normal ou sain.

Si votre IMC se situe entre 25,0 et 29,9, vous serez dans la fourchette des personnes en sur-poids.

Si votre IMC est de 30,0 ou plus, vous serez dans la fourchette des personnes obèses.

### 5.2.2.2 Dépistage de l'hypertension

La pression artérielle est le nom donné à la force que le cœur qui bat émet dans les artères, les veines et les vaisseaux sanguins qui acheminent le sang autour du corps (99). Le dépistage de l'hypertension artérielle est l'un des dépistages les plus importants car l'hypertension ne présente souvent aucun symptôme et ne peut donc pas être détectée sans être mesurée. L'hypertension artérielle (hypertension) augmente considérablement le risque de maladies cardiaques et d'accidents vasculaires cérébraux car elle exerce une contrainte sur les vaisseaux sanguins et le cœur.

Pour un adulte normal :

Si votre tension artérielle est de 120 mm Hg / 80 mm Hg, elle est considérée comme normale.

Si votre pression sanguine est de 140 mm Hg / 90 mm Hg, elle est considérée comme excessive ou normale (se reporter à l'établissement de santé).

Si votre pression sanguine est de 100 mm Hg / 60 mm Hg, elle est considérée comme basse (se reporter à l'établissement de santé).



La tension artérielle lors des SC DDV pour dépister l'hypertension est importante car l'hypertension artérielle ne présente souvent aucun symptôme et ne peut donc pas être détectée sans être mesurée.

Les personnes qui prennent un traitement contre le VIH peuvent avoir un risque accru d'hypertension (99). Nous suggérons qu'une aide-mémoire soit incluse dans le dossier des SDV comme rappel de l'offre de ces services au patient.

### 5.2.2.3 Dépistage du diabète sucré

Le diabète est une maladie qui fait que le niveau de glucose dans le sang (également appelée glycémie) est trop élevé. Certains facteurs de risque associés au diabète comprennent des antécédents familiaux de diabète, l'embonpoint et l'hypertension artérielle (100). Un certain traitement contre le VIH peut également augmenter le taux de glycémie, de sorte que les personnes séropositives en traitement puissent avoir un risque plus élevé de diabète (101). Surveillez ces facteurs de risque et autres chez votre patient et effectuez un test de glycémie aléatoire si nécessaire.

Les patients peuvent être envoyés vers un établissement de santé pour faire d'autres tests et/ou suivre d'autres traitements s'ils ont un taux de glycémie supérieur à 7 à jeun avant de réaliser le test ou supérieur à 11 s'ils n'étaient pas à jeun avant le test. Les patients accédant aux services communautaires ne seront généralement pas à jeun avant de réaliser les tests de glycémie.



Le dépistage aléatoire du sucre sanguin lors d'un dépistage communautaire du VIH est une bonne pratique pour dépister le diabète.

### 5.2.2.4 Dépistage du cholestérol

Les tests de cholestérol sont principalement réalisés pour détecter le risque de maladie cardiaque (102). Les tests de cholestérol doivent être proposés aux patients qui ont des facteurs de risque majeurs pour les maladies cardiaques, comme les personnes obèses, les hommes de 45 ans ou plus et les femmes de 55 ans ou plus, les personnes atteintes d'hypertension artérielle, les personnes qui ont des antécédents familiaux de cardiopathie prématurée, les personnes avec des maladies cardiaques préexistantes ou ayant le diabète sucré (103). Certains médicaments anti-VIH peuvent augmenter le taux de cholestérol. Surveillez les facteurs de risque chez votre patient et faire un test de dépistage du cholestérol, le cas échéant. Il est

recommandé d'avoir une indication dans le dossier des SDV comme rappel pour examiner les symptômes de votre patient et offrir ce service si nécessaire.

### 5.2.3 Services de santé sexuelle et reproductive

La santé sexuelle et reproductive (SSR) intègre plusieurs services, notamment la contraception, le dépistage du cancer du col de l'utérus, les PPTME, le dépistage des IST (11). En Afrique du Sud, l'ensemble minimal recommandé de services de SSR qui doit être intégré dans les SDV inclut la fourniture de préservatifs féminins et masculins, la fourniture d'autres formes de contraception, la circoncision masculine médicale volontaire (CMMV) et le dépistage et le traitement du cancer du col de l'utérus (104). En fonction des ressources disponibles, les SC DDV peuvent fournir ces services directement au patient ou renvoyer le patient vers un établissement de santé pour y obtenir ces services.

L'intégration des services de santé reproductive dans les SC DDV est bénéfique car :

- cela peut réduire la stigmatisation associée au dépistage du VIH. Certaines personnes ne veulent pas que les autres sachent qu'elles réalisent un test du VIH, elles se sentiraient donc plus à l'aise chez un prestataire de services qui offre de multiples services, y compris des tests de dépistage du VIH.
- cela peut augmenter le nombre de jeunes filles accédant aux SC DDV. Des preuves anecdotiques suggèrent que de nombreuses jeunes filles préfèrent accéder à un service communautaire pour les contraceptifs par rapport à un établissement de santé. Cela offre la possibilité à ces filles d'avoir un test du VIH et de les conseiller sur la réduction du risque de VIH.

### 5.2.3.1 Fourniture de contraceptifs

La distribution des préservatifs masculins et féminins ainsi qu'une démonstration sur l'utilisation correcte du préservatif doivent être intégrées dans les conseils post-test de chaque patient, quel que soit le résultat de son test de VIH. Cela a été discuté ci-dessus, dans le cadre des conseils post-test.

Le résultat du questionnaire de planification familiale (intégré à la séance d'information pré-test) déterminera s'il existe des besoins de services contraceptifs. Le professionnel de santé (infirmière professionnelle) a la possibilité, à ce stade du processus SC DDV, d'offrir des services contraceptifs (autres que les préservatifs).

Dans notre contexte, les infirmières professionnelles ont fourni des contraceptifs oraux et injectables à

des patientes si ces dernières avaient demandé ce service, soit au centre autonome, soit à un service mobile. Avant de mettre en place la provision de contraceptifs, les infirmières ont reçu une formation sur la santé sexuelle et reproductive, qui comprenait des cours théoriques et pratiques, d'un formateur externe reconnu à l'échelle nationale. Les infirmières professionnelles travaillant dans les établissements de santé du gouvernement avaient reçu la même formation. Ce n'est que lorsqu'elles ont reçu leur certificat de compétence ainsi que leur licence de distribution, qu'elles ont pu commencer à distribuer des contraceptifs pendant les SC DDV.

« Quand nous avons commencé à proposer des contraceptifs oraux, le nombre de filles à l'école qui sont venues dans notre centre autonome a énormément augmenté. Ces filles ne voulaient pas avoir des contraceptifs de l'établissement de soins, lorsqu'un membre de leur famille pouvait les voir... elles aimaient l'anonymat de notre service. Nous avons également pu profiter de l'occasion pour leur proposer un test du VIH ». - (Infirmière professionnelle fournissant des contraceptifs dans le cadre de SC DDV intégrés)

### 5.2.3.2 Fourniture des tests de grossesse

Un professionnel de santé peut offrir à une patiente une test de grossesse si la femme a les signes ou les symptômes d'une grossesse ou en fonction de la discussion pendant le questionnaire de planification familiale menée lors de la séance d'information pré-test (si la femme n'utilise aucun dispositif contraceptif ou n'a pas utilisé de contraceptifs régulièrement). L'une des principales raisons d'intégrer les tests de grossesse dans les SC DDV consiste à identifier les



Intégrer les tests de grossesse aux SC DDV permet aux professionnels de santé d'identifier les femmes enceintes vivants avec le VIH. Ces femmes peuvent être dirigées vers les services PPTME afin de réduire le risque de transmettre le virus à leur bébé.

femmes enceintes séropositives et à les renvoyer au programme de PPTME et/ou à d'autres services pertinents le plus tôt possible pendant leur grossesse.

Les professionnels de santé doivent être bien formés

pour pouvoir conseiller les femmes qui viennent d'apprendre qu'elles sont séropositives et enceintes. Souvent ces femmes auront besoin de conseils supplémentaires.

### Étude de cas : Prestation de services holistiques de dépistage du VIH centrés sur le patient

Sibongile est un apprenant de 17 ans qui est arrivé à un service autonome de dépistage du VIH et qui a demandé à faire un test de dépistage du VIH parce qu'elle avait des rapports sexuels non protégés avec son petit ami, en qui elle n'avait pas confiance. Sibongile a rencontré Mavis, la professionnelle de santé, qui lui a donné des informations sur la transmission du VIH et sur le lien entre le VIH et d'autres IST. Mavis a découvert que Sibongile n'utilisait aucune méthode contraceptive et ne voulait pas tomber enceinte. Elle a offert à Sibongile un test de grossesse (qui était négatif) et l'a examinée pour détecter tout symptôme d'IST. Pour la renseigner davantage, Mavis a approfondi la conversation avec Sibongile au sujet de différentes méthodes contraceptives et l'a orientée vers l'établissement de santé local pour y obtenir ses contraceptifs (ce centre autonome n'a pas offert de contraception). Le résultat des tests du VIH de Sibongile était négatif.

Cette étude de cas montre clairement la manière dont la professionnelle de santé a fourni à sa jeune patiente un service holistique qui répond à ses besoins. Elle a fourni à la fois des informations et intégré avec succès d'autres services appropriés dans les SC DDV afin de réduire la vulnérabilité de cette jeune fille, non seulement face au VIH mais aussi aux IST et aux risques de grossesse.

#### 5.2.3.3 Éducation et aiguillage vers les CMMV

Les conseils post-test sont le moment idéal pour entamer des discussions sur les CMMV avec des patients masculins qui ont obtenu un résultat positif ou avec des femmes qui pensent que leurs partenaires prendront en considération les CMMV. La CMMV signifie que l'homme consent volontairement à être circoncis (suppression du prépuce entier du pénis) par un personnel de santé qualifié, généralement dans un établissement de soins de santé. Il a été prouvé que les CMMV réduisent le

risque de VIH acquis par les hommes hétérosexuels d'environ 60 % (105) et sont donc par conséquent considérées comme une stratégie de prévention du VIH. Cela réduit également le risque de cancer du col de l'utérus pour la partenaire féminine (106). Il est important de se rappeler que les CMMV réduisent mais ne suppriment pas les risques d'infection par le VIH et les IST. Les hommes circoncis doivent tout de même utiliser des préservatifs.

Une fois que le professionnel de santé a expliqué les avantages des CMMV au patient, il est important d'écrire une lettre de demande de consultation que l'homme peut emmener avec lui dans un établissement de santé ou une autre organisation qui pratique des CMMV. Sinon, prenez un rendez-vous au nom du patient dans l'établissement de santé. Voir l'Annexe 17 pour avoir un exemple de demande de consultation.

Consultez le site internet sud-africain suivant pour obtenir plus d'informations sur les CMMV ; <http://www.brothersforlife.org/medical-male-circumcision-mmc.html>

« Mes amis m'ont conseillé de me faire circoncire. J'ai étudié la question et j'ai décidé que cela serait bon pour ma santé. On m'a offert ce service gratuitement à l'établissement de santé. Les infirmières étaient très attentionnées et m'ont dit tout ce que j'avais besoin de savoir ». - Obert Bore, (Patient, âge 26 ans)



Il est important de fournir des services de dépistage du VIH qui répondent à tous les besoins en santé du patient.

### Étude de cas : Créer de la demande, augmenter l'utilisation des CMMV dans la communauté

Un projet communautaire visant à accroître l'utilisation des CMMV dans neuf communautés autour de Cape Town a été mis en place par l'Union sud-africaine des professionnels du vêtement et du textile (SACTWU). Les mobilisateurs sociaux ont été employés et formés pour créer une demande de CMMV. Joseph était employé comme mobilisateur. Il a été formé pour comprendre pourquoi les CMMV étaient importantes, les avantages pour les hommes et les femmes et les autres faits de base. Joseph a été déployé dans un établissement de santé local pour parler avec les hommes et les femmes à l'intérieur de l'établissement sur les CMMV. Les collègues de Joseph, Busi et Nelson, ont fait du porte-à-porte dans la communauté, en parlant également des CMMV avec les gens chez eux et dans les rues. Ils visaient spécifiquement des hommes et des femmes âgés de 12 à 49 ans.

Busi a dit qu'elle expliquait aux hommes qu'être circoncis pouvait améliorer l'hygiène personnelle. Si les hommes manifestaient un intérêt, elle enregistrait leurs coordonnées sur un formulaire et l'envoyait au siège social. Une personne désignée du siège social contactait ensuite l'homme et lui donnait ensuite une date et une heure de rendez-vous pour la circoncision. Les circoncisions ont généralement lieu dans un établissement de soins de santé centralisé. Si le transport vers et depuis l'établissement de santé était un défi pour certains hommes, la SACTWU organisait un rassemblement des hommes qui souhaitaient se faire circoncire, les rencontrait à un point central et les transportait vers l'établissement de santé. Après la procédure chirurgicale, chaque homme recevait un formulaire de suivi pour se rendre dans l'établissement de santé le plus proche de chez lui où les soins des plaies seraient effectués.

La SACTWU veillait à ce que tous les hommes se soient rendus à chacun de leurs rendez-vous de suivi. Après 48 heures, le pansement était enlevé. Après sept jours, la plaie était contrôlée et les événements indésirables enregistrés. Après 21 jours, les professionnels de santé devaient vérifier si la plaie avait bien cicatrisée. Généralement, beaucoup d'hommes manquent le troisième rendez-vous de suivi. La SACTWU dispose donc d'une unité mobile qui peut effectuer des visites de suivi pour les soins des plaies directement aux hommes dans la communauté.



Unité mobile de la SACTWU.

### 6. À quoi ressemble le processus d'aiguillage ?

Après les conseils post-test et après que le résultat du test de dépistage du VIH a été diffusé au patient, le professionnel de santé doit écrire une lettre de demande de consultation pour tout autre service de soins ou de traitement auquel le patient a besoin dans un établissement de santé, par exemple : les services de planification familiale, le traitement des IST, les soins et/ou le traitement du VIH, le traitement de l'hypertension, etc. La lettre de demande de consultation doit être adressée à un établissement de santé spécifique choisi par le patient. L'aiguillage vers le traitement de la tuberculose se fera au cours des jours suivants, si un résultat positif du test de la tuberculose est reçu par le laboratoire.

Considérations lors du choix d'un centre de santé pour les soins / traitements contre le VIH et/ou le traitement de la tuberculose :

- Confirmer que l'établissement de santé fournit des soins, des traitements et/ou un traitement de la tuberculose.
- Assurer une accessibilité en choisissant une installation proche de la maison ou du travail du patient (la durée et le coût de déplacement doivent être des considérations importantes et sont souvent un obstacle à l'accès aux soins du VIH).
- Considérer la familiarité de l'établissement de santé avec le patient (certains patients préfèrent l'anonymat, tandis que d'autres préfèrent les professionnels de santé familiers).

La lettre de demande de consultation :

- doit contenir tous les détails des services de dépistage et cliniques reçus durant les SC DDV.
- doit être remise au patient dans une enveloppe scellée.

- Une copie doit être gardée avec le dossier de services de dépistage du VIH du patient.

Un exemple de la lettre de demande de consultation peut être trouvé dans l'Annexe 17.



*Une professionnelle fournit une lettre de demande de consultation écrite officielle à un patient qu'il devra présenter à l'établissement de santé de son choix.*

De plus, le professionnel de santé peut également renvoyer le patient vers d'autres services, au besoin. Par exemple, si un patient est en sous-poids, comme cela est déterminé par le calcul de l'IMC, le professionnel de santé peut l'orienter vers l'établissement de santé pour plus de soins (suppléments nutritionnels), mais ils peuvent également envisager de les renvoyer vers :

- une organisation locale qui distribue de la nourriture au sein de leur communauté (par exemple, une soupe populaire) ; ou
- une organisation qui se concentre sur la formation et l'aide aux personnes en vue de créer leur propre jardin d'alimentation dans la communauté ; ou
- une organisation qui enseigne les compétences aux chômeurs qui permettront au patient de fabriquer un produit qui peut être vendu pour acheter de la nourriture.

Ces types d'organisation font toutes partie des intervenants de services sociaux dans la communauté, visés au Chapitre 2 : Engagement des intervenants. Si les SC DDV ont la possibilité d'orienter les patients vers d'autres services (autres que les services de santé connexes), cela soutient une perspective plus large sur la santé et le bien-être et indique une approche véritablement axée sur le patient.

### Conseil

#### Dressez une liste mise à jour des organisations concernées dans votre communauté à des fins de demande de consultation

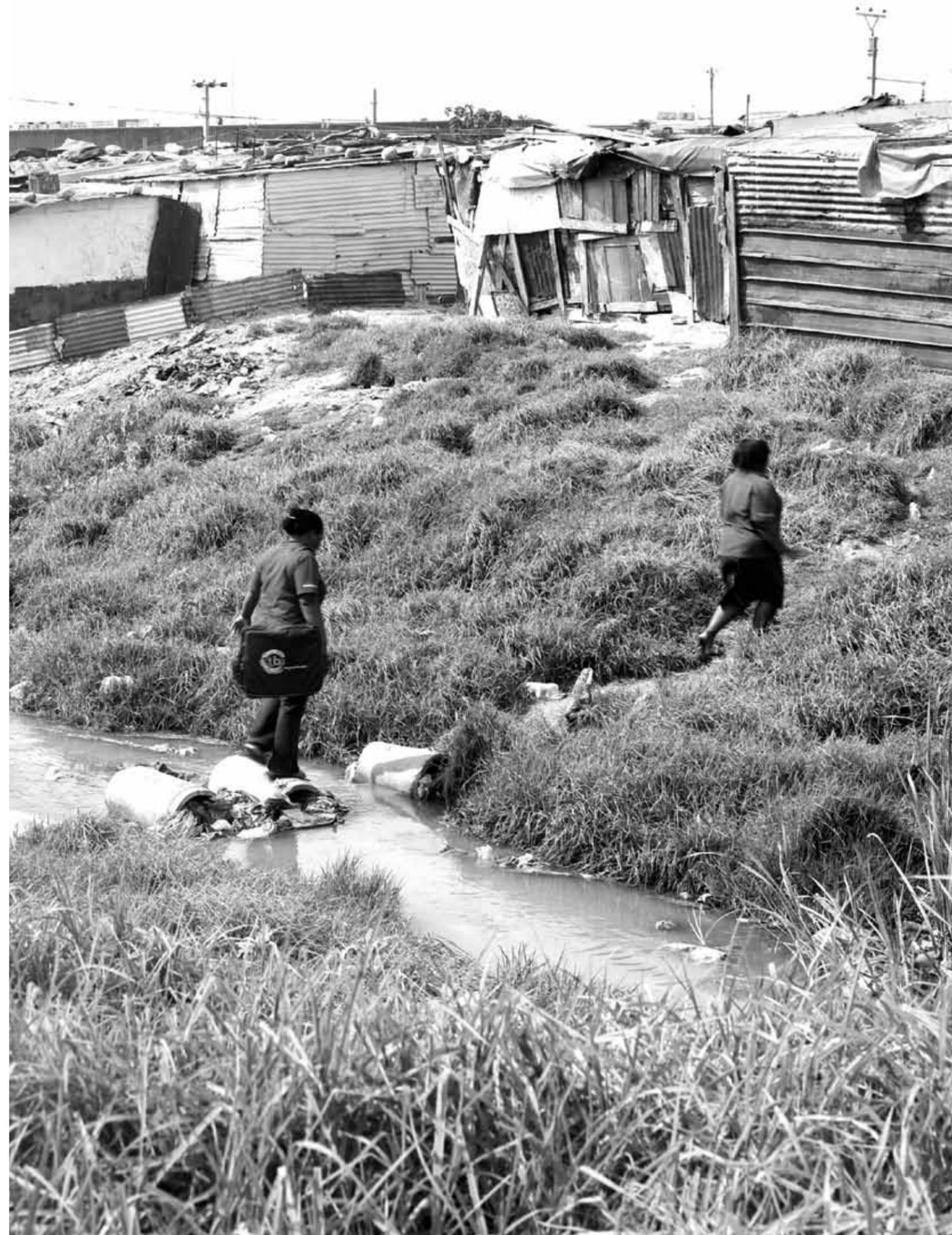
Élaborez une liste d'organisations et de services offerts dans les communautés environnantes dans lesquelles vous travaillez. Cela peut être fait avant la mise en œuvre du programme, pendant le processus d'engagement des intervenants (voir le Chapitre 2 : Engagement des intervenants). Une fois que vous avez une liste, y compris les coordonnées, mettez à jour régulièrement la liste. Cela sera une ressource précieuse lorsque les patients auront besoin d'être dirigés vers des services autres que dans un établissement de soins de santé.

Ces types d'aiguillage dépendent :

- des organisations et services disponibles dans la communauté ;
- du professionnel de santé connaissant ces organisations / services ;
- du professionnel de santé ayant les coordonnées des organisations ; et,
- du patient acceptant l'aiguillage.

#### 7. Est-ce que les SC DDV se terminent avec l'aiguillage d'un patient vers un établissement de santé ?

La réponse courte est NON. L'un des aspects les plus importants des SC DDV est le lien actif aux soins et au traitement du VIH. Il ne suffit pas de diagnostiquer simplement le VIH et de donner au patient une lettre de demande de consultation. Il incombe au professionnel de santé de lier activement son patient aux services de soins et de traitement du VIH. Alors que le monde travaille vers l'objectif 90-90-90, atteindre les deuxième et troisième années 90 dépend d'une liaison réussie aux soins. Le Chapitre 6 : Le lien au traitement et aux soins du VIH est consacré à ce sujet.





## CHAPITRE 6 LIEN AU TRAITEMENT ET AUX SOINS DU VIH

### Pourquoi ce chapitre est-il important ?

Le lien au traitement et aux soins du VIH est une action critique qui propulse une personne de son diagnostic aux soins et au traitement. Il a donc un rôle essentiel à jouer pour maîtriser l'épidémie du VIH. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) estime qu'en Afrique subsaharienne, 40 % des personnes qui savent qu'elles vivent avec le VIH ne sont pas

liées aux services de soins et de traitement du VIH. Les professionnels de santé peuvent jouer un rôle actif en aidant les personnes qui vivent avec le VIH à être liées aux services de soins et de traitement. Ce chapitre partagera des expériences et des pratiques exemplaires pour aider les professionnels de santé communautaires à associer activement leurs patients aux services de soins et de traitement du VIH dans les établissements de santé.

### Qu'apprendrez-vous de ce chapitre ?

1. Qu'est-ce que le lien aux soins ?
2. Pourquoi les liens au traitement et aux soins du VIH sont-ils si importants ?
3. Quels sont les avantages des liens au traitement et aux soins du VIH ?
  - 3.1 Avantages pour l'individu
  - 3.2 Avantages pour la communauté
4. Pourquoi les gens ne sont-ils pas liés aux services de traitement et de soins du VIH ?
5. Quelles sont les meilleures pratiques des liens aux soins pour ces personnes diagnostiquées avec le VIH dans les services communautaires de dépistage du VIH ?
6. Comment savons-nous si une personne vivant avec le VIH a été reliée aux services de traitement et de soins du VIH ?

## LIEN AU TRAITEMENT ET AUX SOINS DU VIH

*Sue-Ann Meehan, Kerry Nel et Blia Yang*



Nous ne devons pas dire que c'est parce que nous faisons des progrès que le travail est terminé.  
Le travail est loin d'être terminé.

- Aaron Motsoaledi (Ministre de la Santé sud-africain de 2009 à aujourd'hui)



## 1. Qu'est-ce que le lien aux soins ?

Le lien aux soins (LAS) se produit à la fin des services de dépistage du VIH (voir le Chapitre 5 : Prestation de services holistiques de dépistage du VIH centrés sur le patient). C'est lorsque le patient est lié à des services correspondants à ses besoins spécifiques et à son statut sérologique (11). Selon l'OMS, le LAS est un processus d'actions et d'activités qui soutient les personnes procédant à un test du VIH et les personnes diagnostiquées avec le VIH pour s'engager dans des services de prévention, de traitement et de soins, en fonction de leur séropositivité (107).

Chez les séropositifs, le LAS commence par un diagnostic du VIH et se termine lorsque la personne entame un traitement du VIH et/ou débute un traitement antirétroviral (ART) (2). Pour les patients dont le VIH est négatif, il peut être nécessaire de les relier aux services de prévention, en fonction de leurs facteurs de risque individuels et en tenant compte des contextes où il existe une forte prévalence du VIH. Par exemple, envisagez de lier les hommes séropositifs aux services de circoncision masculine médicale volontaire (CMMV) ou de lier les utilisateurs de drogues par voie intraveineuse (IDU) négatifs au VIH à un programme d'échange de seringues. Pour plus d'informations concernant différents types d'interventions fondées sur des données probantes qui réduisent le risque d'infection par le VIH d'un individu, nous vous suggérons de consulter le site internet du Centre pour le Contrôle et la Prévention des maladies (CDC) ; <https://www.cdc.gov/hiv/research/interventionresearch/compendium/rr/index.html>

Ce chapitre traitera spécifiquement du lien aux soins et au traitement du VIH pour les personnes séropositives, diagnostiquées dans des services communautaires de dépistage du VIH (SC DDV) (par exemple, les centres autonomes, les services mobiles ou porte-à-porte) mais qui ont besoin d'accéder aux soins et aux traitements contre le VIH dans un établissement de santé (cela inclut les établissements de santé publics ou privés).

## 2. Pourquoi les liens au traitement et aux soins du VIH sont-ils si importants ?

Le lien aux services de traitement et de soins du VIH constitue une composante essentielle des services de dépistage du VIH. Il est essentiel que nous atteignions l'objectif de l'ONUSIDA 90-90-90 et que nous éliminions l'épidémie du SIDA d'ici 2020. Le LAS est le pont vital entre le diagnostic (premier 90) et le traitement du VIH (deuxième 90) (2). Fournir des tests de dépistage du VIH où il n'y a pas d'accès ou



Envisagez d'accompagner votre patient auprès de l'établissement de santé pour les services aux soins et de traitement du VIH.

dans les cas où le LAS est inefficace et a un bénéfice limité pour les personnes atteintes du VIH (107). En fait, un SDV est incomplet sans efforts pour aider les personnes à se relier aux soins après les dépistages.

Certaines personnes séropositives « se perdent » pendant la période entre le diagnostic et le début de l'ART (108). Le LAS est un aspect crucial des SDV car il pousse fortement une personne infectée par le VIH à suivre des soins contre le VIH (la continuité du traitement) et peut aider à réduire le nombre de personnes n'ayant pas accès aux soins et aux services de traitement du VIH.

### Le saviez-vous ? Quelle est la différence entre des liens actifs et passifs aux soins du VIH ?

L'explication suivante est une compréhension générale des différences entre les liens passifs et actifs aux soins.

Les LTC passifs se produisent lorsque le professionnel de santé parle à son patient et lui donne des informations claires et précises sur la prochaine étape dans la gestion de son statut sérologique. On leur indique également où et comment ils peuvent accéder aux services de soins ou de traitement concernés et leur fournir une lettre de demande de consultation.

Les LAS actifs vont un peu plus loin. Le professionnel de santé donne au patient toutes les informations pertinentes et une lettre de demande de consultation, mais prend également des mesures pour faciliter les liens aux soins de leurs patients. Par exemple, il les contacte une semaine plus tard pour leur rappeler leur accès aux soins contre le VIH ou pour les accompagner dans l'établissement de santé.

Nous avons activement recommandé les liens des patients aux soins.

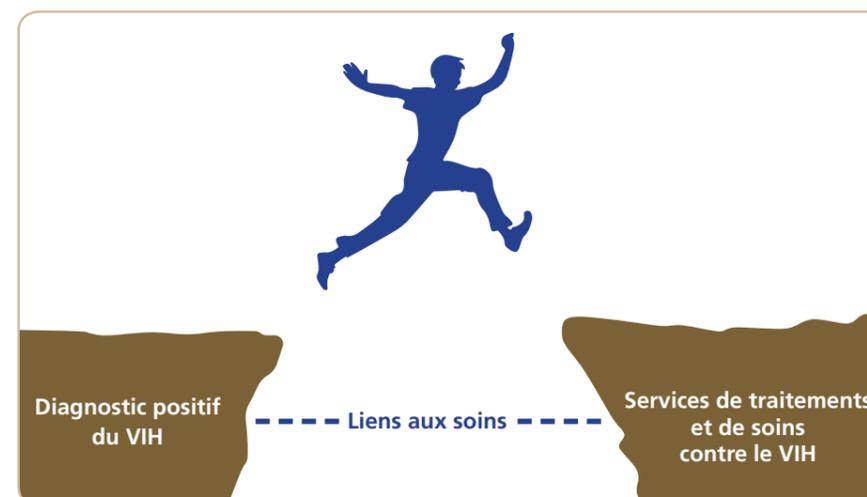


Figure 6.1 : Les liens aux soins sont un aspect crucial des services de dépistage du VIH car cela oriente une personne infectée par le VIH vers les soins du VIH

### Le saviez-vous ?

#### Qu'est-ce que « Perdu de vue » (LTFU) signifie ?

L'expression « Perdu de vue » n'est pas universellement définie (107), mais se réfère à la perte imprévue de patients des services de santé et peut se produire à chaque étape de continuité du traitement du VIH. Pour les personnes séropositives, l'expression se réfère à une personne qui n'accède pas du tout aux services de soins et de traitement contre le VIH après le diagnostic initial du VIH ou à une personne qui accède aux soins et aux services de traitement contre le VIH à la base, mais qui ne continue pas les soins. Le patient perdu de vue est sensible au facteur temps parce qu'il pourrait se réengager plus tard. Un seuil de 180 jours à compter de la dernière visite clinique est la base de la définition standard de quelqu'un qui est « perdu de vue » (109).

Bien qu'il existe des efforts pour intégrer les établissements de santé et les services communautaires de lutte contre le VIH, les STS fournis par les OBNL sont surtout indépendants des services de traitement offerts dans les établissements de santé. Pour cette raison, il est vital que les personnes séropositives récemment diagnostiquées soient activement liées aux soins et aux traitements du VIH. Une partie de la liaison active entre un patient et les soins contre le VIH permet de s'assurer qu'ils ont atteint les services vers lesquels ils ont été dirigés. Cela peut prendre la forme d'un appel téléphonique, d'un message texte ou d'une visite à domicile. Lier activement une personne séropositive diagnostiquée dans un milieu communautaire aux soins contre le VIH dans un établissement de soins de santé est une composante importante et intégrale de la transition des tests à l'initiation de l'ART (108).

### Le saviez-vous ?

#### Quelle est la continuité du traitement de l'ART tout au long de la vie ?

La continuité du traitement, également appelé « cascade du traitement du VIH », est un modèle qui décrit les étapes séquentielles des soins médicaux contre le VIH que les personnes vivant avec le VIH traversent :

Diagnostic initial → lien au soins → participer aux soins → recevoir un traitement ART → atteindre l'objectif de l'élimination de la charge virale.

### Le saviez-vous ?

#### Quelle est la différence entre les liens aux soins du VIH, la rétention dans les soins du VIH et le réengagement dans les soins contre le VIH ? (110)

**Liens aux soins contre le VIH :** le processus d'aide aux personnes vivant avec le VIH pour commencer à accéder aux services de VIH dont elles ont besoin.

**Rétention des soins :** un patient continue à se rendre à l'établissement de santé et reçoit régulièrement les soins requis. Par exemple, un patient en ART va à tous les rendez-vous cliniques et recueille son traitement ART à temps.

**Ré-engagement dans les soins :** une personne séropositive qui utilisait auparavant des services de soins du VIH recommence à faire appel aux services. Par exemple, lorsqu'une personne recommence à suivre des soins ART après une période de LTFU.

### 3. Quels sont les avantages des liens au traitement et aux soins du VIH ?

Le lien aux soins est bénéfique car il relie les personnes séropositives au traitement (ART). En traitement antirétroviral, le virus est indétectable, ce qui est extrêmement bénéfique tant pour l'individu que pour la communauté.

#### 3.1 Avantages pour l'individu

Les personnes infectées par le VIH qui ne sont pas liées aux soins ou qui retardent les liens aux soins et au commencement de l'ART peuvent être exposées à un risque immunitaire, ce qui peut entraîner une augmentation des maladies liées au VIH, des hospitalisations et au final, la mort. Au plus tôt, les personnes commencent l'ART, au plus vite le virus aura moins le temps de s'établir en dehors de la circulation sanguine, ce qui améliore les chances pour l'individu d'être en état de suppression de charge virale, ce qui signifie que le système immunitaire aura moins de risques d'être endommagé et moins de chance d'avoir des infections opportunistes, par exemple, la tuberculose ou la pneumonie (111). La suppression de la charge virale à la suite de l'ART réduit également le risque de transmission du VIH (107).



Il est avantageux pour les personnes de se diriger vers les services de soins et de traitement du VIH le plus tôt possible.

#### Le saviez-vous ? Qu'est-ce que l'élimination de la charge virale ?

Si une personne en ART « n'a plus de virus », cela signifie que la quantité de virus du VIH dans le sang a diminué à un niveau très bas (112). La personne n'est pas guérie mais a contracté le virus du VIH à un niveau si faible dans la circulation sanguine que le risque d'endommager le corps est considérablement réduit. Il existe également un risque réduit de transmettre le virus à un partenaire sexuel ou à son bébé si la personne est enceinte.

#### 3.2 Avantages pour la communauté

Les personnes infectées par le VIH qui suivent un traitement et qui sont en état de suppression virale, ont très peu de chance de transmettre le virus à d'autres personnes (113). La modélisation mathématique a montré que si un dépistage universel du VIH avec ART immédiat était réalisé, moins de personnes dans la communauté transmettraient le virus, ce qui réduirait le nombre de personnes infectées (114). Bien que l'ART ait montré une réduction considérable de la transmission du VIH, les personnes séropositives et dont le virus a été éliminé, doivent toujours avoir des rapports sexuels protégés et utiliser un préservatif à chaque fois.

#### Le saviez-vous ? Qui est éligible à l'ART ?

Les directives de l'OMS suggèrent que les personnes séropositives doivent commencer le traitement dès qu'elles sont diagnostiquées avec le VIH (111). La plupart des pays pratiquent le « test et le traitement universels », appelé UTT. Cela signifie que toutes les personnes qui vivent avec le VIH sont éligibles à l'ART, indépendamment de leur nombre de CD4. Nous suggérons de vous familiariser avec les directives de votre pays sur ce traitement afin que les professionnels de santé puissent conseiller les patients nouvellement diagnostiqués de manière appropriée et leur indiquer à quoi ils peuvent s'attendre lorsqu'ils se dirigent vers des services de soins et de traitement contre le VIH.

#### 4. Pourquoi les gens ne sont-ils pas liés aux services de traitement et de soins du VIH ?

L'OMS a estimé que, dans des contextes à ressources limitées, principalement l'Afrique subsaharienne, jusqu'à 40% des personnes diagnostiquées par le biais des SDV ne sont pas liées aux soins (76) et l'initiation tardive des SDV reste fréquente (76). Si les SDV sont si importants et ont de nombreux avantages pour l'individu et pour la communauté, pourquoi les gens retardent-ils leurs liens aux soins ou ne se lient-ils pas du tout aux soins ?

Différents facteurs peuvent contribuer à un faible lien aux soins contre le VIH et aux taux d'inscription insuffisants dans les soins et le traitement après le dépistage du VIH (76, 115 - 117) :

- **Obstacles personnels** : être plus jeunes (15-24 ans), craindre la divulgation du VIH, faire le déni de son statut sérologique (ou ne pas faire confiance aux résultats du test), manque de soutien du partenaire, sensation d'être en bonne santé (absence de symptômes du VIH / SIDA), manque de compréhension de l'importance d'être lié le plus vite possible aux soins du VIH, croire en une guérison spirituelle, ne pas connaître une personne atteinte du VIH / SIDA, consommer de l'alcool.
- **Obstacles sociaux / culturels** : peur de la stigmatisation et de la discrimination.
- **Obstacles structurels / économiques** : calendrier de travail exigeant, coûts de transport élevés (ou manque de transport).
- **Obstacles de programmation / système de santé** : système d'aiguillage inefficace, ne pas recevoir d'aide pour avoir un rendez-vous sur le VIH après le diagnostic, peur des effets secondaires des médicaments antirétroviraux, longs délais d'attente dans les établissements, respect inadéquat du personnel envers les patients (service hostile ou stigmatisant).

#### Le saviez-vous ? Les clubs d'adhésion communautaires peuvent-ils réduire les pertes au suivi ?

Les clubs d'adhésion sont un modèle de prestation de soins alternatif pour les personnes vivant avec le VIH et en ART. Les clubs permettent aux établissements de santé de gérer un grand nombre de patients plus efficacement, sans diminuer la qualité des soins (118). Les patients qui ont une bonne adhérence à l'ART et qui pour qui le virus est indétectable peuvent être orientés vers des clubs d'adhésion (119), qui peuvent prendre place à l'intérieur ou à l'extérieur de l'établissement de santé et qui peuvent être facilités par un personnel non clinique (118). Les clubs favorisent un mécanisme de recharge « accéléré » (temps d'attente plus courts) et fournissent une adhérence et un support par les pairs (119).

Le travail du professionnel de santé consiste à faire tout son possible pour s'assurer que ses nouveaux patients séropositifs sont reliés aux soins. Il est important que les professionnels de santé comprennent les différents types d'obstacles qui empêchent les personnes d'être liées aux soins contre le VIH, afin qu'ils puissent conseiller leur patient de manière appropriée. Donner au patient la possibilité

de verbaliser les obstacles potentiels auxquels ils pourraient être confrontés et fournir ensuite des conseils appropriés peut être bénéfique et améliorer les chances de lier ce patient aux soins contre le VIH. En tout temps, le professionnel de la santé doit s'assurer que le patient comprend à quel point il est important d'avoir accès aux soins et au traitement du VIH et au fait que cela profitera non seulement à eux-mêmes, mais aussi à leurs partenaires.

#### 5. Quelles sont les meilleures pratiques des liens aux soins pour ces personnes diagnostiquées avec le VIH dans les services communautaires de dépistage du VIH ?

De nombreux facteurs influencent le lien aux soins du VIH. Les études montrent qu'une personne est plus susceptible de se lier aux soins si elle a révélé son statut à un membre familial ou à son partenaire (120) ; elle a un nombre de CD4 bas (121) ; et si elle a reçu une lettre de demande de consultation (120).

Ci-dessous nous partageons un certain nombre de meilleures pratiques de nos expériences qui, lorsqu'elles sont utilisées en combinaison les unes avec les autres, peuvent aider à faciliter le lien aux soins du VIH. Nous recommandons aux professionnels de santé qui fournissent des SC DDV de :

1. **Tenir des réunions régulières, standardisées avec le personnel d'un établissement de santé.** Ces réunions peuvent aborder certains problèmes, comme les longues périodes d'attente ou la stigmatisation associée à la visite d'un établissement de santé pour les soins du VIH. Les réunions régulières semblent être efficaces parce qu'elles comblent l'écart entre la communauté et l'établissement de santé pour les patients et peuvent aider à atténuer les obstacles des longs délais d'attente et de la stigmatisation perçue.



Il est essentiel pour les professionnels de santé de bâtir une relation avec leurs patients, de les mettre à l'aise et de leur fournir un espace sécurisé et confortable, où les patients se sentent libres de poser des questions et de partager leurs préoccupations.

2. **Bâtir une relation professionnelle digne de confiance avec le personnel VIH dans les établissements de santé.** Avoir de bons rapports avec le personnel de l'établissement de santé peut entraîner un sentiment de « partenariat », à travers lequel le personnel de l'établissement de santé accueille les patients qui lui sont envoyés par des professionnels de santé des SC DDV. Cela peut conduire à surmonter l'obstacle des services hostiles perçus dans certains établissements de santé.
3. **Fournissez au patient une lettre de demande de consultation** qui indique clairement tous les détails pertinents de son diagnostic de sorte que l'établissement de santé ne doive pas leur faire à nouveau subir de test. Incluez tous symptômes de tuberculose, d'infections sexuellement transmissibles (IST) ou de maladies non transmissibles. (Voir l'Annexe 17 pour avoir un exemple d'une lettre de demande de consultation.)
4. **Créez des rapports avec votre patient.** Écoutez-les et entendez ce qu'ils ont à vous dire. Permettez-leur d'exprimer leurs préoccupations et d'explorer les obstacles potentiels qui pourraient les empêcher d'être liés aux soins. Discutez des ressources qu'ils ont qui peuvent aider à faciliter le LAS. Assurez-vous qu'ils comprennent l'importance et les avantages des liens aux soins contre le VIH (même s'ils ne se sentent pas malades ou présentent des signes de maladie).
5. **Fixez un rendez-vous avec l'établissement de santé pour le compte de votre patient.** Il est important que le patient reçoive une date précise pour visiter l'établissement de santé. Le

domaine de la psychologie sociale a montré que les objectifs et intentions des gens (par exemple, visiter les établissements de santé pour les soins contre le VIH à une certaine date) peuvent affecter positivement leur comportement (par exemple, ils ont effectivement accès aux soins contre le VIH à cette date) (122).

6. **Confirmez avec le patient que vous le contacterez pour vérifier s'il a visité l'établissement de santé** (suivi). Demandez toujours au patient son consentement pour continuer à assurer son suivi. Il pourrait être plus susceptible d'accéder aux services de soins et de traitement du VIH s'il sait que vous allez le suivre.
7. **Fournissez des conseils supplémentaires.** Si vous discutez avec un patient au téléphone et qu'il indique qu'il n'a pas encore eu accès aux soins, donnez-lui des conseils supplémentaires afin d'aborder les raisons de cet accès retardé. Souvent, les circonstances des gens sont écrasantes et un diagnostic du VIH est extrêmement difficile à traiter. Écoutez votre patient et restez professionnel et courtois en tous temps (voir l'étude de cas ci-dessous).
8. **Déterminez un compte de CD4 sur le lieu d'intervention** Cela est réservé aux pays qui ont toujours des exigences d'éligibilité à l'ART. Si un patient connaît le résultat de son test CD4, il pourra être conseillé de manière appropriée au sujet de son admissibilité à l'ART. Si le patient (en fonction du résultat du test CD4 sur le lieu d'intervention) est admissible à l'ART, il est plus probable qu'il sera lié aux soins car il pourra accéder immédiatement au traitement.

Lectures supplémentaires sur le lien aux soins et au traitement du VIH :

Le modèle ECTS (évaluation, consentement, test et soutien) contient des directives faciles à suivre pour les prestataires de soins de santé sur la meilleure façon de soutenir les patients qui viennent d'apprendre qu'ils sont séropositifs. Visitez le site internet suivant <https://aidsetc.org/resource/acts-model-hiv-testing-adapted-rapid-hiv-testing-and-counseling>

Pour en savoir plus sur les meilleures pratiques internationales des liens aux soins, lisez les Directives consolidées de l'OMS sur les services communautaires de dépistage du VIH, 2015 : 33, qui peuvent être trouvées ici : [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/179870/1/9789241508926\\_eng.pdf?ua=1&ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/179870/1/9789241508926_eng.pdf?ua=1&ua=1)

Le site internet des Centres pour le contrôle et la prévention des maladies (CDC) possède une liste de ressources sur les liens et la rétention dans

#### Conseil

##### Assurez la collecte de données de qualité à partir de la source primaire

Dans la mesure du possible, essayez de faire en sorte que les professionnels de santé saisissent autant d'identifiants uniques que possible et aussi précisément que possible pour chaque patient. Cela réduira la proportion de données manquantes ou erronées et permettra de relever le défi que présentent ces types d'erreurs lorsque l'on tente d'associer les sources de base de données.

les meilleures pratiques de soins, qui se trouvent à l'adresse suivante : <https://www.cdc.gov/hiv/research/interventionresearch/compendium/lrc/stratifiedlist.html>

« J'ai de la chance, je ne suis pas tombé malade parce que j'ai rapidement suivi un traitement avec l'assistance des professionnels de santé ». - (Patient masculin, 30 ans)

#### 6. Comment savons-nous si une personne vivant avec le VIH a été reliée aux services de traitement et de soins du VIH ?

Confirmer qu'un patient a été lié aux soins et au traitement du VIH peut être effectué en (a) demandant au personnel de l'établissement de santé public (où le patient a indiqué qu'il irait) de vérifier les dossiers de ses patients et de confirmer le lien aux soins ou en (b) posant plusieurs questions de confirmation au patient et/ou en lui demandant de montrer sa carte d'établissement de santé (le cas échéant).

La vérification des dossiers par les établissements de santé est une bonne pratique. Les études de recherche utilisent généralement cette méthode pour signaler les taux et proportions de LAS. Les établissements de santé ont souvent des bases de données électroniques et, avec les autorisations appropriées, les chercheurs peuvent accéder à ces bases de données, ce qui facilite la détermination des LAS (par rapport à un système en papier).

Si vous ne fournissez pas de SDV dans le cadre d'une étude de recherche, vous n'avez peut-être pas accès

#### Étude de cas : « Allez plus loin », fournissez des conseils supplémentaires aux patients qui n'ont pas été liés aux soins contre le VIH

Les professionnels de santé du Centre TB Desmond Tutu (DTTC) ont fourni des conseils supplémentaires aux patients qui n'étaient pas encore liés aux soins contre le VIH. Ils ont téléphoné à ces patients et leur ont demandé de se réunir pour leur fournir des conseils supplémentaires. Les professionnels de santé (y compris les infirmières professionnelles) ont été dotés de compétences de conseil supplémentaires pour leur permettre de fournir un soutien aux patients qui n'étaient pas associés aux soins contre le VIH. Les professionnels de santé ont effectué des visites à domicile spécifiquement pour fournir des conseils supplémentaires.

Tout le monde n'était pas disposé à se réunir dans sa propre maison. Dans ces cas, les professionnels de santé se sont organisés pour rencontrer les patients en dehors de leur domicile. Les patients se rencontraient sur les terrains de foot, dans les magasins spaza (épicerie familiale d'Afrique du Sud), chez les coiffeurs et dans d'autres endroits au sein de la communauté.

Les professionnels de santé ont signalé que les patients avaient senti que se rencontrer en dehors de leur domicile était bénéfique parce que c'était un contexte plus privé, surtout ceux qui n'en avaient pas informé leur famille. Ils ont eu l'impression d'avoir eu des conversations normales, plutôt que des conversations à travers lesquelles on sentait qu'ils étaient malades et avaient un problème.

#### Étude de cas : Utiliser différentes sources de base de données pour confirmer les liens aux soins dans une étude de recherche

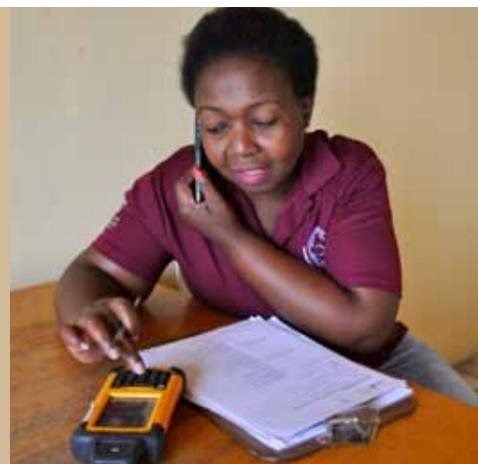
Une étude de recherche au DTTC a reçu l'approbation des services de santé gouvernementaux et du Comité de l'éthique de l'Université de Stellenbosch pour relier la base de données de l'étude de recherche de l'université à la base de données gouvernementale sur les services de santé. Dans l'étude de recherche, les patients chez qui on avait récemment diagnostiqué le VIH ou qui vivaient avec le VIH mais qui n'avaient pas encore accédé aux soins contre le VIH ont été référés à l'établissement de santé local pour les soins contre le VIH. Les professionnels de santé ont fourni une lettre de demande de consultation officielle à tous les patients, dans le cadre du processus des LAS.

La gestion de l'étude a permis de confirmer qui était lié aux soins du VIH dans les établissements de santé. Le questionnaire des données de l'étude a extrait les chiffres de l'étude des patients séropositifs de la base de données de l'université, avec des identifiants uniques supplémentaires (par exemple, le numéro de l'établissement de santé unique, le nom, le prénom, la date de naissance, l'adresse physique et l'âge). Cela a été fait avec le consentement verbal des patients. Une liste de patients séropositifs a été donnée à la direction de l'étude qui a vérifié les données par rapport aux bases de données gouvernementales sur les services de santé. L'utilisation de cette méthode a permis à la direction de l'étude de vérifier les patients qui étaient liés aux soins contre le VIH.



