POUR UN MONDE SANS SIDA, DÉMÉDICALISONS !

Osons le savoir-faire communautaire de qualité, à grande échelle, partout et maintenant

PLUS
COALITION INTERNATIONALE SIDA

PRÉSENTATION DE COALITION PLUS

Union internationale d'ONG communautaires de lutte contre le sida et les hépatites virales fondée en 2008, Coalition PLUS intervient dans près de 40 pays et avec une centaine d'organisations de la société civile. À travers le principe de gouvernance partagée qui la régit, notre union implique 15 organisations adhérentes, du Nord et du Sud, dans la prise de décision stratégique. S'inscrivant dans la démarche communautaire, Coalition PLUS milite pour que les personnes infectées, affectées ou particulièrement vulnérables au VIH et au VHC soient systématiquement associées aux processus décisionnels, de réalisation et d'évaluation des programmes de santé qui les concernent. À travers les différents programmes de son secrétariat et ses 6 plateformes sous-régionales d'interventions, elle a pour objectif de renforcer les capacités des associations communautaires, tout en organisant des espaces privilégiés de partage de connaissances et d'expertise. Attachée à l'excellence en gestion et au principe essentiel de gouvernance démocratique, Coalition PLUS est labellisée « Don en confiance » par le Comité de la Charte.

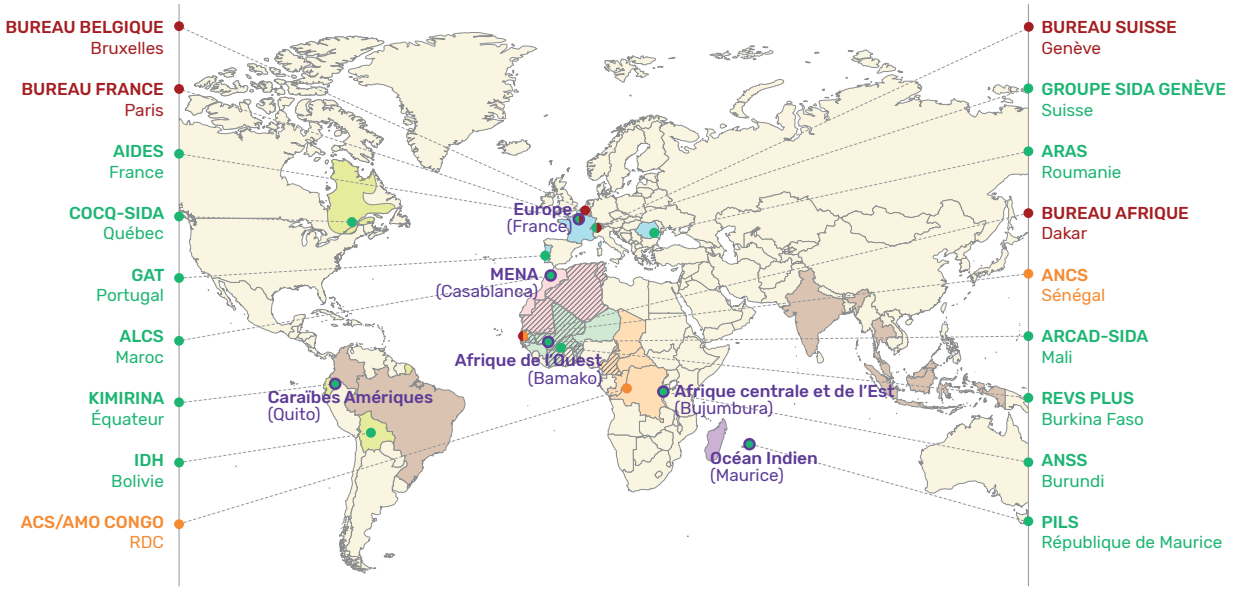
2017

35
pays

100
associations partenaires

> « Depuis 2008, il nous paraît indispensable de mettre en commun au niveau global le savoir-faire d'associations nationales de lutte contre le VIH/sida, qui ont toutes à cœur d'impliquer dans leur gouvernance et dans leurs programmes les communautés les plus vulnérables à l'épidémie. »
>
> *Vincent Pelletier, directeur général de Coalition PLUS*

LE RÉSEAU COALITION PLUS



- Membres
- Observateurs
- Bureaux
- Plateformes
- Projet VHC
- Membres d'Alliance Globale des Communautés pour la Santé et les droits (AGCS)

Plateforme Europe
(France, Portugal, Roumanie, Suisse)