### Meilleures pratiques de suivi direct du patient pour confirmer les LAS

- **Procurez-vous les coordonnées correctes et suffisantes du patient.** Enregistrez deux ou plusieurs numéros de téléphone (au moins un numéro fixe et un numéro de téléphone portable). Assurez-vous que l'adresse du domicile du patient soit correctement enregistrée. Notez tout repère ou toute autre information qui vous aidera si vous devez faire une visite à domicile.
- **Le même professionnel de santé qui a testé le patient doit faire le suivi** car il a déjà établi des rapports et une relation de confiance avec le patient.
- **Envoyez un message texte** pour demander au patient le moment auquel vous pouvez lui téléphoner.
- **Téléphonez au patient.** Posez-lui des questions pertinentes pour déterminer s'ils ont visité un établissement de santé pour les soins du VIH. Les éventuelles questions incluent : Qui avez-vous vu (type de professionnel de santé) ? Que vous a-t-il dit ? Avez-vous effectué d'autres tests ? Quand est votre prochain rendez-vous ? Que va-t-il se passer ensuite ? Si le patient peut répondre à chaque question, en fournissant les détails adéquats, il serait raisonnable pour vous de supposer qu'ils ont été liés aux soins.
- **Si vous ne parvenez pas à parler avec le patient,** téléphonez-lui à différentes heures et à différents jours. Essayez de le contacter au moins trois fois de plus.
- **Les visites à domicile** peuvent être faites, car elles sont un moyen d'offrir un conseil supplémentaire en face-à-face aux patients qui ne sont pas encore liés aux soins et au traitement du VIH.



Il est préférable pour les professionnels de santé de suivre leurs patients en leur envoyant un sms, en leur téléphonant ou en effectuant une visite à domicile, pour vérifier s'ils ont été liés aux services de soins et de traitement contre le VIH.

#### Conseil Conservez des dossiers corrects



Indiquez la date et l'heure de chaque tentative de contact d'un patient à des fins de suivi. Lorsque vous entrez en contact avec lui, documentez la conversation générale et les réponses spécifiques données à vos questions. Voir le dossier des SDV qui permet de suivre les conversations à l'Annexe 13.

ni la permission d'accéder aux archives électroniques de l'établissement de santé. Vous pouvez vérifier les dossiers sur papier (dossier patient / registre SDV), mais cela peut également ne pas être possible ou très facile à faire car :

- Les patients n'accèdent pas aux établissements de santé auxquels ils ont dit qu'ils accéderaient. Il n'est pas pratique d'appeler / de visiter tous les

établissements de santé possibles.

- Le personnel des établissements de santé a généralement de grosses charges de patients. Ils peuvent être trop occupés à vérifier les dossiers des patients.
- Les établissements de santé ne souhaitent peut-être pas partager les informations avec vous sur les personnes ayant accédé aux soins du VIH. Vous pouvez avoir besoin d'une autorisation spéciale pour vérifier les dossiers des patients.

Pour surmonter ces défis, les LAS autodéclarés par le patient sont une autre façon de les confirmer. Un suivi est un contact prévu avec le patient (appel téléphonique ou réunion formelle en face-à-face).

« J'ai eu du mal à accepter mon statut de séropositif. Les professionnels de santé m'ont soutenu. Ils m'ont rendu visite et m'ont envoyé des messages via mon téléphone portable. J'ai commencé mon ART en mai 2015 ». - (Patient masculin, 38 ans)





## CHAPITRE 7 ASSURANCE QUALITÉ DU DÉPISTAGE DU VIH



# ASSURANCE QUALITÉ DU DÉPISTAGE DU VIH

*Michelle Scheepers, Anelet James, Margaret van Niekerk et Sue-Ann Meehan*



C'est le travail qui n'est jamais commencé  
qui dure le plus longtemps.

*- JRR Tolkien (Auteur acclamé à l'international ;  
né et élevé à Bloemfontein, en Afrique du Sud)*



### Pourquoi ce chapitre est-il important ?

Les énormes progrès réalisés dans la lutte contre l'épidémie mondiale du VIH dépendent des tests fiables du VIH. Les services communautaires de dépistage du VIH (SC DDV) sont fournis en dehors d'un environnement contrôlé et les exécutants de programme doivent s'assurer que chaque patient a reçu un diagnostic précis du VIH basé sur les résultats corrects du test du VIH. Le fait de mettre

en place des stratégies d'assurance qualité et de suivre correctement les activités de contrôle de la qualité garantissent que vous fournirez toujours un diagnostic correct du VIH à votre patient. Ce chapitre soulignera l'importance d'avoir des professionnels de santé compétents, un contrôle strict de la température et une bonne gestion des stocks en ce qui concerne l'assurance de la qualité. Nous partagerons des outils et des conseils pratiques qui vous aideront à maintenir des SC DDV de qualité.

### Qu'apprendrez-vous de ce chapitre ?

1. De quelle manière l'Assurance qualité (AQ) diffère du Contrôle qualité (CQ) ?
2. Comment pouvez-vous assurer la qualité des kits de dépistage rapide du VIH utilisés dans un cadre communautaire ?
  - 2.1 Personnel bien formé et compétent
  - 2.2 Contrôle de la température
  - 2.3 Gestion du contrôle des stocks
  - 2.4 Validité des kits de dépistage rapide du VIH
3. Quelles sont les précautions standards ?
  - 3.1 Directives sur les précautions standards relatives à l'espace de travail
  - 3.2 Directives sur les précautions standards relatives à la sécurité du personnel

## 1. De quelle manière l'Assurance qualité (AQ) diffère du Contrôle qualité (CQ) ?

L'AQ fait référence aux stratégies systématiques de planification qui sont mises en place pour s'assurer que les résultats finaux des tests rapides du VIH communiqués au patient sont précis (123). En d'autres termes, c'est l'ensemble des stratégies

adoptées qui garantissent des normes de qualité. Le CQ est l'ensemble des activités nécessaires à la mise en œuvre des stratégies en temps réel, y compris les activités quotidiennes entreprises pour mettre en œuvre cette stratégie (124). Voir le Tableau 7.1 pour obtenir des exemples de stratégies d'AQ et les activités de CQ pertinentes associées à chacune.

**Tableau 7.1 : Exemples de stratégies d'AQ avec les activités de CQ connexes pour le dépistage rapide du VIH**

| Exemples de stratégies d'AQ  | Exemples d'activités de CQ   |
|--|--|
| Ayez du personnel compétent.   | Formez les professionnels de santé à prendre la quantité correcte de sang. Formez les professionnels de santé à utiliser une minuterie.  |
| Assurez le contrôle correct de la température.                                 | Surveillez la température dans la zone de stockage. Surveillez la température durant le transport.   |
| Ayez un stock adéquat et efficace pour les services de dépistage du VIH.       | Faites un bilan de routine. Commandez du stock en temps opportun. Vérifiez la date d'expiration des kits de dépistage rapide du VIH. Utilisez le stock qui expirera en premier avant les autres. |
| Assurez-vous que les précautions standards sont mises en œuvre et surveillées. | Portez une nouvelle paire de gants pour chaque patient. Utilisez des conteneurs à objets tranchants et de déchets médicaux pour éliminer les déchets médicaux.                                   |
| Archivez les données précises et conformes.                                    | Faites des audits réguliers pour vérifier que les données sont correctement recueillies.   |

Chaque personne impliquée dans les services communautaires de dépistage du VIH (SC DDV) ont un rôle à jouer dans le maintien de la qualité du programme. Chaque personne doit comprendre comment la fonction professionnelle s'inscrit dans la stratégie de l'AQ et comment leurs actions peuvent affecter la précision du test du VIH.

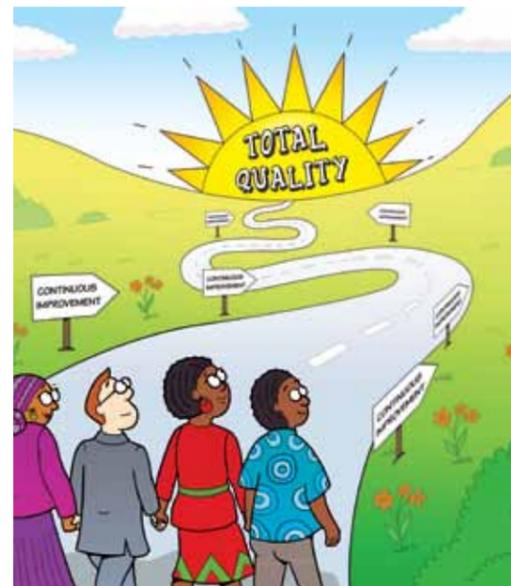


Figure 7.1 : La route longue et sinueuse pour atteindre la qualité

### Étude de cas : Toutes les catégories de personnel font partie de l'AQ

Tous les jeudis après-midi, Sophia est chargée de nettoyer le réfrigérateur du stock dans le centre autonome des SDV. Ce réfrigérateur stocke les kits de dépistage rapide du VIH utilisés par les professionnels de santé qui fournissent des tests de dépistage rapide du VIH aux professionnels du sexe. Ce jeudi-là était particulièrement ensoleillé et il faisait très chaud (la température extérieure était de 35°C). Sophia s'est souvenue de la formation qu'elle avait suivie au début de son embauche par l'organisation, sur l'importance de stocker les kits de dépistage rapide du VIH dans la fourchette de température correcte. Elle s'est souvenue des propos du formateur qui disait que les kits de dépistage rapide ne pouvaient pas être exposés à des températures élevées. Lorsque Sophia a enlevé le stock du réfrigérateur, elle a placé les kits de test sur une surface hors de la lumière directe du soleil. Elle a nettoyé le réfrigérateur rapidement pour s'assurer que les kits de test ne restaient pas trop longtemps à l'extérieur de celui-ci. Cette étude de cas est un bon exemple de la façon dont toutes les catégories de personnel font partie de l'AQ et doivent être formés aux pratiques de contrôle de la qualité.

### Le saviez-vous ? L'AQ est-elle un processus continu ?

L'AQ est un processus continu ; en fait, c'est un processus cyclique. Le cycle est continu puisqu'il vise à améliorer la qualité du programme en élaborant un plan d'AQ et puis en développant des politiques basées sur le plan, par exemple, des procédures d'opération standard (POS). Les activités de contrôle qualité doivent être mises en œuvre et le personnel doit être formé (selon les POS). Les activités de CQ et les compétences du personnel doivent ensuite être surveillées et évaluées. Des commentaires doivent ensuite être fournis au personnel et des changements doivent être apportés au programme, en fonction du processus de suivi et d'évaluation, améliorant ainsi le programme. Ces changements se traduisent par un plan d'AQ et le cycle se répète à mesure que de nouvelles stratégies et activités sont ajoutées au plan d'AQ (76).

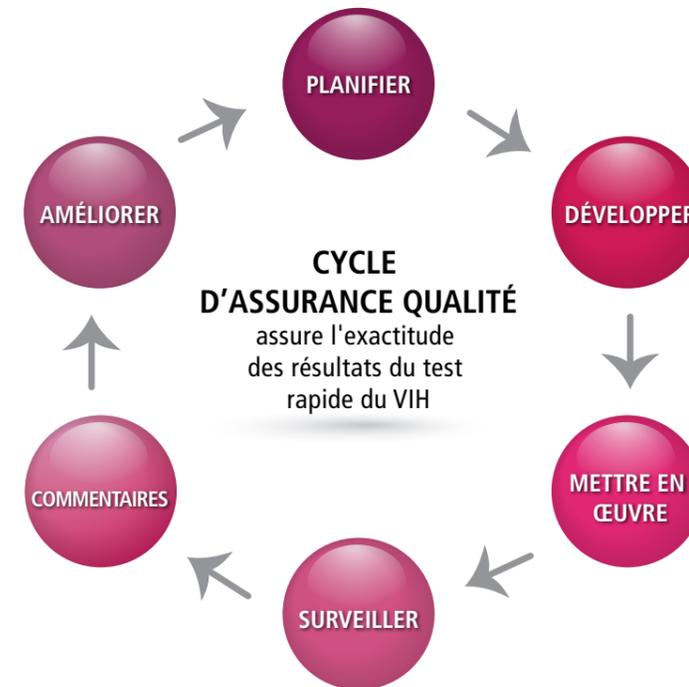


Figure 7.2 : Cycle d'assurance qualité (76)

### Étude de cas : suivi du cycle d'assurance qualité dans la vie réelle

Le responsable AQ d'une grande OBNL, Lebogang, avait pour tâche de compiler une POS au début d'un programme SDV. Ce programme visait à tenir des journées de dépistage du VIH dans les collectivités rurales de la province, et des tests de dépistage du VIH étaient proposés dans des tentes pop-up. Chaque jour de test de dépistage du VIH, de la musique et des rafraîchissements étaient fournis pour encourager les membres de la communauté à venir et à tester le VIH dans les tentes. Les personnes ont pu accéder aux informations pertinentes sur la santé, se faire tester contre le VIH et dépister des maladies apparentées. Lebogang a utilisé le plan AQ de l'OBNL pour développer la POS. L'une des stratégies qu'elle a incluse dans la POS était que le personnel devait toujours respecter les précautions standard pour assurer la sécurité. L'une des activités connexes était que les professionnels de santé devaient porter une nouvelle paire de gants pour chaque patient qu'ils testaient. Au fur et à mesure qu'elle développait la POS, elle travaillait en liaison avec la direction du programme pour s'assurer que tout professionnel de santé pouvait avoir une nouvelle paire de gants pour chaque nouveau patient, du nombre de patients qui devaient être testés quotidiennement et de la manière dont ils pensaient que ce processus pouvait

### Suite de l'étude de cas.

être surveillé. Elle a également travaillé avec le gestionnaire financier (pour s'assurer du financement adéquat du budget pour obtenir la quantité de gants requise) et avec le formateur (qui avait besoin d'intégrer cela dans le programme de formation des professionnels de santé). Après la finalisation de la POS et le suivi de la formation entière par le professionnel de santé, le programme commença. Le coordinateur du programme, Rochelle, avait besoin de surveiller si les professionnels de santé suivaient tous les processus documentés dans la POS, notamment le port de gants. Conformément au processus de suivi prévu dans la POS, Rochelle devait fournir une boîte à gants à chaque professionnel de santé au début de chaque semaine. Quand la boîte était terminée, le professionnel de santé en demandait une autre. Rochelle devait enregistrer le nombre de boîtes à gants délivrées à chaque professionnel de santé au cours de la semaine et concilier cela avec le nombre de patients que chaque professionnel de santé voyait. Rochelle a signalé au responsable du programme que l'une des professionnelles de santé, Lulu, avait utilisé moins de gants par rapport au nombre de patients qu'elle avait testé. Le gestionnaire de programme a donc organisé une formation supplémentaire pour Lulu sur les précautions standard et a expliqué l'importance d'utiliser une nouvelle paire de gants pour chaque patient. À l'avenir, Lulu a compris pourquoi elle avait besoin de changer de gants pour chaque nouveau patient et l'a fait avec diligence. Rochelle s'est rendue compte que les professionnels de santé devraient recevoir régulièrement des formations de remise à niveau, notamment autour des précautions standard. Lebogang a donc révisé le plan d'AQ et la POS pour y inclure une formation de remise à niveau trimestrielle destinée à tous les professionnels de santé.



Porter des gants est important pour les professionnels de santé qui procèdent à un dépistage rapide du VIH.

## 2. Comment pouvez-vous assurer la qualité des kits de dépistage rapide du VIH utilisés dans un cadre communautaire ?

S'assurer que le patient recevra des résultats précis à leur test de dépistage du VIH dépend du personnel bien formé et compétent, du stockage correct et de la maintenance des kits selon les directives du fabricant, et de la validité des kits de tests rapides du VIH. La section suivante traitera de chacun de ces aspects dans le cadre des SC DDV.

### 2.1 Personnel bien formé et compétent

La capacité des professionnels de santé à utiliser correctement les kits de dépistage rapide du VIH est d'une importance capitale. Un professionnel de santé compétent suivra le bon processus et effectuera le test rapide du VIH selon toutes les mesures de qualité en place afin de donner au patient un résultat correct du test de dépistage du VIH. Soyez toutefois conscient que même le personnel compétent ne peut pas toujours fonctionner de manière optimale. Le personnel qui a suivi la formation pertinente et

qui a réussi le test pratique peut être compétent ; cependant, en raison de la fatigue sur le terrain ou de la perte d'intérêt, il peut ne pas toujours suivre le protocole, ce qui entraîne des erreurs qui affectent leur compétence.

Certaines erreurs communes qui affectent les compétences des contrôleurs sont :

- l'utilisation des kits de dépistage rapide du VIH après leur date d'expiration.
- ne pas porter une nouvelle paire de gants pour chaque nouveau patient.
- ne pas collecter la quantité totale nécessaire de sang (généralement deux gouttes) à partir d'une piqûre adéquate. Cela devrait produire suffisamment de sang pour vous permettre d'essayer la première goutte de sang total avec du coton et de collecter ensuite la quantité requise de sang pour le test du VIH.
- ne pas utiliser le réactif approprié (tampon) et la bonne quantité (le réactif aide à diluer l'échantillon de sang, afin que le sang puisse circuler librement sur le tampon de test du kit de dépistage rapide du VIH).

- ne pas étiqueter le kit de dépistage rapide du VIH avec le nom du patient (les résultats du test du patient pourraient être confondus).
- enregistrer les résultats du test à un moment antérieur ou postérieur au moment indiqué par les instructions du fabricant.
- interpréter ou enregistrer les résultats du test de manière incorrecte.

Quand nous parlons de compétences, nous incluons les performances. Afin d'avoir des contrôleurs compétents, le personnel doit être formé et certifié de manière appropriée. Une formation unique n'est pas suffisante pour soutenir un test de dépistage du VIH de haute qualité. Au-delà de la formation en matière de certification, le personnel doit être surveillé régulièrement pour empêcher que des erreurs de test ne se produisent, afin de s'assurer que les performances vont de pair avec les compétences et, en fin de compte, que le diagnostic correct du VIH soit communiqué à chaque patient (125). Le personnel doit procéder à des évaluations régulières internes des tests de compétence.

#### 2.1.1 Évaluations internes des tests de compétence

Les professionnels de santé peuvent être transportés vers un lieu central, où ils sont surveillés par un animateur (responsable AQ ou personnel qualifié similaire), alors qu'ils effectuent des tests rapides du VIH, en utilisant du sérum. L'animateur surveille le professionnel de santé tout au long du processus.



Une évaluation interne des tests de compétence est une bonne méthode servant à assurer que les professionnels de santé sont capables de mener des dépistages du VIH avec habileté.

Après que le professionnel de santé a lu et interprété les résultats du test du VIH, l'animateur compare ces résultats au test du VIH à celui du sérum négatif au VIH et positif au VIH. Il s'agit d'un processus à simple insu : l'animateur sait si l'échantillon de sérum est séropositif ou séronégatif tandis que le professionnel de santé ne le sait pas. Si le résultat du professionnel de santé est le même que celui de l'échantillon de sérum connu, ce dernier sera jugé compétent en matière de dépistage rapide du VIH. Si son résultat est différent de celui de l'échantillon de sérum connu, il devra suivre une autre formation ou un autre accompagnement. Nous recommandons de réaliser ces évaluations tous les trimestres. Voir l'Annexe 18 pour accéder à un exemple du processus d'évaluation interne des tests de compétence.

#### 2.1.2 Évaluations externes des tests de compétence

Cette évaluation est un processus mis en place en Afrique du Sud et fait partie de l'assurance qualité externe (AQE). Tout comme l'évaluation interne des compétences, l'évaluation externe mesure également les compétences d'une personne menant un dépistage rapide du VIH. Toutefois, sa différence réside dans le fait qu'elle implique l'utilisation d'un sérum préparé par un prestataire externe (le Service de laboratoire de santé national d'Afrique du Sud), ce qui en fait un processus à double insu. Ni l'animateur ni le professionnel de santé ne savent si les échantillons de sérum sont séropositifs ou séronégatifs. L'animateur surveille le professionnel de santé tout au long du dépistage rapide du VIH. Les résultats du test sont enregistrés et renvoyés au prestataire externe, où ils sont évalués en fonction de leur exactitude. Après l'analyse par le prestataire externe, les résultats sont transmis à l'animateur, qui diffuse les résultats aux professionnels de santé. Si le résultat du dépistage rapide du VIH ne correspondait

#### Le saviez-vous ? Pourquoi est-il préférable d'utiliser du sérum plutôt que du sang total dans le cadre d'une formation ?

1. Le sérum est facilement disponible auprès de fournisseurs externes et s'écoule facilement sur la bande de test du VIH car il ne coagule pas (comme le fait le sang total).
2. La réactivité de l'échantillon de sérum (séronégatif ou séropositif) est connue, mais la source du sérum est anonyme alors que recueillir le sang total d'une personne pour une session de formation peut compromettre la confidentialité du statut sérologique de cette personne.

pas au sérum, cela signifie que soit le professionnel de santé a commis une erreur soit le kit de dépistage rapide du VIH n'était pas valide. L'animateur devra procéder à une étude plus approfondie, en soulignant les lacunes et en identifiant les domaines qui doivent faire l'objet d'une formation plus poussée.

## 2.2 Contrôle de la température

Pour une conformité optimale des normes de qualité, une surveillance adéquate de la température du kit de test de dépistage du VIH est une nécessité et

### Conseil

#### Lors de l'utilisation du sérum pour des tests de compétence

Vérifiez toujours la directive du fabricant sur les kits de dépistage rapide du VIH concernant la quantité de tampon utilisée lors de l'utilisation du sérum par rapport au sang total. La quantité de tampon peut différer et le personnel menant les tests de dépistage rapide du VIH doit en être conscient.

### Étude de cas : utilisation de tests de compétence pour améliorer les compétences globales des testeurs et mettre en évidence les lacunes dans la formation au dépistage du VIH

Dans le cadre d'une séance de formation interne régulière, les professionnels de santé agréés qui fournissent des tests de dépistage du VIH sur les lieux de travail, sont venus au centre de formation pour suivre une formation de mise à niveau sur les tests rapides du VIH et pour effectuer une évaluation des compétences. Après la formation formelle, chaque professionnel de santé a reçu du sérum (au lieu du sang total) et a été surveillé pendant qu'il effectuait un dépistage rapide du VIH. James, l'un des professionnels de santé, a enfilé ses gants, a vérifié la date de péremption du kit de dépistage, a étiqueté le kit de dépistage rapide du VIH et a extrait le sérum dans le tube capillaire. Il a placé son doigt sur le haut du tube capillaire et n'a pas pu sortir le sérum du tube et le mettre sur la bandelette réactive de dépistage rapide du VIH. Après avoir secoué le tube capillaire pendant un certain temps, il a maintenu le tube capillaire sur la bandelette réactive de dépistage rapide du VIH et a soufflé dedans, rejetant le sérum à l'extérieur. Bien que sa bouche ne touche pas le tube capillaire, cette pratique n'est pas recommandée. Les actions de James ont été notées et corrigées. La formatrice, Elise, a expliqué à James pourquoi il avait mal agi. De plus, Elise a révisé le manuel de formation pour y inclure « ne pas souffler du sang total / sérum en dehors du tube capillaire ». Cela est devenu une partie de la formation standard avec tous les nouveaux professionnels de santé et une partie de toutes les formations de recyclage futures.

les kits de test rapide du VIH doivent être stockés, transportés et utilisés dans la gamme de température recommandée par le fabricant. Le but des activités de contrôle de la qualité est de minimiser les risques de fluctuations de la température des kits de dépistage rapide du VIH. Si les kits de dépistage rapide du VIH ont été stockés hors de la fourchette de température, ces kits de dépistage devront être évalués afin de confirmer s'ils peuvent encore être utilisés ou non.

Afin de s'assurer que les kits de dépistage rapide du VIH restent dans la gamme de température recommandée, leur température doit être contrôlée tout le temps. Nous allons maintenant aborder la façon de contrôler la température des kits de tests dans différentes situations.

### Conseil

#### Vérifiez la fourchette de température

Si vous stockez deux kits différents de tests rapides du VIH, qui ont des fourchettes de stockage différentes, par ex., 2°C à 30°C et 2°C à 27°C, alors stockez-les selon la fourchette de température plus limitée (2°C à 27°C).

### Le saviez-vous ?

#### Les kits de dépistage rapide du VIH qui sont stockés en dehors de la gamme de température recommandée donnent-ils des résultats de tests incorrects ?

La température correcte du stockage des kits de dépistage rapide du VIH est déterminée par le fabricant et est toujours imprimée sur le colis ou sur la notice trouvée dans l'emballage. Généralement, les kits de dépistage rapide du VIH doivent être conservés entre 2°C et 30°C (35°F et 86°F). Cela signifie que le fabricant recommande que le kit de dépistage rapide du VIH ne soit pas à des températures inférieures à 2°C (35°F) ou supérieures à 30°C (86°F). Ce n'est pas une bonne pratique de geler un kit de dépistage rapide du VIH, puis le décongeler et l'utiliser, ni laisser un kit de dépistage rapide du VIH sous la lumière directe du soleil, pour qu'il soit très chaud pour ensuite le mettre au réfrigérateur afin qu'il refroidisse avant de l'utiliser. Si les kits de dépistage rapide du VIH sont stockés en dehors de la fourchette de température recommandée, il se pourrait qu'ils donnent des résultats incorrects aux tests.



Les kits de dépistage rapide du VIH doivent toujours être transportés dans une glacière à l'intérieur d'un véhicule climatisé.

#### 2.2.1 Contrôle et surveillance de la température pendant que les kits de dépistage rapide du VIH sont en transit

Lors du transport des kits de dépistage rapide du VIH dans un véhicule, que le transport soit entre la zone de stockage et un site ou entre deux sites, les kits de dépistage rapide du VIH doivent être transportés dans une glacière avec des blocs de glace, à l'intérieur d'un véhicule équipé de l'air conditionné. La climatisation doit être allumée durant toute la durée du trajet. Ainsi, cela diminuera le risque que les kits de dépistage atteignent des températures en dehors de la fourchette recommandée.

#### 2.2.2 Contrôle et surveillance de la température pendant le stockage des kits de dépistage rapide du VIH

Il est important que les kits de dépistage rapide du VIH soient stockés dans une zone désignée où la surveillance de la température est stricte. La zone de stockage doit être éloignée de la lumière directe du soleil et doit pouvoir être verrouillée de préférence. L'idéal est de placer le kit dans un frigidaire ou dans une armoire / un placard se trouvant dans un espace climatisé. Vous pouvez surveiller la température en utilisant un thermomètre et des rapports journaliers de température. Le thermomètre doit être placé à côté des kits de dépistage rapide du VIH stockés. Une personne désignée doit prendre en charge la vérification du thermomètre et la documentation des lectures de température de la zone de stockage du kit de dépistage du VIH au moins deux fois par jour (une fois le matin et une fois l'après-midi). Les lectures de température doivent être enregistrées sur un rapport journalier de température. Voir l'Annexe 19 pour avoir un exemple de rapport journalier de température manuel. Si la température fluctue hors de la fourchette acceptable, alors la personne désignée devra en informer un superviseur. Un plan doit être conçu pour corriger la situation en extrayant les kits de dépistage rapide du VIH et en les plaçant dans des conditions optimales (c'est-à-dire, le stockage dans la fourchette de température acceptable) et ensuite pour effectuer un contrôle de qualité interne pour déterminer si le kit de dépistage



Il est extrêmement important de surveiller la température des kits de dépistage rapide du VIH indépendamment du fait qu'ils soient stockés dans un meuble qui peut être verrouillé ou un réfrigérateur.

rapide du VIH est encore valable et peut toujours être utilisé (le contrôle qualité interne est traité plus loin).

Un autre outil qui peut aider à surveiller la température est le tableau de contrôle de la température ambiante (voir l'Annexe 20). Cela permet à la personne désignée de déterminer la température de la zone de stockage tous les jours et de produire un graphique de la température sur un mois.

#### 2.2.3 Contrôle et surveillance de la température pendant le dépistage du VIH dans la communauté

Lors des tests de dépistage du VIH dans les foyers, les tentes et les unités mobiles, il n'est pas facile de conserver les kits de dépistage rapide du VIH à la température correcte car il fait extrêmement chaud à l'extérieur. Dans ce cas, nous recommandons que les tests rapides du VIH soient stockés et transportés dans des glacières. Les glacières ne doivent jamais être laissées à la lumière directe du soleil et doivent toujours contenir des blocs de gel glacés. Le personnel doit être formé sur l'emballage correct des glacières contenant les kits de dépistage rapide du VIH, les blocs de gel et un thermomètre chaque matin avant de sortir.

Les kits de dépistage rapide du VIH doivent rester dans la glacière et être retirés uniquement si nécessaire. Chaque fois qu'un kit de dépistage est retiré de la glacière, le thermomètre doit être lu et la température enregistrée sur le dossier du dépistage du VIH du patient. Si la température dépasse la fourchette, cela doit être noté et le responsable de l'assurance qualité doit être averti afin que des mesures correctives puissent être prises.

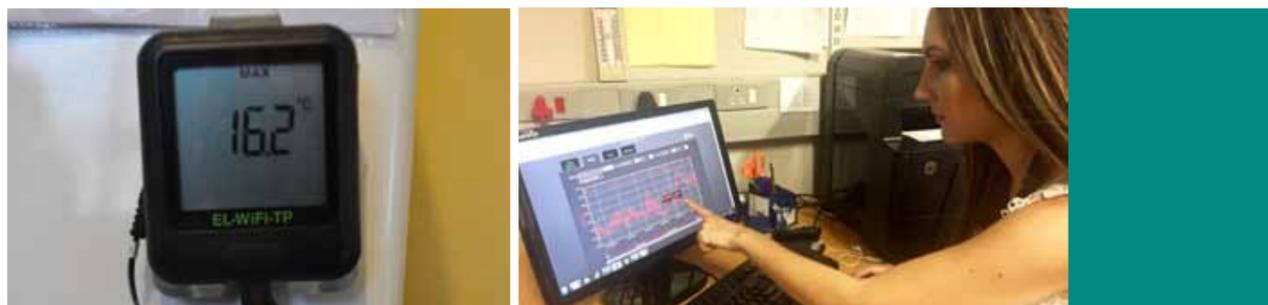


Les kits de dépistage rapide du VIH doivent rester dans la glacière lorsque des SC DDV sont fournis en dehors d'un environnement contrôlé.

### Étude de cas : surveillez la température à l'aide d'un système de surveillance et d'évaluation de la température à distance

Surveiller la température manuellement peut être difficile, car cela repose sur des individus se souvenant de vérifier le thermomètre et cela est donc soumis à des erreurs humaines. Une étude au Desmond Tutu TB Center (DTTC) a mis en place un système électronique innovant de surveillance de la température, qui a permis au coordinateur de contrôle de la qualité, Stéphanie, de surveiller la température des kits de dépistage rapide du VIH, stockés sur différents sites de tests communautaires. Le système utilisait un enregistreur de données électronique avec une sonde, qui a été placé aux côtés des kits de dépistage rapide du VIH où ils étaient stockés sur chaque site. L'enregistreur électronique de données de température a envoyé un relevé de température venant de chaque sonde à l'ordinateur de Stéphanie, toutes les heures, afin qu'elle puisse voir et surveiller les relevés de température. Chaque fois que le relevé de température était en dehors de la fourchette acceptable, le système a automatiquement alerté Stéphanie par courrier électronique ou sms. L'enregistreur de données possédait des fonctionnalités WiFi, et pouvait donc être synchronisé tous les jours, de sorte que les données du journal de température puissent être visualisées en temps réel.

À une occasion, Stéphanie a reçu une alerte par courrier électronique sur une température qui était en dehors de la fourchette à l'un des sites de dépistage du VIH. Stéphanie a demandé que tous les kits de tests sur ce site soient immédiatement retirés du réfrigérateur et ramenés au bureau central à des fins de vérification de leur validité. Après une enquête plus approfondie sur les raisons pour lesquelles la température a augmenté dans le réfrigérateur, elle a découvert qu'en raison des coupures d'électricité, le réfrigérateur était éteint. Le système de surveillance électronique lui a permis de réagir rapidement et de fournir des mesures correctives afin de minimiser le risque de fournir des résultats erronés au test du VIH.



Suivez électroniquement la température des kits de dépistage rapide du VIH stockés à distance.

### 2.3 Gestion du contrôle des stocks

La gestion des stocks se réfère à la maintenance adéquate de fournitures suffisantes pour assurer un service ininterrompu. Cela signifie que vous devez compter régulièrement le nombre de kits de dépistage rapide du VIH que vous avez par rapport au nombre estimatif dont vous avez besoin pour ne pas être à court. Une bonne gestion des stocks signifie également que vous devez vérifier la date d'expiration des kits de dépistage pour vous assurer qu'ils n'ont pas expiré et organiser les kits afin qu'ils soient utilisés par ordre chronologique, en commençant par ceux qui ont la date la plus proche. Une bonne gestion des stocks minimise le gaspillage et assure un niveau de stock adéquat à tout moment.

Nous décrivons maintenant quatre étapes de base qui font partie intégrante de la gestion des stocks

de tous les consommables pertinents, y compris les kits de dépistage rapide du VIH, dans un contexte communautaire.

**Étape 1 :** Déterminez le niveau de stock requis de chaque consommable, c'est-à-dire la quantité qui doit se trouver en stock. C'est une considération importante si vous ne voulez pas que le stock soit épuisé. Par exemple, si vous utilisez habituellement 500 kits de dépistage rapide du VIH chaque mois, nous vous suggérons de compter au moins 750 kits de dépistage rapide du VIH dans vos stocks au début du mois afin d'éviter un écoulement des stocks. (Cela correspond à une valeur de stock d'un mois et demi). Comptez le nombre de consommables que vous avez en stock. Notez-le puis calculez la quantité que vous devez commander. Par exemple, si vous faites votre inventaire et découvrez que vous avez

150 kits de dépistage rapide du VIH en stock, vous devez faire le calcul suivant :  $750 - 150 = 600$ . Vous devez commander 600 kits de dépistage rapide du VIH. (Si chaque pack de test contient 100 kits de dépistage rapide du VIH, vous devez commander six packs de dépistage rapide du VIH). Voir un exemple de formulaire de commande de stock à l'Annexe 21. Étant donné que déterminer le niveau de stock requis peut être difficile, il est recommandé que les exécutants de programme utilisent plusieurs sources de données et vérifient de façon croisée les données du site, l'expérience passée et les tendances prévues futures, afin de déterminer les niveaux de stocks requis (126).

#### Conseil

##### Commandez vos stocks à la même date tous les mois

Envoyez votre formulaire de commande au fournisseur à la même date tous les mois afin de vous assurer que vous recevrez votre commande au même moment tous les mois. De plus, assurez-vous de passer votre commande suffisamment tôt pour qu'elle arrive près du début de chaque mois.

**Étape 2 :** remise officielle lors de la livraison du stock. Une personne désignée doit recevoir la livraison, compter le stock, vérifier la quantité en fonction de ce qui a été commandé, vérifier les dates d'expiration sur les boîtes, confirmer que le stock était dans un environnement sous température contrôlée pendant le transport et signer le bon de livraison. Tout stock en circulation (commandé mais non livré) peut être noté sur le formulaire de commande du stock (voir l'Annexe 21).



Assurez-vous du fait que les bons stocks aient été livrés et vérifiez toujours les dates d'expiration sur les boîtes des kits de dépistage rapide du VIH.

**Étape 3 :** Le personnel désigné entre les kits de dépistage rapide du VIH nouvellement reçus dans le registre de contrôle des stocks de dépistage du VIH, ce qui permet de suivre et rapprocher les kits de

dépistage rapide du VIH. Ce registre (Voir l'Annexe 22) exige que le personnel enregistre ce qui suit :

- le type de dépistage ;
- la date de réception ;
- la quantité de pack ;
- le numéro de lot ;
- le numéro de lot / série ;
- la date d'expiration ; et,
- le moment (la date) de l'ouverture du pack.

**Étape 4 :** le personnel responsable de la gestion des stocks doit également être responsable de la fourniture des kits de dépistage rapide du VIH quotidiens aux professionnels de santé. Le nombre de kits de dépistage donné à chaque professionnel de santé est basé sur le nombre moyen de patients qui peuvent être testés par cette personne en un jour.

### 2.4 Validité des kits de dépistage rapide du VIH

Comme cela est mentionné, vous devez vous assurer que les kits de dépistage rapide du VIH sont valides. Cela signifie qu'ils fonctionnent correctement et qu'ils fourniront des résultats précis de dépistage du VIH. La validité des kits de dépistage rapide du VIH peut être vérifiée de deux façons.

#### 2.4.1 Vérification du panneau de contrôle du kit de dépistage rapide du VIH

Vérification du panneau de contrôle d'un kit de dépistage rapide du VIH est une façon de vérifier la validité du test. Tous les kits de dépistage rapide du VIH ont une fenêtre de contrôle intégré. Une ligne de contrôle est généralement marquée « C » sur le dispositif. Quand le kit de dépistage rapide du VIH est utilisé, une ligne doit toujours apparaître dans la fenêtre de contrôle. Cela confirme que le test est valide. Si aucune ligne de contrôle n'apparaît alors le test est invalide. Voir l'Annexe 15 pour savoir comment interpréter les résultats du dépistage du VIH. Il existe quelques raisons pour lesquelles aucune ligne de contrôle ne peut apparaître : le kit de dépistage peut être endommagé ; la procédure de test appropriée n'a peut-être pas été suivie et le kit de dépistage peut avoir expiré ou peut ne pas avoir été stocké dans la fourchette correcte de température. Si la ligne de contrôle n'apparaît pas, le professionnel de santé doit en aviser immédiatement le superviseur, afin que la cause puisse être déterminée et que les mesures correctives

soient prises. Si les kits de dépistage ont été stockés en dehors de la température recommandée, alors utilisez ce processus pour vérifier leur validité afin de déterminer s'ils peuvent encore être utilisés (si ceux-ci sont valides) ou si ils doivent être jetés (si ceux-ci sont invalides). L'Annexe 23 présente une directive sur les mesures correctives à prendre, en fonction du problème et de sa cause potentielle.

#### Conseil

##### Assurez un dépistage rapide du VIH de qualité

Ne donnez jamais à un patient un résultat du test du VIH si le kit de dépistage est invalide.



Vérifiez la validité du kit de dépistage rapide du VIH en assurant qu'il existe une « ligne de contrôle ».

#### 2.4.2 Le contrôle qualité indépendant

Le Contrôle qualité indépendant (CQI) est le processus d'utilisation du sérum qui sert à tester la validité d'un kit de dépistage rapide du VIH en comparant le résultat du kit de dépistage rapide du VIH avec des échantillons de sérum négatifs et/ou positifs connus. Si le résultat diffère, alors le kit de dépistage rapide peut être invalide (si la procédure correcte a été suivie). Comme le sérum est généralement fourni par une source externe, ce processus doit être mis en place en partenariat avec un laboratoire de santé et, par conséquent, cela est logiquement plus compliqué et peut entraîner des coûts associés. Cependant, le CQI, s'il est mis en œuvre, est un processus précieux.

### 3. Quelles sont les précautions standard ?

Chaque fois que vous collectez ou travaillez avec un échantillon humain (par exemple, du sang, de l'urine, des expectorations), vous risquez potentiellement d'être confronté à des risques de maladies comme le VIH et l'hépatite B. Le test de dépistage du VIH pose un risque pour la santé du professionnel de santé, du patient testé et de toute autre personne très proche où le test est réalisé. L'expression « précautions standard » a remplacé l'expression « précautions

#### Conseil

##### Souvenez-vous du CQI

1. Retirez toujours quatre kits de test d'un pack. Testez-en deux avec le sérum négatif et deux avec le sérum positif. Le double test augmente la confiance dans les services.
2. Appliquez toujours le numéro de lot de la bandelette réactive et du pack (parfois ils peuvent être différents).
3. Il est préférable de faire un CQI en début de semaine. Si des kits de test défectueux sont identifiés, tous les kits de test peuvent être extraits avant que des tests rigoureux n'aient eu lieu et que des mesures correctives puissent avoir lieu.

universelles » et décrit les pratiques standard de contrôle des infections à utiliser universellement dans les milieux des soins de santé pour minimiser le risque d'exposition à des agents pathogènes (par exemple, en portant des gants et des masques) et pour prévenir l'exposition aux échantillons humains (127). Des précautions standard sont nécessaires pour assurer un environnement sain de dépistage du VIH pour tous, pour garantir la sécurité personnelle des personnes impliquées dans le dépistage du VIH et pour minimiser leur risque au niveau de la santé (128, 129).

Tout le personnel impliqué dans la collecte de tout échantillon humain doit être bien formé aux précautions standard et doit être familiarisé avec l'application de ces précautions dans leur environnement et avec les procédures qui doivent être suivies en cas d'accident.

#### Conseil

##### Normes de précaution

Traitez tous les échantillons comme s'ils étaient potentiellement infectieux.

#### 3.1 Directives sur les précautions standards relatives à l'espace de travail :

- Gardez votre espace de travail propre et net (sans téléphone portable, nourriture, boisson, encombrement).
- Désinfectez quotidiennement les surfaces de travail et limitez ou restreignez l'accès lorsque vous travaillez.
- Jetez les lancettes et les aiguilles usagées dans des conteneurs spéciaux :

- » le conteneur d'objets tranchants doit être placé près de l'espace de travail ;
  - » le conteneur d'objets tranchants doit être fermé lorsqu'il n'est pas utilisé ; et
  - » le conteneur d'objets tranchants doit être scellé lorsqu'il est aux 3/4 plein.
- Utilisez un conteneur à déchets médicaux (avec un sac rouge) pour éliminer les produits contenant des liquides corporels.
  - Gérez les déversements d'échantillons de sang ou de fluides corporels. Essuyez la majeure partie du déversement avec des serviettes en papier. Nettoyez le reste en utilisant un détergent chloré.



Gardez toujours votre espace de travail propre et net.

#### Le saviez-vous ?

##### Que faites-vous avec le conteneur à objets tranchants lorsqu'il est plein ?

Le conteneur à objets tranchants ne doit jamais être rempli jusqu'en haut. Fixez fermement le couvercle lorsque le conteneur est rempli aux trois quarts. Il est recommandé de sceller avec du ruban adhésif sur le couvercle. Placez le conteneur dans un lieu sécurisé, où il ne sera manipulé par personne, afin d'éviter que le contenu ne soit renversé. Une société d'élimination des déchets médicaux agréée doit être employée pour collecter les conteneurs à objets tranchants de votre site et le transporter vers une zone d'élimination désignée, où les déchets seront incinérés. En règle générale, la société d'élimination des déchets médicaux déposera de nouveaux conteneurs tranchants lorsqu'ils collecteront ceux utilisés. Assurez la collecte régulière de tous les déchets médicaux.

#### 3.2 Directives sur les précautions standards relatives à la sécurité du personnel :

- Lavez / désinfectez toujours vos mains après chaque patient.
- Portez toujours une nouvelle paire de gants pour chaque patient.

- Ne récupérez rien à partir d'un récipient à objets tranchants ou d'un sac / récipient de déchets médicaux.
- Ne mangez pas, ne buvez pas, ne fumez pas, n'utilisez pas d'appareil mobile ou ne mettez pas de cosmétiques pendant le test du VIH.
- Ne placez pas la bouche sur ou autour de la pipette / tube capillaire.
- Ayez un POS pour les blessures par piqûre d'aiguille et assurez-vous que le personnel sait exactement quel processus suivre si une telle blessure se produit.

(Voir l'Annexe 24 pour avoir un exemple de POS pour les blessures par piqûre d'aiguille.)

#### Le saviez-vous ?

##### Que faire si une piqûre par aiguille se produit ?

- Lavez la zone infectée soigneusement avec de l'eau et du savon.
- Prenez le traitement de Prophylaxie post-exposition au VIH (PPE) immédiatement ou dès que possible (au maximum quatre heures) après l'exposition.
- Signalez l'incident immédiatement à un professionnel de santé et de sécurité (ou à une autre personne désignée).
- Si possible, obtenez un échantillon de sang du patient ( $\pm$  2 ml) avec le consentement éclairé et les détails sur le patient.
- Prenez contact avec un professionnel médical compétent (selon la procédure standard de votre organisation) qui peut vous conseiller sur les autres étapes.

#### Conseil

##### Veillez à ce que les directives sur la santé au travail soient en place

Assurez-vous que votre organisation dispose de l'assurance-maladie pertinente pour tous les professionnels de santé.

« Si une piqûre de l'aiguille se produit, nous organisons et payons les médicaments nécessaires pour l'employé concerné. Nous réclamons ensuite le montant à la compagnie d'assurance. Si l'employé a pris un congé de maladie, le congé est enregistré comme « accident de travail ». - Joyal Arendse (Agent de sécurité et de santé)



## CHAPITRE 8 GESTION DES DONNÉES

### Pourquoi ce chapitre est-il important ?

La collecte de données de haute qualité précises, pertinentes et opportunes est essentielle pour fournir des informations véridiques, fiables et appropriées. Ces informations sont cruciales pour le suivi et l'évaluation des programmes communautaires de prévention du VIH afin d'améliorer continuellement la prestation efficace de services. Afin de générer les informations requises, une bonne gestion des données est essentielle. Un plan de gestion

de données fournit un cadre pour la collecte, la vérification et l'analyse des données. Ce chapitre abordera les principes essentiels et proposera des réflexions pertinentes sur les techniques de collecte de données électroniques et papier et les flux de données. De plus, ce chapitre se fondera sur des études de cas pour mettre en évidence la manière dont les données géographiques peuvent être utilisées dans les programmes communautaires de prévention du VIH, pour afficher les données visuellement.

### Qu'apprendrez-vous de ce chapitre ?

1. Pourquoi est-il nécessaire de disposer de données de haute qualité ?
2. Par où commencez-vous ? – Le plan de gestion de données
3. Quels types de données peuvent être collectées ?
  - 3.1 Données quantitatives
  - 3.2 Données qualitatives
4. Qui doit collecter les données ?
5. De quelle manière les données doivent-elles être collectées ?
  - 5.1 Considérations éthiques
  - 5.2 Choisir la collecte de données par voie électronique ou sur papier
6. Qu'arrive-t-il aux données après la collecte ?
  - 6.1. Collecte de données sur papier
  - 6.2. Collecte de données électroniques
7. Comment les données géographiques peuvent-elles être utilisées dans les programmes communautaires de prévention du VIH ?
  - 7.1. Des photographies aériennes ont été utilisées pour afficher les changements structurels apportés à l'environnement où un programme communautaire de prévention du VIH a été mis en œuvre
  - 7.2. Utilisation des cartographies au sein d'un programme communautaire de prévention du VIH pour suivre les performances du programme
  - 7.3. Utilisation des cartographies pour afficher l'accès auto-déclaré aux soins pendant la durée de vie d'un programme communautaire du VIH

# GESTION DES DONNÉES

Mark Theart, Nomtha Mandla, Sue-Ann Meehan et Rory Dunbar



Les choses ne se font que si les données que nous recueillons peuvent informer et inspirer ceux qui sont en mesure de faire une différence.

- Mike Schmoker (de nationalité américaine, administrateur, professeur d'anglais, entraîneur de football et auteur, qui souhaite un jour visiter l'Afrique du Sud)



## 1. Pourquoi est-il nécessaire de disposer de données de haute qualité ?

Les données sont un recueil de faits ou d'informations qui doivent être traitées, organisées, structurées et interprétées afin de devenir des informations utiles (130). Les données sont donc un élément clé de tout programme communautaire de prévention du VIH, car cette information aide les exécutants de programme et les gestionnaires à mieux comprendre la manière dont leur programme est mis en œuvre et s'il atteint les objectifs visés. De meilleures informations entraînent de meilleures décisions, ce qui se traduit par une meilleure santé (110). Pour que les gestionnaires de programme, les bailleurs de fonds et les autres intervenants aient confiance en les données et les informations produites, les données doivent être de haute qualité. La qualité des données est définie comme étant « des données qui sont pertinentes pour leurs utilisations prévues et qui sont suffisamment détaillées et de qualité avec un haut degré de précision et d'intégralité, compatibles avec d'autres sources et présentées de manière appropriée » (131).

Voici quelques caractéristiques essentielles des données de haute qualité :

- **Exactitude** : La mesure dans laquelle les données sont exemptes d'erreurs identifiables. L'exemple suivant montre la différence entre les données exactes et inexactes recueillies sur le sexe d'une personne qui accède aux services de dépistage du VIH (SDV).  
Sexe : Féminin                      EXACT !  
Sexe : Positif                        INEXACT !
- **Intégralité** : Il s'agit d'une sous-catégorie de l'exactitude et c'est la proportion de champs de données qui sont complets. L'exemple suivant concerne le champ de données « Résultat du VIH ».  
Résultat du VIH : Négatif COMPLET !  
Résultat du VIH : Manquant INCOMPLET !
- **Accessibilité** : La mesure selon laquelle les données sont facilement obtenues (de manière éthique). Par exemple, si un patient a consenti à un test de dépistage du VIH et que le professionnel de santé a fait subir un test de dépistage du VIH chez une personne, le « résultat du test de dépistage du VIH » peut être recueilli et mis à la disposition de cette personne.
- **Pertinence** : La mesure selon laquelle les données sont utiles aux fins pour lesquelles elles ont été

collectées. Par exemple, si dans votre programme figure la circoncision masculine médicale volontaire, il sera pertinent et utile de recueillir des données sur les résultats défavorables après la procédure de circoncision. Il n'est pas pertinent ou utile pour votre programme de recueillir des données sur la couleur favorite de l'homme.

- **Disponibilité** : la mesure selon laquelle les données peuvent être obtenues en temps opportun. Les données doivent être suffisamment fréquentes pour que les exécutants du programme prennent des décisions éclairées. Les données doivent également être actualisées et suffisamment à jour pour être utiles lors des prises de décision. Par exemple, si des données montrent que peu d'hommes se font tester pour le VIH dans une communauté, mais que celles-ci ont plus de 10 ans, cela ne reflète pas le comportement actuel des hommes dans la communauté.

## 2. Par où commencez-vous ? – Le Plan de gestion des données

Avant le déploiement de tout projet, il est impératif d'avoir un plan de collecte et de gestion des données. Cela est également valable pour les programmes communautaires de prévention du VIH. Les données seront collectées tout au long du programme, donc vous devez savoir à l'avance comment vous allez collecter et gérer les données afin de pouvoir produire des rapports qui fournissent des informations utiles pouvant être utilisées pour évaluer le programme (voir le Chapitre 9 : Surveillance et Évaluation). Comme ce document d'orientation concerne la mise en œuvre du programme, ce chapitre mettra l'accent sur les données du programme (et non sur les données de recherche).

Un plan de gestion des données est essentiel pour gérer les données. Le plan doit indiquer la manière dont vous allez gérer vos données pendant et après le programme. Lors de l'élaboration d'un plan de gestion des données, il faut prendre en compte ce qui suit :

- Le but des données (pourquoi collectez-vous les données).
- Quelles données collecter (le type, le format et le volume des données à collecter).
- Comment collecter les données (quelle méthode sera utilisée, quels processus d'assurance qualité seront mis en place).
- Qui collectera les données (quelles catégories

### Le saviez-vous ?

#### Quelle est la différence entre des données de programme et des données de recherche ?

**Les données de programme** sont des informations recueillies systématiquement, de manière continue, lors de la mise en œuvre d'un programme de services sociaux ou de santé. Le but consiste principalement à fournir des informations sur les performances du programme. Par exemple, lors de la mise en œuvre d'un dépistage du VIH communautaire, les données de routine recueillies pour chaque patient peuvent englober l'âge, le sexe, l'historique des tests antérieurs, etc.

**Les données de recherche** sont recueillies dans le cadre d'un processus de recherche. Ces données sont destinées à recueillir des informations supplémentaires dans le but de contribuer à de nouvelles connaissances en abordant une question clairement définie. Par exemple, une étude de recherche visant à déterminer les raisons pour lesquelles les personnes vivant avec le VIH accèdent ou n'accèdent pas aux services VIH, peut demander à interroger les personnes chez qui on a nouvellement diagnostiqué le VIH. Le but des entretiens serait de demander aux participants les raisons d'aller ou de ne pas aller aux services du VIH. Les données de cet entretien seraient considérées comme des « recherches » puisqu'il s'agit d'informations supplémentaires, non collectées systématiquement, et contribueront à de nouvelles connaissances sur l'accès aux services de dépistage du VIH (SDV).

de personnel et quelles compétences sont nécessaires).

- Comment gérer les problèmes éthiques (comment protéger l'identité des patients, qui possède les données).
- Quel logiciel de gestion des données utiliser (par exemple, Microsoft SQL, MySQL).
- Comment les données circuleront (quand seront-elles entrées dans la base de données, comment seront-elles vérifiées, quand seront-elles considérées comme correctes, à quel point les rapports S&E seront-ils générés).
- Comment les données seront-elles stockées et sauvegardées (existe-t-il une capacité suffisante de stockage, qui sera responsable de la sauvegarde et

de la récupération, comment les données seront-elles récupérées en cas d'incident).

- Comment gérer l'accès à et la sécurité des données (comment contrôler l'accès pour sécuriser les données, qui gèrera les risques liés à la sécurité des données).
- Quelles données doivent être conservées, partagées et/ou préservées (comment déciderez-vous des données à conserver, pendant combien de temps les données seront-elles conservées).
- Comment les données seront-elles partagées (avec qui partageriez-vous les données et sous quelles conditions).
- Qui sera responsable de la gestion des données (qui est responsable de la mise en œuvre du plan et de chaque activité de gestion des données).
- Quelles sont les ressources requises pour fournir le plan (quel matériel informatique / logiciel sera nécessaire au-delà de ce que vous avez actuellement, quelle formation est requise).

Pour obtenir plus d'informations sur les plans de gestion des données, nous vous suggérons de visiter les sites internet suivants :

[http://www.dcc.ac.uk/sites/default/files/documents/resource/DMP/DMP\\_Checklist\\_2013.pdf](http://www.dcc.ac.uk/sites/default/files/documents/resource/DMP/DMP_Checklist_2013.pdf)

<https://www.icpsr.umich.edu/icpsrweb/content/datamanagement/dmp/framework.html>

Un bon plan de gestion des données comprendra un système de gestion des données. Il permettra aux données d'être créées, récupérées, mises à jour et gérées facilement. Généralement, le système de gestion des données sera électronique. Même si la collecte de données est basée sur papier, il est préférable d'entrer les données dans une base de données électronique à des fins d'analyse. Cela signifie que les données se retrouvent sous forme électronique.

### Le saviez-vous ?

#### Qu'est-ce qu'une base de données ?

Une base de données est une collecte électronique de données qui est organisée de sorte que son contenu puisse être facilement géré, accessible et mis à jour (132).

Meilleures pratiques à prendre en considération lors de la mise en place d'un système de gestion des données. Le système :

- doit être aligné aux objectifs du projet ;
- ne doit pas dépendre d'un logiciel ou d'un système informatique spécifique ;
- doit être simple, de sorte à ce qu'il soit facile à adapter si les outils de collecte de données changent ;
- doit générer des informations qui sont exactes, complètes et pertinentes, car ces informations aideront à prendre des décisions sur le programme ; et,
- doivent inclure des caractéristiques de sécurité pour protéger l'identité des participants et protéger les données contre toute perte.

### 3. Quels types de données peuvent être collectées ?

Il existe différents types de données. Le type de données que vous collectez dépend de ce que vous voulez savoir.

#### 3.1 Données quantitatives

Il s'agit des informations sur les quantités, à savoir les données qui peuvent être mesurées et écrites avec des chiffres (133). Les données quantitatives répondent généralement aux questions « Qui ? » « Quoi ? », « Quand ? », et « Combien ? ». Elles vous diront, par exemple, le nombre de femmes et d'hommes qui ont subi un test de dépistage du VIH et chez qui on a diagnostiqué le VIH dans votre programme. L'analyse de ces données peut révéler qu'une proportion plus élevée de femmes ont été testées positives au VIH par rapport aux hommes dans votre programme.

Les données géographiques (données géospaciales) peuvent être classées dans le domaine des données quantitatives. Les données géospaciales sont définies comme étant « des données et des informations ayant une association implicite ou explicite avec un lieu relatif à la terre » (134). La collecte des données géographiques est bénéfique car vous êtes en mesure de localiser et d'afficher visuellement les données à l'aide de cartes et d'analyser les relations spatiales à l'aide du logiciel du Système d'information géographique (SIG). C'est un moyen puissant d'afficher les données du programme, en fonction du contexte dans lequel le programme fonctionne. Par exemple, si vous faites un test de dépistage de porte-à-porte au sein d'une communauté, vous voudrez peut-être montrer une carte avec tous les ménages de cette communauté, puis mettre en évidence les ménages que vous avez visités dans le cadre du dépistage du VIH. Cela vous montre d'emblée combien de ménages ont été visités par rapport au total des ménages.

#### 3.2 Données qualitatives

Ce sont les informations non numériques. Les données qualitatives répondent généralement aux questions « Pourquoi ? » et « Comment ? ». Généralement, elles sont descriptives. Elles peuvent être écrites (par ex., des articles de journaux), verbales (par ex., des entretiens) ou visuelles (par ex., des observations) (133). Les données qualitatives, par exemple, seraient des transcriptions d'entretiens qui demandent aux gens pourquoi ils ont réalisé un dépistage du VIH. L'analyse des données fournirait certaines des raisons pour lesquelles les gens ont testé le VIH.

#### 4. Qui doit collecter les données ?

Le fait de décider qui va collecter les données dépend souvent de l'origine des données.

Les données primaires peuvent être collectées par toute catégorie de personnel travaillant à la source (où les données sont collectées). Les gestionnaires de programme doivent assurer que le personnel est formé de manière adéquate pour collecter les données de haute qualité (voir le Chapitre 4 : Création, formation et maintien d'une équipe). Généralement, dans un programme communautaire de prévention du VIH, la majorité des données sera recueillie à la source, à savoir, directement auprès des patients accédant aux services. Par exemple, dans des services mobiles de dépistage du VIH (SDV), le professionnel de santé collectera régulièrement les données de chacun de ses patients (habituellement des données démographiques et sanitaires). Le professionnel de santé peut collecter des données sur l'âge du patient, ses coordonnées, si le patient a effectué un dépistage du VIH ou pas, etc. Ce sont les données primaires collectées à la source.

Des exemples de données secondaires incluent : la base de données nationale de recensement ou les

##### Le saviez-vous ?

##### Quelle est la différence entre des données primaires et des données secondaires ?

Les données issues de **sources primaires** englobent les informations collectées par les registres du programme, les enquêtes, les questionnaires structurés ou les observations directes. **Les données secondaires** proviennent de données qui ont déjà été collectées et qui sont disponibles à des fins d'utilisation par d'autres.



Les données primaires sont collectées « sur le terrain », alors que les données secondaires proviennent de données déjà collectées.

bases de données qui existent dans le secteur de la santé (par exemple, dans le Système d'information sanitaire du district [DHIS], qui regroupe des données sanitaires, courantes, regroupées qui sont collectées à partir des registres de l'établissement de santé et combinées aux données d'autres établissements). Les gestionnaires de programme ou toute autre catégorie de personnel nécessitant ce niveau de données, peuvent utiliser ce type de données. Par exemple, un gestionnaire de programme qui supervise un programme communautaire de dépistage du VIH ciblant les hommes dans une communauté spécifique souhaitera peut-être déterminer la couverture du test de dépistage du VIH chez les hommes dans cette communauté et examinera les données DHIS à cette fin. Le gestionnaire de programme peut également utiliser la base de données nationale de recensement pour déterminer combien d'hommes adultes vivent dans la communauté. Les données du programme détermineront combien d'hommes ont effectué un test du VIH dans le cadre des services communautaires de dépistage du VIH (SC DDV). À l'aide de ces sources de données, le gestionnaire de programme peut estimer la part d'hommes adultes dans cette communauté qui ont effectué un test du VIH et donc la couverture du test de dépistage du VIH des hommes réalisée par les SC DDV.

élaborer des politiques de collecte de données et des codes de conduite afin de s'assurer que les données sont collectées de manière éthique. Bien que ces documents fassent référence à la collecte de données de recherche, les mêmes principes peuvent être appliqués à la collecte de données du programme. (Voir l'Annexe 25 pour consulter la Déclaration de Singapour).

Visitez les sites internet suivants pour avoir plus d'informations :

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3954607/pdf/nihms-561137.pdf>

<http://www.apa.org/monitor/jan03/principles.aspx>

<https://www.wma.net/what-we-do/medical-ethics/declaration-of-helsinki/>



#### 5. De quelle manière les données doivent-elles être collectées ?

##### 5.1 Considérations éthiques

Les données doivent être collectées de manière éthique. Le respect de la confidentialité et de la vie privée du patient, l'obtention d'un consentement éclairé, le cas échéant, et la collecte de données correctes sont cruciaux dans tout programme. Les données ne doivent jamais être fabriquées ou supposées. Nous vous suggérons de vous familiariser avec la Déclaration de Singapour (135) et la Déclaration d'Helsinki (136), qui fournissent des conseils éthiques qui peuvent être utilisés pour



Collecte de données au format papier et par voie électronique.

## 5.2 Choisir la collecte de données par voie électronique ou sur papier

Les gestionnaires de programme ont besoin de prendre une décision sur le fait de collecter ou pas des données en utilisant un système papier (en utilisant un stylo pour écrire toutes les informations pertinentes sur une feuille de papier) ou par voie électronique (en utilisant un dispositif tel qu'une tablette, un téléphone ou un ordinateur pour

entrer les informations pertinentes). En raison des développements technologiques, la saisie de données électroniques peut maintenant être faite au point de collecte, par exemple dans la communauté, chez le patient ou sur un site mobile. Chaque système a des avantages et des inconvénients, et un bon gestionnaire de programme doit prendre en compte ce qui est le plus approprié dans un contexte spécifique.

**Tableau 8.1 : Avantages et inconvénients de la collecte de données par voie électronique comparé au format papier**

| Collecte de données au format papier   |  |
|--|--|
| Avantages  | Inconvénients  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Facile d'utilisation (le collecteur de données n'a pas besoin de compétences technologiques).</li> <li>Le formulaire de collecte de données peut être facilement imprimé et distribué.</li> <li>Pratique pour les documents impliquant des signatures.</li> <li>Il est facile d'accéder aux informations du document pour appliquer des changements si des erreurs ont été commises (toujours se souvenir de signer à côté de chaque changement appliqué).</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Il peut y avoir un retard dans l'analyse des données, car les données doivent être saisies dans un système électronique à partir d'un support papier.</li> <li>Plus de personnel sera nécessaire pour gérer le flux de données (par rapport au système électronique).</li> <li>Beaucoup d'espace de stockage est nécessaire pour les énormes quantités de papier générées et il peut être difficile d'organiser et de stocker des données au format papier.</li> <li>Le stockage est moins respectueux de l'environnement.</li> <li>Le papier est vulnérable face aux catastrophes naturelles (les incendies ou les inondations endommageront / détruiront le papier).</li> </ul> |
| Collecte de données par voie électronique  |  |
| Avantages  | Inconvénients  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>La saisie des données est immédiate.</li> <li>Des rapports peuvent être générés en temps réel.</li> <li>Les données ne nécessitent pas un large espace de stockage.</li> <li>Moins de personnel sera nécessaire pour gérer le flux de données (par rapport au système papier).</li> <li>Il est facile d'accéder aux données et facile de les partager avec les autres par voie électronique.</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Une formation technique spécifique est requise pour s'assurer que le personnel est qualifié pour utiliser un dispositif de collecte de données par voie électronique.</li> <li>Le dispositif de collecte de données par voie électronique peut mal fonctionner, ce qui entraînerait des temps d'arrêt sur le terrain.</li> <li>Les dispositifs électroniques de collecte de données auront besoin d'un remboursement de capital à l'avance et d'un budget pour une maintenance régulière.</li> <li>Les dispositifs de saisie de données électroniques ont une valeur marchande sur le marché libre et sont vulnérables au vol.</li> </ul>   |

## 6. Qu'arrive-t-il aux données après la collecte ?

Dans ce chapitre, nous partageons nos expériences et meilleures pratiques sur le flux de données, qu'elles soient collectées sur papier ou par voie électronique. Nous discutons également de la vérification des données, ce qui est important car les rapports de programme générés doivent être basés sur les données qui sont aussi bien exactes et complètes que possibles.

### 6.1 Collecte de données papier

Durant les SC DDV, les professionnels de santé recueillent des données de routine auprès de leurs patients. Les données sont recueillies sur des formulaires papiers, stockées en toute sécurité tout au long de la journée afin de protéger la confidentialité et l'intégrité des formulaires et, à la fin de chaque jour, ces formulaires doivent être transportés dans un endroit fermé dans un bureau central où les erreurs sont détectées avant d'être



Les professionnels de santé collectent des données auprès de leurs patients, sur papier ou en utilisant un dispositif électronique de saisie de données.

envoyées à un bureau de données où les données peuvent être entrées en double dans une base de données. Les entrées doubles signifient que deux personnes différentes entrent les données pour s'assurer qu'elles ont été entrées avec précision et en totalité. Les deux ensembles de données sont comparés et toutes les erreurs sont corrigées en vérifiant les données source. Toutes les données provenant des formulaires originaux doivent être

stockées dans un emplacement verrouillé et sécurisé afin d'éviter tout manquement à la confidentialité et la perte de données. Un ensemble de données validé final est utilisé pour générer des rapports. Voir la Figure 8.1 pour le flux de données de la collecte à l'analyse.

Prenez en considération les éléments suivants pour la collecte de données sur papier à la page suivante ;

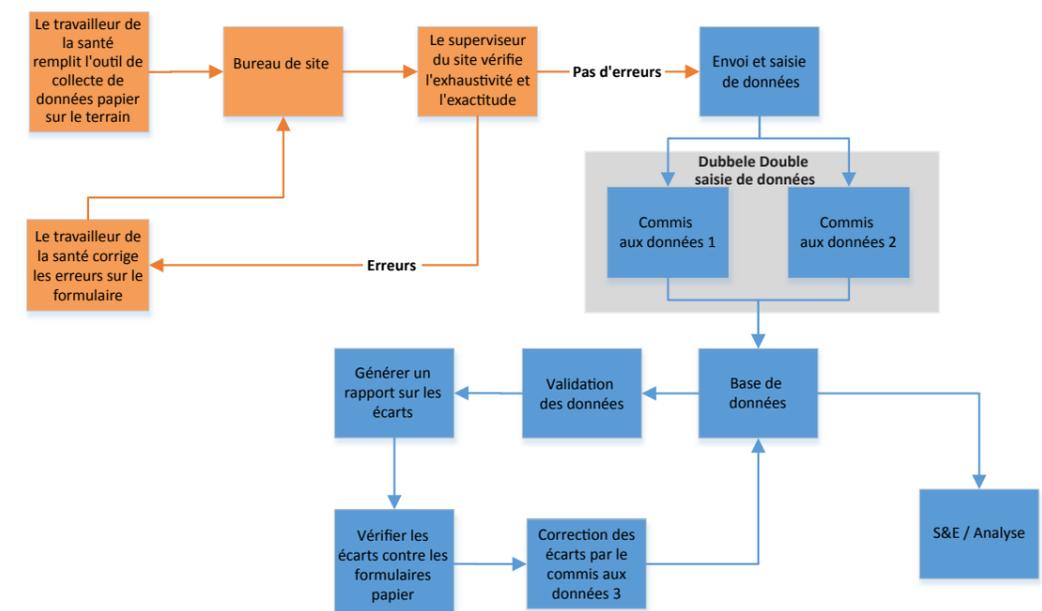


Figure 8.1 : Flux de données pour la collecte de données au format papier

### Étude de cas : Système de suivi des données sur papier : transport des documents papiers de la communauté au bureau du centre

Sandra et Ricardo sont des professionnels de santé communautaires, fournissant des tests et un dépistage de la tuberculose de porte-à-porte. Ils recueillent des données pertinentes sur la santé de chaque patient (notamment l'âge, le sexe et les symptômes de la tuberculose) sur papier (dossier patient). Sandra et Ricardo transportent des fichiers pour stocker les formulaires pendant la journée. À la fin de la journée, ces dossiers sont remis à un chauffeur, Theodore, qui les transporte à un bureau central. Là, leur exactitude et intégralité sont vérifiées avant qu'ils ne soient donnés aux commis de données pour être saisis dans une base de données électronique. Lorsque Sandra et Ricardo remettent les dossiers de patients à Theodore, ils enregistrent, dans le journal de bord du chauffeur, la date et l'heure, le nom et le nombre de dossiers de patients remis. Theodore signe une attestation indiquant qu'il a reçu ces dossiers. Il les place soigneusement dans des pochettes plastiques puis les met dans une boîte à documents. Lorsque Theodore arrive au bureau central, il remet la boîte et les pochettes plastiques à Marlene (la receptrice des documents). Marlene est en charge de vérifier les formulaires qu'elle a reçus et leur quantité. Elle écrit ces détails dans son journal de réception. Elle vérifie également ce qui est écrit dans le journal de bord du chauffeur. Marlene et Theodore signent le journal de réception. Si des formulaires manquent, il est facile d'identifier l'endroit de leur dernière manipulation, en examinant à la fois les journaux de bord du chauffeur et du récepteur du document. Les formulaires manquants sont souvent tracés rapidement de cette manière.

#### 6.1.1 Transport des formulaires papiers

Les documents papiers peuvent facilement disparaître. Nous suggérons qu'un système de suivi soit mis en place et vous trouverez ci-dessous une étude de cas pour illustrer ce système.

#### 6.1.2 Vérification manuelle

Les individus désignés ont besoin de vérifier l'intégralité des formulaires de collecte de données et de mettre en évidence les données manquantes. Prenez en considération système dans lequel la personne désignée choisit au hasard un certain nombre d'enregistrements de patients chaque jour et les lit pour vérifier leur exhaustivité. Selon les données manquantes, le dossier du patient peut être renvoyé au professionnel de santé afin d'y ajouter les données manquantes. Par exemple, si l'âge manque dans le dossier d'un patient, le professionnel de santé peut téléphoner à son patient ou revisiter leur domicile pour connaître son âge. Le dossier du patient peut être mis à jour de manière appropriée. Cette méthode permet également d'identifier les problèmes dans les pratiques de collecte ou d'enregistrement des données, telles que les erreurs de codage, la suppression des éléments requis, les fautes d'orthographe ou l'écriture illisible.

Dans les programmes de santé, les données sont souvent transcrites à partir des enregistrements individuels des patients dans les registres. Par exemple, les données essentielles recueillies auprès des patients qui accèdent aux SDV mobiles sont habituellement transcrites des dossiers SDV

individuels du patient dans le registre SDV. Les pages des registres SDV contiennent habituellement 20 lignes et chaque ligne contient les informations d'un patient différent. Les colonnes contiennent des éléments de données différents. Les registres peuvent être utilisés pour vérifier l'exactitude et l'intégralité

#### Conseil

##### Assurez-vous que les données sont complètes

La personne désignée doit tenir un registre des éléments de données qui manquent régulièrement dans les dossiers des patients et explorer les raisons qui expliquent cela. Par exemple, lors de l'examen des dossiers de patients masculins ayant accès aux SDV mobiles, nous avons découvert que la page de planification familiale était souvent vide. Nous avons parlé aux professionnels de santé, qui ont déclaré que la planification familiale ne concernait pas les hommes. Nous avons dispensé une formation supplémentaire et nous avons expliqué que les patients masculins devaient également remplir un questionnaire de planification familiale. Il est possible de demander aux hommes la méthode de planification familiale de leur partenaire et ainsi d'entamer une conversation autour du rôle des préservatifs. À la suite de cette formation, le questionnaire de planification familiale a été complété pour les hommes ayant assisté aux SDV mobiles.

des données. La personne désignée peut consulter le registre et voir facilement s'il y a des données manquantes sur une page. Elle peut également effectuer des « contrôles croisés » de routine à des fins de précision (dans le registre). Par exemple, elle peut examiner une seule page (20 patients par page). Si le mot « sexe » est une variable démographique collectée pour chaque patient, alors s'ils totalisent les colonnes « masculin » et « féminin » sur cette page, on doit arriver à un résultat de 20. Si elle compte cinq masculins et 14 féminins (5+14=19), l'élément de donnée « sexe » est manquant pour l'un des patients sur cette page. Il est facile de vérifier qui des 20 patients a l'élément de donnée « sexe » manquant. La personne désignée peut vérifier l'enregistrement SDV du patient individuel (dans le cas où « sexe » n'a pas été transcrit dans le registre). Si les données sont également manquantes dans l'enregistrement SDV du patient, alors cet enregistrement peut être renvoyé au professionnel de santé concerné à des fins d'achèvement (ils peuvent contacter leur patient pour confirmer leur sexe).



L'exactitude et l'intégralité des données sont vérifiées manuellement avant qu'elles ne soient données aux commis de données afin d'être saisies dans une base de données électronique.

#### 6.1.3 Vérification électronique et saisie double

Si vous choisissez de collecter les données via un système fondé sur le papier, il est préférable d'entrer les données dans une base de données électronique à des fins d'analyse. Analyser les données est plus facile si elles se trouvent sous forme électronique. Il est recommandé de procéder à une double saisie lors de la saisie des données par voie électronique, car cela entraînera des données de meilleure qualité avec moins d'erreurs que l'entrée unique (137). La double saisie implique deux commis de données indépendants qui saisissent chacun le même document source en deux ensembles de données indépendants : le jeu de données 1 et le jeu de données 2, respectivement. Les deux jeux de données indépendants sont vérifiés les uns par rapport aux autres pour trouver les champs de données qui ne correspondent pas. On appelle ça un écart de données. Pour chacun des champs de données qui ne correspondent pas, un troisième fournisseur de données indépendant vérifie les données source et effectue la correction en fonction de ce qui est contenu dans le document papier. L'ensemble de données validées finales peut maintenant être utilisé pour générer des rapports.

« Nous avons reçu les registres du service de dépistage du VIH le 15 de chaque mois... Je saisis les données du registre dans la base de données puis je donne le registre à mon collègue à des fins de saisie ». - Bulelwa Mangcunyana (Commis aux données)

Les données collectées sur du papier doivent être saisies dans une base de données pour faciliter la production de rapports.



La vérification des données électroniques est importante. Cela peut être fait en examinant les données sources (collectées sur papier) et en les comparant aux données saisies dans la base de données.

### 6.1.4 Classement des documents

Dans tout programme, vous finirez par amasser de nombreux papiers. Ceux-ci peuvent aller des enregistrements patients individuels, des protocoles de programme aux documents financiers, des contrats à d'autres documents sources. Tous ces éléments doivent être classés et ensuite stockés à long terme. Prenez en considération le classement suivant :

- **Créez un espace physique disponible.** En fonction du volume des documents, vous pouvez avoir besoin d'une réserve de documents ou d'un ou plusieurs classeurs.
- **Assurez la confidentialité.** Les classeurs / réserves de documents doivent être verrouillables et seules les personnes désignées doivent avoir accès aux fichiers et documents.

- **Créez un système de classement.** Ceci est nécessaire pour une récupération efficace des documents à un stade ultérieur.
- **Assurez un soutien administratif.** Désignez une personne pour vous aider à la gestion, à la surveillance et à la réception des documents ainsi qu'à la gestion du système de classement.

« Le bureau de données reçoit tous les registres et dossiers des services de test du VIH sur une base mensuelle. Ceux-ci sont stockés dans un placard verrouillé. Ils sont considérés comme des fichiers « actifs », car ils sont « verrouillés » par les commis de données. Une fois que toutes les données ont été verrouillées et validées, les formulaires et registres sont indexés et rangés à des fins de stockage hors site ». - Taryn Allie (Administratrice de données).



Il est essentiel de classer les dossiers des patients de manière appropriée.

### 6.1 Stockage des données

En fonction du contexte, vous pouvez avoir besoin de stocker les données du programme à long terme. Prenez en considération le stockage de données suivant :

- De combien de temps avez-vous besoin pour conserver vos données ? Parfois, les documents doivent être conservés jusqu'à 10 ans (stockage à long terme).
- Espace de stockage physique. Quel espace est disponible dans vos bureaux ? Devez-vous utiliser une société de stockage de documents ?
- Combien coûtera le recours à une société de stockage de données ? Le stockage de données doit être budgétisé à l'avance. Vous devez payer les coûts de stockage à long terme à l'avance, car les données seront stockées longtemps après la fin du programme (et des fonds).
- Les locaux de stockage proposés sont-ils sûrs et sécurisés ? Vous devez conserver la confidentialité du patient tout au long du processus.
- Comment stockez-vous et sauvegardez-vous la base de données électroniques que vous avez créée ? (Cela est abordé dans la prochaine partie).

### 6.2 Collecte de donnée par voie électronique

Le processus qui va de la collecte de données à la production de rapports est plus court si les données sont collectées par voie électronique. Il n'y a pas besoin de transporter de grandes quantités de papier et un processus de vérification manuelle n'est pas nécessaire. (Voir la Figure 8.2.) Les données sont téléchargées dans la base de données à partir du dispositif de saisie électronique de données (SED) et sont vérifiées par voie électronique.

« La validation est intégrée dans le programme de saisie électronique de données (SED), mais il est toujours bon d'évaluer régulièrement les données dans la base de données pour éviter d'avoir des erreurs systématiques ou inattendues. L'un des inconvénients du recodage direct des données par voie électronique est que vous n'avez pas de document source en papier et que vous n'avez donc rien pour comparer les données. Le SED doit donc être programmé de manière très précise et spécifiquement pour éliminer les erreurs qui pourraient être faites sur les outils de saisie de données sur papier ». - Rory Dunbar (Gestionnaire de données)

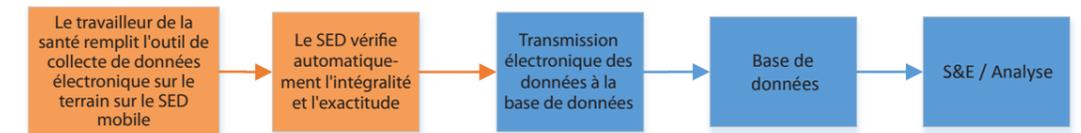


Figure 8.2 : Flux de données pour la collecte de données électroniques

Outre les avantages et les inconvénients associés à la collecte de données électroniques, voici quelques considérations supplémentaires issues de notre expérience :

par exemple, des échantillons sanguins.

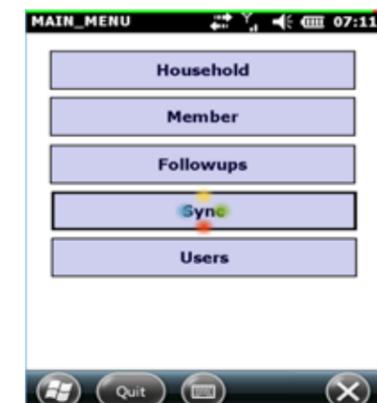
#### 6.2.1 Choisir un dispositif électronique de saisie de données (matériel informatique)

Cela peut être difficile car vous devez vous assurer que le dispositif que vous choisissez possède des fonctionnalités répondant à vos besoins. Prenez en considération ce qui suit concernant le choix d'un dispositif :

#### 6.2.2 Méthode de transmission de données à partir du dispositif

Vous pouvez avoir besoin de vous rendre au bureau central et télécharger les données à partir du dispositif dans la base de données. Autrement, vous pouvez transmettre les données depuis votre lieu communautaire, via les réseaux WIFI ou 3G, ce qui est bénéfique car il ne nécessite aucun déplacement et peut donc être fait plus efficacement.

- **La durabilité.** Lors de la collecte de données dans la communauté (environnement non contrôlé), le dispositif doit être robuste. Celui-ci sera manipulé en permanence tout au long de la journée. Il peut tomber, être laissé à la lumière directe du soleil ou être mouillé. Il peut être rechargé ou avoir une batterie qui durera toute une journée ou d'une tournée à une autre.
- **Il doit être équipé d'un système de localisation (GPS).** Cela peut être utile si vous prévoyez de collecter des données géographiques. Par exemple, la saisie de coordonnées GPS pour tous les ménages où vous fournissez un SDV, serait bénéfique si vous souhaitez montrer l'étendue de vos services au sein d'une communauté spécifique.
- **Un lecteur de codes à barres.** Il est utile si vous avez des codes à barres comme identifiants uniques pour vos patients ou si vous disposez d'échantillons biologiques avec un code à barres,



À la fin de la journée, les professionnels de santé « synchronisent » leurs données. Cela signifie qu'ils utilisent le réseau 3G sur leurs dispositifs pour envoyer les données directement à la base de données au siège social.

### 6.2.3 Choisir le logiciel approprié

Développer le logiciel requis en interne vous permettra de personnaliser le logiciel selon vos besoins spécifiques, mais vous aurez besoin de quelqu'un de hautement qualifié (et de beaucoup de temps) pour y parvenir. Cela n'est pas toujours possible dans de nombreuses organisations. Sinon, vous pouvez utiliser un outil de collecte de données open source qui ne nécessite pas un gros investissement en terme de temps personnel, mais l'assistance technique pour un tel système peut être lente et peut ne pas être accessible localement. Il existe différents systèmes de collecte de données open source disponibles sur les sites internet suivants :

- Redcap (Research Electronic Data Capture) - <https://catalyst.harvard.edu/services/redcap/>
- Kobo Toolbox - <http://www.kobotoolbox.org/>,
- Open Data Kit (ODK) - <https://opendatakit.org/>

### 6.2.4 Assistance technique

Il s'agit de maintenir à la fois le matériel informatique et le logiciel pendant la durée de vie du programme. Si les difficultés techniques ne sont pas résolues en temps opportun, elles peuvent avoir une incidence sur la qualité des données collectées, ce qui fait de l'assistance technique un élément clé de la collecte de données électroniques. L'assistance matérielle peut inclure la réparation ou le remplacement des dispositifs cassés et le remplacement des piles. L'assistance logicielle peut inclure la configuration initiale des dispositifs et aussi pendant le cycle de vie du programme, à ce que le logiciel soit à jour, en veillant à ce que la date et l'heure soient correctes et en résolvant toutes les erreurs pouvant survenir.

« ... le problème le plus fréquent que nous rencontrons est que les batteries soient à plat, souvent en raison de l'oubli du personnel de charger les dispositifs. Nous (les techniciens) avons toujours des batteries de rechange avec nous afin que la batterie à plat puisse être changée sur le terrain. Cela réduit le temps d'arrêt du dispositif ». - *Shaun Lawrence (Technicien SED)*

### 6.2.5 Stockage et sauvegarde des données

Même si vous collectez des données par voie électronique, vous disposez de nombreux documents papier qui doivent être classés et stockés. Voir la section ci-dessus concernant le classement et le stockage des papiers. Si les données ont été collectées par voie électronique ou entrées dans une base de données électronique après la collecte, vous obtiendrez des données électroniques qui doivent être stockées ou sauvegardées. Prenez en considération ce qui suit concernant le stockage de données suivant :

- Veillez à avoir un bon support de données. Désignez une personne (par exemple, un administrateur de données) qui peut gérer et récupérer les fichiers de données électroniques.
- Ayez une bonne stratégie de sauvegarde. Cela est important car ces mois et années de dur travail ne seront pas perdus.

Le type de stratégie de sauvegarde que vous utilisez dépend de votre programme et de votre système de gestion de données.

- Les disques durs externes sont idéaux pour sauvegarder les documents, les politiques du programme, les formulaires de suivi et d'évaluation, les présentations, les photographies, etc. (tout ce qui concerne le programme de prévention du VIH, à l'exception des données de santé courantes recueillies auprès des patients).
- Un système automatisé de sauvegarde de données est fortement recommandé pour toutes

les données de niveau patient collectées dans le domaine (utilisées à des fins d'analyse). Utilisez un produit spécialement développé pour effectuer des sauvegardes automatiques de systèmes de fichiers (logiciel de sauvegarde de serveur de fichiers ou un dispositif de sauvegarde externe USB incluant un logiciel de sauvegarde automatisé).

- La fréquence à laquelle on sauvegarde peut dépendre de la fréquence à laquelle le personnel ajoute de nouvelles informations au système. La bonne méthode est de faire des sauvegardes quotidiennes.

Au Centre de Desmond Tutu TB, les données sont conservées sur un serveur central. L'administrateur de la base de données a créé un script qui permet de sauvegarder automatiquement le serveur central à la même heure tous les jours. Cette sauvegarde signifie que les données sont copiées du serveur central vers un serveur avec plusieurs disques durs, connu sous le nom de NAS (stockage en réseau NAS). En outre, une fois par semaine, les données sont cryptées (pour assurer la confidentialité du patient) et stockées sur un disque dur externe. Ceci est envoyé à une entreprise de stockage externe ». - *Clyde Smith (Programmeur de données)*

Pour obtenir plus d'informations sur la gestion des données, consultez la publication de l'Organisation mondiale de la santé : les directives consolidées sur l'information stratégique pour le VIH dans le secteur de la santé, qui peuvent être trouvées sur : <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/strategic-information-guidelines/en/>



Il est essentiel que des techniciens de programme puissent fournir une assistance technique au programme de prévention du VIH en maintenant les dispositifs de saisie de données électroniques.

## 7. Comment les données géographiques peuvent-elles être utilisées dans les programmes communautaires de prévention du VIH ?

Cette section décrira trois études de cas qui mettent en évidence la manière dont les données géographiques collectées peuvent être utilisées dans les programmes communautaires de prévention du VIH.

### 7.1 Utilisation de photographies aériennes pour afficher les changements structurels apportés à l'environnement lorsqu'un programme communautaire de prévention du VIH a été mis en œuvre

Un programme de dépistage du VIH et de liens aux soins a été mis en œuvre dans une communauté périurbaine comprenant des ménages formels et informels (des taudis en tôle ondulée). Les professionnels de santé sont allés faire du porte-à-porte pour proposer des tests de dépistage du VIH aux résidents consentants dans leurs maisons. Les personnes dont le test de VIH s'est avéré positif ont été dirigées vers les établissements de santé locaux afin d'y recevoir des soins et un traitement contre le VIH. Les professionnels de santé devaient faire une visite de suivi au ménage au sein duquel il y avait de nouveaux cas diagnostiqués pour vérifier s'ils avaient eu accès aux soins dans les établissements de santé.

En 2014, avant le début du programme, une photographie aérienne a été prise de la communauté dans laquelle le programme devait être mis en œuvre. La photographie a aidé la direction du programme dans la planification. Un plan de travail a été mis en place en tenant compte des structures résidentielles informelles et formelles. Sur la base du nombre estimé de ménages dans la région, un nombre spécifique de professionnels de santé a été employé et le programme a été déployé.

Deux ans après le programme (2016), les professionnels de santé ont commencé à signaler que les structures informelles étaient remplacées par des structures résidentielles plus formelles (des maisons en briques). Cette évolution était conforme aux politiques de logement du gouvernement. Une deuxième photographie aérienne a été prise, montrant clairement que des changements avaient été appliqués au niveau du nombre et du type de structures résidentielles, par rapport à la photographie antérieure en 2014 (voir la Figure 8.3). Ces changements ont eu un impact sur le programme. La construction de nouvelles maisons formelles où les logements auparavant informels étaient situés, signifie que de nouvelles personnes avaient déménagé dans la zone qui devait maintenant être testée (le logement formel a été attribué aux personnes citées sur une liste d'attente et pas nécessairement celles qui vivaient dans des structures informelles). Cela signifiait également que ceux qui vivaient dans des structures informelles (et qui avaient déjà fait un test du VIH) avaient quitté la région et avaient été éliminés du suivi (ils ne pouvaient pas être suivis dans leurs maisons). Le programme ne pouvait donc pas déclarer qu'ils avaient eu ou non accès aux soins contre le VIH.

La gestion du programme a utilisé les deux photographies aériennes de la manière suivante :

- Ils ont restructuré leur programme en fonction des nouvelles informations que la photographie aérienne 2 a présentées, modifiant leur plan de travail et les délais en conséquence.

- Dans leur rapport aux bailleurs de fonds et aux autres intervenants, ils ont utilisé les photos comme preuve que leur capacité à suivre les personnes testées pour le VIH avait été compromise en raison de changements structurels dans la zone.



Des photographies aériennes montrant les changements structurels apportés à l'environnement où un programme communautaire de prévention du VIH a été mis en œuvre.

### 7.2 Utilisation des cartographies au sein d'un programme communautaire de prévention du VIH pour suivre les performances du programme

Le Programme Families Matter ! (PFM) est un programme de prévention du VIH fondé sur des données probantes pour les parents / soignants d'enfants préadolescents, âgés de neuf à douze ans. Le programme vise à aider les soignants à améliorer leurs compétences parentales grâce à une communication efficace avec leurs enfants sur des aspects tels que la santé reproductive sexuelle et la réduction des risques sexuels. Le programme aide également les parents, en encourageant des pratiques parentales générales telles que le renforcement des relations, le renforcement positif et les bonnes communications avec leurs enfants préadolescents. L'objectif à long terme consiste à retarder le début de l'activité sexuelle des préadolescents et ainsi à réduire le risque de contamination par les infections sexuellement transmissibles (IST) et le VIH. Le PFM est un programme de six semaines, avec une session de contact par semaine, et une cérémonie de remise de diplômes après l'achèvement du programme de six semaines. Le PFM a été mis en œuvre à Cape Town entre avril 2014 et septembre 2016 et a utilisé le logiciel SIG pour dépister et recruter des participants éligibles.

La direction du programme a déterminé une zone prédéfinie qui a été cartographiée à l'aide des données de recensement. Les agents de liaison communautaires ont fait du porte-à-porte dans la zone prédéfinie. Ils ont travaillé systématiquement en vue de faire des tests de dépistage de chaque ménage de la région et pour l'inscription des parents / soignants admissibles de le programme. Ils ont utilisé un Assistant numérique personnel portable (PDA), un dispositif mobile électronique qui contenait un questionnaire électronique (préchargé). Les agents ont collecté les coordonnées GPS (à l'aide du PDA) de chaque ménage. Si aucun adulte n'était chez lui, ils saisissaient les coordonnées GPS et se déplaçaient jusqu'au ménage suivant. Si un adulte était chez lui, ils distribuaient le questionnaire de dépistage pour déterminer leur éligibilité au PFM. Toutes les réponses étaient saisies directement dans le PDA. Toutes les données étaient téléchargées dans une base de données spécialement désignée.

La collecte de données par voie électronique a permis aux gestionnaires du programme de surveiller les progrès réalisés par les agents à l'égard du recrutement des membres de la communauté dans le PFM. Les analystes de données ont utilisé les données électroniques et les coordonnées GPS pour montrer les progrès sur une carte. Voir la Figure 8.4.

La zone prédéfinie où le PFM a été mis en œuvre est marquée par un contour rouge. Chaque zone énumérée a des bordures jaunes et porte un numéro (elles sont prédéterminées par les données de recensement dans cette zone). Chaque point de couleur sur la carte représente une étape différente du processus de recrutement (le bleu représente les ménages visités, le vert représente les ménages où il y avait un participant admissible et le rouge indique les ménages où le soignant a suivi le PFM et a obtenu son diplôme du programme PFM). À l'aide de la carte (représentation visuelle), le gestionnaire de programme a pu facilement voir en un coup d'œil les progrès réalisés dans le recrutement des participants



La carte de la zone prédéfinie où le PFM a été mis en œuvre, montrant les ménages visités, les ménages éligibles au PFM et ceux où les participants avaient obtenu leur diplôme de PFM.

au PFM. Le gestionnaire de programme a pu également déterminer les zones énumérées qui n'avaient pas encore été visitées ainsi que les ménages dans lesquels les soignants étaient admissibles au PFM mais qui n'avaient pas assisté au programme. Ces ménages ont pu être revisités et ces soignants ré-invités à s'inscrire au PFM.

### 7.3 Utilisation des cartographies pour afficher l'accès auto-déclaré aux soins pendant la durée de vie d'un programme communautaire du VIH

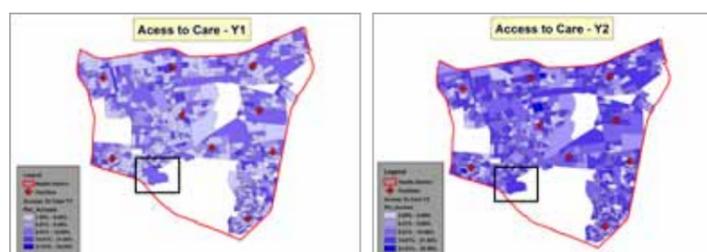
L'accès au traitement et aux soins contre le VIH est un indicateur critique qui est souvent recueilli dans les programmes contre le VIH. Il est essentiel que les patients infectés par le VIH se rendent dans un établissement de santé, puissent accéder aux soins contre le VIH et commencer le traitement dès que possible pour améliorer les résultats en matière de santé.

Un programme communautaire de services du VIH, mis en place dans une zone prédéfinie, a lancé une campagne de dépistage du VIH, au titre de laquelle les professionnels de santé se sont rendus dans la communauté pour faire du porte-à-porte dans le but de proposer un dépistage du VIH à tous les patients consentants dans chaque ménage. Ce programme a utilisé un dispositif mobile pour saisir les coordonnées GPS de chaque ménage et a ensuite procédé à la collecte de données de routine par voie électronique pour chaque patient qui consentait à un test de dépistage du VIH dans ce ménage. Un numéro unique était automatiquement attribué par le dispositif mobile à chaque patient. Les personnes nouvellement infectées par le VIH ont été dirigées vers les établissements de santé locaux afin d'y recevoir des soins et un traitement contre le VIH.

Le programme a utilisé des conseillers pairs qui ont visité chaque personne séropositive chez elle ou dans un endroit convenu d'un commun accord à une date ultérieure (au moins un mois après le diagnostic) pour faire le suivi et confirmer si la personne avait eu accès aux soins et au traitement du VIH à l'établissement de santé. Au moment de rencontrer les patients, le conseiller pair entrait le numéro unique du patient dans le dispositif de saisie électronique de données et procédait à l'administration d'un questionnaire électronique, afin de recueillir des informations sur « l'accès aux soins de ce patient ». Sur la base des informations recueillies auprès du patient, le conseiller pair confirmait si le patient avait eu accès à des soins et à un traitement contre le VIH ou non. Les conseillers pairs ont fourni un soutien psychosocial et une éducation complémentaire aux patients qui ne s'étaient pas encore liés aux soins. Ils ont également soutenu les patients en les accompagnant à l'établissement de soins de santé, si le patient le demandait.

Le programme a utilisé la cartographie pour afficher géographiquement la proportion de patients séropositifs qui s'étaient liés aux services de soins et de traitement dans chaque zone énumérée (selon les données du recensement) dans la zone de programme prédéfinie. Une couleur a été attribuée à chaque gamme de pourcentages, la couleur la plus légère délimitant une proportion plus faible et la couleur plus foncée, une proportion plus élevée. Les cartes ont été créées à la fin de l'année 1 et 2.

Si vous regardez la figure 8.5, vous remarquerez que la carte du bas (année 2) a généralement des couleurs plus foncées par rapport à la carte supérieure (année 1), soulignant une augmentation globale de la proportion de patients ayant accédé aux soins et au traitement du VIH par année 2 par rapport à l'année 1. Si vous regardez la zone située dans le carré noir marqué, vous remarquerez ; dans l'année 1, entre 14% et 21% des patients atteints du VIH avaient accès aux soins. À la fin de l'année 2, cela avait augmenté entre 21% et 35%. Cette étude de cas a utilisé une cartographie pour afficher les progrès réalisés au sein d'un lien communautaire avec le programme de soins du VIH entre les années 1 et 2, en ce qui concerne la proportion de personnes infectées par le VIH qui ont eu accès aux soins et au traitement dans un établissement de santé.



Utilisation des cartographies pour afficher l'accès auto-déclaré aux soins contre le VIH de l'année 1 à l'année 2.





## CHAPITRE 9 SURVEILLANCE ET ÉVALUATION



# SURVEILLANCE ET ÉVALUATION

*Blia Yang, Jerry Molaolwa, Margaret Van Niekerk et Rory Dunbar*



Ce qui se mesure, se fait, ce qui se mesure et se renforce se fait bien, ce qui est récompensé est répété.

*- John E. Jones (Juge fédéral des États-Unis, nommé le 100<sup>e</sup> homme le plus influent de l'année par le magazine Time)*



### Pourquoi ce chapitre est-il important ?

La Surveillance et l'Évaluation (S&E) est une pratique essentielle de tout programme communautaire de prévention du VIH. Les exécutants du programme doivent recueillir des informations concernant les progrès réalisés par leur programme et utiliser ces informations pour déterminer si le programme atteint ses objectifs et effectue ce qu'il a prévu de faire. La S&E doit avoir lieu à plusieurs reprises pendant toute la durée d'un programme. Toutefois, il n'est pas toujours facile de mettre en œuvre les pratiques de

la S&E. Les exécutants du programme ont besoin de temps et de compétences pour développer des outils appropriés à la S&E. Ce chapitre utilisera des études de cas et partagera des expériences personnelles pour mettre en évidence les aspects clés de la S&E pour assister les exécutants du programme dans les pratiques de la S&E. Nous partageons les outils appropriés qui peuvent être facilement adaptés et utilisés dans différents contextes, ce qui rend ce chapitre important pour quiconque met en œuvre un programme communautaire de prévention du VIH.