Plateforme MENA
(Algérie, Maroc, Mauritanie, Tunisie)

Plateforme Afrique de l'Ouest
(Bénin, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Guinée Conakry, Mali, Niger, Sénégal, Togo)

Plateforme Afrique centrale et de l'Est
(Burundi, Cameroun, République centrafricaine, République du Congo, République démocratique du Congo, Rwanda, Tchad)

Plateforme Océan Indien
(Union des Comores, Madagascar, République de Maurice, Mayotte, La Réunion, Rodrigues, Seychelles)

Plateforme Caraïbes Amériques
(Équateur, Bolivie, Québec, Guyane française, Martinique, Guadeloupe, Saint-Martin)

SOMMAIRE

Édito 4

À qui s'adresse ce guide de plaidoyer ? 5

Introduction 6
"Démédicaliser ?" Pourquoi de toute urgence ?

I. Définitions et recommandations internationales : plus que déléguer, augmenter la qualité des actions de lutte contre le sida 8

1. Prévention et dépistage communautaire 8
   a. Le dépistage démédicalisé communautaire 8
   b. La prophylaxie pré-exposition (PrEP) 9
   c. L'autotest : un outil prometteur mais des prix prohibitifs 10
   d. Le TPE communautaire 10
2. Prise en charge et suivi communautaire 11
   a. La délégation de l'initiation et la distribution ARV : un pari gagnant 11
   b. La charge virale communautaire : une approche prometteuse et des projets pionniers 12
   c. Appui psychosocial et observance 12

II. Déconstruction des réticences sur la délégation des tâches 13

1. Idées reçues... comment contre-argumenter ? 13
2. Haut impact, résultats scientifiques mais faible mise en œuvre 15

III. Reconnaissance et valorisation du travail communautaire : nos pairs-éducateurs, cœur battant de la lutte 16

1. Assurer la bonne sélection des ASC 16
2. Offrir une formation continue 16
3. Garantir une rémunération adéquate et/ou encadrer le travail volontaire 16
4. Veiller à une répartition efficiente des ASC avec les populations clés 17
5. Intégrer les ASC dans la réponse globale 17

IV. À l'action ! Démédicalisons ! 18

1. Où en est votre pays et quels efforts de plaidoyer déployer ? 18
2. Revendications générales pour opérationnaliser le principe de la délégation des tâches 19

V. Prise en charge communautaire et démédicalisation en Afrique francophone 22

1. La contribution des membres africains de Coalition PLUS 22
2. Partage d'expertise et transfert de savoir-faire dans Coalition PLUS 24

Appel à la démédicalisation pour un monde sans sida 26

ÉDITO

La lutte contre le sida fait face à un tournant. Après les progrès accomplis ces trente dernières années qui ont abouti à la mise sous traitement de 15 millions de personnes, **nous stagnons aujourd'hui à mi-chemin :** la moitié des 37 millions de personnes vivant avec le VIH ne connaissent pas leur statut, 2 millions de nouvelles infections sont recensées chaque année, et l'épidémie fait encore rage chez les populations clés fortement exposées au virus et à la stigmatisation, notamment les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, les travailleur-se-s du sexe et les usager-ère-s de drogues injectables. Dans le même temps, le sida suscite moins d'intérêt et de financements internationaux, et certaines régions telles que l'Afrique francophone marquent un retard conséquent dans la riposte.

Pourtant aujourd'hui nous n'avons plus d'excuses : les avancées scientifiques réalisées nous ont permis de disposer d'outils qui rendent possible une sortie de l'épidémie dès 2030. **La clé de la réussite repose désormais sur notre capacité à agir ensemble, nous acteurs et actrices de la lutte contre le sida, dans toute notre diversité et notre complémentarité.** Cela implique l'engagement des agents communautaires et des infirmier-ère-s dans la prévention, le dépistage et la prise en charge du VIH, comme préconisé par l'OMS et l'ONUSIDA.

Au-delà des principes, il est temps de mettre le communautaire au cœur de la riposte, volonté première de Coalition PLUS qui a été fondée sur l'idée partagée par ses membres que la lutte contre le VIH/sida ne pouvait être menée qu'avec et par les personnes infectées et affectées par le virus.