### Qu'apprendrez-vous de ce chapitre ?

1. Pourquoi la surveillance et l'évaluation sont-elles importantes pour les programmes communautaires de prévention du VIH ?
2. Comment surveillez-vous et évaluez-vous les résultats du programme ?
  - 2.1 Prendre en considération les concepts relatifs à la surveillance et à l'évaluation des résultats du programme
  - 2.2 Considérations des indicateurs
  - 2.3 Études de cas pour illustrer la surveillance et l'évaluation des résultats du programme
    - 2.3.1 Étude de cas : S&E en vue d'évaluer le processus d'un programme communautaire des services de dépistage du VIH (SC DDV) six mois après la mise en œuvre
    - 2.3.2 Étude de cas : La S&E du dépistage de la tuberculose dans un programme communautaire de prévention du VIH
  - 2.4 Outils pour la surveillance et l'évaluation des résultats du programme
3. Comment surveillez-vous et évaluez-vous les performances des professionnels de santé ?
  - 3.1 Évaluation de la manière dont les professionnels de santé fournissent des services
  - 3.2 Évaluation de la manière dont les professionnels de santé collectent des données
4. Comment surveillez-vous et évaluez-vous le contrôle de l'infection tuberculeuse ?
  - 4.1 Utilisation d'un outil d'évaluation du contrôle de l'infection tuberculeuse
5. Quelle est l'importance de la diffusion des données sur les programmes et des résultats de la S&E aux professionnels de santé ?

## 1. Pourquoi la surveillance et l'évaluation sont-elles importantes pour les programmes communautaires de prévention du VIH ?

Aucun programme communautaire de prévention du VIH ne peut être réussi sans une surveillance et une évaluation continues (S&E). La surveillance est le suivi systématique des performances du programme et des services à l'aide des informations recueillies régulièrement (11), par exemple, les informations recueillies sur les dossiers de dépistage du VIH des patients ou dans un registre des services de dépistage du VIH. L'évaluation consiste à évaluer périodiquement si le programme a atteint ses objectifs (11). Cela implique d'analyser les données et les indicateurs.

Sans la S&E, les exécutants de programme ne savaient pas si leur programme atteignait ou pas leurs objectifs et répondait à ce qu'ils souhaitaient faire. Après avoir mené la S&E, les gestionnaires de programme ont dû faire part de leurs commentaires au personnel du programme, et mettre en œuvre de nouvelles stratégies ou adapter celles existantes afin d'améliorer le programme et d'aider à atteindre les objectifs escomptés.

Dans ce chapitre, nous examinerons non seulement la S&E afin de surveiller et d'évaluer les résultats du programme, mais aussi les compétences des professionnels de santé (la manière dont le personnel intervient affecte directement les résultats du programme) et le contrôle de la tuberculose (extrêmement important pour tout programme de prévention du VIH).

## 2. Comment surveillez-vous et évaluez-vous les résultats du programme ?

### 2.1 Prendre en considération les concepts relatifs à la surveillance et à l'évaluation des résultats du programme

En fonction de la nature et de la taille de votre programme, vous aurez besoin de développer un plan

#### Conseil

#### Les cadres de la S&E doivent être développés avant la mise en œuvre

Configurez toujours le cadre de la S&E avant le début du programme, pour vous assurer que les activités de collecte de données sont conformes aux informations requises pour la S&E.

de S&E et/ou un cadre S&E. Le but d'un cadre S&E consiste à surveiller les services fournis et à évaluer les résultats atteints. Un cadre décrit les indicateurs utilisés pour mesurer si le programme atteint ou pas ses objectifs (138, 139).

Lors de la mise en place du cadre S&E, réfléchissez aux éléments suivants relatifs à votre programme de prévention du VIH.

- **But du programme :** L'objectif à long terme auquel le programme contribue, par exemple, à diminuer l'incidence du VIH.
- **L'objectif ou les objectifs stratégique(s) :** Le but du programme, par exemple, mener des dépistages du VIH ou distribuer des préservatifs.
- **Résultats :** Les résultats du programme, par exemple, l'augmentation de l'utilisation du préservatif au sein de la population des professionnels du sexe. Les résultats sont identifiés comme étant une connaissance, des compétences et une utilisation accrues, des attitudes modifiées ou des avantages supplémentaires.
- **Activités :** Ce sont les tâches entreprises, telles que reflétées dans le plan de travail du programme.
- **Indicateurs :** Ce sont les variables qui mesurent les différents aspects du programme. Certaines activités seront liées à plusieurs indicateurs (voir l'exemple d'un plan de travail à l'annexe 5). Les indicateurs mesurent les résultats, et déterminent en fin de compte si le programme a été exécuté comme prévu, c'est-à-dire, a atteint les objectifs du programme. Par exemple, l'activité peut concerner la prestation de services de dépistage du VIH. Les indicateurs liés à cette activité peuvent inclure le nombre d'adolescents qui ont fait l'objet d'un test du VIH, le nombre d'adultes qui ont fait l'objet d'un test du VIH, le nombre d'individus pour lesquels le test du VIH s'est avéré positif, etc.

De plus, les exécutants du programme ont besoin de prendre en considération la manière dont les données seront recueillies à des fins de S&E et les rapports de S&E qui seront générés. Ces considérations sont incluses dans le plan S&E global.

- **Le système de gestion de données :** Il inclut la validation et la collecte de données, avant la production des rapports de S&E. Voir le Chapitre 8 : Gestion des données, qui décrit la collecte de données et la gestion de données, notamment le flux de données pour les méthodes de collecte de données sur papier ou par voie électronique. Le personnel S&E doit être impliqué dans la mise en place du système de gestion des données car il doit s'assurer que les données collectées sont conformes aux indicateurs, de sorte que les résultats du programme puissent être évalués

afin de déterminer si le programme répond à son objectif.

- **Production des rapports S&E :** Ils peuvent être générés pour montrer à quel point le programme est performant concernant les différents indicateurs mesurés et la performance du programme pour atteindre son objectif global. Le personnel S&E et le personnel de données doivent travailler en étroite collaboration afin de s'assurer que des rapports de S&E sont produits pendant la durée de vie du programme.

Il existe de nombreux documents sur la S&E, qui renferment des informations sur la mise en place des plans et des cadres de la S&E. Les sites internet suivants peuvent être utiles :

<http://www.who.int/hiv/strategic/me/en/>

<http://www.unaids.org/en/dataanalysis/monitoringandevaluationguidance>

<https://www.cdc.gov/hiv/programresources/evaluation.html>

|   | Indicateur  | Type d'indicateur | Niveaux de désagrégation  |
|---|---|-------------------|---|
|    | Nombre d'établissements de santé publique offrant SDV   | Intrant           | Province, district et centre  |
|    | Nombre d'établissements non sanitaires offrant des SDV  | Intrant           | Province et district  |
|    | Nombre de campagnes visant à promouvoir les SDV   | Processus         | Province et district  |
|    | Nombre de conseillers laïcs formés recevant une allocation  | Processus         | Province, district et centre  |
|    | Nombre de clients qui reçoivent de l'information pré-test chez les femmes   | Extrant           | Province, district, centre, sexe et état de grossesse                 |
|  | Nombre de patients ayant fait un test de dépistage du HIV   | Extrant           | Province, district, centre, sexe et état de grossesse chez les femmes |
|  | Nombre de patients ayant fait un test de dépistage de la TB   | Processus         | Province, district et centre  |
|  | Proportion d'hommes séronégatifs orientés vers la CMM   | Processus         | Province, district et centre  |
|  | Proportion de patients séropositifs orientés vers un test des CD4   | Processus         | Province, district et centre  |
|  | Nombre de patients séropositifs recevant les résultats des CD4  | Extrant           | Province, district et centre  |
|  | Proportion de nouveaux patients tuberculeux testés pour le VIH  | Extrant           | Province, district et centre  |
|  | Proportion de nouveaux patients souffrant d'IST testés pour le VIH  | Extrant           | Province et district  |
|  | Proportion de nouvelles femmes enceintes testées pour le VIH  | Extrant           | Province, district et centre  |
|  | Pourcentage de centres où les directives politiques en matière des SDV sont disponibles                                     | Résultat          | Province, district et centre  |
|  | Proportion de personnes qui ont subi un test de dépistage du VIH au cours de l'année précédente et ont reçu des résultats   | Résultat          | Province, district et centre  |
|  | Proportion de cas nouvellement diagnostiqués séropositifs (personnes nouvellement inscrites au soins et recevant des soins) | Processus         | Province, district et centre  |

Figure 9.1 : Adapté à partir des indicateurs des services de dépistage du VIH recommandés en Afrique du Sud (11)

## 2.2 Considérations des indicateurs

### 2.2.1 Décisions sur les indicateurs

Une fois que vous avez identifié les indicateurs sur lesquels vous allez vous informer, vous saurez quelles données doivent être collectées. Lors de la prise de décision sur les indicateurs, il est recommandé de se familiariser avec les indicateurs de VIH sur lesquels le Ministère national de la Santé a fait un rapport. La sélection des indicateurs au niveau national au sein du service de S&E du Ministère national de la Santé (11, 138) est généralement effectuée par un groupe de travail multisectoriel. Il est important que les indicateurs utilisés dans votre programme communautaire de prévention du VIH soient alignés sur les indicateurs nationaux du VIH.

En Afrique du Sud, le Ministère de la Santé exige que les établissements publics de santé primaires et les programmes communautaires de prévention du VIH rendent compte d'un ensemble d'indicateurs de base pour le Programme national de services de dépistage du VIH (11), en plus des indicateurs de soins prénatals (ANC), de la tuberculose (TB), des infections opportunistes (OI), des infections sexuellement transmissibles (IST) et de la prophylaxie post-exposition (PEP). Il existe également des indicateurs qui mesurent l'aiguillage aux services, tels que le dépistage de la tuberculose, le dépistage des IST, le traitement antirétroviral (ART), et la Circoncision masculine médicale volontaire (CMMV). La Figure 9.1 montre les indicateurs SDV recommandés identifiés par le Ministère national de la Santé en Afrique du Sud.

### 2.2.2 Faire rapport des indicateurs au gouvernement

Il est préférable que les indicateurs collectés dans le cadre de votre programme communautaire de prévention du VIH soient signalés aux services de santé du gouvernement, de sorte que vos données

fassent partie de la base de données nationale sur le VIH. Pour cette raison, il est essentiel que les données collectées soient exactes et complètes.

Dans notre contexte, les données pertinentes des services communautaires de dépistage du VIH (SC DDV) sont partagées mensuellement avec les autorités sanitaires locales. Ces données sont incluses dans leur rapport mensuel du district qui est envoyé aux autorités sanitaires provinciales qui, à leur tour, déclarent les données provinciales aux autorités sanitaires nationales.

#### Le saviez-vous ?

#### Pourquoi les gestionnaires de programme doivent-ils assurer des données de haute qualité ?

Il est important d'avoir une base de données sur la tuberculose mondiale parce que la tuberculose est l'une des dix plus grandes causes de mort au monde, avec une estimation de 1,79 millions de décès en 2015 (67). C'est également la cause principale de décès chez les personnes vivant avec le VIH (140). En utilisant la base de données globale de la tuberculose à titre d'exemple, les données recueillies auprès de la source principale (les professionnels de santé qui effectuent des tests de dépistage du VIH et le dépistage de la tuberculose sur le terrain) sont inscrites dans une base de données locale et au niveau du sous-district. Les données de tous les sous-districts sont ensuite transmises à une base de données au niveau provincial et de là, au niveau national. Les données au niveau national font partie de la base de données mondiale sur la tuberculose. C'est l'une des raisons pour laquelle la qualité des données est si importante et pourquoi les gestionnaires de programme doivent surveiller et évaluer les données collectées de façon systématique.



Des mesures qualitatives doivent être mises en place pour s'assurer que la collecte des données sur le terrain répond aux normes nécessaires qui doivent être soumises aux services de santé du gouvernement à des fins de rapport.

## 2.3 Études de cas pour illustrer la surveillance et l'évaluation des résultats du programme



### 2.3.1 Étude de cas : S&E en vue d'évaluer le processus d'un programme communautaire des services de dépistage du VIH (SC DDV) six mois après la mise en œuvre

Linda et Jacob étaient des professionnels de santé qui travaillaient ensemble dans la prestation de services de porte-à-porte, dans le cadre du programme de prévention du VIH basé à la maison, ciblant les hommes et les adolescents particulièrement (les hommes et les adolescents n'accèdent généralement pas aux établissements de santé pour y effectuer un test du VIH). Le rôle de Linda était de donner des conseils et de mener des tests du VIH alors que Jacob collectait des données sanitaires et démographiques pertinentes de chaque patient auquel il rendait visite. Il saisissait ces données à l'aide d'un dispositif de saisie de données électroniques. Jacob devait saisir plusieurs indicateurs sanitaires et démographiques, notamment l'âge et le sexe de chaque patient, le consentement du patient au test du VIH et les résultats du test du VIH du patient. À la fin de chaque jour, les données du dispositif de saisie de données électroniques de Jacob étaient téléchargées dans une base de données électronique. Le gestionnaire de données utilisait cette base de données pour générer des rapports à des fins de S&E, en utilisant les données ajoutées.

Le programme employait six paires de professionnels de santé (y compris Linda et Jacob). L'objectif général pour le nombre de patients testés pour le VIH était de 800 par mois. Deux des indicateurs que le programme surveillait incluaient le nombre (et la proportion) d'hommes qui réalisaient des tests pour le VIH et le nombre (et la proportion) d'adolescents qui réalisaient des tests pour le VIH. Le programme a fixé des objectifs mensuels pour chacun de ces indicateurs : dans l'ensemble 400 (50 %) de ceux testés devaient être des hommes et 200 (25 %) des adolescents. Afin de surveiller les performances du programme, Nellie, coordonnatrice de S&E, a demandé au gestionnaire de données de générer un rapport après six mois pour comparer le nombre d'hommes et d'adolescents testés.

Le gestionnaire de données a généré le rapport suivant, qui incluait les données collectées à partir des six paires de professionnels de santé (notamment Linda et Jacob) qui fournissaient des SDV de porte-à-porte.

| Rapport généré : 5 avril 2015                    |            |      |                                      |
|--|------------|------|--------------------------------------|
| Période de rapport : 1 octobre 2014-31 mars 2015 |            |      | Objectifs des indicateurs à six mois |
|  | Nombre (n) | %    |                                      |
| Personnes totales testées                        | 4863       |      | 4800                                 |
| <b>Sexe</b>                                      |            |      |                                      |
| Homme  | 2382       | 49 % | 2400 (50 %)                          |
| Femme  | 2481       | 51 % |                                      |
| <b>Age</b>                                       |            |      |                                      |
| 13-19 ans  | 632        | 13 % | 1200 (25 %)                          |
| 20-25 ans  | 1466       | 30 % |                                      |
| 26-40 ans  | 1652       | 34 % |                                      |
| >40 ans  | 1113       | 23 % |                                      |



### Suite de l'étude de cas 2.3.1

Nellie a pu examiner ce rapport et déterminer que 49 % des personnes testées étaient des hommes (cible de 50 %) et 13 % étaient des adolescents (cible de 25 %). Nellie a organisé une réunion avec Rosemary, la responsable du programme, pour discuter du rapport S&E. Le programme avait dépassé le nombre de patients testés pour le VIH (à six mois) et était sur la bonne voie pour atteindre l'objectif relatif à la proportion d'hommes testés, mais n'était pas près d'atteindre la cible de la proportion d'adolescents testés. Rosemary a déclaré que les professionnels de santé avaient signalé que les adolescents n'avaient pas envie de faire le test chez eux, en particulier devant leurs parents et refusaient généralement le test de dépistage du VIH. Nellie et Rosemary ont donc élaboré des stratégies sur la façon dont elles pourraient atteindre plus d'adolescents qui souhaitent faire le test du VIH. Elles ont décidé d'organiser une réunion avec les professionnels de santé, y compris Linda et Jacob, pour leur fournir des commentaires issus du rapport de S&E et pour discuter de la façon dont le programme pourrait atteindre plus d'adolescents dans le cadre du dépistage du VIH.

Cette étude de cas montre comment un simple rapport de S&E, détaillant les indicateurs de programme, peut être utilisé pour surveiller les objectifs du programme durant sa mise en œuvre et l'importance d'utiliser les rapports de S&E pour transmettre ces informations aux professionnels de santé et combler les lacunes au sein du programme.



EDC - DISPOSITIF DE SAISIE ÉLECTRONIQUE DES DONNÉES



REGISTRE PAPIER

*Les données sanitaires collectées à partir des patients seront utilisées pour les S&E afin de déterminer dans quelle mesure le programme évolue vers ses objectifs et pour la compréhension épidémiologique du VIH et de la tuberculose dans les communautés.*

### 2.3.2 Étude de cas : La S&E du dépistage de la tuberculose dans un programme communautaire de prévention du VIH

Beauty était la Directrice régionale d'un programme communautaire de prévention du VIH qui faisait du porte-à-porte et menait des tests de dépistage de la tuberculose auprès des gens dans leur maison, dans le cadre d'un service intégré de dépistage du VIH. L'un des indicateurs que surveillait Beauty était le dépistage de la tuberculose. Elle savait que, parmi les personnes soumises au dépistage de la tuberculose dans son programme, 1,5 % avaient des symptômes de tuberculose (voir l'Annexe 13 pour consulter un exemple d'outil de dépistage de la tuberculose intégré dans un dossier SDV). Dans le cadre de son travail, Beauty assistait aux réunions trimestrielles du service de santé dans le district. C'est à l'une de ces réunions qu'elle a noté que la proportion de personnes dans les établissements de santé publics, qui étaient examinées pour la tuberculose et qui souffraient de symptômes de la tuberculose, variait entre 4 % et 10 %. Elle a comparé ces données à la proportion de personnes souffrant de symptômes de tuberculose dans son programme (1,5 %).

Beauty était consciente que la proportion de personnes souffrant de symptômes de la tuberculose serait plus élevée dans un établissement de santé par rapport à un établissement communautaire, mais elle pensait encore que 1,5 % était très faible. Elle a donc demandé aux gestionnaires du site dans son programme d'augmenter la fréquence de ses visites dans les sites qui avaient eu le plus petit nombre de patients ayant eu des symptômes de tuberculose au cours des six derniers mois. Elle a demandé qu'ils observent et évaluent à quel point les professionnels de santé menaient des tests de dépistage de la tuberculose chez les patients et à quel point l'outil de dépistage de la tuberculose était utilisé. Après deux semaines, les gestionnaires du site ont fourni leurs commentaires à Beauty. Il existait des cas où les professionnels de santé demandaient au chef du ménage si quelqu'un présentait des signes et des symptômes de la tuberculose plutôt que de dépister chaque membre du ménage à l'aide de l'outil de dépistage de la tuberculose. Les gestionnaires du site ont immédiatement corrigé ces erreurs en matière de dépistage de la tuberculose et Beauty a développé une formation de perfectionnement liée au dépistage de la tuberculose. Tous les professionnels de santé ont dû retourner au quartier général pour suivre le perfectionnement sur le processus correct de dépistage de la tuberculose et l'utilisation correcte de l'outil de dépistage de la tuberculose.

L'un des concepts que l'Organisation mondiale de la santé (OMS) considère est l'impact de la S&E (11). Dans ce cas, Beauty a remarqué que le programme communautaire de prévention du VIH comprenait une faible proportion de personnes atteintes de symptômes de la tuberculose. Elle a fait appel aux gestionnaires du site pour surveiller et évaluer ce qui se passait sur le terrain et a dispensé une formation de recyclage qui abordait directement le problème identifié sur le terrain à la suite du processus de suivi. Au cours des prochains mois, Beauty a vu une augmentation de la proportion de patients qui avaient été dépistés pour la tuberculose et qui avaient des symptômes de la tuberculose au sein du programme.

### 2.4 Outils pour la surveillance et l'évaluation des résultats du programme

De nombreux outils existent et peuvent être utilisés pour contrôler et évaluer les résultats du programme pour les programmes de prévention du VIH. Cette section fournit des informations, en fonction de notre expérience et décrit deux outils que nous avons utilisés pour surveiller et évaluer les résultats du programme pour les SC DDV.

#### 2.4.1 Utilisation d'un registre des services de dépistage du VIH

En Afrique du Sud, tous les patients qui ont reçu des conseils aux SC DDV doivent être inscrits dans un registre SDV. Il s'agit généralement d'un registre au format papier. Habituellement, les données des

patients sont initialement collectées sur un dossier SDV (papier) puis transcrites dans un registre SDV au format papier. Si les données sont collectées par voie électronique, alors un spécialiste des données peut générer un registre SDVQ électronique, qui comprendra les mêmes éléments que le registre SDV au format papier. Il est recommandé que le registre SDV national soit l'outil de collecte des données minimal utilisée pour les SDV de porte-à-porte (140).

Indépendamment du fait qu'un patient accepte et passe ou non un test VIH, il est recommandé qu'il soit inscrit dans le registre. Cela permet aux gestionnaires du programme de comparer le groupe qui accepte un test de dépistage du VIH avec le groupe qui ne l'accepte pas (en termes d'âge et de sexe). Le registre doit être mis à jour car il constitue

l'un des documents source utilisés pour conserver les enregistrements électroniques (11). Les informations qui ne peuvent pas être entrées dans le registre immédiatement, par exemple, un résultat de test de la TB (il faut généralement 48 heures pour obtenir le résultat du test de la TB du laboratoire), peuvent être saisies plus tard.

Avantages de l'utilisation d'un registre SDV pour les S&E :

- Permet aux gestionnaires du programme de

déterminer avec facilité l'exactitude et l'intégralité des données recueillies.

- Permet aux gestionnaires du programme de détecter les tendances, ce qui peut entraîner des modifications des services fournis, en fonction des données recueillies.

Voir l'Annexe 26 pour consulter un exemple d'un registre des services de dépistage du VIH. L'utilisation d'un registre SDV pour les S&E est décrite dans l'étude de cas ci-dessous.

### Étude de cas : Utilisation d'un registre SDV pour assurer l'exactitude des données avant de les envoyer au Ministère national de la Santé

Sœur Margaret est une gestionnaire de site, pour un SDV autonome. L'une de ses responsabilités consiste à assurer l'exactitude des données recueillies régulièrement auprès des patients qui ont accès au centre autonome. Elle le fait en vérifiant le registre SDV à la fin de chaque mois.

Le registre a des colonnes pour les hommes et les femmes, des colonnes pour le test du VIH accepté et le test du VIH refusé et des colonnes pour le « test de grossesse - oui » et le « test de grossesse - non ». Tous les patients qui accèdent au centre autonome sont identifiés en tant qu'homme ou femme et il est courant d'offrir des tests de grossesse à toutes les femmes.

Le 6 mai 2016, Sœur Margaret s'est assise dans son bureau et a commencé son examen mensuel (du mois d'avril) du registre SDV, vérifiant l'intégralité et l'exactitude des données.

Tout d'abord, Margaret a passé en revue les colonnes masculines et féminines et a regardé les totaux de chacune de ces colonnes : 125 femmes et 89 hommes. En d'autres termes, 214 patients ont accédé au centre autonome en avril 2016. Pour vérifier ce total, Margaret a ajouté les colonnes pour le nombre de patients qui ont passé le test du VIH (210 au total), plus ceux qui ont refusé de faire le test de dépistage du VIH (4 au total), qui totalisaient 214. Margaret était ravie que ce nombre total de clients ayant eu accès au centre en avril s'élevait à 214. Son calcul rapide a montré que la majorité des patients avaient consenti à un test de dépistage du VIH (210/214 ; 98 %) et que la plupart des patients étaient des femmes (125/214 ; 58 %).

Deuxièmement, Margaret a examiné la colonne « test de grossesse - oui ». 131 femmes avaient effectué un test de grossesse. Sa précédente vérification avait montré qu'il y en avait 125. Il semblait qu'il y avait une erreur dans les données. Margaret a vérifié avec soin le sexe de chaque patient qui avait été marqué comme ayant effectué un test de grossesse. À la page 15 du registre, elle a constaté que six des patients marqués comme ayant effectué un test de grossesse, avaient également été marqués comme étant des hommes. Margaret a ensuite regardé le registre SDV (document source) de ces six patients et a confirmé que ces patients étaient des hommes.

Elle a parlé au professionnel de santé qui avait complété le registre et lui a demandé de corriger l'erreur dans le registre et de parapher l'erreur.

Margaret a également remarqué que ce jour-là, il y avait un nombre plus élevé de tests de dépistage du VIH que la norme. Margaret a saisi cette opportunité pour encadrer les professionnels de santé et expliquer combien il est important d'enregistrer les données avec précision. Même pendant les journées chargées (lorsque le personnel a tendance à commettre plus d'erreurs), le personnel doit être attentif à l'enregistrement correct des données. L'utilisation d'un registre SDV peut donc être utile pour identifier les erreurs et des mesures correctives peuvent être prises avant que les données ne soient envoyées au niveau du sous-district et ensuite au niveau national.

*Il est important pour les superviseurs de vérifier ce qui est enregistré dans le registre SDV par rapport aux données contenues dans le document source principal (l'enregistrement SDV) afin de s'assurer que la transcription a été effectuée avec précision.*



### 2.4.2 Utilisation d'un outil d'audit du site

Un audit est une bonne façon de surveiller si les services appropriés et pertinents sont fournis à chaque patient et de vérifier si les professionnels de santé documentent ces services avec précision. Cela est important car les gestionnaires du programme doivent veiller à ce que le programme fournisse les services auxquels il était destiné et que les données soient correctement saisies.

Le programme communautaire de prévention du VIH est souvent mis en œuvre dans différents sites. Un site peut être un lieu désigné où des services de VIH sont fournis, par exemple, un centre autonome ou un SDV mobile dans une zone géographique spécifique. Chaque site doit être audité.

#### Conseil

##### Le personnel du site doit faire partie du processus d'audit

Un audit du site doit être conduit par un agent S&E (ou un gestionnaire de programme approprié) avec le gestionnaire du site (ou quiconque de responsable du site). De cette manière, le gestionnaire du site fait partie du processus d'audit. L'audit ne doit pas être conduit par une personne externe qui vient pour trouver des problèmes sur le site.

Dans notre contexte, nous avons développé un outil d'audit électronique du site (voir l'Annexe 27), sous Excel. Il contient des questions prédéfinies, auxquelles on peut répondre soit oui soit non ou sans objet. L'outil a été divisé en différentes parties, à savoir :

1. Une feuille d'instruction.
  2. Une évaluation de l'environnement physique du site.
  3. Une révision systématique des dossiers SDV du patient pour les patients séropositifs et séronégatifs.
  4. Une feuille d'analyse automatiquement générée.
- Envisagez d'utiliser l'outil de la manière suivante :

**Étape 1 :** Complétez la section d'évaluation du site. Cette section évalue la sécurité du site (mesures de sécurité), les mesures de lutte contre les infections et les salles de conseils et de tests (leur matériel SDV).

**Étape 2 :** Choisissez de manière aléatoire 20 dossiers de patients à des fins d'examen. Étant donné que toutes les données des dossiers individuels de dépistage du VIH sont transcrites dans le registre SDV, nous suggérons que le registre SDV soit utilisé

pour sélectionner de manière aléatoire les dossiers individuels de test du VIH à des fins d'examen. Le but est de sélectionner 20 dossiers (10 pour les patients avec des résultats négatifs au dépistage rapide du VIH et 10 pour les patients avec des résultats positifs au dépistage rapide du VIH). Notez la date à laquelle l'audit du site a lieu et ouvrez le registre SDV à un mois plus tôt. Par exemple, si l'audit a lieu le 22 avril 2016, ouvrez le registre SDV au 22 mars 2016. En allant en arrière (vers février et janvier 2016), sélectionnez les 10e patients qui ont des résultats négatifs au test du VIH. Notez leur numéro de patient unique et retirez leurs dossiers. Répétez le processus de sélection pour les patients ayant un résultat positif au VIH. Étant donné que moins de patients seront diagnostiqués positifs au VIH, nous vous suggérons de sélectionner au hasard chaque deuxième ou troisième patient qui a un résultat positif au VIH.

**Étape 3 :** Complétez l'évaluation en lisant chaque question, en regardant chaque dossier SDV et en répondant soit oui, soit non, soit sans objet. Cette partie évalue ce qui suit :

- Si les dossiers SDV ont été correctement classés.
- Si les dossiers SDV possèdent toutes les données sanitaires et démographiques nécessaires enregistrées.
- Si la réduction des risques a été discutée et enregistrée auparavant avec le patient.
- Si les besoins en planification familiale ont été évalués et qu'une action a été notée autour des besoins.
- Si les éléments suivants ont été enregistrés : un dépistage de la TB, une évaluation clinique, un service d'aiguillage pour le traitement de la tuberculose ET, le cas échéant, les données de la collecte des expectorations.
- Si le consentement à effectuer un test de dépistage du VIH a été donné par le patient.
- Si des préservatifs ont été offerts.
- Si le dépistage des IST a été mené et enregistré.



*Un outil d'audit du site est utilisé pour surveiller la prestation des services sanitaires, qui se trouve être une bonne méthode de transmission visuelle des services fournis et des améliorations nécessaires.*

- Si un dossier d'aiguillage vers un service de VIH existe.
- Les enregistrements du nombre de tentatives de suivi des patients qui sont atteints de la tuberculose et/ou du VIH.
- La preuve que le patient a accédé aux services de santé de la tuberculose et/ou du VIH.

**Étape 4 :** À la fin, l'outil électronique génère automatiquement des graphiques et une analyse de base, ce qui permet au personnel du programme d'interpréter facilement les résultats de l'audit du site. Alternativement, l'agent de S&E peut effectuer une analyse préliminaire si un outil au format papier a été utilisé. Le point important est que les résultats de l'audit du site devraient être retournés à tous les professionnels de santé sur le site. S'il y a des zones où le site a mal fonctionné, les professionnels de santé doivent rencontrer le responsable du site et élaborer un plan d'amélioration de la qualité.

**Étape 5 :** Le plan d'amélioration de la qualité a été mis en œuvre et surveillé par le superviseur / gestionnaire.

Nous suggérons qu'un audit du site soit conduit deux fois par an. C'est un excellent outil à utiliser pour évaluer à quel point les équipes sur le terrain font des efforts pour s'assurer que les patients reçoivent des SC DDV de qualité.

#### Le saviez-vous ?

#### Pourquoi enregistrons-nous les données relatives à la santé ?

1. Pour assurer que nous orientons les patients avec des données précises.
2. Pour suivre les activités du programme et l'impact (11).
3. Pour récupérer des données des services de santé du gouvernement qui les signalent au niveau national et mondial afin d'informer l'allocation des ressources et la mise en œuvre des interventions.
4. Pour comprendre la propagation épidémiologique des maladies en analysant les données (78).

### 3. Comment surveillez-vous et évaluez-vous les performances des professionnels de santé ?

L'un des messages clés du Chapitre 4 : Création, formation et maintien d'une équipe, concerne le fait qu'un programme réussi de prévention du VIH dépend de la qualification, de la formation et de la motivation élevée du personnel. Pour veiller à

ce que les professionnels de santé fournissent des services de qualité constamment, un superviseur doit surveiller et évaluer régulièrement leur performance. Des études ont montré que la supervision par le biais de l'audit et du retour d'informations avaient des effets modérés sur la performance des professionnels de santé (141).

Certains points sont à considérer sur les évaluations du professionnel de santé :

- La performance du professionnel de santé doit être surveillée de manière standardisée.
- L'évaluation des niveaux de compétence des professionnels de santé ne doit pas être un processus punitif. Les gestionnaires de programme et les superviseurs doivent s'assurer que les professionnels de santé comprennent cela.
- Le but de l'évaluation est de s'assurer que tous les professionnels de santé interviennent de manière optimale et d'identifier les domaines qui doivent être améliorés.
- Les professionnels de santé doivent avoir reçu toute la formation nécessaire et appropriée avant que leur performance ne soit évaluée.
- Ils doivent recevoir des commentaires après l'évaluation afin de savoir comment ils s'en sortent, de se sentir fiers de leurs réalisations et d'être conscients des domaines à améliorer.
- Le cas échéant, de bonnes mesures correctives doivent être mises en place. Cela peut inclure une formation, un encadrement, un mentorat supplémentaire, etc.



Un professionnel de santé est évalué sur l'utilisation du test rapide du VIH par le superviseur qui lui fait des commentaires pendant le processus.

Nous partageons deux outils que nous avons développés et adaptés pour surveiller et évaluer les performances des professionnels de santé en fournissant les SC DDV et la manière dont ils collectent des données au cours des SC DDV.

#### 3.1 Évaluation de la manière dont les professionnels de santé fournissent des services

Le but de l'évaluation de la prestation fournie par un professionnel de santé est de s'assurer qu'ils sont tous compétents pour fournir des SDV. Afin

d'évaluer la prestation de services des professionnels de santé, nous avons développé un outil d'évaluation des compétences des professionnels de santé (voir l'Annexe 28). L'outil peut identifier les domaines dans lesquels le professionnel de santé est très compétent ainsi que les domaines qui exigent une amélioration. En répétant l'évaluation tous les trimestres (ou deux fois par an, en fonction du nombre de professionnels de santé à évaluer), les compétences du professionnel de santé peuvent être suivies.

L'outil est utilisé comme suit :

**Étape 1 :** Le superviseur assiste à une session de SDV (avec la permission du patient), en vue d'observer et de surveiller la manière dont le professionnel de santé conduit la session (SDV) et d'évaluer la qualité des SDV fournis. L'outil d'évaluation des compétences évalue si le professionnel de santé :

- Fournit des informations et une évaluation adéquates sur le VIH, la prévention de la transmission mère-enfant (PPTME), la CMMV, la tuberculose, les IST, la planification familiale et les préservatifs.
- Examine les services supplémentaires ; en dépistant la tuberculose, les IST et les maladies non transmissibles.
- Mène des tests de dépistage du VIH rapides et de qualité, c'est-à-dire conformément aux procédures d'opération standard et suivant toutes les pratiques d'assurance qualité.
- Adhère à toutes les précautions et mesures de sécurité, par exemple, l'élimination correcte des déchets présentant un danger biologique, le port de gants, etc.
- Fournit des conseils appropriés après le test, selon le cas, dans le cadre des résultats du test du VIH.

Le superviseur complète l'outil en observant les SDV.

**Étape 2 :** Après la session, le professionnel de santé complète l'outil, en se basant sur sa perception de la prestation des SDV.

**Étape 3 :** Le superviseur et le professionnel de santé se réunissent et discutent de leurs évaluations. À la fin de la session, il devrait y avoir un accord sur les domaines dans lesquels le professionnel de santé est bien intervenu et les domaines qui exigent une amélioration.

**Étape 4 :** Ils décident et se mettent d'accord sur les actions correctives qui sont requises (le cas échéant) pour les domaines de travail nécessitant une amélioration. Cela pourrait comprendre une formation formelle ou un encadrement informel. Ils signent tous deux les documents et tous les documents sont classés.

**Étape 5 :** Il est de la responsabilité du professionnel de santé de veiller à recevoir la formation nécessaire pour s'améliorer.



Les professionnels de santé doivent recevoir des commentaires constructifs de la part de leur superviseur (de manière encourageante), après l'achèvement d'une évaluation des compétences sur les services qu'ils viennent de fournir à un patient.

Les avantages de cet outil sont :

- Il aide les superviseurs à déterminer si les professionnels de santé ont des difficultés ou ont besoin d'amélioration dans la prestation de services.
- Il permet aux professionnels de santé d'avoir une réflexion sur leur travail et de lancer des idées sur la manière de fournir les services de VIH. Il permet d'évaluer leur propre performance, de mettre en évidence les domaines dans lesquels ils ont bien agi et ceux qui pourraient être améliorés.
- Il offre aux superviseurs et aux professionnels de santé l'opportunité de s'asseoir ensemble, de discuter de la manière dont ils ont évalué la session et de comparer les similitudes et/ou les différences entre leurs évaluations. Ainsi, cela offre un espace professionnel et adulte consacré aux discussions sur les performances du travail.
- C'est un espace réservé aux discussions à mettre sur papier avec un plan de mesures correctives. Les deux parties signent le document, qui est ensuite classé. Ce document est ensuite mentionné lors de la prochaine évaluation afin que des améliorations puissent être suivies.

« Les évaluations liées à la compétence me donnent l'opportunité d'aller sur le terrain et dans les maisons avec les professionnels de santé pour évaluer leur compétence auprès d'un patient réel. Nous recevons d'abord la permission du patient, nous lui demandons s'il est à l'aise que je sois présent, en tant que superviseur évaluant le professionnel de santé qui fournira les services de dépistage du VIH. Nous expliquons au patient que cela a pour but de nous aider à surveiller et à évaluer les compétences du professionnel de santé et, le cas échéant, à développer du contenu de formation pour fournir des services de grande qualité dans la communauté. Les patients ont été favorables à cette idée lorsque nous leur avons expliqué cela de cette manière.

Je trouve qu'assister à la prestation réelle des services de dépistage du VIH par un professionnel de la santé m'a également aidé à identifier les lacunes dans le service. Par exemple, j'ai remarqué que les professionnels de santé utilisaient souvent beaucoup trop d'acronymes, tels que « PMTCT », « IST » et « ART ». Quand j'ai pris part aux sessions, j'ai pu voir que quelques patients n'avaient pas compris les acronymes.

Les évaluations de compétence me permettent de donner des commentaires immédiats au professionnel de santé après la session. Mon approche à l'égard de l'apport de commentaires est une approche en sandwich, ils reçoivent un compliment sur un élément qu'ils ont vraiment bien fait puis ils reçoivent des commentaires sur les domaines nécessitant une amélioration, puis je termine par un compliment général et sur la manière dont nous pouvons travailler ensemble sur un plan d'action corrective pour les aider à s'améliorer. Le professionnel de santé m'a également confié les domaines dans lesquels il pensait avoir bien fait et les domaines dans lesquels il sentait qu'il avait besoin d'une amélioration. Nous avons discuté des outils éventuels requis pour l'aider à s'améliorer dans ces domaines ». - *Jacqueline Hlalukana (Directrice régionale)*

### 3.2 Évaluation de la manière dont les professionnels de santé collectent des données

Les professionnels de santé non seulement fournissent des SDV mais collectent également des données auprès des patients. L'un des messages clés du Chapitre 8 : Gestion des données, soulève la nécessité des données de haute qualité (des données qui sont précises et complètes). Il est nécessaire de s'assurer que les données sont collectées correctement et efficacement pour surveiller l'avancement des services fournis.

Un outil d'audit de vérification des données (voir l'Annexe 29) peut être utilisé par les superviseurs et vise à surveiller et à évaluer si les professionnels de santé collectent des données de qualité, à savoir, des données cohérentes et plausibles. Cet outil a été utilisé dans un programme de dépistage du VIH de porte-à-porte mais pourrait être adapté à n'importe quel contexte.

Envisagez d'utiliser l'outil de la manière suivante :

**Étape 1 :** Le superviseur sélectionnera au hasard les ménages à visiter, où les professionnels de santé ont fourni des SDV et recueilli des données pertinentes le jour précédent.

**Étape 2 :** Le superviseur visite ces ménages et, avec la permission du chef du ménage, pose une série de

questions aux membres du ménage pour évaluer si les SDV ont été fournis avec qualité.

**Étape 3 :** Le superviseur est doté d'une liste imprimée des données enregistrées par le professionnel de santé. (La liste est imprimée car le professionnel de santé a collecté les données par voie électronique). Le superviseur pose des questions prédéfinies aux membres du ménage pour confirmer les données que le professionnel de santé a collectées. Ces audits de vérification des données sont complétés sans que professionnel de santé concerné soit présent.

Voici quelques-unes des questions que le superviseur peut poser :

- Combien de personnes vivent dans la maison ? Une fois que le chef du ménage donne sa réponse, le superviseur confirme cela par rapport aux données imprimées recueillies par le professionnel de santé. Il est important d'énumérer tous les individus qui vivent dans la maison et pas seulement ceux présents au moment de la visite. L'énumération de tous les individus fournira un dénominateur plausible, qui aidera à déterminer la taille estimée de la population de la communauté.
- Combien de personnes étaient à la maison et combien ont reçu les SDV par le professionnel de santé ? Cette réponse est à nouveau comparée à la liste imprimée qui documente le nombre de tests du VIH qui ont été offerts, et le nombre de patients qui ont subi un dépistage du la tuberculose et des IST chez eux.
- Des personnes ont-elles été dirigées vers les services d'un établissement de santé et quels services était-ce ? Le superviseur doit poser cette question à chaque personne de la maison et comparer leur réponse par rapport à la liste imprimée. Il est très important de veiller que les patients soient dirigés vers les services de manière appropriée.

#### Conseil

##### Le calendrier est crucial pour les audits de vérification des données

Un audit de vérification des données doit être effectué le lendemain de la visite du ménage par les professionnels de santé. Cela est important afin que la mémoire sur les SDV soit fraîche chez les membres qui vivent dans le ménage.

**Étape 4 :** Le superviseur fournit des commentaires aux professionnels de santé (dans les 24 à 48 heures). Cela devrait prendre la forme d'une discussion, qui devrait être saisie sur l'outil de vérification. C'est une opportunité pour le superviseur et le professionnel de

santé d'avoir une discussion professionnelle relative aux performances du professionnels de santé.

**Étape 5 :** Le professionnel de santé se rend à nouveau chez le ménage si nécessaire et rectifie les erreurs qui pourraient avoir été soulignées par l'audit.

« Je pense que les audits de vérification des données m'ont aidé à faire en sorte d'énumérer tous les individus du ménage et de prendre des rendez-vous pour revenir et offrir des tests de dépistage du VIH à ceux qui n'étaient pas à la maison lors de ma première visite. Il y a des moments où j'oublie d'énumérer tous les individus de la maison. Parfois dix personnes vivent dans la maison et je n'ai le temps de fournir les services de dépistage du VIH qu'à seulement sept personnes qui étaient là à ce moment-là. Mon partenaire et moi-même avons besoin de fournir des informations et, de sensibiliser aux SDV et d'enregistrer toutes les informations sanitaires et démographiques de chaque personne sur le dispositif de saisie des données électroniques. Quand j'ai beaucoup de patients dans une maison, je peux oublier de demander si quelqu'un d'autre vit dans la maison qui n'est pas en réalité leur maison. Je rate donc l'occasion de prendre des rendez-vous pour les voir quand ils sont à la maison et de leur offrir des services de dépistage du VIH. Lorsque mon superviseur effectue un audit de vérification des données et qu'il me fait savoir que j'ai oublié d'énumérer une ou deux personnes dans une maison, je retourne énumérer ces personnes et je leur fixe un rendez-vous quand elles seront à la maison afin de pouvoir y retourner pour leur offrir des services de dépistage du VIH ». - *Akhona Kili (Professionnel de santé)*

### 4. Comment surveillez-vous et évaluez-vous le contrôle de l'infection tuberculeuse ?

En plus d'avoir des professionnels de santé qualifiés, il est également essentiel d'avoir un personnel conscient de son état de santé et des risques potentiels pour sa santé, surtout concernant le VIH et la tuberculose. Le Chapitre 4 : Création, formation et maintien d'une équipe souligne l'importance pour les professionnels de santé de se soumettre à des tests de dépistage pour la tuberculose une première fois puis périodiquement. Ce chapitre qualifie également la formation sur le contrôle de l'infection



tuberculeuse d'essentielle pour le personnel qui fournit des services de VIH. Au Chapitre 5 : Prestation de services holistiques de dépistage du VIH centrés sur le patient, nous discutons de l'intégration du dépistage du VIH et des tests dans les SDV et de la manière dont nous collectons les expectorations de manière responsable afin de réduire le risque de propagation des bactéries de la tuberculose.

Le contrôle de l'infection tuberculeuse joue un rôle vital dans tout programme qui fournit des services de VIH. Par conséquent, il est essentiel que le contrôle de l'infection tuberculeuse soit surveillé et évalué. Cela est particulièrement vrai dans les pays avec une charge de tuberculose et de VIH élevée, où la propagation de la tuberculose infectieuse insoupçonnée est plus élevée dans les établissements de santé du VIH et parmi ceux qui font le dépistage du VIH (142). Nous partageons un outil d'évaluation du contrôle de l'infection tuberculeuse, qui a été développé pour surveiller le contrôle de l'infection dans des centres communautaires de dépistage du VIH.

#### 4.1 Utilisation d'un outil d'évaluation du contrôle de l'infection tuberculeuse

Le contrôle de l'infection tuberculeuse implique une combinaison de mesures visant à réduire le risque de transmission de la tuberculose au sein des populations (143). L'outil d'évaluation du contrôle de l'infection tuberculeuse (voir l'Annexe 30) surveille et évalue quatre aspects du contrôle de l'infection tuberculeuse. Ce sont :

- **Contrôles favorables :** Les structures et les activités qui soutiendront la mise en œuvre du contrôle de l'infection tuberculeuse.
- **Contrôles administratifs :** Les stratégies développées pour réduire la production d'aérosols infectieux.
- **Contrôles environnementaux :** Les stratégies développées pour supprimer les aérosols infectieux.
- **Contrôles personnels :** Les stratégies de réduction des risques pour réduire l'inhalation d'aérosols infectieux.

Le but d'utiliser l'outil est de prévenir les infections tuberculeuses parmi les membres du personnel et les patients, et ainsi d'assurer un environnement de travail sécurisé où les risques de contraction à la tuberculose sont réduits au minimum.

Réfléchissez à ce qui suit lors de la mise en œuvre de cet outil :

*Une partie de l'évaluation du contrôle des infections de la tuberculose est de s'assurer que les fenêtres sont ouvertes pour une ventilation adéquate.*

- Désignez une personne responsable du contrôle de l'infection, par exemple, un professionnel de santé. Cette même personne serait en charge de la mise en place de l'évaluation du contrôle de l'infection tuberculeuse. Avoir un professionnel de santé en charge du contrôle de l'infection et qui est responsable du contrôle de l'infection tuberculeuse. La personne désignée pourrait tourner tous les trimestres et un superviseur conserverait la fonction de supervision générale.
- Utilisez l'outil régulièrement (nous recommandons à chaque trimestre).
- Utilisez l'outil pour suivre les progrès.
- L'outil souligne les différents composants du contrôle de l'infection tuberculeuse et les professionnels de santé peuvent voir comment l'ensemble de ces composants qui fonctionnent ensemble peuvent réduire les risques liés à la transmission de la tuberculose.
- Plusieurs techniques simples existent pour aider à réduire les risques de transmission de la tuberculose, par exemple, améliorer le flux d'air (en ouvrant les fenêtres ou en utilisant des ventilateurs mécaniques), faire un suivi rapide des patients qui toussent et porter des masques. Cet outil devrait aider les professionnels de santé à voir que les mesures de contrôle de la tuberculose ne sont pas un problème de gestion, mais quelque chose qu'ils peuvent contrôler dans leur environnement quotidien.
- Tous les domaines où la prévention de l'infection peut être améliorée doivent être abordés par le superviseur et les professionnels de santé. Un plan doit être mis en place avec un calendrier (une action corrective doit être entreprise avant le prochain audit du contrôle des infections). Étant donné que l'outil d'audit permet de suivre les progrès, les mesures correctives peuvent être évaluées au cours du prochain audit.

## 5. Quelle est l'importance de la diffusion des données sur les programmes et des résultats de la S&E aux professionnels de santé ?

Les données du programme ne sont souvent présentées que dans des rapports pour les bailleurs de fonds et les Ministères de la santé plutôt que d'être diffusées à ceux qui se trouvent sur le terrain



(144). Tout au long de ce chapitre, indépendamment de la pratique de la S&E qui est mise en œuvre ou des outils de S&E qui sont utilisés, nous avons souligné l'importance de fournir des commentaires aux professionnels de santé sur les résultats de l'évaluation. Les professionnels de santé sont ceux qui fournissent les services ; il est donc impératif qu'ils soient inclus dans les commentaires des S&E. Il est important de les aider à surveiller et à évaluer leurs progrès.

Lorsque vous fournissez des commentaires au personnel de santé, gardez à l'esprit :

- **La catégorie de personnel recevant les commentaires :** Par exemple, les superviseurs, les infirmières, les conseillers laïcs en VIH, etc., afin de s'assurer que les commentaires appropriés sont fournis au niveau approprié.
- **Le format du commentaire :** Décidez si les informations sont mieux affichées sous forme de tableaux, de graphiques ou de mots.
- **Lorsque des commentaires ont été fournis :** Envisagez d'utiliser un intervalle de temps de réunion régulier ou pendant une session de formation (formation de recyclage) ou envoyer les commentaires par courrier électronique.

« Il est très important que nous diffusions les données recueillies par les professionnels de santé de manière systématique et standardisée. Nous diffusons régulièrement les données au cours des formations internes, lorsque tous les professionnels de santé viennent au siège. Nous diffusons les données auprès de plus de 270 professionnels de santé qui fournissent des services de dépistage du VIH à une population de plus de 120 000 personnes dans six communautés. Il est important que nous diffusions ces données de manière transparente à tous les professionnels de santé afin qu'ils voient leur propre évolution et celle de leurs collègues. Cette méthode nous a permis d'obtenir des informations sur certains indicateurs directement de la bouche des professionnels de santé, par exemple, un faible taux de dépistage du VIH chez les hommes. Les professionnels de santé peuvent nous donner les raisons de ce faible taux. De cette manière, nous pouvons élaborer des stratégies avec eux et prévoir ensemble des améliorations, comme travailler le weekend et le soir pour atteindre plus d'hommes.

La diffusion régulière des données aux professionnels de santé les implique et leur permet de s'approprier des données, de s'efforcer à atteindre des objectifs et d'élaborer des stratégies pour améliorer les services de santé qu'ils fournissent ». - Francionette Esau (Directrice régionale)

Il est important que nous diffusions les données recueillies auprès des professionnels de santé afin qu'ils voient leur propre évolution et les domaines à améliorer.



## Meilleure pratique pour diffuser les données du programme par email

En réponse à la nécessité de diffuser rapidement et facilement les données des programmes aux professionnels de santé quotidiennement, nous avons développé un tableau de bord pour suivre le nombre de tests de dépistage du VIH complétés chaque jour. Voir la Figure 9.2. Cet outil peut être adapté afin de tenir compte de tout indicateur mesuré.

- Un tableau de bord quotidien a été développé par le personnel travaillant sur le terrain (superviseurs et professionnels de santé) ainsi que par le personnel de données.
- Le tableau de bord comprenait un tableau simple, qui pouvait être rempli avec le nombre de tests de dépistage du VIH complétés chaque jour pour chaque communauté dans laquelle le dépistage du VIH était offert.
- Le tableau de bord était rempli automatiquement chaque matin (en utilisant un script écrit par le programmeur de données). Un membre de l'équipe de données envoyait tous les matins par email le tableau de bord à tous les bureaux pertinents du site.
- Le gestionnaire du site recevait le tableau de bord quotidiennement et informait les professionnels de santé sur le nombre de tests effectués le(s) jour(s) précédent(s). Ce nombre était comparé à l'objectif hebdomadaire.
- La diffusion quotidienne a aidé les superviseurs à surveiller les progrès de leur site et à suivre les jours spécifiques de la semaine qui avaient le plus petit nombre de patients se faisant tester pour le VIH. Cela les a aidés à élaborer des plans de mobilisation communautaire (voir le Chapitre 2 : Engagement des intervenants).
- Les professionnels de santé peuvent surveiller leur propre évolution chaque semaine. S'ils n'avaient pas atteint leur objectif en milieu de semaine, ils savaient qu'ils ne leur restait qu'un certain nombre de jours pour atteindre leur cible, ou qu'ils devaient peut-être travailler des heures supplémentaires ou des fins de semaine pour atteindre leurs objectifs.
- Chaque site a un objectif différent en raison du nombre de ménages dans la communauté et un nombre différent de professionnels de santé. La Figure 9.2 montre le tableau de bord rempli et envoyé le jeudi matin.

| Communauté           | Lun        | Mar        | Mer        | Jeu        | Ven         | Sam        | Dim         | Total       | Objectif    | % atteint   |
|----------------------|------------|------------|------------|------------|-------------|------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| 1                    | 35         | 27         | 32         | 31         | s.o.        | 60         | s.o.        | 185         | 200         | 93 %        |
| 2                    | 48         | 50         | 65         | 47         | s.o.        | 70         | s.o.        | 280         | 300         | 93 %        |
| 3                    | 66         | 86         | 97         | 75         | s.o.        | 101        | s.o.        | 425         | 450         | 94 %        |
| 4                    | 53         | 48         | 47         | 42         | s.o.        | 70         | s.o.        | 260         | 300         | 87 %        |
| 5                    | 25         | 27         | 30         | 45         | s.o.        | 55         | s.o.        | 182         | 200         | 91 %        |
| 6                    | 32         | 35         | 37         | 39         | s.o.        | 56         | s.o.        | 199         | 200         | 100 %       |
| <b>Total général</b> | <b>259</b> | <b>273</b> | <b>308</b> | <b>279</b> | <b>s.o.</b> | <b>412</b> | <b>s.o.</b> | <b>1531</b> | <b>1650</b> | <b>93 %</b> |

Figure 9.2 : Un tableau de bord quotidien diffusé par courrier électronique sur le nombre de tests de dépistage du VIH par jour



## REMARQUES DE CONCLUSION



Nous n'avons pas franchi la dernière étape de notre voyage mais la première étape d'une longue et encore plus difficile période.

- Nelson Mandela (Un des grands leaders moraux et politiques : un héros international pour son dévouement à la lutte contre l'oppression raciale en Afrique du Sud qui lui a valu le Prix Nobel de la Paix)



## REMARQUES DE CONCLUSION

Ce document constitue une contribution globale à toute personne ou à toute entité intéressée par la prestation de services communautaires de prévention du VIH et plus spécifiquement les services de dépistage du VIH (SDV) facilement accessibles. Bien qu'il ait été rédigé à partir de la base d'expérience des SDV communautaires fournis par les organismes à but non lucratif (OBNL), les observations et les outils rendent ce guide utile pour toute entité travaillant dans ce domaine, y compris les OBNL, les bailleurs de fonds et les services de santé gouvernementaux. En fait, il contient des principes qui peuvent être appliqués à la prestation de services communautaires en général, et pas seulement au dépistage du VIH, comme on peut le voir dans les chapitres sur l'engagement des parties prenantes et le suivi et l'évaluation.

Alors que l'on essaye d'atteindre les objectifs ambitieux « 90 90 90 » et de lutte contre l'épidémie du VIH, il est important d'aller au-delà du dépistage du VIH dans les établissements de santé, ce qui est vital mais pas suffisant. Ce guide pratique fournit des détails sur la question de « comment y parvenir ? ». Au cours de l'élaboration et de la mise en œuvre des projets communautaires de dépistage du VIH (qui ont servi de base aux apprentissages de ce guide), je voudrais souligner les aspects suivants :

- Un respect a été constaté envers les intervenants, comme le Département de la santé de la ville.
- Il y avait une volonté d'écouter et d'apprendre auprès des intervenants.
- Il y avait des connaissances partagées entre le DTTC (qui a mis en œuvre les projets), les services de santé et d'autres parties prenantes.

Conformément à la façon dont les projets ont été menés, ce guide contient les avis et contributions des divers intervenants et, en tant que tel, résonnera avec une variété de prestataires de services dans un système de santé publique. Certains des résultats les plus importants des projets communautaires de dépistage du VIH étaient ceux des hommes et des jeunes (dans des proportions plus élevées par

rapport aux tests dans des établissements) et les apprentissages sur la façon de le faire de manière générale.

En ce qui concerne la prestation des services de dépistage du VIH, l'attention est actuellement accordée à des « modèles de soins différenciés », en reconnaissant que les soins réellement centrés sur le patient nécessitent la fourniture de l'ART de différentes façons, par exemple, à des patients qui sont stables en suivant la thérapie antirétrovirale ou à ceux qui entament une thérapie antirétrovirale. De manière similaire, pour fournir un dépistage du VIH centré sur le patient, ce guide est une contribution importante aux modèles de soins axés sur le patient. Il arrive aussi à un moment où les services communautaires en général et la manière dont ils sont fournis sont réexaminés à Cape Town et en Afrique du Sud, et de ce fait un guide détaillé comme celui-ci sur le dépistage du VIH devrait être une ressource précieuse.

Je tiens à remercier le Centre TB Desmond Tutu de l'Université de Stellenbosch, les auteurs et le groupe de coordination pour s'être attelés à cette mission, ainsi que le bailleur de fonds (Centres pour le contrôle et la prévention des maladies) pour avoir rendu cela possible.

Le chapitre introductif comprend une citation de l'archevêque émérite Desmond Tutu : « Faites un petit peu de bien là où vous êtes... ». J'aimerais ajouter que, dans les services fournis au moment des projets, dans la capacité créée dans les OBNL et dans les apprentissages déjà partagés, je pense qu'il y a beaucoup plus qu'un peu de bien qui a été fait. Cette directive permet de continuer dans cette perspective, ici à Cape Town et plus loin, quelque soit l'endroit que la directive atteint.

**Dr Karen Jennings**  
Responsable VIH/IST/TB  
City Health, Municipalité de Cape Town



## RÉFÉRENCES

1. Sidibe M. The Last Climb : Ending AIDS , Leaving No One Behind (Opening Plenary at the AIDS 2014 Conference Melbourne, Australia). In Melbourne; 2014. Available from: [http://www.aids2014.org/WebContent/File/AIDS2014\\_Opening\\_Addresses\\_Michel\\_Sidibe.pdf](http://www.aids2014.org/WebContent/File/AIDS2014_Opening_Addresses_Michel_Sidibe.pdf)
2. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). 90-90-90 An ambitious treatment target to help end the AIDS epidemic [Internet]. Geneva; 2014. Available from: <http://www.unaids.org/en/resources/documents/2014/90-90-90>
3. Sharma M, Ying R, Tarr G, Barnabas R. Systematic review and meta-analysis of community and facility-based HIV testing to address linkage to care gaps in sub-Saharan Africa. *Nature*. 2015;528(7580):S77–85.
4. Yeap A., Hamilton R, Charalambous S, Dwadwa T, Churchyard GJ, Geissler PW, et al. Factors influencing uptake of HIV care and treatment among children in South Africa - a qualitative study of caregivers and clinic staff. *AIDS Care*. 2010;22(9):1101–7.
5. Meehan S-A, Leon N, Naidoo P, Jennings K, Burger R, Beyers N. Availability and acceptability of HIV counselling and testing services. A qualitative study comparing clients' experiences of accessing HIV testing at public sector primary health care facilities or non-governmental mobile services in Cape Town, South Africa. *BMC Public Health*. 2015;15(1):845.
6. Musheke M, Ntalasha H, Gari S, McKenzie O, Bond V, Martin-Hilber A, et al. A systematic review of qualitative findings on factors enabling and deterring uptake of HIV testing in Sub-Saharan Africa. *BMC Public Health*. 2013 Jan;13(1):220.
7. Mall S, Middelkoop K, Mark D, Wood R, Bekker L-G. Changing patterns in HIV/AIDS stigma and uptake of voluntary counselling and testing services: The results of two consecutive community surveys conducted in the Western Cape, South Africa. *AIDS Care*. 2012 Jun 13;(August 2012):37–41.
8. Mills EJ, Beyrer C, Birungi J, Dybul MR. Engaging men in prevention and care for HIV/AIDS in Africa. *PLoS Med*. 2012;9(2):1-4.
9. Griffith DC, Agwu AL. Caring for youth living with HIV across the continuum: turning gaps into opportunities. *AIDS Care*. 2017;1–7.
10. Leon NH, Colvin CJ, Lewin S, Mathews C, Jennings K. Provider-initiated testing and counselling for HIV - from debate to implementation. *South African Med J*. 2010 Apr;100(4):220–1.
11. National Department of Health (South Africa). National HIV Testing Services Policy 2016 [Internet]. Pretoria; 2016. Available from: <http://www.hst.org.za/publications/national-hiv-testing-services-policy>
12. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). AIDS By the Numbers [Internet]. Geneva; 2016. Available from: <http://aidsinfo.unaids.org>
13. World Health Organization. HIV Fact Sheet [Internet]. [cited 2016 Aug 11]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs360/en/>
14. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). AIDS Info [Internet]. [cited 2016 Sep 22]. Available from: <http://aidsinfo.unaids.org/>
15. Fraser-Hurt N, Zuma K, Njuho P, Chikwava F, Slaymaker E, Hosegood V, et al. The HIV epidemic in South Africa : What do we know and how has it changed? [Internet]. Pretoria; Available from: <http://www.hsra.ac.za/en/research-data/view/5686>
16. South Africa Country Operational Plan 2016 Strategic Direction Summary ( SDS ) [Internet]. 2016. Available from: <https://za.usembassy.gov/our-relationship/pepfar/fact-sheets/>
17. Shisana, O, Rehle, TT, Simbayi, LC, Zuma, K, Jooste, S, Zungu, N, Labadarios, D, Onoya D et al. South African National HIV Prevalence, Incidence and Behaviour Survey [Internet]. Cape Town: HSRC; 2012. Available from: <http://www.hsra.ac.za/en/research-data/view/6871>

18. Ataguba JE, Akazili J, McIntyre D. Socioeconomic-related health inequality in South Africa: evidence from General Household Surveys. *Int J Equity Health*. 2011;10(1):48.
19. Simelela N, Venter WDF, Pillay Y, Barron P. A Political and Social History of HIV in South Africa. *Curr HIV/AIDS Rep*. 2015;256-61.
20. Burton R, Giddy J, Stinson K. Prevention of mother-to-child transmission in South Africa: an ever-changing landscape. *Obstet Med*. 2015;8(1):5-12.
21. Kranzer K, Zeinecker J, Ginsberg P, Orrell C, Kalawe NN, Lawn SD, et al. Linkage to HIV care and antiretroviral therapy in Cape Town, South Africa. *PLoS One*. 2010 Jan;5(11):e13801.
22. South African National Department of Health. Global Aids Response. Progress Report. [Internet]. Pretoria; 2012. Available from: [http://files.unaids.org/en/dataanalysis/knownyourresponse/countryprogressreports/2012countries/ce\\_ZA\\_Narrative\\_Report.pdf](http://files.unaids.org/en/dataanalysis/knownyourresponse/countryprogressreports/2012countries/ce_ZA_Narrative_Report.pdf)
23. Barker P, Barron P, Bhardwaj S, Pillay Y. The role of quality improvement in achieving effective large-scale prevention of mother-to-child transmission of HIV in South Africa. *AIDS*. 2015;29(April):S137-43.
24. Simelela NP, Venter WDF. A brief history of South Africa's response to AIDS. *South African Med J*. 2014;104(3):249-51.
25. Maughan-Brown B, Lloyd N, Bor J, Venkataramani AS. Changes in self-reported HIV testing during South Africa's 2010 / 2011 national testing campaign : gains and shortfalls. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2016;19:1-10.
26. Bekker LG, Venter F, Cohen K, Goemare E, Van Cutsem G, Boule A, et al. Provision of antiretroviral therapy in south africa: The nuts and bolts. *Antivir Ther*. 2014;19:105-16.
27. Western Cape Government Department of Health. Antiretroviral Treatment protocol version 2 (Based on National Treatment Guidelines). Cape Town; 2004.
28. South African National Department of Health. The South African Antiretroviral Treatment Guidelines [Internet]. Pretoria; 2010. Available from: [http://www.sahivsoc.org/Files/Summary\\_The\\_South\\_African\\_Antiretroviral\\_Treatment\\_2010.pdf](http://www.sahivsoc.org/Files/Summary_The_South_African_Antiretroviral_Treatment_2010.pdf)
29. Piot P, Barre-Sinoussi F, Karim QA, Karim SSA, Beyrer C. Appeal to global donors to save the Treatment Action Campaign. *Lancet*. 2014;384(9959):e62.
30. Sidibe M, Loures L, Samb B. The UNAIDS 90-90-90 target : a clear choice for ending AIDS and for sustainable health and development. *J Int AIDS Soc*. 2016;19:1-2.
31. Western Cape Government Department of Health. Antenatal Survey Report. Cape Town; 2014.
32. World Health Organization. Situation Analysis and Priority Setting [Internet]. 2016. Available from: <http://www.who.int/nationalpolicies/processes/priorities/en/>
33. Rajan D. Strategizing National Health in the 21st century: A handbook. Chapter 3. Situation analysis of the health sector. [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2016. Available from: <http://www.who.int/healthsystems/publications/nhpsp-handbook/en/>
34. World Health Organization. Operations Manual for Delivery of HIV Prevention, Care and Treatment at Primary Health Centres in High-Prevalence, Resource-Constrained Settings. [Internet]. 2008. Available from: <http://www.who.int/hiv/pub/imai/om.pdf>
35. MacQueen KM, McLellan E, Metzger DS, Kegeles S, Strauss RP, Scotti R, et al. What is community? An evidence-based definition for participatory public health. *Am J Public Health*. 2001;91(12):1929-38.
36. McCoy D, Bamford L. How to conduct a rapid situation analysis . A Guide for Health Districts in South Africa. [Internet]. Durban: Health Systems Trust; 1998. 3-62 p. Available from: <http://www.healthlink.org.za/hst/isds>
37. Allen DR, Finlayson T, Abdul-Quader A, Lansky A. The role of formative research in the national HIV behavioral surveillance system. *Public Health Rep*. 2009;124(1):26-33.
38. Vernooij E, Mehlo M, Hardon A, Reis R. Access for all: contextualising HIV treatment as prevention in Swaziland. *AIDS Care - Psychol Socio-Medical Asp AIDS/HIV*. 2016;28(September):7-13.
39. Griffiths J, Maggs H, George E. Stakeholder Involvement: Background paper prepared for the WHO/WEF Joint Event on Preventing Noncommunicable Diseases in the Workplace [Internet]. Vol. 44, World Health Organization. Geneva Switzerland; 2008. Available from: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/griffiths-stakeholder-involvement.pdf>
40. Schatz E, Madhavan S, Williams J. Female-headed households contending with AIDS-related hardship in rural South Africa. *Heal Place*. 2011;17(2):598-605.
41. Bond V, Chiti B, Hodinott G, Reynolds L, Schaap A, Simuyaba M, et al. "The difference that makes a difference": highlighting the role of variable contexts within an HIV Prevention Community Randomised Trial (HPTN 071/PopART) in 21 study communities in Zambia and South Africa. *AIDS Care*. 2016;28(SUPPL.3):99-107.
42. Quinn SC. Ethics in public health research: protecting human subjects: the role of community advisory boards. *Am J Public Health*. 2004;94(6):918-22.
43. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). Good participatory practice guidelines for biomedical HIV prevention trials. *Vaccine*. 2007;68.
44. International AIDS Vaccine Initiative. Training Manual: Guidance tool for Community Advisory Boards [Internet]. New York; 2012. Available from: <https://www.iavi.org/component/phocadownload/category/20-training-and-toolkits>
45. Hunter J. Health Committees as Vehicles for Community Participation: Release from a National Colloquium on Health Committees [Internet]. Cape Town; 2014. Available from: <http://www.salearningnetwork.uct.ac.za/news/health-committees-vehicles-community-participation>
46. Brown A. Community forum or public meeting [Internet]. p. 843. Available from: <https://definedterm.com/a/definition/84325>
47. Minkler M. Community-based research partnerships: Challenges and opportunities. *J Urban Heal*. 2005;82(suppl. 2):3-12.
48. Clark T. "We're Over-Researched Here!": Exploring Accounts of Research Fatigue within Qualitative Research Engagements. *Sociology*. 2008;42(5):953-70.
49. Douglas M. Risk and Blame. *Essays in Cultural Theory*. [Internet]. London: Taylor & Francis; 2003. Available from: [http://14.139.206.50:8080/jspui/bitstream/1/1938/1/Douglas, Mary - Risk and Blame.pdf](http://14.139.206.50:8080/jspui/bitstream/1/1938/1/Douglas,%20Mary%20-%20Risk%20and%20Blame.pdf)
50. Farmer J, Nimegeer A. Community participation to design rural primary healthcare services. *BMC Health Serv Res*. 2014;14(1):130.
51. Hofferth SL, Iceland J. Social capital in rural and urban communities. *Rural Sociol*. 1998;63(4):574.
52. Kleinman A, Benson P. Anthropology in the clinic: The problem of cultural competency and how to fix it. *PLoS Med*. 2006;3(10):1673-6.
53. Brown L. A protocol for community based research . *Am J Prev Med*. 1996;12(4):4-5.
54. Boffa J, Ndlovu S, Mayan M, Fisher D, Cowie R, Wilson D. Novel principles to facilitate cross-cultural community engagement in tuberculosis research. In: Oral Poster Presentation at the 45<sup>th</sup> World Conference on Lung Health of the International Union against Tuberculosis and Lung Disease (The Union) [Internet]. 2014. Available from: <http://barcelona.worldlunghealth.org/programme/abstracts/poster-discussion-sessions/body/Poster-Discussion-08.pdf>
55. South African Government Gazette. Non profit Organizations Act No 71 of 1997 [Internet]. 2010. Available from: [http://www.ngopulse.org/sites/default/files/npo\\_act.pdf](http://www.ngopulse.org/sites/default/files/npo_act.pdf)
56. Kelly JA, Somlai AM, Benotsch EG, Amirhanian YA, Fernandez MI, Stevenson LY, et al. Programmes, resources, and needs of HIV-prevention nongovernmental organizations (NGOs) in Africa, Central/Eastern Europe and Central Asia, Latin America and the Caribbean. *AIDS Care*. 2006;18(1):12-21.
57. Concepts and Functions of NGO. Training Material. [Internet]. Rai Technology University. [cited 2017 Feb 16]. Available from: [http://164.100.133.129:81/eCONTENT/Uploads/CONCEPTS\\_AND\\_FUNCTIONS\\_OF\\_NGO.pdf](http://164.100.133.129:81/eCONTENT/Uploads/CONCEPTS_AND_FUNCTIONS_OF_NGO.pdf)

58. Delisle H, Roberts JH, Munro M, Jones L, Gyorkos TW. The role of NGOs in global health research for development. *Health Res Policy Syst.* 2005;3(1):3.
59. Chilengue N. The Relationship between Non-Governmental Organizations (NGOs) and Community-Based Organizations (CBOs), in implementing Development projects in Mozambique. A report on a research project presented to The Discipline of Sociology School of Social Scie [Internet]. University of the Witwatersrand; 2013. Available from: [http://wiredspace.wits.ac.za/bitstream/handle/10539/13844/therelationshipbetweennon-governmentalorganizations\(ngos\)andcommunity-basedorganizations\(cbos\)inimplementingdevelopmentprojectsinmoza.pdf?sequence=1](http://wiredspace.wits.ac.za/bitstream/handle/10539/13844/therelationshipbetweennon-governmentalorganizations(ngos)andcommunity-basedorganizations(cbos)inimplementingdevelopmentprojectsinmoza.pdf?sequence=1)
60. Statistics South Africa. Statistical release (Revised) Census 2011. P0301.4 [Internet]. Pretoria; 2012. Available from: <https://www.statssa.gov.za/publications/P03014/P030142011.pdf>
61. Publow M. Partnerships: Frameworks for Working Together [Internet]. Strengthening Nonprofits: A Capacity Builder's Resource Library. 2010. Available from: <http://www.strengtheningnonprofits.org/resources/guidebooks/Partnerships.pdf>
62. Batti RC. Challenges facing local NGOs in resource mobilization. *Humanit Soc Sci.* 2014;2(3):57-64.
63. Paul S. Community participation in development projects [Internet]. Washington D.C.; 1987. Available from: [www-wds.worldbank.org](http://www-wds.worldbank.org)
64. Tenders Explained [Internet]. SA-Tenders. [cited 2017 Mar 24]. Available from: <http://www.sa-tenders.co.za/content/hints-tips-and-news/tenders-explained>
65. Padilla LMS, Staplefoote L, Morganti KG. Financial Sustainability for Nonprofit Organizations. *Heal Rand Educ.* 2012;1-46.
66. St. Johns Ambulance. Competency-based Interview Guide [Internet]. Available from: [vacancy.sja.org.uk/get/job/file/3609](http://vacancy.sja.org.uk/get/job/file/3609)
67. World Health Organization. Global Tuberculosis Report [Internet]. Geneva Switzerland; 2016. Available from: [www.who.int/tb/publications/global\\_report/en/](http://www.who.int/tb/publications/global_report/en/)
68. National Department of Health (South Africa). Occupational Health Services for Health care Workers in the National Health Service of South Africa. A Guideline Booklet. [Internet]. Pretoria; 2003. Available from: <http://www.kznhealth.gov.za/occhealth/OHmanual.pdf>
69. Western Cape Government Department of Health. The Western Cape Consolidated Guidelines for HIV Treatment: Prevention of Mother- to- Child Transmission of HIV (PMTCT), Children, Adolescents and Adults. 2016 (Amended Version) [Internet]. Cape Town; 2016. Available from: <https://www.westerncape.gov.za/documents/guides/H>
70. World Health Organization. Chest Radiography in Tuberculosis Detection. Summary of current WHO recommendations and guidance on programmatic approaches [Internet]. Geneva; 2016. Available from: [http://www.who.int/about/licensing/copyright\\_form](http://www.who.int/about/licensing/copyright_form)
71. Centers for Diseases Control and Prevention. Recommended Vaccines for Healthcare Workers [Internet]. Atlanta; 2014. Available from: <https://www.cdc.gov/vaccines/adults/rec-vac/hcw.html>
72. Centers for Diseases Control and Prevention. Public Health Service Guidelines for the Management of Occupational Exposures to HBV, HCV and HIV and Recommendations for Postexposure Prophylaxis. *Mortal Morb Wkly Rep* [Internet]. 2001;50(1-42). Available from: <http://www.cdc.gov/MMWR/preview/mmwrhtml/rr5011a1.htm>
73. Centers for Diseases Control and Prevention. Division of Tuberculosis Elimination. Testing Health Care Workers [Internet]. 2016 [cited 2017 Feb 13]. Available from: <https://www.cdc.gov/tb/topic/testing/healthcareworkers.htm>
74. Claassens MM, van Schalkwyk C, du Toit E, Roest E, Lombard CJ, Enarson DA, et al. Tuberculosis in Healthcare Workers and Infection Control Measures at Primary Healthcare Facilities in South Africa. *PLoS One.* 2013;8(10):1-8.
75. Kuster SP, Shah PS, Coleman BL, Lam PP, Tong A, Wormsbecker A, et al. Incidence of influenza in healthy adults and healthcare workers: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One.* 2011;6(10):1-9.
76. World Health Organization. Consolidated Guidelines on HIV testing Services [Internet]. Geneva; 2015. Available from: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/179870/1/9789241508926\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/179870/1/9789241508926_eng.pdf?ua=1)
77. South African Government. Accreditation as a provider of education and training [Internet]. 2017 [cited 2017 Jan 10]. Available from: <http://www.gov.za/node/727387>
78. Centers for Diseases Control and Prevention. Principles of Epidemiology in Public Health Practice. (3rd edition). An Introduction to Applied Epidemiology and Biostatistics. [Internet]. Atlanta; 2012. Available from: <https://www.cdc.gov/ophss/csels/dsepd/ss1978/>
79. Parker LA, Jobanputra K, Rusike L, Mazibuko S, Okello V, Kerschberger B, et al. Feasibility and effectiveness of two community based HIV testing models in rural Swaziland. *Trop Med Int Heal.* 2015;0(0).
80. Tabana H, Nkonki L, Hongoro C, Doherty T, Ekström AM, Naik R, et al. A cost-effectiveness analysis of a home-based HIV counselling and testing intervention versus the standard (facility based) HIV testing strategy in rural South Africa. *PLoS One.* 2015;10(8):1-13.
81. Meehan S, Rossouw L, Sloot R, Beyers N, Burger R. Access to HIV testing services in Cape Town, South Africa: A User perspective. Unpublished. 2017;
82. Meehan S-A, Naidoo P, Claassens MM, Lombard C, Beyers N. Characteristics of clients who access mobile compared to clinic HIV counselling and testing services: a matched study from Cape Town, South Africa. *BMC Health Serv Res.* 2014;14(1):1-8.
83. Meehan S-A, Draper H, Naidoo P, Burger R, Beyers N. Comparing linkage to HIV care and TB treatment for two community-based HIV testing modalities in Cape Town, South Africa. Unpublished manuscript.
84. Van Rooyen H, Barnabas R, Baeten J, Phakathi Z, Joseph P, Krows M, et al. High HIV testing uptake and linkage to care in a novel program of home-based HIV counseling and testing with a facilitated referral in KwaZulu-Natal, South Africa. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2013;64(1):27-33.
85. Van Rooyen H, Richter L, Coates T, Boettiger M. Approaches to HIV Counseling and Testing: Strengths and Weaknesses, and Challenges for the Way Forward. In: Rohleder P, Swartz L, Kalichman S, Simbayi L, (editors). *HIV/AIDS in South Africa 25 years on.* New York: Springer; 2009. p. 165-82.
86. Govindasamy D, Ferrand RA, Wilmore SM, Ford N, Ahmed S, Afnan-Holmes H, et al. Uptake and yield of HIV testing and counselling among children and adolescents in sub-Saharan Africa: a systematic review. *J Int AIDS Soc.* 2015;18(1):20182.
87. AIDS Foundation. HIV Test Window Periods [Internet]. 2015 [cited 2015 Aug 26]. p. 2-3. Available from: <http://www.sfaf.org/hiv-info/testing/hiv-test-window-periods.html>
88. How effective are condoms? [Internet]. Planned Parenthood. [cited 2017 Feb 15]. Available from: <https://www.plannedparenthood.org/learn/birth-control/condom/how-effective-are-condoms>
89. Giannou F, Tsiara C, Nikolopoulos G, Talias M, Benetou V, Kantzanou M, et al. Condom effectiveness in reducing heterosexual HIV transmission: a systematic review and meta-analysis of studies on HIV serodiscordant couples. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res.* 2016;16(4):489-99.
90. Smith DK, Herbst JH, Zhang X, Rose CE. Condom effectiveness for HIV prevention by consistency of use among men who have sex with men in the United States. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2015;68(3):337-44.
91. Centers for Disease Control and Prevention. Condom Fact Sheet In Brief [Internet]. 2016 [cited 2017 Jan 27]. p. 1-2. Available from: <https://www.cdc.gov/condomeffectiveness/brief.html>
92. McKinnon LR, Karim QA. Factors Driving the HIV Epidemic in Southern Africa. *Curr HIV/AIDS Rep.* 2016;13(3):158-69.
93. Sales JM, Smearman EL, Swartzendruber A, Brown JL, Brody G, Diclemente RJ. Socioeconomic-related risk and sexually transmitted infection among African-American adolescent females. *J Adolesc Heal.* 2014;55(5):698-704.
94. Karim S, Churchyard G, Karim Q, Lawn S. HIV infection and Tuberculosis in South Africa: an urgent need to escalate the public health response. *Lancet.* 2009;374(9693):921-33.

95. Levitt NS, Steyn K, Dave J, Bradshaw D. Chronic noncommunicable diseases and HIV/AIDS on a collision course: relevance for health care delivery, particularly in low-resource settings—insights from South Africa. *Am J Clin Nutr.* 2011;94(6):1690S–1696S.
96. Haregu TN, Setswe G, Elliott J, Oldenburg B. Integration of HIV/AIDS and noncommunicable diseases in developing countries: rationale, policies and models. *Int J Healthc.* 2015;1(1):21.
97. FHI360. Integration of HIV and noncommunicable disease care [Internet]. Geneva; 2014. Available from: [https://www.fhi360.org/sites/default/files/media/documents/NCD\\_Factsheet\\_v3\\_WEB.pdf](https://www.fhi360.org/sites/default/files/media/documents/NCD_Factsheet_v3_WEB.pdf)
98. World Health Organisation. Global Status Report on Noncommunicable Diseases [Internet]. Geneva; 2014. Available from: <http://www.who.int/nmh/publications/ncd-status-report-2014/en/>
99. Carter M. AIDSmap Fact Sheet High Blood Pressure [Internet]. NAM publication. 2012 [cited 2017 Mar 30]. Available from: <http://www.aidsmap.com/High-blood-pressure/page/1044677/>
100. International Diabetes Federation. Risk factors [Internet]. [cited 2017 Mar 30]. Available from: <http://www.idf.org/about-diabetes/risk-factors>
101. National Institute of Health. AIDS Info: Offering Information on HIV/AIDS Treatment, Prevention and Research [Internet]. [cited 2017 Mar 30]. Available from: <https://aidsinfo.nih.gov/education-materials/factsheets/22/59/hiv-and-diabetes>
102. Centers for Diseases Control and Prevention. Cholesterol Fact Sheet [Internet]. [cited 2017 Apr 1]. Available from: [https://www.cdc.gov/dhbsp/data\\_statistics/fact\\_sheets/fs\\_cholesterol.htm](https://www.cdc.gov/dhbsp/data_statistics/fact_sheets/fs_cholesterol.htm)
103. Mayo Clinic. Who should get a cholesterol test? [Internet]. [cited 2017 Apr 1]. Available from: <http://www.mayoclinic.org/tests-procedures/cholesterol-test/details/why-its-done/icc-20169529>
104. National Department of Health (South Africa). National Strategic Plan on HIV, STIs and TB 2012-2016 [Internet]. Pretoria; 2012. Available from: <http://www.hst.org.za/publications/national-strategic-plan-hiv-stis-and-tb-2012-2016>
105. World Health Organization. Voluntary medical male circumcision for HIV prevention. Fact Sheet. [Internet]. 2012 [cited 2017 Apr 14]. Available from: [http://www.who.int/hiv/topics/malecircumcision/fact\\_sheet/en/](http://www.who.int/hiv/topics/malecircumcision/fact_sheet/en/)
106. Wamai RG, Morris BJ, Bailis S a, Sokal D, Klausner JD, Appleton R, et al. Male circumcision for HIV prevention: current evidence and implementation in sub-Saharan Africa. *J Int AIDS Soc.* 2011 Jan;14(1):49.
107. World Health Organization. Retention in HIV programmes. Defining the challenges and identifying solutions [Internet]. 2011. Available from: [http://www.who.int/hiv/pub/meetingreports/retention\\_programmes/en/](http://www.who.int/hiv/pub/meetingreports/retention_programmes/en/)
108. Kranzer K, Govindasamy D, Ford N, Johnston V, Lawn SD. Quantifying and addressing losses along the continuum of care for people living with HIV infection in sub-Saharan Africa : a systematic review. *J Int AIDS Soc.* 2012;15.
109. Chi BH, Yiannoutsos CT, Westfall AO, Newman JE, Zhou J, Cesar C, et al. Universal definition of loss to follow-up in HIV treatment programs: A statistical analysis of 111 facilities in Africa, Asia, and Latin America. *PLoS Med.* 2011;8(10).
110. World Health Organization. Consolidated strategic information guidelines: For HIV in the health sector. [Internet]. Geneva; 2015. Available from: <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/strategic-information-guidelines/en/>
111. World Health Organization. Guideline on when to start Antiretroviral Therapy and on Pre-Exposure Prophylaxis for HIV. *World Heal Organ* [Internet]. 2015;(September):78. Available from: <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/earlyrelease-arv/en/>
112. Staying Healthy with HIV/AIDS: Achieving Viral Suppression [Internet]. AIDS.gov. [cited 2017 Apr 2]. Available from: <https://www.aids.gov/hiv-aids-basics/staying-healthy-with-hiv-aids/taking-care-of-yourself/achieving-suppressed-viral-load/>
113. Cohen M, Chen Y, McCauley M, Gamble T, Hosseinipour, M Kumarasamy N, Hakim J, et al. Prevention of HIV-1 Infection with Early Antiretroviral Therapy. *New Engl J Med.* 2011;365(6):2545-59.
114. Granich RM, Gilks CF, Dye C, De Cock KM, Williams BG. Universal voluntary HIV testing with immediate antiretroviral therapy as a strategy for elimination of HIV transmission: a mathematical model. *Lancet.* 2009;373(9657):48-57.
115. Pollini R, Blanco E, Crump C, Zúñiga ML. A Community-Based Study of Barriers to HIV Care Initiation. *AIDS Patient Care STDS.* 2011;25(10):601-9.
116. Nakigozi G, Atuyambe L, Kanya M, Makumbi FE, Chang LW, Nakyango N, et al. A qualitative study of barriers to enrollment into free HIV care: Perspectives of never-in-care HIV-positive patients and providers in Rakai, Uganda. *Biomed Res Int.* 2013;ID 470245.
117. Naik R, Doherty T, Jackson D, Tabana H, Swanevelder S, Thea DM, et al. Linkage to care following a home-based HIV counselling and testing intervention in rural South Africa. *J Int AIDS Soc.* 2015;18:19843.
118. Luque-Fernandez MA, Van Cutsem G, Goemaere E, Hilderbrand K, Schomaker M, Mantangana N, et al. Effectiveness of patient adherence groups as a model of care for stable patients on antiretroviral therapy in Khayelitsha, Cape Town, South Africa. *PLoS One.* 2013 Jan;8(2):e56088.
119. Haberer JE, Sabin L, Amico KR, Orrell C, Galárraga O, Tsai AC, et al. Review article Improving antiretroviral therapy adherence in resource-limited settings at scale : a discussion of interventions and recommendations. *J Int AIDS Soc.* 2017;20(1):1-15.
120. Govindasamy D, Kranzer K, Van Schaik N, Noubary F, Wood R, Walensky RP, et al. Linkage to HIV, TB and non-communicable disease care from a mobile testing unit in Cape Town, South Africa. *PLoS One.* 2013;8(11):1-11.
121. Govindasamy D, van Schaik N, Kranzer K, Wood R, Mathews C, Bekker L-G. Linkage to HIV Care From a Mobile Testing Unit in South Africa by Different CD4 Count Strata. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2011;58(3):344-52.
122. Gollwitzer PM. Goal Achievement: The Role of Intentions. *Eur Rev Soc Psychol* [Internet]. 1993;4(1):141-85. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/14792779343000059>
123. World Health Organization. Handbook for improving HIV testing and counselling services. 2010; Available from: <http://www.who.int/hiv/pub/vct/9789241500463/en/>
124. Villadiego S, Lim J, Lee A, Peck R. Rapid Assessment of Quality and Field Performance of HIV Rapid Diagnostic Tests in Three Countries. A Report to the Bill and Melinda Gates Foundation [Internet]. 2012. Available from: [https://www.path.org/publications/files/TS\\_hiv\\_rdt\\_assess\\_rpt.pdf](https://www.path.org/publications/files/TS_hiv_rdt_assess_rpt.pdf)
125. The National Committee for Clinical Laboratory Standards (NCCLS). Training and Competence Assessment; Approved Guideline (2<sup>nd</sup> edition). NCCLS document GP21-A2 [Internet]. Pennsylvania, USA; 2004 [cited 2017 Mar 13]. Available from: <http://demo.nextlab.ir/getattachment/dbbb26c2-2a0c-497c-b217-ab50a8275ba8/CLSI-GP21-A2.aspx>
126. World Health Organization. Manual for procurement of diagnostics and related laboratory items and equipment [Internet]. Geneva; 2013. Available from: [http://www.who.int/diagnostics\\_laboratory/publications/130627\\_manual\\_for\\_procurement\\_of\\_diagnostics-001-june2013.pdf](http://www.who.int/diagnostics_laboratory/publications/130627_manual_for_procurement_of_diagnostics-001-june2013.pdf)
127. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). Terminology Guidelines [Internet]. Geneva; 2015. Available from: [www.unaids.org/sites/default/files/media/2015\\_terminology\\_guidelines\\_en](http://www.unaids.org/sites/default/files/media/2015_terminology_guidelines_en).
128. World Health Organization. Towards universal access by 2010. How WHO is working with countries to scale-up prevention, treatment, care and support. [Internet]. 2006 [cited 2017 Feb 23]. Available from: [http://www.who.int/hiv/toronto2006/UAreport2006\\_en.pdf](http://www.who.int/hiv/toronto2006/UAreport2006_en.pdf)
129. Bertozzi S, Padian N, Wegbreit J, DeMaria L, Feldman B, Gayle H, Gold, J, Grant, R and Isbell M. HIV/AIDS Prevention and Treatment [Internet]. 2<sup>nd</sup> edition. Jamison DT, Breman JG MA, editor. Disease Control Priorities in Developing Countries. New York: Oxford University Press; 2006 [cited 2011 Apr 11]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK11782>
130. Data vs Information [Internet]. Diffen - Compare Anything. [cited 2017 Feb 28]. Available from: [http://www.diffen.com/difference/Data\\_vs\\_Information](http://www.diffen.com/difference/Data_vs_Information)

131. Redman TC. Data Quality for the Information Age. Norman, MA. USA: Artech House Inc; 1997.
132. TechTarget. Database (DB) [Internet]. [cited 2017 Feb 28]. Available from: <http://searchsqlserver.techtarget.com/definition/database>.
133. Breakwell G, Hammond S, Fife-Shaw C, editors. Research Methods in Psychology. 1<sup>st</sup> edition. London: SAGE Publications; 1995.
134. ISO/TC 211 Multi-Lingual Glossary of Terms. ISO/TC. Geographic information/Geomatics Terminology. [Internet]. [cited 2017 Feb 15]. Available from: <http://www.isotc211.org/Terminology.htm>
135. Singapore Statement on Research Integrity [Internet]. [cited 2017 Mar 16]. Available from: <http://www.singaporestatement.org/statement.html>
136. World Medical Association. Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects [Internet]. 2013 [cited 2017 Mar 16]. Available from: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>
137. Paulsen A, Overgaard S, Lauritsen JM. Quality of data entry using single entry, double entry and automated forms processing-an example based on a study of patient-reported outcomes. PLoS One. 2012;7(4):1-6.
138. National Department of Health (South Africa). Monitoring and Evaluation Framework for the Comprehensive HIV and AIDS Care, Management and Treatment Programme for South Africa [Internet]. Pretoria; 2004. Available from: <http://www.hst.org.za/publications/monitoring-and-evaluation-framework-comprehensive-hiv-and-aids-care-management-and-trea>
139. Monitoring and Evaluation Tool kit. HIV/AIDS, Tuberculosis and Malaria. Geneva: World Health Organization; 2004.
140. World Health Organisation. Planning, Implementing, and Monitoring Home-Based HIV Testing and Counselling. A Practical Handbook for Sub-Saharan Africa [Internet]. Geneva Switzerland; 2012. Available from: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75366/1/9789241504317\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75366/1/9789241504317_eng.pdf)
141. Rowe AK, De Savigny D, Lanata CF, Victora CG. How can we achieve and maintain high-quality performance of health workers in low-resource settings? Lancet. 2005;366(9490):1026-35.
142. Bock NN, Jensen PA, Miller B, Nardell E. Tuberculosis infection control in resource-limited settings in the era of expanding HIV care and treatment. J Infect Dis. 2007;196(Suppl 1):S108-13.
143. World Health Organization. Policy on TB infection control in health-care facilities [Internet]. Geneva; 2009. Available from: <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:No+Title#0>
144. Nash D, Elul B, Rabkin M, Tun M, Saito S, Becker M, et al. Strategies for More Effective Monitoring and Evaluation Systems in HIV Programmatic Scale-Up in Resource-Limited Settings : Implications for Health Systems Strengthening. Acquir Immune Defic Syndr. 2009;52(1):58-62.

## ANNEXES

### Annexe 1 : Outil d'analyse de la situation

#### 1. Données de routine

##### A. Démographie

| Site                                    |  | Source |
|---|--|--------|
| Description générale de la zone         |  |        |
| Superficie (km)                         |  |        |
| District                                |  |        |
| Sous-district                           |  |        |
| Population (nombre)                     |  |        |
| Adultes (>=18)                          |  |        |
| Hommes (>=18)                           |  |        |
| Femmes (>=18)                           |  |        |
| Adultes (18-44 ans)                     |  |        |
| Hommes 18-44                            |  |        |
| Femmes 18-44                            |  |        |
| Enfants (<18)                           |  |        |
| Situation de famille                    |  |        |
| Religion                                |  |        |
| Nombre de ménage                        |  |        |
| Types de ménage                         |  |        |
| Nombre de personnes sans domicile       |  |        |
| Langues principales parlées             |  |        |
| Répartition culturelle du groupe (en %) |  |        |
| Niveau de scolarité                     |  |        |
| Niveaux d'emploi                        |  |        |
| Revenu moyen par habitant / hh          |  |        |

##### B. Fardeau de la maladie

|  | Source |
|--|--------|
| Taux de morbidité  |        |
| Taux de mortalité périnatale                               |        |
| Taux de mortalité infantile                                |        |
| Mortalité maternelle                                       |        |
| VIH / SDV  |        |
| Prévalence du VIH  |        |
| Nombre de personnes atteintes du VIH                       |        |
| 18-45 ans positifs au VIH                                  |        |
| 18-45 ans négatifs au VIH                                  |        |
| Statut inconnu   |        |
| Adoption annuelle actuelle à des fins de test de dépistage |        |
| Objectif DoH à des fins de test de dépistage               |        |
| Bien-être VIH  |        |
| Service de bien-être / ART géré par...                     |        |

## Annexe 1 (suite)

|  |  |  |
|--|--|--|
| VIH positif, ne participe pas aux soins de bien-être                                 |  |  |
| VIH positif, participe aux soins de bien-être  |  |  |
| ART  |  |  |
| VIH positif, pas éligible à l'ART  |  |  |
| VIH positif, éligible à l'ART  |  |  |
| VIH positif, en soins, pas en ART  |  |  |
| VIH positif, en soins, en ART  |  |  |
| Couverture de l'ART actuelle   |  |  |
| Objectif DoH   |  |  |
| PPTME  |  |  |
| Nombre de femmes enceintes dans l'année  |  |  |
| Femmes enceintes qui sont positives au VIH   |  |  |
| Assimilation actuelle de la PPTME  |  |  |
| Nombre de personnes éligibles au PPTME   |  |  |
| Où ce service s'est-il déroulé ?   |  |  |
| Préservatifs féminins  |  |  |
| Objectif   |  |  |
| Couverture actuelle  |  |  |
| Où sont-ils distribués ?   |  |  |
| Préservatifs masculins   |  |  |
| Objectif (30 préservatifs par personne par mois)                                     |  |  |
| Couverture actuelle (15 ppm)   |  |  |
| Où sont-ils distribués ?   |  |  |
| CMM  |  |  |
| Nombre estimatif d'hommes avec une circoncision culturelle                           |  |  |
| Nombre estimatif d'hommes éligibles à la circoncision                                |  |  |
| Assimilation actuelle de la CMM.   |  |  |
| Où cela est-il effectué ?  |  |  |
| IST  |  |  |
| Taux de prévalence actuel des IST  |  |  |
| Couverture actuelle des tests et traitements des IST                                 |  |  |
| TB   |  |  |
| Incidence  |  |  |
| Prévalence   |  |  |
| Proportion de la tuberculose active dans les soins                                   |  |  |
| Traitements actuels de la tuberculose par an   |  |  |
| Services de tests de l'expectoration - à quelle fréquence, qui, quand, où et comment |  |  |

### 2. Services

#### A. Services sociaux

| Site                      |  | Source |
|---------------------------|--|--------|
| Assistants de vie         |  |        |
| Groupes de soutien        |  |        |
| Programmes d'alimentation |  |        |
| Abris                     |  |        |

|                         |  |  |
|-------------------------|--|--|
| Centres de réadaptation |  |  |
| Prisons                 |  |  |
| Églises                 |  |  |
| Centres commerciaux     |  |  |
| Marchés                 |  |  |
| Stations de taxis       |  |  |
| Gares                   |  |  |
| Centres sportifs        |  |  |
| Centres communautaires  |  |  |
| Écoles                  |  |  |
| Postes de police        |  |  |
| Auberges                |  |  |

#### B. Services sanitaires

|   |  | Source |
|---|--|--------|
| Cliniques (types, personnel, usage, services)       |  |        |
| CHC (types, personnel, usage, services)             |  |        |
| Hôpital de référence secondaire (taux de référence) |  |        |
| Hôpital de référence tertiaire (taux de référence)  |  |        |
| Autres services sanitaires                          |  |        |
| Comités de santé                                    |  |        |
| Forums de santé                                     |  |        |
| Centres de réadaptation (physiothérapie)            |  |        |
| OBNL de santé                                       |  |        |
| Capacité de formation en santé                      |  |        |
| Guérisseurs traditionnels                           |  |        |
| Services médicaux privés                            |  |        |

#### C. Services communautaires pertinents

| Site                  |  | Source |
|-----------------------|--|--------|
| CCC                   |  |        |
| Forums communautaires |  |        |
| Chefs culturels       |  |        |
| Chefs communautaires  |  |        |

#### D. Projets de recherche actuels

| Site  |  | Source |
|-------|--|--------|
| VIH   |  |        |
| TB    |  |        |
| CMM   |  |        |
| PPTME |  |        |
| IST   |  |        |
| Autre |  |        |

## Annexe 2 : Liste de vérification des événements dans une grande communauté

Critères de la demande d'événements pour une rencontre engageant une grande communauté

| Légende |                           |
|---------|---------------------------|
| √       | Soumission obligatoire    |
| *       | Soumission le cas échéant |

| Demands  | Approbation |
|--|-------------|
| Formulaire de demande de l'évènement   | √           |
| Formulaire d'indemnité   | √           |
| Plan d'urgence   | √           |
| Plan de gestion des déchets  | √           |
| Sécurité des événements des services de police sud-africains / Forum de police communautaire | √           |
| Formulaire de dérogation pour le bruit   | √           |
| Certificat d'acceptabilité de la nourriture  | √           |
| Plan de protection environnemental   | *           |
| Érection des structures temporaires (stage)  | *           |
| Demande de certificat de population  | *           |
| Signalisation temporaire   | *           |
| Plan de gestion des transports (fermetures des routes)                                       | *           |
| Plan de gestion du trafic (services de trafic)   | *           |

## Annexe 3 : Exemple d'annonce publicitaire



### Appels à partenaires OBNL pour la gestion des Centres communautaires de prévention du VIH

Le projet communautaire de prévention du VIH PEPFAR/CDC est une collaboration entre le Centre TB Desmond Tutu (DTTC), la Ville de Cape Town, le gouvernement provincial du Cap Occidental, et des organisations non gouvernementales (ONG). Nous recherchons des OBNL qui peuvent gérer des centres communautaires de prévention du VIH.