À l'occasion de l'AFRAVIH 2018, nous demandons au monde scientifique et politique de soutenir **notre appel à la délégation des tâches vers les communautaires.**

Pr Hakima Himmich,
Présidente de Coalition PLUS

“ Les agents de santé communautaires stimulent l’innovation dans la prestation des services de santé [...] fournissent des soins de qualité supérieure [...] accélèrent les progrès vers la couverture de santé universelle [...] renforcent l’efficacité et la durabilité des systèmes de santé”

ONUSIDA, 2017, extrait de l’Initiative 2 millions d’agents de santé communautaires en Afrique, tirer pleinement profit du dividende démographique, mettre fin à l’épidémie de sida et assurer durablement la santé pour tous en Afrique

Françoise Barré-Sinoussi, Prix Nobel de Médecine

”Sans un système de santé performant, qui s’appuie sur les milieux communautaires et l’ensemble des professionnels de santé, il est difficile d’organiser la prévention et les soins auprès de toutes les populations concernées par le VIH.”

Actions traitements, IAS 2017 – 3 questions à… Françoise Barré-Sinoussi, 26 juin 2017

À QUI S’ADRESSE CE GUIDE DE PLAIDOYER ?

À la fois acteurs communautaires, acteurs collectifs de plaidoyer, et acteurs de mise en œuvre sur le terrain, Coalition PLUS et ses membres veulent faire de l’accélération de la lutte contre le sida une réalité. Ils publient leurs propositions aux Etats et aux organisations internationales engagés dans le plan de rattrapage en Afrique de l’Ouest et du Centre (AOC), et au niveau global.

Dans la phase actuelle de développement des plans de rattrapage aux niveaux des pays, Coalition PLUS souhaite mettre en avant la délégation des tâches des médecins vers les infirmiers et aussi vers les agents de santé communautaire comme stratégie complémentaire et indispensable pour viser l’objectif des 90 – 90 – 90.

À travers ce document, ciblé principalement sur la démédicalisation du dépistage et des soins pour atteindre les populations clés, Coalition PLUS s’adresse :

- **aux médecins et personnel soignant** dont le soutien est incontournable pour briser les réticences qui entourent toujours la délégation des tâches et freinent son développement ;
- **aux autorités nationales et aux partenaires techniques et financiers i**nvestis dans la lutte contre le VIH afin de partager l’analyse sur la situation d’urgence et les solutions communautaires pour y remédier ;
- **aux acteurs communautaires** pour les appuyer dans le travail d’argumentation en fonction de la situation nationale vers l’autorisation, le déploiement et le passage à l’échelle de toutes les modalités de mise en œuvre de la délégation des tâches dans leur pays.

Les réticences au large développement de la démédicalisation comme stratégie complémentaire de la lutte contre le VIH/sida relève souvent d’un manque de reconnaissance de la qualité du travail communautaire. Le présent document tente de répondre à ce manque en se basant sur des preuves et études scientifiques.

INTRODUCTION

"Démédicaliser ?"
Pourquoi de toute urgence ?

Malgré les immenses progrès réalisés ces dernières décennies dans la riposte à VIH, le sida continue sa progression et reste une urgence sanitaire mondiale.

En 2013, il manquait 17,4 millions d'agents de santé dans le monde pour dispenser des services de soins de santé primaires essentiels, les pénuries les plus importantes concernant l'Afrique et l'Asie du Sud-Est[1]. Parmi les causes de cette pénurie, le fait que beaucoup de professionnel-elle-s de santé quittent leurs pays pour des positions plus attractives.

En 2018, nous sommes encore très loin des objectifs d'accélération vers les 90-90-90 lancés par ONUSIDA en 2014 et prévus pour 2020. L'urgence est réelle et la réponse doit être déterminée, la fin du sida est encore loin.

Au niveau mondial

43 %
des personnes vivant avec le VIH restent à diagnostiquer

2 millions
de nouvelles infections chaque année

1re cause de mortalité
chez les femmes de 15 à 44 ans

Au niveau mondial, **43 % des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) restent à diagnostiquer[2].**

Deux millions de nouvelles infections sont encore comptabilisées chaque année et le sida reste **la première cause de mortalité chez les femmes de 15 à 44 ans.**

L'épidémie reste particulièrement dévastatrice parmi les populations clés, fortement exposées au virus notamment :

les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH) connaissent une épidémie en moyenne 30 fois supérieure à celle de la population générale[3],

une prévalence au niveau mondial chez les travailleur.se.s du sexe (TS) de 12%4 et de 13,1%5 parmi les usagers de drogues injectables (UDI).

54% des personnes vivant avec le VIH n'ont encore pas accès aux traitements antirétroviraux à fin 2015[6] et les écarts à combler sont particulièrement forts dans certaines régions.