Les ONG qui ont de l'expérience dans l'emploi de conseillers SDV ou dans la gestion de sites communautaires des SDV sont invitées à intervenir dans cette initiative. Les partenaires ONG seront chargés de :

- Gérer / prendre en charge un site SDV existant, qui sera géré en tant que centre communautaire de prévention du VIH.
- Mettre en place des locaux adaptés au centre.
- Employer ou détacher un coordinateur à temps partiel pour assumer la responsabilité du fonctionnement quotidien du centre.
- Employer des conseillers SDV - les ONG doivent prendre en charge / utiliser les conseillers existants si possible.
- Travailler avec des infirmières certifiées employées par le DTTC qui seront détachées auprès d'ONG pour fournir des services cliniques.
- Travailler avec des infirmières professionnelles qui seront en charge de la surveillance et de l'évaluation/aspects d'assurance qualité du centre. Ces trois infirmières travailleront sur les cinq sites, fourniront des services cliniques au besoin, et seront basées sur les centres.
- Acheter tous les articles consommables.
- Acheter des fournitures médicales à l'exclusion des tests de VIH.
- Contracter une société d'élimination des déchets pour collecter les déchets médicaux sur une base hebdomadaire.
- Produire des matériaux IEC nécessaires.
- Fournir des services à ces centres en collaboration avec le DTTC et selon les normes convenues.
- Entretien du site.
- Entreprendre des activités de sensibilisation dans la communauté.
- Mettre en place et mettre en œuvre un plan de prévention du VIH chez les jeunes, y compris des séances mensuelles du VIH chez les jeunes.
- Faire un rapport au DTTC sur les activités entreprises et les dépenses financières.

Chaque centre communautaire de prévention du VIH sera composé de :

- un coordinateur ONG à temps partiel ;
- une infirmière certifiée qui effectuera des tests de dépistage du VIH et de la tuberculose sous la supervision d'une infirmière professionnelle ;
- trois conseillers SDV ;
- un chauffeur (optionnel) ;



UNIVERSITEIT-STELLENBOSCH-UNIVERSITY  
lou kennisennoot • your knowledge partner

Desmond Tutu TB Sentrum • Centre • Iziko  
Departement Pediatrie en Kindergesondheid • Department of Paediatrics and Child Health  
Fakulteit Geneeskunde en Gesondheidswetenskappe • Faculty of Medicine and Health Sciences  
☎ 241, Cape Town 8000 ☎ (27+21) 938 9812, Faks • Fax: (27+21) 938 9719, Suid Afrika • South Africa  
Direkteur • Director: Prof Anneke Hesseling ([annekeh@sun.ac.za](mailto:annekeh@sun.ac.za))

### Suite de l'Annexe 3

- un agent de sécurité (optionnel) ; et,
- une infirmière professionnelle qui procèdera à une S&E, l'assurance qualité, qui surveillera et effectuera des tests de dépistage du VIH si nécessaire.

Le financement est disponible et nous souhaiterions signer des contrats jusqu'au 30 septembre 2013. Le financement est possible pendant cinq ans. Les contrats seront renouvelés en fonction du financement et de la performance. Les ONG intéressées par une collaboration avec le DTTC doivent répondre aux exigences suivantes :

- L'ONG doit être enregistrée en vertu de la Loi n°71 de 1997 sur les Organismes à but non lucratif.
- Les ONG doivent disposer d'une infrastructure adéquate capable de fournir une bonne gestion (y compris une gestion financière), de fournir les services qui ont été financés et d'assurer la surveillance et l'évaluation adéquates des services.
- Les ONG devront conclure des accords contractuels avec l'Université de Stellenbosch et seront tenues responsables des fonds qui leur sont alloués.
- Les organisations devront soumettre des rapports trimestriels financiers et narratifs.

Les fonds seront alloués à des activités spécifiques et non pour l'usage général des organisations. Le financement ne sera alloué qu'à la période de financement convenue. Les organisations seront sélectionnées en fonction de la capacité à gérer les services et à soutenir l'initiative à long terme.

Les organisations intéressées à participer au partenariat sont invitées à assister à une réunion au DTTC, le DATE, à HEURE, à LIEU. **RSVP à la personne de contact et au numéro de téléphone du contact.**

### Annexe 4 : Exemple des critères d'évaluation d'une offre

#### CRITÈRES D'ÉVALUATION POUR UNE OFFRE NUMÉRO D'OFFRE :

| Critères d'évaluation  | Soumissionnaire 1 |               | Soumissionnaire 2 |               | Soumissionnaire 3 |               | Soumissionnaire 4 |               |
|--|-------------------|---------------|-------------------|---------------|-------------------|---------------|-------------------|---------------|
|  | Point 1-10        | Score pondéré |
| Expérience en services communautaires                            | 7                 | 1,4           | 5                 | 1             | 8                 | 1,6           | 5                 | 1             |
| Expérience dans les services liés au VIH                         | 6                 | 1,5           | 3                 | 0,75          | 8                 | 2             | 5                 | 1,25          |
| Capacité financière de l'OBNL                                    | 5                 | 1,25          | 3                 | 0,75          | 3                 | 0,75          | 6                 | 1,5           |
| Capacité organisationnelle pour gérer un programme communautaire | 7                 | 2,1           | 4                 | 1,2           | 3                 | 0,9           | 6                 | 1,8           |
| <b>Total</b>   |                   | <b>6,25</b>   |                   | <b>3,7</b>    |                   | <b>5,25</b>   |                   | <b>5,55</b>   |

Motivation : LE SOUMISSIONNAIRE 1 a été identifié comme étant l'OBNL retenu.  
Il a obtenu le score général le plus élevé

Date :

Annexe 5 : Exemple d'un plan de travail

| OBJECTIF : L'objectif général de ce projet consiste à développer, à mettre en œuvre et à évaluer un programme communautaire de prévention du VIH.   |                                      |   |   |
|---|--------------------------------------|---|---|
| ACTIVITÉS   | CALENDRIER                           | PERSONNE(S) RESPONSABLE(S)  | RÉSULTATS, INDICATEURS ET OBJECTIFS   |
| Assurer la liaison avec l'Équipe de gestion de la santé du sous-district, le Comité de la santé, le MSAT et d'autres structures communautaires appropriées en vue de discuter de l'établissement des centres communautaires de prévention du VIH. | Mai/Juin 2012                        | Directeur ONG<br>Coordinateur ONG   | Procès-verbaux des réunions   |
| Signer un contrat avec l'Université de Stellenbosch   | 27 mars 2012                         | Directeur ONG   | Contrat signé   |
| Confirmation des conseillers laïcs du site  | Avril 2012                           | Responsable RH de l'ONG   | Contrats signés avec les conseillers SDV  |
| Décrire le travail pour le coordinateur ONG / EN / Conseillers laïcs  | Avril/Mai 2012                       | Chef de projet RH de l'ONG<br>Coordinateur ONG<br>Infirmières certifiées<br>Conseillers laïcs | Descriptions de travail signées   |
| Confirmer le site pour le centre communautaire de prévention du VIH   | Mai/Juin 2012                        | Directeur ONG   | Contrat de location signé   |
| Réaménager le site / connecter l'électricité / le téléphone / l'ADSL, etc.  | 1 juillet 2012                       | Directeur ONG<br>Sous-traitants   | Site entièrement connecté   |
| Acheter des équipements / équipements non médicaux  | Juin 2012                            | Directeur ONG<br>Coordinateur ONG   | Factures soumises   |
| Faire connaître les services au niveau local  | À compter de juillet 2012 (en cours) | Coordinateur ONG  | Rapport narratif trimestriel  |
| Lancer le centre communautaire de prévention du VIH   | Juillet 2012                         | Directeur ONG<br>Coordinateur ONG   | Rapport narratif trimestriel  |
| Faire un bilan et commander les consommables  | Mensuellement                        | Coordinateur ONG  | Formulaires de bilan mensuel déposés<br>Factures  |
| Commande de livraison et collecte des déchets   | Mensuellement                        | Coordinateur ONG  | Fourniture adéquate des récipients pour déchets médicaux<br>Collecte régulière de récipients usés |

|   |                           |  |   |
|---|---------------------------|--|---|
| Commencer les services au centre communautaire de prévention du VIH <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fournir des SDV quotidiens et un dépistage de la tuberculose</li> <li>• Orienter les patients positifs au VIH vers les établissements de santé locaux</li> <li>• Orienter les patients diagnostiqués avec la TB vers les établissements de santé locaux</li> <li>• Orienter les patients masculins pertinents vers les services de CMM</li> <li>• Orienter les patientes enceintes positives au VIH vers les services de PPTME</li> <li>• Faire un suivi immédiat auprès des cliniques</li> <li>• Tenir des séances mensuelles pour les jeunes</li> <li>• Distribuer des préservatifs</li> </ul> | 1 juillet 2012 (en cours) | Directeur ONG<br>Coordinateur ONG<br>IP (infirmier/ère professionnel(le)<br>Équipe VIH | Registre<br>Statistiques soumises mensuellement |
| Tenir des séances pour les jeunes, fournir des services adaptés aux jeunes (notamment des SDV) en collaboration avec d'autres organisations compétentes   | Mensuellement             | Coordinateur ONG<br>IP (infirmier/ère professionnel(le)<br>Équipe VIH                  | Registre<br>Statistiques soumises mensuellement |

|   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| Collecter des données de routine sur les services   | Quotidiennement   | Coordinateur ONG<br>Équipe VIH                            | Enregistrements et registres mis à jour (papier et électronique) disponibles pour examen hebdomadaire avec des données sur :<br>Nombre de patients conseillés (cible 750 par trimestre AN01)<br>Nombre d'hommes conseillés (objectif 50 %)<br>Nombre de couples conseillés (objectif 10 %)<br>Nombre de patients testés (objectif 90 %)<br>Nombre de patients conseillés pour la tuberculose (objectif 750 par trimestre AN01)<br>% VIH + patients accédant aux soins du VIH (objectif 90 %)<br>% de patients diagnostiqués avec la tuberculose ayant commencé à suivre un traitement (objectif 95 %)<br>% de patientes enceintes + VIH accédant au PPTME (objectif 90 %)<br>% patients référencés pour les CMM accédant aux CMM (objectif 90 %)<br>Nombre de jeunes assistant à des séances mensuelles |
| Maintenir des comptes financiers des dépenses du projet   | Quotidiennement   | Responsable financier de l'ONG                            | Caisnes ou comptes électroniques disponibles à des fins d'examen  |
| Planifier et entreprendre des activités de sensibilisation pour atteindre les groupes cibles  | Hebdomadairement  | Coordinateur ONG<br>Équipe VIH                            | Rapport narratif mensuel  |
| Faire rapport au DTTC sur les activités, les indicateurs de résultats et les dépenses financières selon le modèle de rapport trimestriel  | Dans les 10 jours ouvrables suivant la fin du trimestre | Responsable financier de l'ONG<br>Coordinateur ONG        | Rapport trimestriel complété soumis à temps   |
| Participer au mentorat avec un psychologue pour le debriefing, le développement des compétences, les discussions sur les cas, la gestion du stress et le renforcement des équipes | Bi-mensuel  | Coordinateur ONG<br>Équipe VIH                            | Enregistrement du mentorat et de la participation   |
| Assister à une réunion de mentorat avec le DTTC   | Mensuel / trimestriel selon les besoins                 | Directeur ONG<br>Coordinateur ONG                         | Registre de fréquentation   |
| Fournir des commentaires sur les activités au forum communautaire   | Si besoin   | Coordinateur ONG<br>IP (infirmier/ère professionnelle/le) | Enregistrement des procès-verbaux / notes de présentation   |
| Rencontrer les cliniques locales  | Trimestriel (minimum)                                   | IP (infirmier/ère professionnelle/le)                     | Enregistrement des procès-verbaux des réunions  |

| Catégories   | Efforts | Mois | Coût unitaire | Unitaires | Coûts totaux |
|--|---------|------|---------------|-----------|--------------|
| <b>Coûts Personnel</b>                             |         |      |               |           |              |
| Coordinateur de projet                             | 10%     | 12   |               | 1         |              |
| Conseils SDV                                       | 100%    | 12   |               | 3         |              |
| Chauffeur / sécurité                               | 100%    | 12   |               | 1         |              |
| <b>Équipement</b>                                  |         |      |               |           |              |
| Tables pliantes                                    | s.o.    | s.o. |               | 4         |              |
| Placards   | s.o.    | s.o. |               | 2         |              |
| Tentes pop-up                                      | s.o.    | s.o. |               | 3         |              |
| Ordinateurs de bureau                              | s.o.    | s.o. |               | 2         |              |
| <b>Fournitures</b>                                 |         |      |               |           |              |
| Consommables pour le site (y compris la papeterie) | s.o.    | 12   |               | 1         |              |
| Fournitures médicales                              | s.o.    | 12   |               | 1         |              |
| Traitement des déchets                             | s.o.    | 12   |               | 1         |              |
| <b>Déplacements</b>                                |         |      |               |           |              |
| Déplacement local                                  | s.o.    | 12   |               | 1         |              |
| <b>Autres frais directs</b>                        |         |      |               |           |              |
| Location de site                                   | s.o.    | 12   |               | 1         |              |
| Frais téléphoniques                                | s.o.    | 12   |               | 1         |              |
| Services publics du site                           | s.o.    | 12   |               | 1         |              |
| Entretien de l'équipement                          | s.o.    | 12   |               | 1         |              |
| <b>Administrateur ONG</b>                          |         |      |               |           |              |
| Administrateur ONG                                 | s.o.    | 12   |               | 1         |              |
| <b>Budget total de l'OBNL</b>                      |         |      |               |           |              |

Annexe 7 : Exemple d'un rapport narratif des activités SDV

\*\*\*NB : À compléter en équipe, y compris avec le coordinateur des ONG et tous les professionnels de santé

MOIS :

SITE :

| Énumérez les endroits que vous avez visités (zones, organisations, etc.) et le nombre de patients qui ont reçu des SDV lors de chaque sensibilisation et sur le site : |                    |
|--|--------------------|
| Lieu   | Nombre de patients |
|  |                    |
|  |                    |
|  |                    |
|  |                    |
|  |                    |
|  |                    |

|  |
|--|
| Identifiez un indicateur que vous avez bien accompli ce mois-ci et donnez les raisons de cet accomplissement :   |
|  |
| Identifiez un indicateur qui pourrait être amélioré et donnez les solutions à court terme que l'équipe suivra pour améliorer cet indicateur particulier :  |
|  |
| Y a-t-il eu une amélioration de l'indicateur identifié au cours du mois précédent (les solutions suggérées ont-elles amélioré l'indicateur ?) Si ce n'est pas le cas, pourquoi ? Suggérez des solutions. |
|  |
| Autre :  |
|  |
| Conseils continus :  |
|  |
| Complété par :   |

Annexe 8 : Exemple d'un rapport des dépenses trimestrielles par catégorie de coûts et les dépenses totales à ce jour

| Catégories                | Budget mensuel | Budget trimestriel | Dépenses        |                 |                 | Total dépense à ce jour | Budget contractuel total | Écart           |
|---------------------------|----------------|--------------------|-----------------|-----------------|-----------------|-------------------------|--------------------------|-----------------|
|                           |                |                    | T1              | T2              | T3              |                         |                          |                 |
| Coûts Personnel           | \$3 500        | \$10 500           | \$10 500        | \$10 500        | \$10 500        | \$31 500                | \$42 000                 | \$10 500        |
| Équipement                | \$0            | \$4 000            | \$5 300         | \$2 000         | \$0             | \$7 300                 | \$16 000                 | \$8 700         |
| Fournitures               | \$1 500        | \$4 500            | \$1 800         | \$2 100         | \$2 340         | \$6 240                 | \$18 000                 | \$11 760        |
| Déplacements              | \$500          | \$1 500            | \$260           | \$430           | \$510           | \$1 200                 | \$6 000                  | \$4 800         |
| Autres frais directs      | \$3 000        | \$9 000            | \$5 500         | \$6 100         | \$6 300         | \$17 900                | \$36 000                 | \$18 100        |
| Administrateur ONG (10 %) | \$0            | \$2 950            | \$2 336         | \$2 113         | \$1 965         | \$6 414                 | \$11 800                 | \$5 386         |
| <b>TOTAL</b>              |                | <b>\$32 450</b>    | <b>\$25 696</b> | <b>\$23 243</b> | <b>\$21 615</b> | <b>\$70 554</b>         | <b>\$129 800</b>         | <b>\$59 246</b> |

Annexe 9 : Exemple d'un outil de dépistage TB semestriel qui peut être utilisé par les employeurs

Nom et prénom : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

Numéro d'identification de l'employé : \_\_\_\_\_

Poste : \_\_\_\_\_

Site : \_\_\_\_\_

Veillez remplir le tableau ci-dessous.

| Signes et symptômes de la tuberculose : Avez-vous l'un des symptômes suivants ?           |                     |     |
|---|---------------------|-----|
|   | Entourez Oui ou Non |     |
| Toux pendant > 2 semaines   | Oui                 | Non |
| Poids perdu > 1,5 kg le mois dernier  | Oui                 | Non |
| Sueurs nocturnes  | Oui                 | Non |
| Êtes-vous en contact avec une personne qui a la tuberculose (à la maison ou au travail) ? | Oui                 | Non |

Si vous avez un ou plusieurs signes et symptômes ci-dessus, nous nous occuperons de vous faire passer les tests adéquats.

Annexe 10 : Exemple d'un jeu de rôles qui peut être utilisé pour pratiquer des SDV dans un ménage

**Contexte :** Vous donnerez des conseils et ferez passer des tests sur le VIH à domicile dans les zones informelles péri-urbaines. À l'intérieur de la cabane se présente un couple (un homme de 28 ans et une femme de 25 ans), qui a deux enfants (une fille de 3 ans et un fils de 15 mois).

**Animation du jeu de rôle :**

1. Le formateur doit lire à voix haute le scénario pour s'assurer que tout le monde le comprend (distribuer une copie à chaque personne est une bonne idée).
2. Divisez les professionnels de santé en groupes de taille raisonnable afin qu'ils puissent s'engager activement dans une conversation constructive à la suite du jeu de rôle.
3. Dans chaque groupe, deux professionnels de santé joueront les conseillers en VIH et deux joueront le couple.
4. Assurez-vous que tout le monde comprenne clairement le contexte : un espace confiné pour les tests dans une cabane.

**Questions essentielles que l'animateur doit lire à voix haute avant le jeu de rôle :**

1. Comment puis-je assurer la confidentialité ?
2. Où puis-je placer mes fournitures lorsque je mène des tests rapides du VIH afin de m'assurer que l'assurance qualité est respectée ?
3. Quelles questions essentielles dois-je poser pour que le couple accepte d'être testé ensemble et que leurs résultats soient communiqués ensemble ?
4. Quelles questions essentielles puis-je poser au couple afin d'assurer que des violences familiales ne sont pas impliquées ? Quel est le rôle des violences conjugales dans la divulgation du statut du VIH ?
5. Est-ce que je teste les enfants à la maison ?
6. Si quelqu'un est séropositif à la maison, quels documents dois-je avoir avec moi pour être en mesure de l'orienter vers un établissement de santé local ?

**Outils et fournitures à donner aux professionnels de santé :**

1. Dossier d'enregistrement des services de dépistage du VIH (voir l'Annexe 13).
2. Fournitures pour un dépistage rapide du VIH : kit de dépistage rapide du VIH, coton, conteneur à déchets présentant un risque biologique, gants, sac pour l'élimination des matières non dangereuses, minuterie. Voir le Chapitre 5 : Prestation des services holistiques de dépistage du VIH centrés sur le patient pour consulter la liste entière des fournitures requises.
3. Matériel: stylo, crayons, lettre de demande de consultation, tampon encreur (pour les patients qui ne peuvent pas écrire / signer lors de la procédure de consentement éclairé pour les services de dépistage du VIH)

**Rôle du formateur :**

- Vérifier si la confidentialité a été respectée et si les patients ont été interrogés sur leur volonté à être testés en couple ou individuellement.
- Dans le cas où ils choisiraient d'être testés individuellement, le conseiller en VIH demanderait l'autorisation à l'un des patients pour savoir s'il se sentirait à l'aise d'être testé dans un établissement extérieur à la maison ou bien le lieu de son choix.
- Notez si l'autre conseiller en VIH est resté avec l'autre patient à l'intérieur de la maison.

- Notez si les fournitures de dépistage rapide du VIH ont été installées dans une zone ouverte et propre.
- Vérifiez si les conseillers en VIH ont suivi les procédures correctes d'élimination des déchets biologiques (Voir le Chapitre 7 : Assurance qualité).
- Observez si les conseillers en VIH ont proposé aux enfants de faire des tests de dépistage du VIH. De plus, savaient-ils que les enfants de moins de 18 ans devaient être orientés vers l'établissement de santé local à des fins de test ?
- Passez d'un groupe à un autre pour vous assurer que les questions essentielles (énumérées ci-dessus) sont traitées pendant le jeu de rôle.
- Posez des questions lors de l'animation et de la visualisation du jeu de rôle afin que les questions des professionnels de santé puissent être traitées immédiatement.
- Fournissez des commentaires constructifs : faites des compliments lorsque cela est approprié, soulignez les améliorations nécessaires et donnez aux professionnels de santé l'occasion de poser des questions.
- Assurez-vous que les professionnels de santé sachent que s'ils rencontrent une difficulté qu'ils n'arrivent pas à gérer, ils doivent contacter leur superviseur.
- Terminez vos commentaires avec une note positive à leur jeu de rôle.

**Contexte :** Vous êtes dans une maison avec un homme et une femme et leurs deux enfants (un fils qui a deux ans et un autre fils qui a cinq ans). Dans le cadre d'un SDV, vous faites un test de dépistage de la tuberculose. L'homme dit qu'il a des sueurs nocturnes mais il pense que celles-ci sont liées à la grippe et non à la tuberculose. Après avoir donné des informations sur les signes et les symptômes de la tuberculose et après avoir discuté avec le patient, ce dernier accepte de donner un échantillon d'expectoration. Au début, il arrive à ne produire qu'une seule expectoration puis, à prendre une respiration profonde, il en produit une deuxième. Les deux fils ont très peur de la respiration profonde et ne savent pas ce qui arrive à leur père donc vous essayez aussi de les apaiser. Vous vérifiez si la femme a des signes et des symptômes de la tuberculose et recueillez deux échantillons d'expectoration de sa part. Les expectorations sont ensuite envoyées au laboratoire. Après 48 heures, votre superviseur reçoit les résultats du laboratoire et vous informe que l'homme est positif à la tuberculose pulmonaire. Vous devez lui envoyer les résultats chez lui puis à un établissement de santé afin de lancer un traitement contre la tuberculose.

**Animation du jeu de rôle :**

1. Le Formateur doit lire à voix haute le scénario pour s'assurer que tout le monde le comprend (distribuer une copie à chaque personne est une bonne idée).
2. Divisez les professionnels de santé en groupes de taille raisonnable afin qu'ils puissent s'engager activement dans une conversation constructive à la suite du jeu de rôle.
3. Dans chaque groupe, un professionnel de santé jouera l'homme, un autre la femme et deux personnes joueront les enfants. Un cinquième professionnel de santé jouera le conseiller en VIH.
4. Expliquez aux professionnels de santé qu'ils effectuent un dépistage actif de cas de tuberculose, ce qui signifie qu'ils doivent poser des questions sur le dépistage de la tuberculose au ménage, plutôt qu'aux patients qui se présentent à l'établissement de santé local avec des signes et des symptômes de tuberculose.

**Questions essentielles que l'animateur doit lire à voix haute avant le jeu de rôle :**

1. Comment puis-je assurer la confidentialité lors de la collecte des expectorations d'un patient dans un environnement communautaire ?
2. Où puis-je conserver mes fournitures pour la collecte des expectorations ?
3. Quelles procédures de contrôle des infections dois-je suivre dans un cadre communautaire ?
4. Quelles questions de dépistage de la tuberculose dois-je poser ?
5. Si le patient montre des signes et des symptômes de la tuberculose, combien d'échantillons d'expectoration puis-je recueillir ?
6. Si le patient est diagnostiqué comme ayant la tuberculose, comment puis-je m'assurer qu'il obtient les résultats de laboratoire et est correctement renvoyé pour le traitement de la tuberculose dans un établissement de santé ?
7. Quelles mesures dois-je mettre en place pour s'assurer qu'il a entrepris un traitement contre la tuberculose ?
8. Une fois que le patient a un diagnostic de la tuberculose, dois-je renvoyer les deux enfants à la clinique pour obtenir des soins contre la tuberculose ou dois-je recueillir des expectorations ?

**Outils et fournitures à donner aux professionnels de santé :**

1. Outil de dépistage de la tuberculose (voir l'Annexe 13 pour consulter un exemple d'enregistrements des services de dépistage du VIH contenant un outil de dépistage).
2. Fournitures pour le contrôle de l'infection : un masque et des gants.
3. Fournitures pour la collecte d'un échantillon d'expectoration : des conteneurs à expectoration, des sacs en plastique pour le stockage des conteneurs à expectoration, un refroidisseur pour le stockage de l'expectoration et le formulaire du laboratoire. Voir le Chapitre 5 : Prestation de services holistiques de dépistage du VIH centrés sur le patient, pour consulter la liste des fournitures de collecte pour la TB.
4. Matériel : stylos, crayons, lettre de demande de consultation.

**Rôle du formateur :**

1. Observez la façon dont les questions de dépistage de la TB sont posées.
2. Notez si des questions sont posées à chaque individu dans le ménage.
3. Observez comment l'expectoration est recueillie auprès de ceux qui ont des signes et des symptômes de tuberculose.
4. Notez les procédures de contrôle de l'infection lorsque l'expectoration est recueillie.
5. Faites des commentaires lorsque les bonnes pratiques ne sont pas respectées.
6. Faites des commentaires immédiats lorsque les pratiques de contrôle des infections ne sont pas respectées.

**Connaître votre environnement**

- Soyez conscient des lieux de rassemblement communs, par exemple, les stations de taxis, les shebeens, les magasins spaza, les stands de fruits et de légumes. Les zones à fort trafic peuvent constituer des menaces éventuelles pour la sécurité.
- Lors de la réalisation des SDV à domicile, il est important d'employer des professionnels de santé qui vivent dans la communauté car ils connaissent leur environnement et connaissent déjà les activités de criminalité dans certaines zones sensibles.
- Soyez vigilant même si vous êtes à l'aise dans la région.

**Communication**

- Assurez-vous que votre superviseur sait où vous fournirez des SDV chaque jour. Gardez un journal de bord qui indique les adresses et les zones que vous visiterez.
- Ayez un téléphone portable avec vous tout le temps.

**Écoutez les conseils locaux**

- Par exemple, si plus d'un résident vous parle d'une zone de non-droit, évitez d'y aller seul.
- Si la communauté vous dit que c'est un endroit dangereux, n'y allez pas.
- Signalez ce qui précède à votre superviseur.

**Faites confiance à votre instinct**

- Écoutez vos intuitions.
- Si vous ne vous sentez pas en sécurité, partez le plus rapidement possible.
- Discutez de vos préoccupations avec votre superviseur.
- Déterminez les prochaines étapes avec votre superviseur.

**Évitez les confrontations**

- Si vous êtes confronté à une situation potentiellement agressive, calmez les personnes qui vous entourent autant que possible.
- Proposez de discuter à un autre moment.
- Assurez-vous toujours de travailler de pair avec un autre membre de l'équipe.

**Soyez sensible au genre et à la culture**

- Voici quelques exemples de situations dans certaines cultures : quand un homme parle à une femme seule dans un espace public, cela peut être considéré comme inapproprié ou mal compris.
- Si vous êtes une jeune femme seule dans un débit de boissons, cela pourrait être mal interprété.
- Dressez une liste des problèmes culturels à prendre en compte dans la communauté spécifique.

**Évitez de parler avec des personnes qui sont sous l'influence de substances**

- Si un patient a bu, proposez-lui de le rencontrer à un autre moment.
- Ne passez pas trop longtemps à parler à la personne intoxiquée.
- Restez aussi calme et aussi amical que possible car l'alcool et la drogue peuvent rendre les gens plus réactifs ou agressifs.

**Mesures de bon sens**

Suite de l'Annexe 12

- N'oubliez pas les précautions de sécurité quotidiennes.
- Par exemple : n'ayez pas de grandes quantités d'argent sur vous lorsque vous vous promenez.
- Gardez vos biens personnels dans un endroit sûr.
- Évitez de marcher seul dans une zone inconnue.

**Gardez un équilibre**

- Dans la mesure du possible, soyez amical avec les gens.
- Évitez d'être ou de montrer que vous êtes crispé ou suspicieux.
- Soyez particulièrement vigilant pendant les vacances scolaires ou les jours fériés (la communauté accueille plus de personnes pendant ces périodes).

**Restez en contact avec votre superviseur**

- Parlez de vos préoccupations sur la sécurité à votre superviseur.
- Ne gardez pas vos soucis ou préoccupations pour vous-même.

Annexe 13 : Dossier des services de dépistage du VIH

|   |  |  |  |                     |  |   |  |   |  |  |  |   |          |                 |              |   |               |               |  |                                   |  |  |  |                |  |  |  |            |  |            |  |
|---|--|--|--|---------------------|--|---|--|---|--|--|--|---|----------|-----------------|--------------|---|---------------|---------------|--|-----------------------------------|--|--|--|----------------|--|--|--|------------|--|------------|--|
| <b>Nom du patient :</b>   |  |  |  |                     |  |   |  |   |  |  |  | <b>Sexe</b>   | <b>H</b> | <b>F</b>        | <b>Age :</b> | <b>Type</b>   | <b>Indiv.</b> | <b>Couple</b> |  |                                   |  |  |  |                |  |  |  |            |  |            |  |
| <b>Adresse :</b>  |  |  |  |                     |  |   |  |   |  |  |  |   |          |                 |              |   |               |               |  |                                   |  |  |  |                |  |  |  |            |  |            |  |
| <b>Tél 1 :</b>  |  |  |  |                     |  | <b>Tél 2 :</b>                          |  |   |  |  |  | <b>Date</b>   |          |                 |              |   |               |               |  |                                   |  |  |  |                |  |  |  |            |  |            |  |
| <b>Taille :</b>   |  |  |  |                     |  | <b>Poids :</b>                          |  |   |  |  |  | <b>IMC :</b>  |          |                 |              |   |               |               |  |                                   |  |  |  |                |  |  |  |            |  |            |  |
| <b>INFORMATIONS PRÉALABLES AVEC DÉPISTAGE INTÉGRÉ</b>   |  |  |  |                     |  |   |  |   |  |  |  |   |          |                 |              |   |               |               |  |                                   |  |  |  |                |  |  |  |            |  |            |  |
| <b>Avez-vous été testé précédemment ?</b>   |  |  |  | <b>Oui</b>          |  | <b>Non</b>                              |  | <b>Dernier test de dépistage du VIH :</b> |  |  |  | <b>&lt;1 an</b>   |          | <b>&gt;1 an</b> |              | <b>Résultat du dernier test de dépistage du VIH</b> |               | <b>Pos.</b>   |  | <b>Nég.</b>                       |  | <b>Incertain</b>                             |  |                |  |  |  |            |  |            |  |
| <b>VIH connu ?</b>  |  |  |  | <b>Oui</b>          |  | <b>Non</b>                              |  | <b>ART ?</b>                              |  |  |  | <b>Oui</b>  |          | <b>Non</b>      |              | <b>Raison de rechercher un test du VIH :</b>        |               |               |  | <b>Rapport sexuel non protégé</b> |  | <b>Sang</b>                                  |  | <b>Autre :</b> |  |  |  |            |  |            |  |
| <b>sensibilisation au VIH</b>   |  |  |  |                     |  | <b>Sensibilisation au PPTME</b>         |  |   |  |  |  | <b>Dépistage de la TB</b>   |          |                 |              |   |               |               |  |                                   |  |  |  |                |  |  |  |            |  |            |  |
| 1. Différence entre le VIH et le SIDA   |  |  |  |                     |  | 1. Transmission au bébé                 |  |   |  |  |  | Toux pendant > 2 semaines   |          |                 |              |   |               | <b>Oui</b>    |  | <b>Non</b>                        |  |  |  |                |  |  |  |            |  |            |  |
| 2. Transmission   |  |  |  |                     |  | 2. Choix d'alimentation                 |  |   |  |  |  | Poids perdu > 1,5 kg le mois dernier                                |          |                 |              |   |               | <b>Oui</b>    |  | <b>Non</b>                        |  |  |  |                |  |  |  |            |  |            |  |
| 3. Progression de la maladie  |  |  |  |                     |  | 3. Traitement antirétroviral de la mère |  |   |  |  |  | Fièvre > 2 semaines   |          |                 |              |   |               | <b>Oui</b>    |  | <b>Non</b>                        |  |  |  |                |  |  |  |            |  |            |  |
| 4. Période de fenêtre   |  |  |  |                     |  | 4. Traitement antirétroviral du bébé    |  |   |  |  |  | Sueurs nocturnes  |          |                 |              |   |               | <b>Oui</b>    |  | <b>Non</b>                        |  |  |  |                |  |  |  |            |  |            |  |
| 5. Lien avec le VIH / TB  |  |  |  |                     |  | 5. Bactrim au bébé                      |  |   |  |  |  | Contact avec la TB à la maison ou au travail                        |          |                 |              |   |               | <b>Oui</b>    |  | <b>Non</b>                        |  |  |  |                |  |  |  |            |  |            |  |
| 6. Lien avec le VIH / IST   |  |  |  |                     |  | 6. Dépistage du bébé                    |  |   |  |  |  |   |          |                 |              |   |               |               |  |                                   |  |  |  |                |  |  |  |            |  |            |  |
| <b>Dépistage de planification familiale</b> (demander aux hommes et aux femmes)   |  |  |  |                     |  |   |  |   |  |  |  | <b>Questions de dépistage des symptômes des IST</b>                 |          |                 |              |   |               |               |  |                                   |  |  |  |                |  |  |  |            |  |            |  |
| <b>Utilisation de la planification</b>  |  |  |  | <b>Oui</b>          |  | <b>Non</b>                              |  | <b>Méthode :</b>                          |  |  |  | <b>Femmes</b>   |          |                 |              |   |               | <b>Hommes</b> |  |                                   |  |  |  |                |  |  |  |            |  |            |  |
| <b>Dernière visite de la PF :</b>   |  |  |  |                     |  |   |  |   |  |  |  | <b>Décharge vaginale</b>  |          |                 |              |   |               | <b>Oui</b>    |  | <b>Non</b>                        |  | <b>Décharge du pénis</b>                     |  |                |  |  |  | <b>Oui</b> |  | <b>Non</b> |  |
| <b>PF fournie</b>   |  |  |  | <b>Oui</b>          |  | <b>Non</b>                              |  | <b>s.o.</b>                               |  |  |  | <b>Plaies / masse / gonflement du vagin</b>                         |          |                 |              |   |               | <b>Oui</b>    |  | <b>Non</b>                        |  | <b>Plaies / masse / gonflement de l'aîne</b> |  |                |  |  |  | <b>Oui</b> |  | <b>Non</b> |  |
| <b>Orienté vers la PF</b>   |  |  |  | <b>Oui</b>          |  | <b>Non</b>                              |  | <b>s.o.</b>                               |  |  |  | <b>Douleur abdominale inférieure</b>                                |          |                 |              |   |               | <b>Oui</b>    |  | <b>Non</b>                        |  | <b>Sensation de brûlure en urinant</b>       |  |                |  |  |  | <b>Oui</b> |  | <b>Non</b> |  |
| <b>Dernier rapport sexuel dangereux ?</b>   |  |  |  |                     |  |   |  |   |  |  |  |   |          |                 |              |   |               |               |  |                                   |  |  |  |                |  |  |  |            |  |            |  |
| <b>Réaction possible au test du VIH+ ?</b>  |  |  |  |                     |  |   |  |   |  |  |  |   |          |                 |              |   |               |               |  |                                   |  |  |  |                |  |  |  |            |  |            |  |
| <b>Si VIH+, qui apportera un soutien ?</b>  |  |  |  |                     |  |   |  |   |  |  |  | <b>Possibilité de négocier des relations sexuelles plus sûres ?</b> |          |                 |              |   |               | <b>Oui</b>    |  | <b>Non</b>                        |  |  |  |                |  |  |  |            |  |            |  |
| <b>Volonté de divulgation ? Partenaire sexuel :</b>   |  |  |  |                     |  |   |  |   |  |  |  | <b>Autre (précisez) :</b>   |          |                 |              |   |               |               |  |                                   |  |  |  |                |  |  |  |            |  |            |  |
| <b>Réaction possible au test du VIH- ?</b>  |  |  |  |                     |  |   |  |   |  |  |  |   |          |                 |              |   |               |               |  |                                   |  |  |  |                |  |  |  |            |  |            |  |
| <b>Plan de réduction des risques : (nombre de partenaires sexuels, bonne utilisation du préservatif, toxicomanie, IST, CMM, HSH, IDU)</b>   |  |  |  |                     |  |   |  |   |  |  |  |   |          |                 |              |   |               |               |  |                                   |  |  |  |                |  |  |  |            |  |            |  |
| <b>Profil à risque du patient :</b>   |  |  |  |                     |  |   |  |   |  |  |  |   |          |                 |              |   |               |               |  |                                   |  |  |  |                |  |  |  |            |  |            |  |
| <b>Plan d'action :</b>  |  |  |  |                     |  |   |  |   |  |  |  |   |          |                 |              |   |               |               |  |                                   |  |  |  |                |  |  |  |            |  |            |  |
| <b>Décision du test :</b>   |  |  |  | <b>Consentement</b> |  |   |  | <b>Besoin de réfléchir</b>                |  |  |  | <b>Déclins</b>  |          |                 |              | <b>La procédure d'essai est-elle expliquée ?</b>    |               |               |  |                                   |  | <b>Oui</b>                                   |  | <b>Non</b>     |  |  |  |            |  |            |  |
| <b>Commentaires :</b>   |  |  |  |                     |  |   |  |   |  |  |  |   |          |                 |              |   |               |               |  |                                   |  |  |  |                |  |  |  |            |  |            |  |
| <b>Signature du professionnel de santé :</b>  |  |  |  |                     |  |   |  |   |  |  |  |   |          |                 |              |   |               |               |  |                                   |  |  |  |                |  |  |  |            |  |            |  |
| <b>CONSENTEMENT</b>   |  |  |  |                     |  |   |  |   |  |  |  |   |          |                 |              |   |               |               |  |                                   |  |  |  |                |  |  |  |            |  |            |  |
| Je consens par les présentes à ce qu'un échantillon de mon sang soit prélevé dans le cadre du dépistage du VIH et du test de CD4 si nécessaire. Je comprends les conséquences du résultat car des conseils m'ont été donnés sur la maladie. Je comprends que je pourrais être rappelé pour faire d'autres tests / Ndiyavuma okokuba igazi lam lingahlolwa isifo sengculazi (VIH / SIDA) namajoni omzimba ukuba kuyimfuneko. Ndiyazi ukuba iziphumo zihelha ntoni kuba ndicaciselwe malunga nesi-sifo. Ndiyaponda ukuba ndingabizwa liphindwe liphindwe kwakhona! Hiermee magtig ek die neem van bloed monsters vir HIV toetsing en CD4 toetsing indien nodig. Ek dra kennis oor die nagevolge van die uitstae soos verduidelik aan my gedurende die voorligting sessies. Ek verstaan ook dat ek moontlik onderwerp sal word aan verdere toetsing. |  |  |  |                     |  |   |  |   |  |  |  |   |          |                 |              |   |               |               |  |                                   |  |  |  |                |  |  |  |            |  |            |  |
| <b>Nom du patient/igama/Naam :</b>  |  |  |  |                     |  | <b>Signature/Usayine/Handtekening :</b> |  |   |  |  |  | <b>Date/Umhla/Datum :</b>   |          |                 |              |   |               |               |  |                                   |  |  |  |                |  |  |  |            |  |            |  |
| <b>Signature du professionnel de santé :</b>  |  |  |  |                     |  | <b>Signature/Usayine/Handtekening :</b> |  |   |  |  |  | <b>Date/Umhla/Datum :</b>   |          |                 |              |   |               |               |  |                                   |  |  |  |                |  |  |  |            |  |            |  |
| Je consens par la présente que mes résultats au test du VIH et du CD4 peuvent être divulgués en présence de mon partenaire/ Ndinikezela imvume ukuba iziphumo zam zovavanyo lwentsholongwane ka-Gawulayo, nobungakanani bamajoni omzimba zinganikezelwa likhona neqabane lam/ Ek verleen hiermee toestemming dat my HIV uitslag en CD4 uitslag in die teenwoordigheid van my vriend/vriendin/man/vrou bekend gemaak mag word.   |  |  |  |                     |  |   |  |   |  |  |  |   |          |                 |              |   |               |               |  |                                   |  |  |  |                |  |  |  |            |  |            |  |
| <b>Nom du patient/igama/Naam :</b>  |  |  |  |                     |  | <b>Signature/Usayine/Handtekening :</b> |  |   |  |  |  | <b>Date/Umhla/Datum :</b>   |          |                 |              |   |               |               |  |                                   |  |  |  |                |  |  |  |            |  |            |  |
| <b>Signature du professionnel de santé :</b>  |  |  |  |                     |  | <b>Signature/Usayine/Handtekening :</b> |  |   |  |  |  | <b>Date/Umhla/Datum :</b>   |          |                 |              |   |               |               |  |                                   |  |  |  |                |  |  |  |            |  |            |  |

Suite de l'Annexe 13

| RÉSULTATS DU TEST DE DÉPISTAGE DU VIH                    |     |                                 |                                 |   |  |   |                           |  |  |                  |     |
|--|-----|---------------------------------|---------------------------------|---|--|---|---------------------------|--|--|------------------|-----|
| Dépistage du VIH par :                                   |     | Nom du professionnel de santé : |                                 |   |  | Signature :                                     |                           | Date :   |  |                  |     |
| Résultat du test de dépistage                            |     | Nég.                            | Pos.                            | Résultat du test de confirmation                  |  | Nég.  | Pos.                      | Date de retour de l'ELISA :  |  |                  |     |
| Autres services cliniques                                |     | Nom du professionnel de santé : |                                 |   |  | Signature :                                     |                           | Date :   |  |                  |     |
| Test de grossesse  |     | Nég.                            | Pos.                            | s.o.  | Glucose :                                      | BP :  |                           | Cholestérol :  |  |                  |     |
| CONSEILS POST-TEST                                       |     |                                 |                                 |   |  |   |                           |  |  |                  |     |
| LE PATIENT NE VEUT PLUS CONNAÎTRE SES RÉSULTATS          |     |                                 |                                 |   |  |   |                           |  |  |                  |     |
| Raison de ne plus vouloir les résultats et plan :        |     |                                 |                                 |   |  |   |                           |  |  |                  |     |
| Rapport sexuel plus sûr traité                           |     |                                 |                                 | Oui   | Non  | Démonstration de mise d'un préservatif réalisée |                           |  |  | Oui              | Non |
| Nombre de paquets de préservatifs distribués             |     |                                 |                                 | H   | F  | Signature du professionnel de santé :           |                           |  |  |                  |     |
| RÉSULTAT NÉGATIF   |     |                                 |                                 |   |  |   |                           |  |  |                  |     |
| Réactions et commentaires initiaux :                     |     |                                 |                                 |   |  |   |                           |  |  |                  |     |
| Période de fenêtre sérologique                           |     | Oui                             | Non                             | Date de répétition du test (période de fenêtre) : |  |   |                           | Rapport sexuel sans risque traité  |  | Oui              | Non |
| Démonstration de mise d'un préservatif réalisée          |     | Oui                             | Non                             | Nombre de paquets de préservatifs distribués      |  | H   | F                         | Sensibiliser et orientation vers la CMMV (hommes) :                        |  |                  |     |
| Commentaires et signature du professionnel de santé :    |     |                                 |                                 |   |  |   |                           |  |  |                  |     |
| RÉSULTAT POSITIF   |     |                                 |                                 |   |  |   |                           |  |  |                  |     |
| Réactions et commentaires initiaux :                     |     |                                 |                                 |   |  |   |                           |  |  |                  |     |
| Gestion et principales préoccupations :                  |     |                                 |                                 |   |  |   |                           |  |  |                  |     |
| Divulgué traité  |     | Oui                             | Non                             | Soutien traité                                    |  | Oui   | Non                       | Plans à court terme traités  |  | Oui              | Non |
| Pratiques sexuelles sécurisées traitées                  |     | Oui                             | Non                             | Démonstration de mise d'un préservatif réalisée   |  | Oui   | Non                       | Nombre de paquets de préservatifs distribués                               |  | H                | F   |
| Processus de suivi décrit au patient                     |     | Oui                             | Non                             | Dépistage du partenaire traité                    |  | Oui   | Non                       | Le patient a consenti à un processus de suivi (visite à domicile possible) |  | Oui              | Non |
| Plan de suivi / commentaires du professionnel de santé : |     |                                 |                                 |   |  |   |                           |  |  |                  |     |
| Signature du professionnel de santé :                    |     |                                 |                                 |   | Signature du patient (consentement au suivi) : |   |                           |  |  |                  |     |
| RÉSULTAT DISCORDANTS                                     |     |                                 |                                 |   |  |   |                           |  |  |                  |     |
| Réactions et commentaires initiaux :                     |     |                                 |                                 |   |  |   |                           |  |  |                  |     |
| Gestion et principales préoccupations :                  |     |                                 |                                 |   |  |   |                           |  |  |                  |     |
| Divulgué traité  |     | Oui                             | Non                             | Soutien traité                                    |  | Oui   | Non                       | Plans à court terme traités  |  | Oui              | Non |
| Pratiques sexuelles sécurisées traitées                  |     | Oui                             | Non                             | Démonstration de mise d'un préservatif réalisée   |  | Oui   | Non                       | Nombre de paquets de préservatifs distribués                               |  | H                | F   |
| Date du suivi et résultats de l'ELISA :                  |     |                                 |                                 |   | Signature du professionnel de santé :          |   |                           |  |  |                  |     |
| Commentaires du professionnel de santé :                 |     |                                 |                                 |   |  |   |                           |  |  |                  |     |
| ORIENTATION VERS et LIEN AUX SOINS                       |     |                                 |                                 |   |  |   |                           |  |  |                  |     |
| Se reporter au V   | Oui | Non                             | Date de visite de la clinique : |   | Documentez la visite :                         |   |                           |  |  |                  |     |
| Se reporter à la F                                       | Oui | Non                             | Date de visite de la clinique : |   | Date de début Rx :                             |   | Contact (nom) :           |  |  |                  |     |
| Se reporter aux I  | Oui | Non                             | Date de visite de la clinique : |   | Documentez la visite :                         |   |                           |  |  | Date de début Rx |     |
| Se reporter au P   | Oui | Non                             | Date de visite de la clinique : |   | Documentez la visite :                         |   |                           |  |  |                  |     |
| Se reporter à la F                                       | Oui | Non                             | Date de visite de la clinique : |   | PF reçue :                                     | O   | N                         | Si non, raison :   |  |                  |     |
| Se reporter à la C                                       | Oui | Non                             | Date de visite de la clinique : |   | Date CMMV fait :                               |   | Date de visite de suivi : |  |  |                  |     |
| REMARQUES :  |     |                                 |                                 |   |  |   |                           |  |  |                  |     |

Annexe 14 : Exemple de dépliant du VIH

**Human Immunodeficiency Virus**  
(immune system weakened)  
**Virus** (a tiny germ)

The virus that causes HIV infection and attacks the immune system.

**Acquired Immune Deficiency Syndrome**

When your immune system is so damaged from HIV that the body gets severe illnesses (stage 4)

**THERE IS EFFECTIVE TREATMENT FOR HIV CALLED ARV (ANTIRETROVIRAL) TREATMENT, SO KNOW YOUR STATUS. GET TESTED ONCE A YEAR - IT'S FREE AT YOUR LOCAL CLINIC.**

**WHAT HAPPENS WHEN YOU HAVE AN HIV TEST AT THE CLINIC?**

- You will be asked to consent to having the test
- An HIV test will be done on blood taken from a finger prick
- You will be given the result about 15 minutes later



**WHAT IF THE TEST IS POSITIVE FOR HIV?**

- A positive result means that you have HIV
- You may react with shock, anger, fear and guilt, which is normal
- But by taking the test you have taken the first step to getting treatment for HIV

**HIV IS NOT PASSED ON BY:**

- Shaking hands, hugging, kissing, sneezing, coughing or crying
- Working or living with someone who is HIV positive (e.g. sharing phones, seats, clothes or towels)
- Eating food prepared by someone with HIV or sharing utensils such as cups, plates and knives
- Using swimming pools, baths or public toilets
- Insect bites

**WHAT IF THE TEST IS NEGATIVE FOR HIV?**

- This means that the test does not show any HIV in your blood. (If you have put yourself at risk in the last 6 weeks, you may be in the 'window period' where the HIV is too early to show in the test; in this case you will be told to have a repeat test after 6 weeks.)
- If you are negative make sure you discuss what you can do to protect yourself from HIV and stay negative

**HOW IS HIV SPREAD?**

- Most commonly through unprotected sex (sex without a condom) with an HIV-infected person (if the person is taking antiretroviral treatment that is working well then the virus is unlikely to spread.)

Sometimes from mother to child during pregnancy and breast-feeding (If the mother is taking antiretroviral treatment that is working well then the virus is unlikely to spread; the baby will also be given treatment to stop HIV spreading.)

Through HIV infected blood entering the body e.g. needle sharing with drug use



**Information on how to maintain a healthy lifestyle through good nutrition, exercise and reduced stress**

**Advice on family planning and what to do if you still want to have a child**

**Prevention and treatment of infections, including TB**

**ARV (antiretroviral) treatment: Talk to your health care provider about when to start ARVs**





CITY OF CAPE TOWN  
ISIIBOKO SASEKAPA  
STAD KAAPSTAD

HIV: TESTING

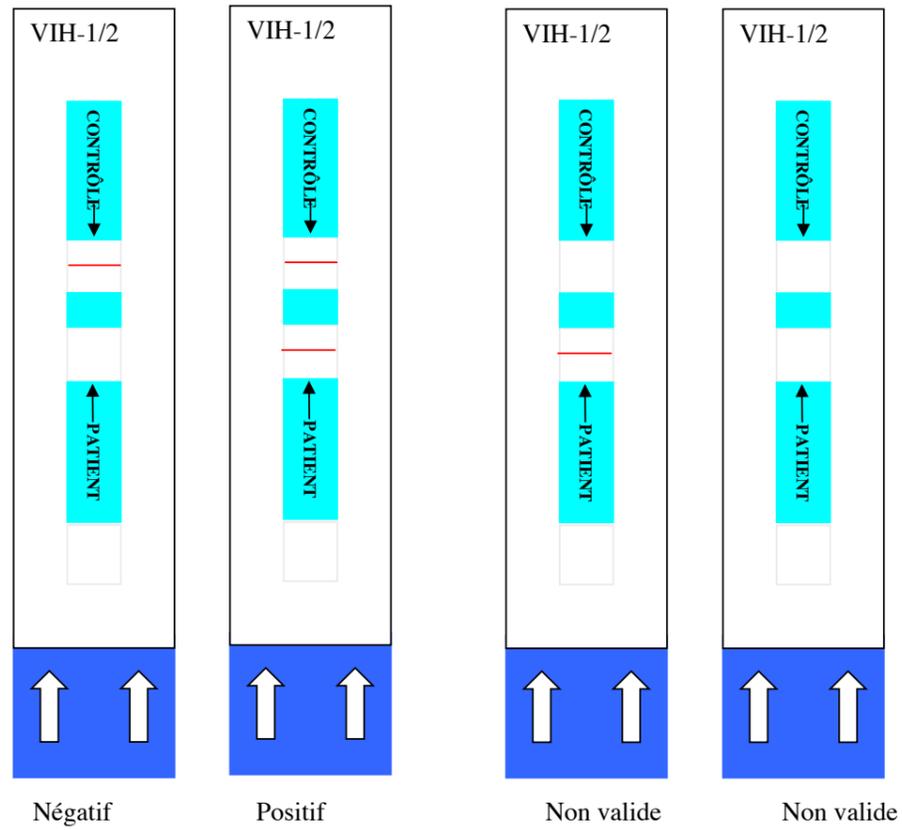


HEALTH DEPARTMENT





## Annexe 15 : Interprétation des résultats de test rapide du VIH



## Annexe 16 : Exemple de la manière de collecter une expectoration de manière responsable

- 1. Avant de collecter l'expectoration,** étiquetez correctement le flacon d'expectoration. Le récipient doit toujours être étiqueté mais pas sur le couvercle car ils peuvent être mélangés.
  - Étiqueter correctement les échantillons d'expectoration est essentiel car cela permettra de gagner du temps et de prévenir des erreurs. Étiquetez le récipient très clairement avec :
    - Le nom du service de dépistage du VIH
    - Le nom du patient
    - Identifiant unique du patient (par ex., le numéro du patient/ code à barres)
    - Date de collecte de l'échantillon
    - Indiquez que l'échantillon provient d'un cas de tuberculose présumptif
- 2. Collecte d'une expectoration**
  - Il est important que la collecte de l'expectoration ait lieu dans un endroit bien ventilé ou à l'extérieur, dans un espace privé (sans que d'autres personnes ne regardent). Surveillez la collecte mais ne restez pas devant le patient. Portez des gants. Expliquez attentivement le déroulement au patient :
    - Demandez au patient de rincer sa bouche avec de l'eau.
    - Conseillez au patient d'être très prudent et de diriger son expectoration dans le récipient afin de ne pas contaminer l'extérieur du récipient.
    - Donnez au patient le récipient sans le couvercle.
    - Démontrez comment avoir une bonne toux profonde venant du bas de la poitrine en commençant par une respiration profonde. La collecte d'une expectoration de bonne qualité, venant de la poitrine et d'un volume suffisant, augmente la probabilité de diagnostiquer la tuberculose.
    - Soyez prêt à replacer le couvercle sur le récipient immédiatement après que le patient ait produit un échantillon.
    - Une fois que l'échantillon se trouve dans le récipient, vissez fermement le couvercle en appuyant vers le bas au centre du couvercle jusqu'à ce qu'un clic soit entendu.
    - Retirez vos gants et lavez-vous les mains après avoir manipulé l'échantillon.

## Annexe 17 : Exemple de lettre de demande de consultation

Logos pertinents

Nom de l'OBNL

Adresse

Tél :

### **LETTRE DE DEMANDE DE CONSULTATION**

À : Mme / Dr responsable \_\_\_\_\_ . Veuillez prendre en charge le patient suivant :

Nom de famille et prénom du patient : \_\_\_\_\_ Age \_\_\_\_\_

Taille : \_\_\_\_\_ Poids : \_\_\_\_\_ IMC : \_\_\_\_\_

Ce patient a fait les tests / le dépistage suivant aujourd'hui par le biais de notre équipe communautaire de dépistage du VIH. Les résultats étaient les suivants :

Dépistage rapide du VIH : Résultat : \_\_\_\_\_ (dépistage) \_\_\_\_\_ (de confirmation)

Résultat du test de CD4 : \_\_\_\_\_ Éligible à l'ART : oui/non  
Raison : \_\_\_\_\_

Taux de sucre aléatoire :  
Résultat : \_\_\_\_\_

Test de grossesse :  
Résultat : \_\_\_\_\_

Planification familiale :  
Besoins : \_\_\_\_\_

Dépistage des IST : Symptômes : \_\_\_\_\_

Test de la TB : Résultat : \_\_\_\_\_

Pression sanguine : Résultat : \_\_\_\_\_

CMMV : \_\_\_\_\_

## Annexe 18 : Exemple du processus d'évaluation interne des tests de compétence

**But** : observer et évaluer directement le personnel qualifié lors de la réalisation des tests rapides du VIH et de l'interprétation des résultats du test afin de déterminer les compétences du personnel qui effectue les tests rapides du VIH.

**Rôles** : À titre d'exemple :

- les participants sont le personnel dont les compétences sont évaluées.
- Le formateur est l'animateur qui observera et évaluera les compétences.

**Matériel nécessaire lors de l'évaluation des compétences** :

- Un conteneur à objets tranchants (pour l'élimination des tubes capillaires).
- Des protections (un test de contrôle de l'infection est effectué sur une protection qui est jetée après le test).
- Des sacs rouges pour matières contaminées (pour jeter tout le matériel non tranchant).
- Des stylos (pour étiqueter les kits de test et enregistrer les résultats).
- Une minuterie (pour s'assurer que le test est exécuté en fonction du temps recommandé par le fabricant).
- Un thermomètre (pour s'assurer que le test est exécuté selon les températures recommandées par le fabricant).
- Des kits de dépistage rapide du VIH (quatre tests de kit, des tests en double).
- Des tubes capillaires (l'observation de l'utilisation du tube capillaire fait partie de l'évaluation et est souvent un domaine qui requiert de l'amélioration).
- Gants.
- Des marqueurs.
- 2 flacons x contenant des échantillons de contrôle du sérum (code couleur). Seul le formateur connaît les couleurs liées au sérum séropositif et au sérum négatif, en revanche, les participants ne les connaissent pas. Il s'agit d'un système à simple insu.

**Méthode** :

Le formateur prépare les flacons sériques afin que les participants puissent différencier chaque flacon en fonction de la couleur. Les participants ne savent pas quel sérum est négatif ou positif au VIH. Les participants doivent effectuer deux tests rapides du VIH sur chaque échantillon de sérum, selon les directives du fabricant sur les kits de test rapide du VIH. Ces participants doivent indiquer une

## Suite de l'Annexe 18

agglutination, une mauvaise odeur ou une décoloration du sérum avant le début du test. Si cela se produit, le sérum doit être éliminé.

Le formateur doit directement observer chaque participant pour évaluer :

- s'ils adhèrent à des mesures de contrôle de l'infection, par ex., s'ils utilisent des gants, s'ils ne se touchent pas le visage avec les gants, s'ils jettent les tubes capillaires de manière corrective, etc.
- s'ils ont étiqueté les bandes de test correctement.
- s'ils manipulent correctement la bandelette de test, par ex., il ne doit y avoir aucun contact excessif avec le tampon échantillon et la bandelette de test doit être placée sur une surface plane.
- s'ils utilisent tous leurs matériaux correctement, par exemple, s'ils utilisent correctement le tube capillaire et s'ils ont placé la protection du bon côté.
- s'ils ont ajouté la quantité correcte de sérum sur la bandelette de test, par exemple, la quantité utilisée conformément aux instructions du fabricant.
- s'ils ont enregistré les résultats après la durée correcte (ni trop tôt ni trop tard).
- s'ils ont correctement enregistré les résultats, par ex, les résultats enregistrés sont-ils les mêmes que les résultats obtenus du test.
- en cas d'erreurs, s'ils ont pris des mesures correctives actives.

**Le formateur ne doit pas fournir de conseils aux participants pendant la procédure de l'évaluation des compétences.**

Le formateur peut utiliser les tableaux suivants pour évaluer les participants.

| <b>Observations</b>  | <b>Résultats (entourez les bons résultats)<br/>Compétent (C) / Incompétent (I)</b> |
|--|--|
| Adhésion au contrôle de l'infection                            | P / NP   |
| Étiquetage des kits de test                                    | P / NP   |
| Manipulation de la bandelette de test                          | P / NP   |
| Mise en place d'une bandelette sur la surface plane            | P / NP   |
| Problème avec l'utilisation d'un tube capillaire               | P / NP   |
| Quantité de sérum ajouté                                       | P / NP   |
| Lecture des résultats trop tôt                                 | P / NP   |
| Enregistrement des bons résultats                              | P / NP   |
| Mesure corrective si une erreur a été commise (le cas échéant) | P / NP / N/a   |

| Couleur de l'échantillon | Type de test       |                          | Interprétation  | Révisé par |
|--------------------------|--------------------|--------------------------|---|------------|
|                          | Nom du kit de test | 1 <sup>er</sup> résultat | Positif  |            |
|                          |                    |                          | Négatif  |            |
|                          |                    | 2 <sup>e</sup> résultat  | Positif  |            |
|                          |                    |                          | Négatif  |            |
|                          | Nom du kit de test | 1 <sup>er</sup> résultat | Positif  |            |
|                          |                    |                          | Négatif  |            |
|                          |                    | 2 <sup>e</sup> résultat  | Positif  |            |
|                          |                    |                          | Négatif  |            |

### Résultats :

Un participant est compétent ou non compétent pour effectuer des tests rapides de dépistage rapide du VIH. Un participant ne sera pas compétent s'il a enregistré des résultats faux au test du VIH ou si le formateur a observé des erreurs au cours du processus de dépistage du VIH.

### Voie de progression :

**Les participants compétents** peuvent poursuivre leur travail en offrant des tests de dépistage du VIH sur le terrain.

**Les participants non compétents** doivent suivre une formation supplémentaire et être réévalués. La séance de rééducation peut comprendre une présentation visuelle expliquant l'importance, le concept et la méthode de dépistage rapide du VIH et une démonstration visuelle sur la manière d'effectuer un test de dépistage rapide du VIH à l'aide d'un sérum. Le participant devrait avoir la possibilité d'effectuer un deuxième cycle de test de compétence. S'ils ont réussi le test ils pourront reprendre leur test de dépistage du VIH sur le terrain.

Le formateur doit compiler un **rapport final** et l'envoyer à tout le personnel concerné.





Annexe 23 : Directives sur les mesures correctives pour assurer la validité des kits de test rapide du VIH

| Problème  | Cause potentielle  | Action prise  |
|---|--|---|
| Pas de ligne de contrôle ou de bande présente                             | Dispositif de test endommagé                                 | Répétez le test à l'aide d'un nouveau dispositif et d'un échantillon de contrôle.   |
|   | La procédure appropriée n'est pas suivie                     | Suivez chaque étape selon la POS sur le sérum / plasma / test sanguin total.  |
|   |  | Re-vérifiez les volumes d'échantillon de contrôle et/ou le tampon.  |
|   |  | Attendez l'heure spécifiée avant de lire le test.   |
| Kits de test en stock, périmés ou mal stockés.                            |  | Vérifiez la date d'expiration des kits ou des contrôles. Ne pas utiliser au-delà de la date d'expiration.   |
|   |  | Vérifiez les enregistrements de température pour la zone de stockage et de test.  |
| Résultats non valables obtenus à plusieurs reprises.                      | Problème possible avec un kit spécifique de test             | S'il est non valable à plusieurs reprises, utilisez un dispositif de test à partir d'une boîte de tests différente.   |
| Réaction positive avec un contrôle négatif, c'est-à-dire un faux positif. | Temps d'incubation dépassé                                   | Testez à nouveau le contrôle négatif à l'aide d'un nouveau dispositif et lisez le délai indiqué.  |
|   | Contrôle expiré ou mal stocké                                | Vérifiez la date d'expiration du contrôle et répétez le test en utilisant un échantillon de contrôle neuf.  |
|   | Test effectué à très haute température                       | Vérifiez la température appropriée à la zone de test lors de l'insertion du kit de test et vérifiez si la température ambiante ne dépasse pas la limite supérieure de la plage spécifiée. |
|   | Contrôle éventuellement détérioré ou contaminé               | Assurez-vous que le contrôle n'est pas contaminé, vérifiez les signes de détérioration et répétez le test à l'aide d'un flacon de contrôle différent ou nouveau.                          |
| Résultat faux positif obtenu à plusieurs reprises                         | Supposons que la boîte de kit ait échoué au contrôle qualité | Identifiez la cause, répétez le test à l'aide d'une boîte de kit de test différente ou nouvelle.  |
| Réaction négative avec un contrôle positif, c'est-à-dire, un faux négatif | Temps d'incubation dépassé                                   | Testez à nouveau le contrôle positif à l'aide d'un nouveau dispositif et lisez le délai indiqué.  |
|   | Volume de tampon ou échantillon inadéquat                    | Faites un nouveau test et ajoutez les volumes de tampon   |

Annexe 24 : Exemple de Procédures d'opération standard pour les blessures par piqûre d'aiguille

## POS – BLESSURES PAR PIQÛRE D'AIGUILLE

- Assurez-vous d'avoir une couverture d'assurance maladie contre le VIH.
- Assurez-vous de savoir où accéder à la prophylaxie post-exposition au VIH (PPE).

### Lorsqu'une piqûre par aiguille se produit, il faut suivre les étapes suivantes :

- Lavez la zone infectée soigneusement avec de l'eau et du savon.
- Informez immédiatement l'Agent de santé et de sécurité.
- L'Agent de santé et de sécurité doit convenir d'un rendez-vous avec le Campus Health Services (CHS).
- Si possible, prenez un échantillon de sang du patient ( $\pm 2$  ml) avec son consentement éclairé et ses détails.
- Votre propre échantillon sanguin sera pris au CHS.
- Des conseils seront donnés avant que vos échantillons de sang ainsi que ceux du patient soient envoyés à des fins de tests de dépistage du VIH et de l'hépatite B.
- En fonction du niveau de risque de la blessure et du statut sérologique du patient, une décision sera prise quant à savoir si une prophylaxie rétrovirale doit être suivie.
- **La prophylaxie doit commencer dans les quatre heures (maximum) après l'exposition.**
- L'Agent de santé et de sécurité doit signaler l'incident dans les 24 heures à la compagnie d'assurance. Ils transmettent ensuite les documents nécessaires à remplir.
- Les comptes, avec un numéro de réclamation, seront envoyés directement à la compagnie d'assurance.
- L'Agent de santé et de sécurité doit remplir un formulaire d'événements indésirables.

(Désignez un « COPAIN » au travail avec lequel vous pouvez parler si quelque chose comme ça vous arrive).

## Déclaration de Singapour sur l'intégrité de la recherche

**Préambule.** Les valeurs et les bénéfices de la recherche sont vitaux en fonction de l'intégrité de la recherche. Bien qu'il puisse y avoir des différences nationales et disciplinaires dans la façon dont la recherche est organisée et menée, il existe également des principes et des responsabilités professionnelles qui sont fondamentales pour l'intégrité de la recherche, partout où elle est entreprise.

### PRINCIPES

- Honnêteté* dans tous les aspects de la recherche
- Responsabilisation* de la conduite de la recherche
- Courtoisie et équité professionnelle* en travaillant avec les autres
- Bonne gestion de la recherche* au nom des autres

### RESPONSABILITÉ

- 1. Intégrité :** les chercheurs doivent assumer la responsabilité de la fiabilité de leurs recherches.
- 2. Adhésion aux règlements :** les chercheurs doivent être conscients de et adhérer aux réglementations et aux politiques sur la recherche.
- 3. Méthodes de recherche :** les chercheurs doivent utiliser des méthodes de recherche appropriées, tirer des conclusions fondamentales sur l'analyse critique de la preuve et signaler les résultats et les interprétations de manière complète et objective.
- 4. Dossiers de recherche :** les chercheurs doivent conserver des registres clairs et précis de toutes les recherches, de manière à permettre la vérification et la répétition de leur travail par d'autres.
- 5. Résultats de recherche :** les chercheurs doivent partager des données et des résultats ouvertement et rapidement, dès qu'ils ont l'occasion d'établir des revendications de priorité et de propriété.
- 6. Paternité :** Les chercheurs doivent assurer la responsabilité de leurs contributions à toutes les publications, demandes de financement, rapports et autres représentations de leurs recherches. Les listes d'auteurs doivent inclure tous ceux et seulement ceux qui répondent aux critères d'auteur applicables.
- 7. Indiquer les publications :** Les chercheurs doivent reconnaître dans les publications les noms et les rôles de ceux qui ont contribué de manière significative à la recherche, y compris les écrivains, les bailleurs de fonds, les sponsors et d'autres, mais ne répondent pas aux critères d'auteur.
- 8. Examen par les pairs :** Les chercheurs doivent fournir des évaluations justes, rapides et rigoureuses et respecter la confidentialité lors de l'examen du travail des autres.
- 9. Conflit d'intérêt :** Les chercheurs doivent divulguer les conflits d'intérêts financiers et les autres qui pourraient compromettre la fiabilité de leur travail dans les propositions de recherche, les publications et les communications publiques ainsi que dans toutes les activités d'examen.
- 10. Communication publique :** Les chercheurs doivent limiter leurs commentaires professionnels à leur expertise reconnue lors des discussions publiques sur l'application et l'importance des résultats de recherche et distinguer clairement les commentaires professionnels des opinions basées sur les points de vue personnels.
- 11. Signalement de pratiques de recherches irresponsables :** Les chercheurs doivent signaler aux autorités compétentes toute faute suspecte de recherche, y compris la fabrication, la falsification ou le plagiat, et d'autres pratiques de recherche irresponsables qui compromettent la fiabilité de la recherche, telles que l'insouciance, l'inscription incorrecte d'auteurs, la non-divulgaration de données conflictuelles ou l'utilisation de fausses méthodes analytiques.
- 12. Réponse aux pratiques de recherche irresponsables :** Les institutions de recherche, ainsi que les journaux, les organisations professionnelles et les organismes qui ont des engagements en matière de recherche, doivent avoir des procédures pour répondre aux allégations de mauvaise conduite et à d'autres pratiques de recherche irresponsables et pour protéger ceux qui signalent de tels comportements de bonne foi. Lorsque des mauvaises conduites ou d'autres pratiques de recherche irresponsables sont confirmées, des mesures appropriées doivent être prises rapidement, y compris la correction du dossier de recherche.
- 13. Environnements de recherche :** Les institutions de recherche doivent créer et conserver des environnements qui encouragent l'intégrité par l'éducation, des politiques claires et des normes raisonnables pour l'avancement, tout en favorisant les environnements de travail qui soutiennent l'intégrité de la recherche.
- 14. Considérations sociétales :** Les chercheurs et les établissements de recherche doivent reconnaître qu'ils ont une obligation éthique de peser les avantages sociétaux par rapport aux risques inhérents à leur travail.

La Déclaration de Singapour sur l'intégrité de la recherche a été développée dans le cadre de la 2<sup>e</sup> Conférence mondiale sur l'intégrité de la recherche, du 21 au 24 juillet 2010, à Singapour, en tant que guide mondial de la conduite responsable de la recherche. Il ne s'agit pas d'un document réglementaire et ne représente pas les politiques officielles des pays et des organisations qui ont financé ou participé à la Conférence. Pour les politiques, les directives et les réglementations officielles relatives à l'intégrité de la recherche, les organisations et organismes nationaux appropriés doivent être consultés. Disponible sur : [www.singaporestatement.org](http://www.singaporestatement.org)

**Annexe 26 : Registre des services de dépistage du VIH**

*Ce document contient des informations confidentielles et doit être conservé dans un placard verrouillé lorsqu'il n'est pas utilisé.*

Nom du site : \_\_\_\_\_

Registre :    Autonome    Mobile    Porte-à-porte

Date (année / mois)



Registre des services de dépistage du VIH

Le registre SDV contient des informations confidentielles et doit être conservé dans un placard verrouillé lorsqu'il n'est pas utilisé. Chaque centre est tenu de conserver des registres SDV distincts pour le centre (registre du site) et pour les activités de sensibilisation (registre de sensibilisation).

- Ce registre contient :
  1. Carte feuille d'instruction (1 page)
  2. Les dossiers SDV du patient (100 pages)

Dossiers SDV du patient :

Il s'agit de la partie dans laquelle les informations individuelles sur le patient sont entrées. Veuillez commencer chaque nouveau mois sur une nouvelle page.

Étiquetez la première page de ce mois en tant que Page 1, la prochaine en tant que Page 2, etc. Tous les patients qui font l'objet de conseils prélaboraux doivent être inscrits au registre, indépendamment de savoir s'ils ont été testés ou non. Les patients qui sont séropositifs au VIH et qui ont été testés par inadvertance doivent également être inscrits. Si lors de la fourniture de conseils, un patient divulgue qu'il est séropositif et en cours de soins, il a besoin de conseils et il a pas besoin de relaire les tests. D'autres services tels que le dépistage de la tuberculose peuvent encore être fournis mais la documentation doit être utilisée.

A-C. Remplissez la date, le nom et prénom et code du patient :

Date - si c'est le 15 janvier 2012, le haut de la page doit mentionner janvier 2012. La date « 15 » doit être entrée dans la colonne date.

Code patient - Il s'agit d'un numéro spécifique généré du patient, par ex. ETAS001 pour le Site d'Etien (le patient suivant serait ETAS002 etc.)

Prénom et nom - Complétez-les dans le bon ordre (le prénom puis le nom de famille) pour faciliter le suivi des résultats du laboratoire.

1-2. Type de conseils : Indiquez si le patient est venu en tant qu'individu ou en tant que couple. Pour les couples, les deux doivent être inscrits dans le registre sur des lignes séparées et marqués comme « couple ».

3-5. Age : Entrez l'âge actuel (en années) soit dans la colonne « <15 » (pour un enfant âgé de moins de 15 ans), soit dans la colonne « 15-25 » (pour les jeunes qui ont entre 15 et 25 ans ou plus). Par exemple, si un patient a 15 ans, écrivez « 15 » dans la colonne « 5-25 » et pour un patient qui a 26 ans, écrivez « 26 » dans la colonne « >25 ».

6-7. Sexe : Mettez une croix dans la colonne appropriée des hommes (H) et des femmes (F).

8-9. Test du VIH : Indiquez par une croix si le patient a été testé (Oui) ou non (Non).

10-17. Résultats du VIH : Indiquez par une croix le résultat au test du VIH pour ceux qui ont été testés au centre.

- Dépistage : Indiquez si le test de dépistage était positif (pos) ou négatif (nég) pour tous ceux qui ont été testés (y compris les enfants > 18 mois).

- Test de confirmation : Indiquez si le test de confirmation était positif (pos) ou négatif (nég) pour tous ceux qui ont eu un dépistage positif.

- Indiquez les résultats de l'ELISA de tous ceux qui ont eu des résultats de dépistage rapide indétectés (dépistage positif, confirmation négative). Si un échantillon a été envoyé pour un ELISA, veuillez vous assurer que le résultat a été saisi une fois qu'il a été mis à disposition.

- Test CD4 : Indiquez si le test CD4 a été fait. « Oui » ou « Non ».

18-20. Test de grossesse : Si le patient a fait un test de grossesse positif, cochez la colonne (pos). Si le patient a fait un test de grossesse négatif, cochez la colonne (nég). Si le patient n'a pas fait un test de grossesse et était un homme, cochez la colonne s.o.

21-22. Symptômes de la TB : Si le patient a un ou plusieurs symptômes de TB (toux pendant > 2 semaines, perte de poids > 1,5 kg le mois dernier, fièvre > 2 semaines, sueurs nocturnes), marquez Oui. Si le patient n'avait pas de symptômes de la TB, marquez Non. Cela doit être rempli indépendamment du fait de savoir si le patient avait fait un test de VIH ou non.

23-27. Date d'envoi de l'expectoration de la TB et résultats : Pour les patients ayant des symptômes de la TB, écrivez la date à laquelle l'expectoration a été envoyée pour un test Xpert dans la moitié supérieure du bloc (par exemple, 1801) et le test Xpert aboutit à la moitié inférieure du même bloc (par ex. négatif ou positif). Cochez si le résultat du test Xpert est R/R ou R/F S. Les informations sur le frots et la culture d'expectoration sont enregistrées séparément. Documentez la date dans la partie supérieure du bloc et le résultat de la culture dans la partie inférieure du bloc. **Tous les cas suspects de TB doivent au moins faire un test Xpert et un frots si le résultat du test Xpert est positif.**

28-30. TB diagnostiquée : Cochez Oui si le patient a été diagnostiqué avec la TB (confirmé par le frots et/ou la culture). Cochez Non si le frots et la culture (si elle a été faite) sont négatifs. Laissez ce champ vide si les résultats de la TB sont toujours en attente et mettez à jour ces données dès que les résultats sont disponibles. Cochez « s.o. » si le patient n'a pas eu de symptômes de tuberculose ou si des frots ou des cultures n'ont pas été envoyés (par exemple, une tuberculose extrapulmonaire suspectée).

31-32. Préservatifs distribués : Entrez le nombre actuel de préservatifs masculins distribués au patient dans la colonne « M » et le nombre de préservatifs féminins distribués au patient dans la colonne « F ».

33-38. Orientation : Pour tous les patients qui ont été orientés vers la clinique, marquez la raison de cette orientation. Si des patients ont été orientés dans le cadre de services multiples, cochez-les tous. Ecrivez le nom de la clinique d'orientation dans la section des notes. On s'attend à ce que tous les patients qui ont besoin de services supplémentaires soient formellement désignés dans les établissements de santé. Si un patient positif au VIH commun a été testé à nouveau et est déjà pris en charge, cochez se reporter au VIH.

39 - 43. Liens aux soins / traitement reçu : Vous devez suivre tous les patients qui sont : 1) séropositifs afin de vous assurer qu'ils ont eu accès aux soins à la clinique locale ; 2) diagnostiqués avec la TB ; 3) orientés vers la crèche médicale masculine pour confirmer qu'ils ont accès à la clinique ; et 4) orientés vers le programme de PPTME pour confirmer qu'ils s'étaient inscrits au programme dans leur clinique primaire la plus proche. Cochez : 1) les patients diagnostiqués positifs au VIH au centre SDV qui se sont associés au programme de soins du VIH à la clinique. Si une personne positive connue en soins a été à nouveau testée, confirmez que le patient a été pris en charge et cochez que la personne a reçu des soins pour le VIH ; 2) les patients diagnostiqués avec la tuberculose qui ont commencé le traitement de la tuberculose à la clinique ; 3) les patients qui ont été orientés pour la gestion des IST et qui ont eu accès au traitement à la clinique ; 4) les patients qui ont été orientés vers la CMM et qui ont terminé la procédure ; et 5) les patients qui ont été orientés vers le programme de PPTME et qui ont réservé une place dans une clinique prénatale.

44-45. Personnes préalablement testées pour le VIH : cochez la colonne Oui si le patient a fait un test de VIH antérieur et a encore suivi des SDV et la colonne Non si le patient n'a pas fait de test de dépistage antérieur.

46. Remarques : Faites des notes pertinentes comme la clinique de référence, les ELISA qui ont été envoyés dans le cadre de résultats indétectés ou un contrôle qualité (CQ ELISA) dans la colonne Notes pour faciliter le suivi des résultats.

49. Le conseiller qui a fourni des conseils est tenu de s'inscrire dans la dernière colonne. Cette signature confirme que les informations contenues dans le registre sont correctes pour leur patient.

Quand la page a été remplie, totalisez chacune des colonnes et enregistrez le résultat en tant que TOTAL. Pour les patients dont l'expectoration a été envoyée, complétez le nombre d'expectation envoyée et le nombre d'expectations positives et placez-les dans les colonnes de totaux. Vérifiez la qualité et l'intégrité des données, signez et datez la page. Passez à la page suivante du registre.

Rapport mensuel

1. Les rapports mensuels doivent être soumis par voie électronique au chef du projet d'ici le 5 du mois suivant.

Contrôle qualité de l'information - Vérification des validations

Pour chaque page du registre :

La colonne 3 (<15) + colonne 4 (15-25) + colonne 5 (>25) = 20

Colonne 8 (Oui) + Colonne 9 (Non) = 20

Colonne 6 (M) + colonne 7 (F) = 20

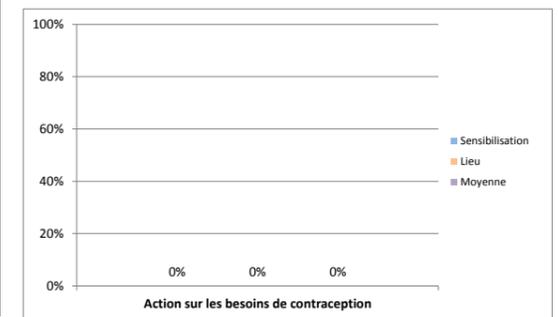
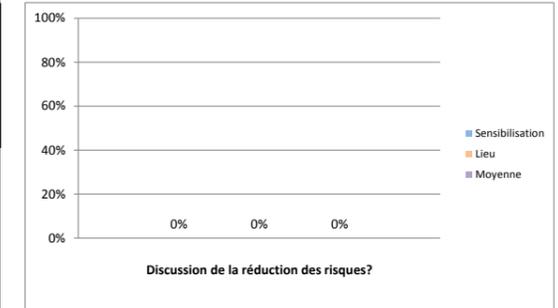
Colonne 10 (Dépistage positif) + Colonne 11 (Dépistage positif) = Colonne 8 (Testé)

| Audit du site communautaire SDV   |  |     |     |      |
|---|--|-----|-----|------|
| <b>Date de l'audit :</b>  |  |     |     |      |
| <b>Nom du site :</b>  |  |     |     |      |
| <b>Nom de l'auditeur :</b>  |  |     |     |      |
| <b>Évaluation du site</b><br>Posez les questions ci-dessous et validez les réponses en vérifiant si possible.   |  |     |     |      |
| 1 Les normes de <b>sécurité</b> suivantes sont-elles respectées :   |  |     |     |      |
| a   | Y a-t-il une personne de sécurité sur site ? (Selon le contrat de l'ONG)                               | Oui | Non | s.o. |
| b   | La personne de sécurité est-elle disponible pour les services mobiles ? (Selon le contrat de l'ONG)    | Oui | Non | s.o. |
| c   | Y a-t-il des portiques de sécurité à toutes les portes extérieures de la zone HTS ?                    | Oui | Non |      |
| d   | Y a-t-il des barres anti-effraction sur toutes les fenêtres extérieures ?                              | Oui | Non |      |
| e   | Une alarme anti-effraction en cours d'utilisation est-elle actuellement utilisée ?                     | Oui | Non |      |
| 2 Y a-t-il une <b>zone d'attente</b> couverte ?   |  |     |     |      |
| 3 Y a-t-il des salles allouées pour que <b>les conseils et les tests</b> soient effectués dans des pièces séparées ?                                  |  |     |     |      |
| 4 Si non, quel processus est utilisé ?  |  |     |     |      |
| 5 <b>Contrôle de l'infection :</b>  |  |     |     |      |
| a   | Y a-t-il un protocole de contrôle de l'infection général ?   | Oui | Non |      |
| b   | Les fenêtres sont-elles couramment ouvertes dans toutes les salles réservées aux séances de conseils ? | Oui | Non |      |
| c   | Les fenêtres sont-elles couramment ouvertes dans la salle de bain (que les patients utilisent) ?       | Oui | Non |      |
| d   | Les fenêtres sont-elles couramment ouvertes dans la salle d'attente ?                                  | Oui | Non |      |
| e Quels systèmes de ventilation alternatifs existent (des ventilateurs, des extracteurs, etc.) ?  |  |     |     |      |
| f   | La ventilation alternative fonctionne-t-elle couramment ou est-elle allumée ?                          | Oui | Non | s.o. |
| g   | Y a-t-il un isoloir externe couramment utilisé pour la collecte des expectorations ?                   | Oui | Non |      |
| h Si ce n'est pas le cas, où sont prélevés les échantillons d'expectoration ?   |  |     |     |      |
| 6 Y a-t-il des récipients à déchets médicaux adéquats (au moins un conteneur à objets tranchants et une boîte non pleine) ?                           |  |     |     |      |
| 7 Y a-t-il un plan de travail du VIH sur papier sur le site ?   |  |     |     |      |
| 8 Les principes de Batho Pele sont-ils disponibles et visibles ?  |  |     |     |      |
| 9 Y a-t-il un plan annuel du site et un plan de promotion sur papier sur le site ?  |  |     |     |      |
| 10 La dernière édition de la POS pour les sites communautaires SDV est-elle facilement disponible ?   |  |     |     |      |
| 11 La dernière édition de la POS pour les blessures par piqûre d'aiguille est-elle visible dans chaque salle de consultation et clinique ?            |  |     |     |      |
| 12 Un pack PEP non expiré est-il facilement disponible ?  |  |     |     |      |
| 13 Les algorithmes nationaux et provinciaux de dépistage de la tuberculose et du VIH sont-ils visibles dans toutes les salles de conseil et de test ? |  |     |     |      |
| 14 Les registres autonomes et mobiles des SDV sont-ils disponibles ?  |  |     |     |      |
| 15 Les registres autonomes et mobiles de planification familiale sont-ils disponibles ?   |  |     |     |      |
| 16 Les dossiers des services de dépistage du VIH sont-ils correctement classés et les fichiers sont-ils correctement étiquetés ?                      |  |     |     |      |
| 17 Les dossiers et les registres SDV sont-ils conservés dans des armoires verrouillées ?  |  |     |     |      |
| 18 Les feuilles de stocks consommables mensuelles sont-elles utilisées ?  |  |     |     |      |

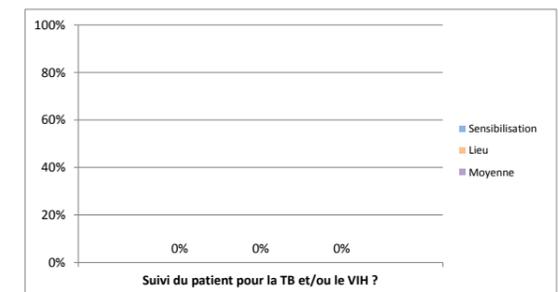
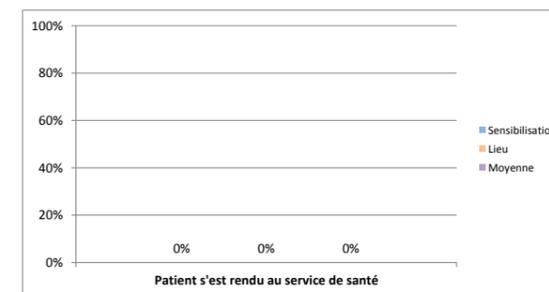
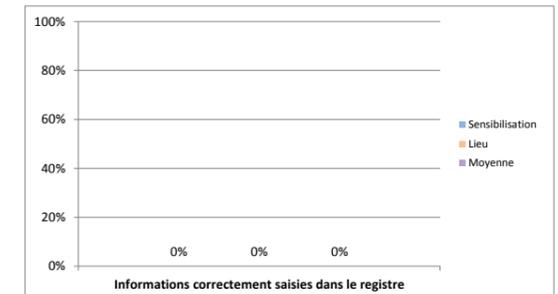
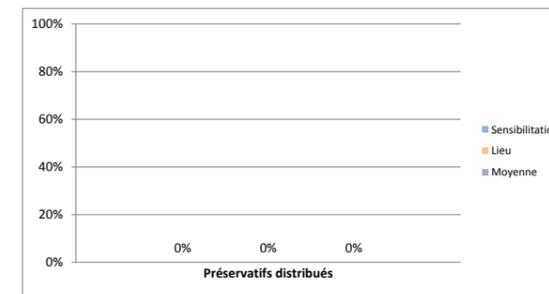
Suite de l'Annexe 27

|   |   |     |     |      |
|---|---|-----|-----|------|
| 19                                      | Le registre des tests rapides du VIH a-t-il été complété correctement, y compris le rapprochement des stocks durant les 3 derniers mois ?   | Oui | Non |      |
| 20                                      | Les tests rapides du VIH et les cartouches CD4 sont-ils stockés dans un endroit frais et sec ?  | Oui | Non |      |
| 21                                      | Y a-t-il un thermomètre pour surveiller la température à laquelle les kits de dépistage rapide du VIH, les cartouches CD4 et les échantillons IQC sont exposés ?                            | Oui | Non |      |
| 22                                      | Les formulaires IQC sont-ils complétés chaque semaine durant les 3 derniers mois ?  | Oui | Non | s.o. |
| 23                                      | Le processus EQA a-t-il été mis en œuvre au cours de ce trimestre ?   | Oui | Non | s.o. |
| 24                                      | Les formulaires EQA ont-ils été correctement remplis ?  | Oui | Non | s.o. |
| 25                                      | Les rapports journaliers de températures des tests rapides, les cartouches CD4 et les échantillons IQC ont-ils été complétés au cours des six derniers mois ?                               | Oui | Non |      |
| 27                                      | Y a-t-il un stock raisonnable de tous les articles de papeterie pertinents ? (dossiers SDV, fiche d'informations sur la TB, cahier de réclamations de la TB, cahiers de réclamations de...) | Oui | Non |      |
| 29                                      | Quel est le nombre de conseillers SDV travaillant sur le site (y compris le personnel à temps partiel) ?  |     |     |      |
| 30                                      | Quel est le nombre de conseillers SDV travaillant sur le site (y compris le personnel à temps partiel) formés par le prestataire de service agréé ?   |     |     |      |
| 31                                      | Y a-t-il un fichier contenant les évaluations mises à jour de la prestation des services du professionnel de santé (au moins un par trimestre) ?  | Oui | Non |      |
| Commentaires sur l'évaluation du site : |   |     |     |      |

| Numéro |  | Dossiers des SDV mobiles | Dossiers des SDV autonomes | Moyenne totale |
|--------|--|--------------------------|----------------------------|----------------|
| 1      | Le bon dossier SDV a-t-il été utilisé ?                        | #DIV/0!                  | #REF!                      | #DIV/0!        |
| 2      | Coordonnées du patient enregistrés ?                           | #DIV/0!                  | #REF!                      | #DIV/0!        |
| 3      | Consentement à un test de dépistage du VIH donné ?             | #DIV/0!                  | #REF!                      | #DIV/0!        |
| 4      | Test CD4 offert si séropositif ?                               | #DIV/0!                  | #REF!                      | #DIV/0!        |
| 5      | Réduction des risques discutée ?                               | #DIV/0!                  | #REF!                      | #DIV/0!        |
| 6      | Des préservatifs ont-ils été offerts ?                         | #DIV/0!                  | #REF!                      | #DIV/0!        |
| 7      | Besoins contraceptifs évalués ?                                | #DIV/0!                  | #REF!                      | #DIV/0!        |
| 8      | Action notée autour des besoins de contraception ?             | #DIV/0!                  | #REF!                      | #DIV/0!        |
| 9      | Dépistage symptomatique de la TB ?                             | #DIV/0!                  | #REF!                      | #DIV/0!        |
| 10     | Aiguillage vers un service de TB ?                             | #DIV/0!                  | #REF!                      | #DIV/0!        |
| 11     | Dépistage symptomatique des IST ?                              | #DIV/0!                  | #REF!                      | #DIV/0!        |
| 12     | Aiguillage vers un service des IST ?                           | #DIV/0!                  | #REF!                      | #DIV/0!        |
| 13     | Patient orienté vers des services des soins du VIH ?           | #DIV/0!                  | #REF!                      | #DIV/0!        |
| 14     | Suivi du patient pour la TB et/ou le VIH ?                     | #DIV/0!                  | #REF!                      | #DIV/0!        |
| 15     | Patient a accédé aux services de santé de la TB et/ou du VIH ? | #DIV/0!                  | #REF!                      | #DIV/0!        |
| 16     | Jours entre la collecte d'une expectoration et l'aiguillage    | #DIV/0!                  | #REF!                      | #DIV/0!        |
| 17     | Enregistré correctement dans le registre SDV ?                 | #DIV/0!                  | #REF!                      | #DIV/0!        |



| <b>Évaluation de la salle de conseils</b>   |         |         |         |         |
|---|---------|---------|---------|---------|
| Évaluez chaque salle réservée aux conseils. Répondez Oui (O) ou Non (N) ou Sans Objet (S.O.) à chaque question. |         |         |         |         |
|   | Salle 1 | Salle 2 | Salle 3 | Salle 4 |
| 1   |         |         |         |         |
| 2   |         |         |         |         |
| 3   |         |         |         |         |
| 4   |         |         |         |         |
| 5   |         |         |         |         |
| 6   |         |         |         |         |
| Commentaires sur l'évaluation de la salle de conseils :   |         |         |         |         |





| Examen des dossiers des services de dépistage du VIH   | A partir d'une date donnée un mois auparavant dans le registre autonome SDV et en remontant le temps, dressez un deuxième dossier SDV positif au VIH jusqu'à ce que vous ayez cinq dossiers SDV positifs au VIH à examiner. Répétez l'exercice pour les dossiers SDV négatifs au VIH. (Échantillonnez tous les 10 <sup>e</sup> dossier SDV). Répondez aux questions suivantes pour le dossier SDV de chaque patient par O (Oui), N (Non) ou S.O. (Sans Objet). |               |               |               |               |                      |               |               |               |                | Validations              |     |      |
|--|--|---------------|---------------|---------------|---------------|----------------------|---------------|---------------|---------------|----------------|--------------------------|-----|------|
|  | Dossiers SDV VIH +ve   |               |               |               |               | Dossiers SDV VIH -ve |               |               |               |                | Résultats récapitulatifs |     |      |
|  | Dossier 1 SDV  | Dossier 2 SDV | Dossier 3 SDV | Dossier 4 SDV | Dossier 5 SDV | Dossier 6 SDV        | Dossier 7 SDV | Dossier 8 SDV | Dossier 9 SDV | Dossier 10 SDV | Oui                      | Non | s.o. |
| Combien de dossiers SDV ont été recherchés mais pas trouvés ?  |  |               |               |               |               |                      |               |               |               |                |                          |     | 0%   |
| 1 Le dossier SDV correct a-t-il été utilisé ?  |  |               |               |               |               |                      |               |               |               |                |                          |     | 0%   |
| 2 Les coordonnées du patient ont-elles été enregistrées (adresse et numéro de téléphone) ?   |  |               |               |               |               |                      |               |               |               |                |                          |     | 0%   |
| 3 Le consentement à un test de dépistage du VIH a-t-il été donné ?   |  |               |               |               |               |                      |               |               |               |                |                          |     | 0%   |
| 4 Un test CD4 a-t-il été offert ?  |  |               |               |               |               |                      |               |               |               |                |                          |     | 0%   |
| 5 Si le résultat du test de confirmation ou de dépistage diffère, est-ce qu'un échantillon sanguin a été prélevé pour ELISA ?  |  |               |               |               |               |                      |               |               |               |                |                          |     | 0%   |
| 6 Existe-t-il un dossier dans lequel la réduction des risques a été discutée ?   |  |               |               |               |               |                      |               |               |               |                |                          |     | 0%   |
| 7 Des préservatifs ont-ils été offerts ? (Des préservatifs masculins ou féminins).   |  |               |               |               |               |                      |               |               |               |                |                          |     | 0%   |
| 8 Évalués chez les hommes et les femmes ?  |  |               |               |               |               |                      |               |               |               |                |                          |     | 0%   |
| 9 Des mesures ont-elles été prises concernant les besoins en contraception ?   |  |               |               |               |               |                      |               |               |               |                |                          |     | 0%   |
| 10 Existe-t-il un dossier de dépistage symptomatique de la TB et une évaluation clinique appropriée ?  |  |               |               |               |               |                      |               |               |               |                |                          |     | 0%   |
| 11 Existe-t-il un dossier d'aiguillage vers un service TB (par exemple, une lettre de demande de consultation), le cas échéant ?   |  |               |               |               |               |                      |               |               |               |                |                          |     | 0%   |
| 12 Le dépistage symptomatique des IST a-t-il été exécuté de manière appropriée ?   |  |               |               |               |               |                      |               |               |               |                |                          |     | 0%   |
| 13 Existe-t-il un dossier d'aiguillage vers des services d'IST (par exemple, une lettre de demande de consultation) le cas échéant ?   |  |               |               |               |               |                      |               |               |               |                |                          |     | 0%   |
| 14 Y a-t-il un dossier selon lequel le patient a été aiguillé vers un service de soins pour le VIH ?   |  |               |               |               |               |                      |               |               |               |                |                          |     | 0%   |
| 15 Y a-t-il des tentatives de suivi du patient pour les IST, la TB et/ou le VIH ?  |  |               |               |               |               |                      |               |               |               |                |                          |     | 0%   |
| 16 Existe-t-il un dossier selon lequel le patient a assisté aux services de santé pour les IST, la TB et/ou le VIH (date, nom de la clinique, les activités lors de la visite, etc.) ? |  |               |               |               |               |                      |               |               |               |                |                          |     | 0%   |
| 17 L'expectoration et l'aiguillage vers le traitement de la TB était-elle antérieure au dossier ?  |  |               |               |               |               |                      |               |               |               |                |                          |     | 0%   |
| 18 Les informations issues du dossier SDV du patient ont-elles été correctement entrées dans le registre   |  |               |               |               |               |                      |               |               |               |                |                          |     | 0%   |

| Examen des dossiers des services de dépistage du VIH   | A partir d'une date donnée un mois auparavant dans le registre autonome SDV et en remontant le temps, dressez un deuxième dossier SDV positif au VIH jusqu'à ce que vous ayez cinq dossiers SDV positifs au VIH à examiner. Répétez l'exercice pour les dossiers SDV négatifs au VIH. (Échantillonnez tous les 10 <sup>e</sup> dossier SDV). Répondez aux questions suivantes pour le dossier SDV de chaque patient par O (Oui), N (Non) ou S.O. (Sans Objet). |               |               |               |               |                      |               |               |               |                | Validations              |     |      |
|--|--|---------------|---------------|---------------|---------------|----------------------|---------------|---------------|---------------|----------------|--------------------------|-----|------|
|  | Dossiers SDV VIH +ve   |               |               |               |               | Dossiers SDV VIH -ve |               |               |               |                | Résultats récapitulatifs |     |      |
|  | Dossier 1 SDV  | Dossier 2 SDV | Dossier 3 SDV | Dossier 4 SDV | Dossier 5 SDV | Dossier 6 SDV        | Dossier 7 SDV | Dossier 8 SDV | Dossier 9 SDV | Dossier 10 SDV | Oui                      | Non | s.o. |
| Combien de dossiers SDV ont été recherchés mais pas trouvés ?  |  |               |               |               |               |                      |               |               |               |                |                          |     | 0%   |
| 1 Le dossier SDV correct a-t-il été utilisé ?  |  |               |               |               |               |                      |               |               |               |                |                          |     | 0%   |
| 2 Les coordonnées du patient ont-elles été enregistrées (adresse et numéro de téléphone) ?   |  |               |               |               |               |                      |               |               |               |                |                          |     | 0%   |
| 3 Le consentement à un test de dépistage du VIH a-t-il été donné ?   |  |               |               |               |               |                      |               |               |               |                |                          |     | 0%   |
| 4 Un test CD4 a-t-il été offert ?  |  |               |               |               |               |                      |               |               |               |                |                          |     | 0%   |
| 5 Si le résultat du test de confirmation ou de dépistage diffère, le prélèvement sanguin était-il utilisé ?  |  |               |               |               |               |                      |               |               |               |                |                          |     | 0%   |
| 6 Existe-t-il un dossier dans lequel la réduction des risques a été discutée ?   |  |               |               |               |               |                      |               |               |               |                |                          |     | 0%   |
| 7 Des préservatifs ont-ils été offerts ? (Des préservatifs masculins ou féminins).   |  |               |               |               |               |                      |               |               |               |                |                          |     | 0%   |
| 8 Évalués chez les hommes et les femmes ?  |  |               |               |               |               |                      |               |               |               |                |                          |     | 0%   |
| 9 Des mesures ont-elles été prises concernant les besoins en contraception ?   |  |               |               |               |               |                      |               |               |               |                |                          |     | 0%   |
| 10 Existe-t-il un dossier de dépistage symptomatique de la TB et une évaluation clinique appropriée ?  |  |               |               |               |               |                      |               |               |               |                |                          |     | 0%   |
| 11 Existe-t-il un dossier d'aiguillage vers un service TB (par exemple, une lettre de demande de consultation), le cas échéant ?   |  |               |               |               |               |                      |               |               |               |                |                          |     | 0%   |
| 12 Le dépistage symptomatique des IST a-t-il été exécuté de manière appropriée ?   |  |               |               |               |               |                      |               |               |               |                |                          |     | 0%   |
| 13 Existe-t-il un dossier d'aiguillage vers des services d'IST (par exemple, une lettre de demande de consultation) le cas échéant ?   |  |               |               |               |               |                      |               |               |               |                |                          |     | 0%   |
| 14 Y a-t-il un dossier selon lequel le patient a été aiguillé vers un service de soins pour le VIH ?   |  |               |               |               |               |                      |               |               |               |                |                          |     | 0%   |
| 15 Y a-t-il des tentatives de suivi du patient pour les IST, la TB et/ou le VIH ?  |  |               |               |               |               |                      |               |               |               |                |                          |     | 0%   |
| 16 Existe-t-il un dossier selon lequel le patient a assisté aux services de santé pour les IST, la TB et/ou le VIH (date, nom de la clinique, les activités lors de la visite, etc.) ? |  |               |               |               |               |                      |               |               |               |                |                          |     | 0%   |
| 17 L'expectoration et l'aiguillage vers le traitement de la TB était-elle antérieure au dossier ?  |  |               |               |               |               |                      |               |               |               |                |                          |     | 0%   |
| 18 Les informations issues du dossier SDV du patient ont-elles été correctement entrées dans le registre   |  |               |               |               |               |                      |               |               |               |                |                          |     | 0%   |