L'Afrique de l'Ouest et du Centre accuse un retard particulièrement fort[7]:

3 personnes sur 4 n'ont pas accès aux ARV et 1 décès sur 4 lié au sida dans le monde survient dans la région

21% des nouvelles infections dans le monde.

Slogan de mobilisation à l'ICASA d'Abidjan, 2017

Depuis 2016, un nouvel affichage est donné à la dynamique d'accélération : la production par l'ONUSIDA de plans de rattrapage pour certains pays de la région. Aux côtés d'autres leaders de la société civile régionale d'Afrique francophone, Coalition PLUS désigné conseiller spécial de l'ONUSIDA sur le processus de rattrapage en AOC, s'efforce de veiller à l'opérationnalisation de ces plans en apportant son expertise à la fois d'acteur communautaire, d'acteur collectif de plaidoyer et d'acteur de mise en œuvre sur le terrain afin de faire de l'accélération une réalité.

L'Afrique de l'Ouest et du Centre

3 pers. sur 4
n'ont pas accès aux ARV

1 décès sur 4
lié au sida

21 %
des nouvelles infections dans le monde

1 Health workforce requirements for universal health coverage and the Sustainable Development Goals. 2016, World Health Organization: Geneva.
2 Prevention gap report. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2016
3 World AIDS Day Report 2012. Geneva, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 2012, World AIDS Day Report 2012. Geneva, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 2012, http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2012/gr2012/jc2434_worldaidsday_results_en.pdf
4 http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85330/1/9789242504743_fre.pdf?ua=1
5 World drug report 2014. Vienna, United Nations Office on Drugs and Crime, 2014.
6 UNAIDS, 2015
7 En 2016, MSF dans son rapport *Le Prix de l'Oubli,* tirait la sonnette d'alarme sur la situation en Afrique de l'Ouest et du Centre (AOC). https://www.msf.fr/sites/www.msf.fr/files/hiv_brief_fr_8_pages_lowres.pdf

Dans cette optique d'accélération de la riposte, des solutions communautaires efficaces et de qualité existent pour répondre aux défis de l'accès aux soins des populations clés.

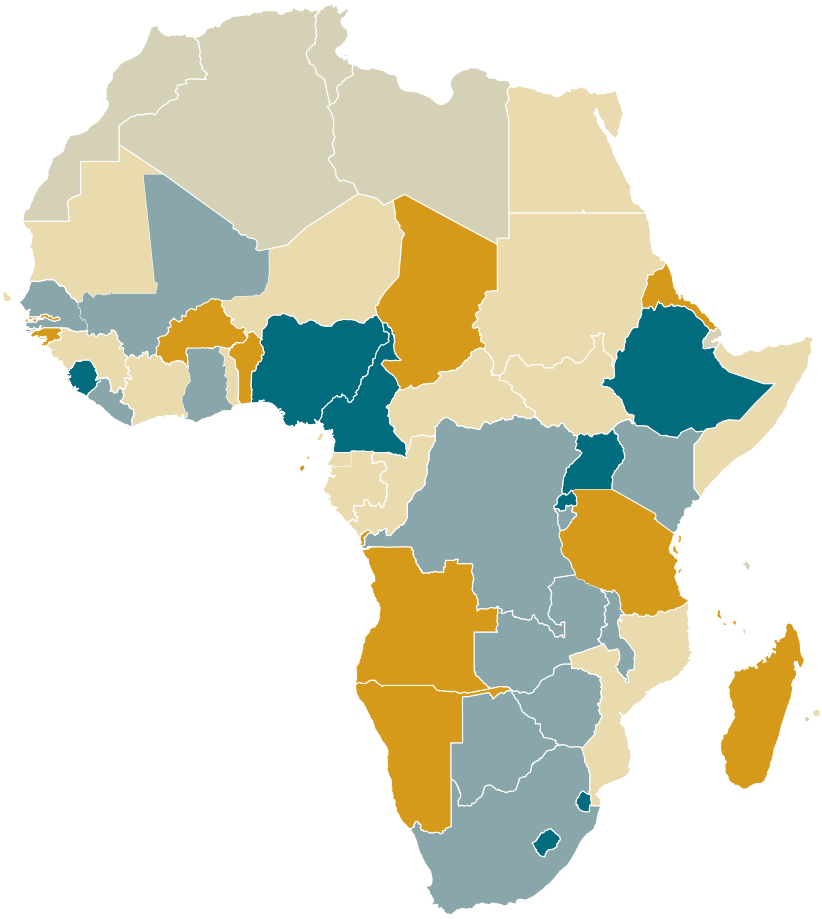
Le dépistage, le traitement et le maintien dans le soin restent insuffisants à cause d'obstacles liés, entre autres, au manque de ressources humaines et aux difficultés rencontrées par les populations clés dans l'accès aux services. Confrontées à des obstacles à l'accès aux soins d'ordres socio-culturels, structurels et légaux, les populations clés se heurtent aux manques de stratégies de dépistage et de rétention ciblées, répondant à leurs besoins spécifiques, requérant confiance et non jugement et auxquels la **paire-éducation** répond.