Annexe 28 : Exemple d'un outil d'évaluation des compétences d'un professionnel de santé

| Outil d'évaluation des compétences d'un professionnel de santé  |                |
|---|----------------|
| Pourquoi la surveillance et l'évaluation (S&E) des compétences des professionnels de santé fournissant des services de dépistage du VIH sont-elles importantes ?  |                |
| <p>1) Les S&amp;E des compétences des professionnels de santé fournissant des SDV sont une nécessité : s'occuper et protéger les patients est un devoir juridique et éthique.</p> <p>2) Elles sont favorables et éducatives : les superviseurs peuvent suivre les services fournis par chaque professionnel de santé et fournir des commentaires constructifs. Le professionnel peut apprendre et améliorer ses compétences.</p> <p>3) Elles aident les professionnels de santé à augmenter leurs connaissances et compétences : il garantit que les informations correctes soient transmises au patient, que les professionnels de santé mettent à profit leurs compétences de manière appropriée et que les professionnels de santé soient autorisés à se développer professionnellement.</p> <p>Remarque : Cet outil a été adapté à partir du <i>VCT Toolkit HIV voluntary counselling and testing : A Reference Guide for HIV Health care workers and Trainers</i>. États-Unis : Family Health International, 2004.</p> |                |
| Les S&E des compétences des professionnels de santé comprennent les éléments suivants :   |                |
| <p>1) Le superviseur remplit le formulaire d'évaluation.</p> <p>2) Le professionnel de santé remplit le formulaire de réflexion.</p> <p>3) Une discussion entre le superviseur et le professionnel de santé sur les informations contenues dans ces formulaires, qui doit être reflétée dans cet outil.</p>   |                |
| Date d'évaluation :   | Nom du site :  |
| Par les présentes, je donne la permission à un superviseur de participer à ma séance de conseils.   |                |
| Signature du patient :  | Code patient : |
| Résultats   |                |
| Discussion et plan de mesures correctives :   |                |
| Date de discussion :  |                |
| Nom du superviseur :  | Signature :    |
| Nom du professionnel de santé :   | Signature :    |

| Formulaire du superviseur  |                            |     |      |
|--|----------------------------|-----|------|
| Date d'évaluation :  | Nom du site :              |     |      |
| Nom du superviseur :   | Signature du superviseur : |     |      |
| Code patient :   |                            |     |      |
| Observez chaque composant des services de dépistage du VIH et répondez aux questions suivantes : Si une question est marquée s.o., les raisons doivent être détaillées ci-dessous. |                            |     |      |
| <b>Accueil et présentation</b><br>Le professionnel de santé...   |                            |     |      |
| A-t-il souhaité la bienvenue au patient de manière professionnelle ?   | Oui                        | Non |      |
| S'est-il présenté ?  | Oui                        | Non |      |
| A-t-il donné des informations sur l'organisation dont il fait partie ?   | Oui                        | Non |      |
| <b>Séance d'informations de pré-test</b><br>Le professionnel de santé...   |                            |     |      |
| A-t-il rempli l'adresse et le numéro de téléphone du patient ?   | Oui                        | Non | s.o. |
| A-t-il informé le patient sur le VIH, notamment la transmission et le lien avec la TB et les IST ?   | Oui                        | Non | s.o. |
| A-t-il discuté de la fenêtre sérologique ?   | Oui                        | Non | s.o. |
| A-t-il discuté du plan de réduction des risques ?  | Oui                        | Non | s.o. |
| A-t-il démontré comment utiliser un préservatif ?  | Oui                        | Non | s.o. |
| A-t-il évalué les besoins de planification familiale ?   | Oui                        | Non | s.o. |
| A-t-il tenté de faire quelque chose pour répondre aux besoins de planification familiale des patients ?  | Oui                        | Non | s.o. |
| A-t-il fait un test de dépistage de la TB ?  | Oui                        | Non | s.o. |
| A-t-il fait un test de dépistage des IST ?   | Oui                        | Non | s.o. |
| A-t-il discuté de la PPTME ?   | Oui                        | Non | s.o. |
| A-t-il expliqué les procédures de test des SDV ?   | Oui                        | Non | s.o. |
| A-t-il obtenu le consentement du patient à des fins de test ?  | Oui                        | Non | s.o. |

## Suite de l'Annexe 28

| Test réalisé au moyen d'une piqûre du bout du doigt   |     |     |      |
|---|-----|-----|------|
| Liste de vérification du dépistage rapide du VIH  |     |     |      |
| 1. Vérification des fournitures du test : Les quantités nécessaires à tout ce dont le professionnel de santé a besoin sont-elles suffisantes ?  | Oui | Non | s.o. |
| a. Instructions pour le dépistage et procédures du test de confirmation.  | Oui | Non | s.o. |
| b. Algorithme du dépistage rapide.  | Oui | Non | s.o. |
| c. Bandes de test de dépistage (vérifier la date d'expiration).   | Oui | Non | s.o. |
| d. Pipette de dépistage et/ou tubes capillaires (en fonction des instructions du kit de test). (Attention : les pipettes usées et/ou les tubes capillaires doivent être jetés dans un conteneur à objets tranchants). | Oui | Non | s.o. |
| e. Tampon de dépistage (vérifier la date d'expiration).   | Oui | Non | s.o. |
| f. Bandes de test de confirmation (vérifier la date d'expiration).  | Oui | Non | s.o. |
| g. Pipette de confirmation et/ou tubes capillaires (en fonction du kit de test).  | Oui | Non | s.o. |
| h. Tampon de confirmation (vérifier la date d'expiration).  | Oui | Non | s.o. |
| i. Gants.   | Oui | Non | s.o. |
| j. Lancettes (important : les lancettes utilisées doivent être jetées dans un conteneur à objets tranchants).   | Oui | Non | s.o. |
| k. Conteneur à objets tranchants (pour les tubes capillaires et/ou pipette de confirmation et dépistage utilisés uniquement).   | Oui | Non | s.o. |
| l. Sacs à déchets présentant un risque biologique.  | Oui | Non | s.o. |
| m. Tampon d'alcool (vérifier la date d'expiration).   | Oui | Non | s.o. |
| n. Coton.   | Oui | Non | s.o. |
| o. Bouteille avec 10 % de Jik - eau de Javel (préparée tous les jours, datée et paraphée) et/ou désinfectant pour les mains.  | Oui | Non | s.o. |
| p. Minuterie / téléphone portable.  | Oui | Non | s.o. |
| q. Pansements.  | Oui | Non | s.o. |
| 2. A correctement préparé la zone de test.  | Oui | Non | s.o. |
| a. Surface plane et propre pour travailler ? Surface désinfectée à l'aide de Jik 10 % avant de continuer. Zone couverte avec une serviette en papier.   | Oui | Non | s.o. |
| b. Lumière adéquate pour y voir.  | Oui | Non | s.o. |

|  |     |     |      |
|--|-----|-----|------|
| c. Conteneur à objets tranchants et facile à atteindre.  | Oui | Non | s.o. |
| <b>Procédure des tests de dépistage (Remarque : ne jamais réutiliser les fournitures de test).</b>   |     |     |      |
| 3. A préparé les réactifs de test de dépistage.  | Oui | Non | s.o. |
| a. A mis une nouvelle paire de gants.  | Oui | Non | s.o. |
| b. A confirmé la date d'expiration des bandes, pipettes et tampon.   | Oui | Non | s.o. |
| c. A sorti les bandes de test de dépistage de l'emballage.   | Oui | Non | s.o. |
| d. A détaché délicatement la bande de la feuille, en partant de la droite pour préserver le numéro de lot.   | Oui | Non | s.o. |
| e. A détaché la protection.  | Oui | Non | s.o. |
| f. A étiqueté la bande en ajoutant l'ID du patient (code à barres).  | Oui | Non | s.o. |
| g. A retiré un nouveau tube capillaire de dépistage inutilisé et l'a placé sur une serviette en papier propre et sèche.  | Oui | Non | s.o. |
| h. A déchiré quelques morceaux de coton inutilisés et les a placés sur une serviette en papier sèche et prête à l'emploi.  | Oui | Non | s.o. |
| 4. A piqué le doigt  | Oui | Non | s.o. |
| a. A choisi le doigt (celui avec le moins de callosités, le troisième ou le quatrième doigt est le meilleur choix)   | Oui | Non | s.o. |
| b. A positionné la main au-dessous du niveau du cœur, en position descendante, permettant à la gravité d'augmenter le flux sanguin vers les doigts   | Oui | Non | s.o. |
| c. A doucement massé le doigt pour le réchauffer et stimuler le flux sanguin.  | Oui | Non | s.o. |
| d. A nettoyé le doigt avec un tampon d'alcool, en commençant par le centre et en allant vers les côtés. A jeté le tampon d'alcool usagé dans un sac transparent présentant un risque biologique. | Oui | Non | s.o. |
| e. A attendu que le doigt sèche complètement. L'alcool résiduel peut provoquer une hémolyse et des résultats de tests erronés.   | Oui | Non | s.o. |
| f. A choisi une nouvelle lancette inutilisée et dévissé le capuchon pour casser le joint.  | Oui | Non | s.o. |
| g. A positionné la paume de la main vers le haut (en dessous du niveau cardiaque, en position vers le bas pour augmenter le débit sanguin vers les doigts).                                      | Oui | Non | s.o. |
| h. A positionné fermement la lancette contre l'endroit de la ponction, loin de l'endroit avec le plus de callosité.  | Oui | Non | s.o. |
| i. Pour activer, a appuyé la lancette fermement contre le doigt. Ne pas retirer la lancette jusqu'à ce qu'un clic se soit fait entendre.   | Oui | Non | s.o. |
| j. La lancette sortira fort, perforera la peau puis se rétractera à des fins de sécurité.  | Oui | Non | s.o. |

## Suite de l'Annexe 28

|   |     |     |      |
|---|-----|-----|------|
| k. A déposé la lancette utilisée dans le conteneur à objets tranchants. Ne jamais mettre les doigts dans le conteneur à objets tranchants.  | Oui | Non | s.o. |
| 5. A éliminé la première goutte de sang à l'aide d'un coton propre, car cette goutte peut contenir un excès de liquide tissulaire qui pourrait entraîner des résultats erronés.   | Oui | Non | s.o. |
| a. A déposé le coton souillé dans un sacs à déchets présentant un risque biologique.  | Oui | Non | s.o. |
| 6. A récupéré la nouvelle pipette de dépistage inutilisée et/ou le tube capillaire (selon le kit de test).  | Oui | Non | s.o. |
| a. L'a maintenue horizontalement avec la pointe contre la goutte de sang.   | Oui | Non | s.o. |
| b. Si nécessaire, a serré doucement le doigt pour aider le flux sanguin. (Ne pas serrer trop fort.)   | Oui | Non | s.o. |
| c. En maintenant le tube capillaire (selon le kit de test) et/ou la pipette à l'horizontale, a injecté le sang dans le tube jusqu'à ce qu'il se situe entre les deux lignes.  | Oui | Non | s.o. |
| 7. Une fois que suffisamment de sang a été collecté, a couvert l'endroit de la piqûre avec du coton propre et inutilisé.  | Oui | Non | s.o. |
| 8. A tenu la pipette de dépistage et/ou le tube capillaire (selon le kit de test) horizontalement avec la pointe directement au-dessus du tampon échantillon.   | Oui | Non | s.o. |
| a. A tourné la pipette et/ou le tube capillaire (selon le kit de test) à la verticale directement au-dessus du tampon échantillon sur la bande de test (éloigner les bulles de la pointe).                                      | Oui | Non | s.o. |
| b. A pressé doucement l'ampoule pour libérer tout le sang sur le tampon échantillon (évitée de libérer des bulles).   | Oui | Non | s.o. |
| d. A déposé le tube capillaire et/ou la pipette usagée dans le sac transparent à déchets présentant un risque biologique.   | Oui | Non | s.o. |
| 9. A attendu quelques minutes jusqu'à ce que le sang soit absorbé dans le tampon échantillon.   | Oui | Non | s.o. |
| a. Combien de minutes y a-t-il jusqu'à ce que le sang soit absorbé dans le tampon échantillon.  |     |     |      |
| b. Le professionnel de santé a-t-il suivi les instructions du kit de test rapide du VIH concernant le nombre de minute(s) pendant lesquelles il faut patienter jusqu'à ce que le sang soit absorbé dans le tampon échantillon ? | Oui | Non | s.o. |
| 10. Après l'absorption du sang, a déposé les gouttes de tampon de dépistage sur le tampon échantillon (selon les instructions du kit de test).  | Oui | Non | s.o. |
| a. Combien de gouttes de tampon d'échantillon ont été utilisées ?   |     |     |      |
| b. Est-ce que le nombre de gouttes était selon les instructions du kit de test rapide du tampon de dépistage ?  | Oui | Non | s.o. |
| 11. A démarré la minuterie ou vérifié la montre / le téléphone portable pour consulter l'heure.   | Oui | Non | s.o. |
| 12. A lu le résultat après l'extinction de l'alarme de la minuterie en fonction des minutes / période d'incubation.   | Oui | Non | s.o. |
| a. Pendant combien de minutes d'incubation le professionnel de santé a-t-il attendu ?   |     |     |      |

|  |     |     |      |
|--|-----|-----|------|
| b. Les minutes d'incubation étaient-elles conformes aux instructions sur le kit de test de dépistage rapide du VIH ?   | Oui | Non | s.o. |
| 13. Existe-t-il une ligne visible (d'une quelconque intensité) dans la fenêtre de contrôle ?   | Oui | Non | s.o. |
| a. Oui. Le test est valide. Allez à l'étape 14.0   |     |     |      |
| b. Non. Le test est invalide. Allez à l'étape 3.0 et répétez le test avec une nouvelle bande de test de dépistage.   |     |     |      |
| c. Si deux bandes de test de dépistage consécutives sont INVALIDES, consultez votre superviseur.   |     |     |      |
| 14. Existe-t-il une ligne visible (d'une quelconque intensité) dans la fenêtre de test ?   | Oui | Non | s.o. |
| a. Oui. Le test est réactif et le résultat est positif. Allez à l'étape 15.0. et effectuez le second test, de confirmation.  | Oui | Non | s.o. |
| b. Non. Le test est non réactif et le résultat est négatif. Allez à l'étape 30 (nettoyage).  | Oui | Non | s.o. |
| <b>Procédure des tests de confirmation (Remarque : ne jamais réutiliser les fournitures de test).</b>  |     |     |      |
| 15. A préparé les réactifs des tests de confirmation.  | Oui | Non | s.o. |
| a. A mis une nouvelle paire de gants.  | Oui | Non | s.o. |
| b. A confirmé les dates d'expiration des bandes, des pipettes et/ou des tubes capillaires (selon les instructions du kit de test rapide du VIH) et des tampons.                                      | Oui | Non | s.o. |
| c. A sorti l'appareil de test de confirmation de l'emballage.  | Oui | Non | s.o. |
| d. A posé une étiquette sur l'appareil avec l'ID du patient.   | Oui | Non | s.o. |
| e. A sorti une nouvelle pipette de confirmation et/ou un nouveau tube capillaire (selon les instructions du kit de test rapide du VIH) et l'a placé(e) sur une serviette absorbante propre et sèche. | Oui | Non | s.o. |
| f. A déchiré quelques morceaux de coton inutilisés et nouveaux et les a placés sur une serviette absorbante prête à utiliser.  | Oui | Non | s.o. |
| 16. A piqué le doigt.  | Oui | Non | s.o. |
| a. A choisi le doigt (celui avec le moins de callosités) et l'a maintenu en-dessous du niveau du cœur.   | Oui | Non | s.o. |
| b. A massé le doigt pour stimuler le flux sanguin  | Oui | Non | s.o. |
| c. A nettoyé le doigt avec un tampon d'alcool, en commençant par le centre et en allant vers les côtés. A jeté le tampon d'alcool usagé dans un sac présentant un risque biologique.                 | Oui | Non | s.o. |
| d. A attendu que le doigt sèche complètement.  | Oui | Non | s.o. |
| e. A choisi une nouvelle lancette inutilisée et a dévissé le capuchon.   | Oui | Non | s.o. |

Suite de l'Annexe 28

|  |     |     |      |
|--|-----|-----|------|
| f. A positionné la paume de la main vers le haut.  | Oui | Non | s.o. |
| g. A positionné la lancette hors centre sur le bout du doigt, loin de l'endroit avec le plus de callosité.   | Oui | Non | s.o. |
| h. A appuyé fermement la lancette contre le doigt.   | Oui | Non | s.o. |
| i. La lancette sortira fort, perforera la peau puis se rétractera à des fins de sécurité.  | Oui | Non | s.o. |
| j. A déposé la lancette utilisée dans le conteneur à objets tranchants. Ne jamais mettre les doigts dans le conteneur à objets tranchants.   | Oui | Non | s.o. |
| 17. A nettoyé la première goutte de sang à l'aide d'un coton propre. A déposé le coton souillé dans un sac à déchets présentant un risque biologique.  | Oui | Non | s.o. |
| 18. A récupéré la nouvelle pipette de confirmation inutilisée.   | Oui | Non | s.o. |
| a. A pressé la poire et l'a maintenue horizontalement avec la pointe contre la zone de la piqûre / la goutte de sang.  | Oui | Non | s.o. |
| b. Si nécessaire, a serré doucement le doigt pour aider le flux sanguin. (Ne pas serrer trop fort.)  | Oui | Non | s.o. |
| c. En gardant la pipette et/ou le tube capillaire (selon le kit de test rapide du VIH) à l'horizontale, a lentement relâché la poire et a extrait le sang dans la pipette, jusqu'à la ligne marquée, sans bulles d'air.          | Oui | Non | s.o. |
| 19. Une fois que suffisamment de sang a été collecté, a couvert l'endroit de la piqûre avec du coton propre et inutilisé.  | Oui | Non | s.o. |
| a. Combien de sang a été collecté ?  |     |     |      |
| b. Est-ce-que cela était conforme aux instructions du kit de test de dépistage du VIH ?  | Oui | Non | s.o. |
| 20. A tenu la pipette de confirmation remplie et/ou le tube capillaire (selon les instructions du kit de test rapide) horizontalement avec la pointe directement au-dessus de l'orifice de l'échantillon sur l'appareil de test. | Oui | Non | s.o. |
| a. A tourné la pipette et/ou le tube capillaire (selon les instructions du kit de test rapide du VIH) à la verticale directement au-dessus de l'orifice de l'échantillon (éloigner les bulles de la pointe).                     | Oui | Non | s.o. |
| b. A pressé doucement l'ampoule et a libéré des gouttes de sang sur l'orifice de l'échantillon (éviter de libérer des bulles).   | Oui | Non | s.o. |
| c. Combien de gouttes de sang ont été déposées sur l'orifice de l'échantillon ?  |     |     |      |
| d. Est-ce-que cela était conforme aux instructions du kit de test de dépistage du VIH ?  | Oui | Non | s.o. |
| e. A déposé le tube capillaire et/ou la pipette usagée dans le sac transparent à déchets présentant un risque biologique.  | Oui | Non | s.o. |
| 21. A attendu quelques minutes avant que le sang ne soit absorbé dans l'orifice de l'échantillon (selon les instructions du kit de dépistage rapide du VIH).   | Oui | Non | s.o. |
| a. Après combien de minutes d'attente le sang était-il absorbé dans l'orifice de l'échantillon ?   |     |     |      |
| b. Est-ce-que cela était conforme aux instructions du kit de test de dépistage du VIH ?  | Oui | Non | s.o. |

|   |     |     |      |
|---|-----|-----|------|
| 22. Après l'absorption du sang, a ajouté des gouttes du tampon de confirmation dans l'orifice de l'échantillon.   |     |     |      |
| a. Combien de gouttes du tampon d'échantillon ont été utilisées ?   |     |     |      |
| b. Est-ce-que cela était conforme aux instructions du kit de test rapide du VIH ?   | Oui | Non | s.o. |
| 23. A démarré la minuterie ou vérifié la montre / le téléphone portable pour consulter l'heure.   | Oui | Non | s.o. |
| 24. A lu le résultat après l'extinction de l'alarme de la minuterie en fonction des minutes / période d'incubation.                                     | Oui | Non | s.o. |
| a. Pendant combien de minutes d'incubation le professionnel de santé a-t-il attendu ?   |     |     |      |
| b. Les minutes d'incubation étaient-elles conformes aux instructions sur le test rapide de confirmation du VIH ?  | Oui | Non | s.o. |
| <b>Interprétation des résultats du test de confirmation</b>   |     |     |      |
| 25. Existe-t-il une ligne visible (d'une quelconque intensité) dans la fenêtre de contrôle ?  | Oui | Non | s.o. |
| a. Oui. Le test est valide. Allez à l'étape 26.0.   |     |     |      |
| b. Non. Le test est invalide. Allez à l'étape 15.0 et répétez le test de confirmation.  |     |     |      |
| c. Si deux résultats de test de confirmation consécutifs sont INVALIDES, consultez votre superviseur.   |     |     |      |
| 26. Existe-t-il une ligne visible (d'une quelconque intensité) dans la fenêtre de test ?  | Oui | Non | s.o. |
| a. Oui. Le test est réactif et le résultat est positif.   |     |     |      |
| b. Non. Le test est non réactif et le résultat est négatif.   |     |     |      |
| 27. Si le test de dépistage est positif et le test de confirmation est positif alors les résultats sont CONCORDANTS. Aucun autre test n'est nécessaire. |     |     |      |
| a. Allez à l'étape 29 (nettoyage).  |     |     |      |
| 28. Si le test de dépistage est positif et le test de confirmation est négatif, alors les résultats sont DISCORDANTS.                                   |     |     |      |
| a. Revenez à l'étape 3.0. pour effectuer une procédure de test de dépistage.  |     |     |      |
| b. Si le test de dépistage est réactif, passez à l'étape 15.0. pour suivre la procédure du test de confirmation   |     |     |      |
| <b>Nettoyage</b>  |     |     |      |

Suite de l'Annexe 28

|   |     |     |      |
|---|-----|-----|------|
| lorsque vous passez au prochain site de test.   |     |     |      |
| 30. A jeté tous les tampons d'alcool, les cotons, les bandes de test et les appareils, les pipettes, les emballages et le papier, ainsi que les gants usagés dans un petit sac à déchets présentant un risque biologique. | Oui | Non | s.o. |
| 31. A nettoyé la zone de test avec une bouteille d'eau de Javel 10 % (à conserver au frais tous les jours) / alcool.  | Oui | Non | s.o. |
| 32. Lorsque le petit sac de déchets à risque biologique est plein (NE PAS TROP LE REMPLIR), scellez-le puis renvoyez-le au bureau du site afin qu'il soit mis dans le sac à risque biologique.                            | Oui | Non | s.o. |
| <b>Conseils de post-test</b>  |     |     |      |
| <b>Le patient ne veut plus connaître ses résultats</b>  |     |     |      |
| <b>Le professionnel de santé a-t-il suffisamment.....</b>   |     |     |      |
| discuté des raisons pour lesquelles il ne voulait pas connaître les résultats ?   | Oui | Non | s.o. |
| discuté d'avoir des rapports sexuels plus sûrs ?  | Oui | Non | s.o. |
| distribué des préservatifs ?  | Oui | Non | s.o. |
| Combien de préservatifs masculins ont-ils été distribués ?  |     |     |      |
| Combien de préservatifs féminins ont-ils été distribués ?   |     |     |      |
| Si les préservatifs n'ont pas été distribués, quelle est la raison qui a été retenue ?  | Oui | Non | s.o. |
| <b>Résultat négatif</b>   |     |     |      |
| <b>Le professionnel de santé a-t-il suffisamment.....</b>   |     |     |      |
| veillé à ce que le patient comprenne la signification des résultats du test ?   | Oui | Non | s.o. |
| discuté de la fenêtre sérologique et déterminé une date de retour ?   | Oui | Non | s.o. |
| discuté d'avoir des rapports sexuels plus sûrs ?  | Oui | Non | s.o. |
| distribué des préservatifs ?  | Oui | Non | s.o. |
| Si les préservatifs n'ont pas été distribués, quelle est la raison qui a été retenue ?  | Oui | Non | s.o. |
| La CMMV a-t-elle été traitée chez les hommes ?  |     |     |      |
| <b>Résultat positif</b>   |     |     |      |
| <b>Le professionnel de santé a-t-il suffisamment.....</b>   |     |     |      |
| veillé à ce que le patient comprenne la signification des résultats du test ?   | Oui | Non |      |
| abordé les principales préoccupations du patient ?  | Oui | Non | s.o. |
| discuté de la divulgation ?   | Oui | Non | s.o. |
| discuté de l'assistance ?   | Oui | Non | s.o. |

|  |     |     |      |
|--|-----|-----|------|
| discuté d'avoir des rapports sexuels plus sûrs ?                                       | Oui | Non | s.o. |
| discuté du traitement et de l'adhésion au traitement ?                                 | Oui | Non | s.o. |
| distribué des préservatifs ?   | Oui | Non | s.o. |
| Si les préservatifs n'ont pas été distribués, quelle est la raison qui a été retenue ? | Oui | Non | s.o. |
| <b>Résultat discordant</b>   |     |     |      |
| <b>Le professionnel de santé a-t-il suffisamment.....</b>                              |     |     |      |
| veillé à ce que le patient comprenne la signification des résultats du test ?          | Oui | Non |      |
| abordé les principales préoccupations du patient ?                                     | Oui | Non | s.o. |
| discuté de la divulgation ?  | Oui | Non | s.o. |
| discuté de l'assistance ?  | Oui | Non | s.o. |
| discuté d'avoir des rapports sexuels plus sûrs ?                                       | Oui | Non | s.o. |
| distribué des préservatifs ?   | Oui | Non | s.o. |
| Si les préservatifs n'ont pas été distribués, quelle est la raison qui a été retenue ? | Oui | Non | s.o. |
| Indiqué la date pour revenir s'informer sur les résultats ELISA ?                      | Oui | Non | s.o. |
| <b>Commentaires du superviseur :</b>   |     |     |      |

Suite de l'Annexe 28

| Formulaire de réflexion du professionnel de santé   |  |                                       |     |      |
|---|--|---------------------------------------|-----|------|
| Date d'évaluation :   |  | Nom du site :                         |     |      |
| Nom du professionnel de santé :   |  | Signature du professionnel de santé : |     |      |
| Code patient :  |  |                                       |     |      |
| Réfléchissez à la séance de conseils que vous venez de terminer et répondez aux questions suivantes en toute honnêteté. Si une question est marquée s.o., les raisons doivent être détaillées ci-dessous. |  |                                       |     |      |
| Accueil et présentation   |  |                                       |     |      |
| Ai-je souhaité la bienvenue au patient de manière professionnelle ?   |  | Oui                                   | Non |      |
| Me suis-je présenté ?   |  | Oui                                   | Non |      |
| Ai-je donné des informations sur l'organisation que je représente ?   |  | Oui                                   | Non |      |
| Séance d'information pré-test   |  |                                       |     |      |
| 1   | Ai-je conduit une séance centrée sur le patient durant laquelle j'ai répondu aux besoins du patient ?  | Oui                                   | Non | s.o. |
| 2   | Ai-je informé le patient sur le VIH, notamment sur la transmission et le lien avec la TB et les IST ?  | Oui                                   | Non | s.o. |
| 4   | Ai-je discuté du plan de réduction des risques ?   | Oui                                   | Non | s.o. |
| 5   | Ai-je évalué les besoins de planification familiale du patient ?                                       | Oui                                   | Non | s.o. |
| 6   | Ai-je tenté de faire quelque chose pour répondre aux besoins de planification familiale des patients ? | Oui                                   | Non | s.o. |
| Conseils de post-test   |  |                                       |     |      |
| 7   | Le patient a-t-il compris la signification des résultats du test ?                                     | Oui                                   | Non | s.o. |
| 8   | Pour les patients séropositifs et indéterminés, ai-je discuté du système d'assistance du patient ?     | Oui                                   | Non | s.o. |
| 9   | Pour les patients séropositifs et indéterminés, ai-je discuté de la divulgation ?                      | Oui                                   | Non | s.o. |
| 10  | Ai-je discuté des rapports sexuels plus sûrs ?   | Oui                                   | Non | s.o. |
| 11  | Ai-je délivré des préservatifs ?   | Oui                                   | Non | s.o. |
| 12  | Ai-je discuté des options de recommandation avec le patient ?  | Oui                                   | Non | s.o. |
| Commentaires du professionnel de santé :  |  |                                       |     |      |
| Qu'ai-je fait de bien ?   |  |                                       |     |      |
| Qu'est-ce que j'aurais pu faire de mieux ?  |  |                                       |     |      |
| Commentaires supplémentaires :  |  |                                       |     |      |

Annexe 29 : Exemple d'un outil d'audit de vérification des données

| Outil de vérification des données   |                |
|---|----------------|
| Cet outil de surveillance et d'évaluation sera rempli par un superviseur. Cela ne se fera pas en la présence d'un professionnel de santé.                           |                |
| Le processus de vérification des données inclut :   |                |
| 1) Le superviseur remplit le formulaire d'évaluation.   |                |
| 2) Une discussion entre le superviseur et le professionnel de santé sur les informations contenues dans ces formulaires, qui doivent être reflétées dans cet outil. |                |
| 3) La révision du formulaire d'évaluation par le superviseur doit être reflétée sur le formulaire de retour et de vérification des données.                         |                |
| Date d'évaluation :   | Nom du site :  |
| Par la présente, je donne la permission au superviseur de poser des questions sur les performances du professionnel de santé.                                       |                |
| Signature du patient :  | Code patient : |
| Discussion et plan de mesures correctives :   |                |
|   |                |
| Date de discussion :  |                |
| Nom du superviseur :  | Signature :    |
| Nom du professionnel de santé :   | Signature :    |



Suite de l'Annexe 29

|  |  |
|--|--|
| Vous a-t-on demandé si quelqu'un dans votre ménage suit un traitement contre la TB ? (O/N)   |  |
| Quelqu'un dans votre ménage suit-il un traitement contre la TB ? (O/N)   |  |
| <b>À propos des IST :</b>  |  |
| Vous a-t-on demandé si vous avez des symptômes des IST ? (O/N)   |  |
| Avez-vous des symptômes des IST ?  |  |
| <b>À propos des préservatifs :</b>   |  |
| Vous a-t-on proposé des préservatifs ? (O/N)   |  |
| Combien de préservatifs masculins vous a-t-il été distribués ?   |  |
| Combien de préservatifs féminins vous a-t-il été distribués ?  |  |
| <b>Le patient souhaite-t-il partager quelque chose sur la conduite / l'approche, une explication de la visite, la confidentialité, la vie privée, le temps consacré...</b> |  |
|  |  |

| Feuille de réponse de la vérification des données  |        |                     |           |
|--|--------|---------------------|-----------|
| Nom du site :  | Zone : | Date des réponses : | ID ménage |
| 1. Prénom et nom de famille du superviseur :   |        |                     |           |
| Signature :  |        |                     |           |
| 2. Nom du professionnel de santé :   |        | Signature :         |           |
| 3. Nom du professionnel de santé :   |        | Signature :         |           |
| Discussion et plan de mesures correctives :  |        |                     |           |
| 1. Des divergences de données ont-elles été détectées lorsque le superviseur a comparé les données extraites la veille par rapport aux informations fournies aujourd'hui par le patient ? Si oui, quelles étaient-elles ?  |        |                     |           |
|  |        |                     |           |
| 2. Le superviseur a-t-il parlé de cela avec le professionnel de santé ? Si tel est le cas, l'espace ci-dessous est réservé aux informations que le professionnel de santé a reçues.  |        |                     |           |
|  |        |                     |           |
| 3. Un plan de mesures correctives pour améliorer la collecte de données de qualité et pour assurer que de bons services d'aiguillage et SDV sont fournis : quelles sont les étapes, la formation supplémentaire, les évaluations des compétences supplémentaires nécessaires, etc. ? |        |                     |           |
|  |        |                     |           |

| Outil d'évaluation du contrôle de l'infection de la TB<br>(à compléter tous les trimestres)   |     |     | Ref ICAT 06-12     |                             |
|---|-----|-----|--------------------|-----------------------------|
| Nom du site communautaire des SDV :   |     |     |                    |                             |
| Date de l'évaluation :  |     |     |                    |                             |
| Complété par :  |     |     |                    |                             |
| Instructions à suivre pour remplir le questionnaire :   |     |     |                    |                             |
| • Entourez la réponse la plus appropriée à votre institution. Totalisez les scores à l'endroit réservé. Non = 1 Oui = 2   |     |     |                    |                             |
| • Récupérez votre évaluation du dernier trimestre et complétez la colonne « Score des derniers mois » (SDM).  |     |     |                    |                             |
| • Notez les améliorations et les déclinis de cette évaluation par rapport à l'évaluation du dernier trimestre.  |     |     |                    |                             |
| 1. Contrôles favorables : Structures et activités pour assurer la mise en œuvre des interventions du contrôle de l'infection de la TB.  | 1   | 2   | Score du dernier T | Commentaires / explications |
| 1.1. Avez-vous une personne désignée responsable du contrôle de l'infection ? Si oui, qui ?   | Non | Oui |                    |                             |
| 1.2. Existe-t-il un plan de contrôle de l'infection de la TB pour le site ?   | Non | Oui |                    |                             |
| 1.3. Y a-t-il des matériaux de contrôle des infections (p. ex., brochures, affiches, tableaux de bord, masques, etc.) sur le site ? Indiquez ce qui est disponible.   | Non | Oui |                    |                             |
| 1.4. Les mesures de contrôle de l'infection de la TB ont-elles été évaluées au cours du dernier trimestre ? Si des problèmes ont été soulevés, qu'est-ce qui a été fait ?   | Non | Oui |                    |                             |
| 1.5. Le personnel a-t-il été formé sur le contrôle de l'infection de la TB durant les trois derniers mois ? Quelle était la formation ?   | Non | Oui |                    |                             |
| 1.6. Au moins 98 % de tous les patients ont-ils répondu à des questions de dépistage de la TB (selon le formulaire CT) ?  | Non | Oui |                    |                             |
| <b>TOTAL</b>  |     |     |                    |                             |
| 2. Contrôles administratifs : stratégies de réduction de la production d'aérosols infectieux :  | 1   | 2   |                    |                             |
| 2.1. La toux des patients est-elle contrôlée dès qu'ils entrent sur le site ? Si oui, quel processus est suivi ?  | Non | Oui |                    |                             |
| 2.2. Si les patients toussent, des masques / mouchoirs leur sont-ils fournis pour réduire l'inhalation d'aérosols infectieux ?  | Non | Oui |                    |                             |
| 2.3. Les cas suspects de TB ont-ils été prioritaires pour assurer des temps d'attente plus courts dans les sites ou des masques leur ont-ils été offerts lors de leur attente ? Si oui, indiquez la procédure suivie. | Non | Oui |                    |                             |
| 2.4. Y a-t-il des installations séparées et ventilées pour la collecte des expectorations des cas suspects de TB ?  | Non | Oui |                    |                             |
| 2.5. Est-ce qu'au moins 80 % des nouveaux patients avec un frottis positif ont été orientés vers la clinique en l'espace d'une semaine, comme cela a été décidé lors de la dernière vérification ?                    | Non | Oui |                    |                             |
| <b>TOTAL</b>  |     |     |                    |                             |

| Outil d'évaluation du contrôle de l'infection de la TB<br>(à compléter tous les trimestres)   |     |     | Ref ICAT 06-12     |                             |
|---|-----|-----|--------------------|-----------------------------|
| Nom du site communautaire des SDV :   |     |     |                    |                             |
| Date de l'évaluation :  |     |     |                    |                             |
| Complété par :  |     |     |                    |                             |
| Instructions à suivre pour remplir le questionnaire :   |     |     |                    |                             |
| • Entourez la réponse la plus appropriée à votre institution. Totalisez les scores à l'endroit réservé. Non = 1 Oui = 2                                     |     |     |                    |                             |
| • Récupérez votre évaluation du dernier trimestre et complétez la colonne « Score des derniers mois » (SDM).  |     |     |                    |                             |
| • Notez les améliorations et les déclinis de cette évaluation par rapport à l'évaluation du dernier trimestre.  |     |     |                    |                             |
| 3. Contrôles environnementaux : stratégies pour supprimer les aérosols infectieux après la production :   | 1   | 2   | Score du dernier T | Commentaires / explications |
| 3.1. Toutes les fenêtres de votre site / unité mobile peuvent-elles s'ouvrir ? Si ce n'est pas le cas, donnez des précisions.                               | Non | Oui |                    |                             |
| 3.2. Toutes les fenêtres de votre site /unité mobile peuvent-elles s'ouvrir durant les heures de travail ?  | Non | Oui |                    |                             |
| 3.3. Y a-t-il un flux d'air dans toutes les zones du site des SDV où les patients se déplacent ?  | Non | Oui |                    |                             |
| 3.4. Une intervention mécanique est-elle utilisée (ventilateurs, climatisation) ?   | Non | Oui |                    |                             |
| <b>TOTAL</b>  |     |     |                    |                             |
| 4. Contrôles personnels : stratégies de réduction des risques pour réduire l'inhalation d'aérosols infectieux :   | 1   | 2   |                    |                             |
| 4.1. Le personnel a-t-il fait un dépistage des symptômes de la TB ? Si oui, de quelle manière le personnel est-il testé et à quelle fréquence est-ce fait ? | Non | Oui |                    |                             |
| 4.2. Le personnel connaît-il son statut sérologique ? À quel pourcentage ?  | Non | Oui |                    |                             |
| 4.3. Le personnel a-t-il déjà été formé dans le contrôle général des infections ? À quel pourcentage ?  | Non | Oui |                    |                             |
| 4.4. Les respirateurs N95 étaient-ils disponibles au cours du dernier mois ?  | Non | Oui |                    |                             |
| 4.5. Est-ce que les respirateurs N95 étaient utilisés par le personnel chaque fois qu'un patient toussait au cours du dernier mois ?                        | Non | Oui |                    |                             |
| <b>TOTAL</b>  |     |     |                    |                             |
| <b>Commentaires supplémentaires :</b>   |     |     |                    |                             |
|   |     |     |                    |                             |
|   |     |     |                    |                             |
|   |     |     |                    |                             |

# INDEX

Aiguillage 35, 64, 73, 94, 95, 96, 142, 147, 148, 209, 210, 211, 212, 213, 229

Algorithme de dépistage du VIH 84, 85, 86, 207

Analyse de la situation 27, 28, 29, 30, 167

Annonce d'appel d'offres 47, 171

Anticorps 83

Appel d'offres 43, 47, 48, 49, 54, 173

Assurance qualité 20, 24, 54, 58, 74, 84, 108, 109, 110, 111, 113, 115, 122, 149, 171, 172, 181, 182

Auto-dépistage du VIH 78

Bien-être 37, 44, 53, 57, 67, 69, 70, 78, 96, 167

Bilans de santé 38, 57, 60

Budget 45, 48, 49, 51, 52, 54, 69, 112, 126, 130, 177, 179

Cadre S&E 136

Centre TB Desmond Tutu 10, 11, 13, 14, 15, 16, 20, 29, 32, 77, 104, 155, 171

Centres pour le contrôle et la prévention des maladies 20, 46, 100, 105, 155

Charge/Fardeau de la maladie 29, 167

Cholestérol 79, 91, 92, 188

Circoncision masculine médicale volontaire 30, 46, 61, 64, 82, 86, 93, 100, 122, 142

Circoncision masculine traditionnelle 30, 46

Clubs d'adhésion 103

Collecte de données 20, 24, 29, 65, 66, 67, 105, 121, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 131, 132, 135, 136, 140, 141, 229

Collecte de données électroniques 121, 126, 129, 131, 132, 133, 135, 136, 140

Comité de santé 32, 33, 34, 169, 174

Communauté 19, 20, 23, 24, 27, 28, 29, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 43, 44, 46, 48, 49, 50, 53, 54, 58, 59, 61, 63, 65, 67, 68, 69, 74, 75, 76, 77, 78, 82, 95, 96, 99, 102, 103, 104, 111, 115, 122, 124, 125, 126, 128, 131, 134, 135, 136, 144, 149, 150, 152, 153, 170, 171, 185, 186

Communautés périurbaines 27, 37, 44, 134

Communautés rurales 27, 37, 39, 41, 111

Communautés urbaines 23, 27, 39, 41

Conseils consultatifs communautaires 30, 32

Conseils et dépistage à la demande du patient 21

Conseils et dépistage du VIH 19, 54, 181

Conseils et dépistage initiés par le prestataire 21

Conseils supplémentaires 94, 104

Consentement éclairé 83, 119, 124, 181, 201

Contraceptifs 74, 82, 89, 93, 94, 209, 210

Contrôle de la température 109, 114, 115, 196, 197

Contrôle de l'infection tuberculeuse 65, 67, 139, 151, 152, 230

Contrôle qualité 110, 111, 115, 118, 200, 206

Contrôle qualité indépendant 118

Création de la demande 27, 37, 73, 77, 81, 88

Dépistage du VIH des couples 82

Dépistage rapide du VIH 24, 30, 53, 73, 74, 79, 83, 84, 85, 109, 110, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 147, 181, 182, 192, 193, 195, 198, 208, 216, 219, 220

Diabète 91, 92

Dispositif de collecte de données 126

Données géographiques 121, 124, 131, 134

Données qualitatives 29, 121, 124

Données quantitatives 29, 121, 124

Durabilité du programme 43, 52, 53, 54

Durabilité/Viabilité 24, 43, 52, 53, 54, 55, 67, 131

ELISA 85, 86, 188, 204, 205, 206, 212, 223

Engagement communautaire 27, 28, 37, 38, 39, 40, 41, 58

Etafeni 44

Événements d'engagement communautaire 27, 37, 38, 39

Expectoration de la tuberculose 200, 201, 202

Formation initiale 53, 57, 61, 62, 64, 65, 67

Gardiens 30, 31, 35, 59, 75

Gestion du contrôle des stocks 109, 116

Gouvernance financière 48, 51

Hypertension 91, 92, 95

Indicateurs 139, 140, 141, 142, 144, 145, 152, 174, 176

Indice de masse corporelle 74, 91

Infections sexuellement transmissibles 61, 62, 64, 73, 88, 89, 104, 135, 142, 210, 211

Information, éducation et communication 35, 39, 44, 81

Intervenants 20, 24, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 34, 36, 41, 43, 53, 59, 65, 67, 81, 96, 122, 134, 153, 155

Leaders/Chefs communautaires 19, 39, 40, 169

Lecteur de codes à barres 131

Liens aux soins – passif et actif 20, 24, 59, 62, 87, 88, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 134, 205, 206

Maladie non transmissible 91, 104, 149

Mobilisation 32, 36, 37, 38, 41, 75, 153

Objectif « 90-90-90 » de l'ONUSIDA 21, 22, 96, 100  
Organisation mondiale de la santé 29, 63, 99, 133, 145  
Organisation non gouvernementale 22, 44, 171  
Organisations communautaires 29  
Organisme à but non lucratif 20, 24, 29, 42, 43, 44, 75, 155, 172  
Outil d'audit du site 147, 207  
Perdu de vue 101, 134  
Perfectionnement 57, 67, 68, 145  
Performances des professionnels de santé 59, 62, 139, 148  
Période de fenêtre 61, 83, 84, 86, 187, 188, 215, 222  
Piqûre d'une aiguille 119  
Plan de gestion des données 122, 123  
Planification familiale 32, 64, 73, 82, 88, 89, 90, 93, 94, 95, 128, 147, 149, 187, 207, 210, 215, 224  
Portée de la pratique 74  
Précautions standards 109, 110, 118, 119  
Préservatifs – masculins et féminins 22, 61, 64, 79, 82, 86, 87, 88, 89, 93, 94, 128, 140, 147, 149, 168, 175, 188, 198, 205, 206, 208, 209, 210, 212, 213, 222, 223, 224, 228  
Pression artérielle 74, 92, 192  
Prévention contre la transmission mère-enfant 22, 81, 149  
Processus d'appel d'offres 47, 48, 49, 54  
Prophylaxie post-exposition 142  
Prophylaxie post-exposition au VIH 119, 201  
Rapport financier trimestriel 51  
Rapport narratif trimestriel 50, 174, 176  
Recherche formative 27, 28, 31  
S&E 24, 123, 127, 131, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 152  
Sécurité des professionnels de santé 65, 67, 185  
Service autonome de dépistage du VIH 94  
Service mobile de dépistage du VIH 49, 50, 76, 78, 79, 80, 82, 83, 93, 95, 100, 124  
Services communautaires de dépistage du VIH 22, 23, 24, 27, 29, 57, 58, 59, 61, 63, 65, 73, 74, 99, 100, 103, 105, 109, 110, 125, 142  
Services de dépistage du VIH centrés sur le patient 32, 73, 94, 100, 151, 181, 184  
Sizakuyenza 54, 55  
Soutien psychosocial 57, 67, 69, 70, 74, 78  
Stockage de données électroniques 133  
Stockage des données 130  
Styles d'interview 59  
Suppression de la charge virale 102

Surveillance/Suivi et évaluation 20, 24, 46, 47, 58, 62, 68, 74, 111, 116, 121, 122, 133, 140, 143, 145, 171, 172, 214, 225  
Système de localisation 131  
Test de grossesse 32, 74, 79, 93, 94, 146, 188, 192, 205, 206  
Thérapie/Traitement antirétroviral(e) 21, 23, 29, 35, 87, 100  
Tuberculose pulmonaire 60, 64, 183