Ces enjeux rencontrés par les pays à ressources limitées pour accélérer la riposte à VIH ont redynamisé ces dernières années un débat existant sur la démédicalisation, qui consiste à déléguer une tâche jusqu'alors dévolue aux médecins à d'autres travailleurs de santé notamment des infirmiers et infirmières et aux agents de santé communautaires (ASC) du système public et ceux des associations communautaires.

Coalition PLUS souhaite apporter une contribution au combat contre les réticences toujours présentes, la frilosité parfois observée et les obstacles persistants à la mise en œuvre effective de la délégation des tâches.

OSONS LA DÉMÉDICALISATION !

La densité de la population des agents de santé communautaires varie considérablement en Afrique



Densité de la population des agents de santé communautaires (/1000)

- Moins de 0.5/1 000
- Entre 0.5 & 1.0
- Entre 1.0 & 2.0
- Plus de 2.0
- Pas de données

I. DÉFINITIONS ET RECOMMANDATIONS INTERNATIONALES : PLUS QUE DÉLÉGUER, AUGMENTER LA QUALITÉ DES ACTIONS DE LUTTE CONTRE LE SIDA

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a émis des recommandations officielles à la délégation des tâches des médecins aux infirmiers et infirmières et des médecins aux agents de santé communautaires (ASC) dans le **dépistage**, la **prescription et la distribution des antirétroviraux.**

Qui sont les Agents de Santé Communautaires (ASC) ?

Les ASC désignent toute personne exerçant des fonctions liées à la prestation de soins de santé et formée à la délivrance de prestations spécifiques, mais n'ayant reçu aucun certificat professionnel formel ou diplôme d'enseignement supérieur. Les ASC doivent être des membres de la communauté pour laquelle ils travaillent et être sélectionnés par celle-ci. [OMS, 2015]

Les ASC ne représentent pas une catégorie uniforme : ils opèrent dans des environnements variés. Il faut distinguer deux modalités de travail différentes ; cette distinction donne corps à la définition de l'action "communautaire", telle que nous la définissons :

Les ASC des associations à base communautaire : ce sont des personnes dont le travail relève de la responsabilité de la structure communautaire et de sa nature même ; c'est ce rapport de forte proximité créé au sein de l'association communautaire qui définit le cadre et la qualité de leur travail.

Tandis que les ASC du système de soins public sont des agents fonctionnaires de l'Etat ; de ce fait,
le rapport établi avec le patient reste inscrit dans le cadre d'une relation agent public - usager.

"L'action communautaire en santé, ce n'est pas « juste » impliquer les personnes atteintes ou issues des communautés. C'est une démarche scientifique, basée sur les théories du changement, qui utilise la communication de proximité, basée sur l'identité ou les identités, réelles ou perçues, pour obtenir une modification des comportements liés à la santé, au sein d'une communauté."

Vincent Pelletier, Directeur Général de Coalition Plus

© Coalition PLUS

La démédicalisation, concrètement... comment ?

1/ PRÉVENTION ET DÉPISTAGE COMMUNAUTAIRE

a) Le dépistage démédicalisé communautaire

OMS, 2015 : Les agents communautaires ayant reçu une formation peuvent, en utilisant des tests diagnostiques rapides, délivrer de manière autonome des services sûrs et efficaces de dépistage du VIH. [Recommandation forte]

Pallier au manque de médecins, mais pas seulement :

Une plus grande capacité à établir avec les populations clés des relations de confiance : la proximité des agents communautaires avec les groupes clés desquels ils sont issus favorise la confiance et le dialogue. Elle impacte ainsi positivement la réduction de la stigmatisation, encore bien présente et désincitative dans les centres de santé classiques notamment dans des contextes où la prostitution, l'homosexualité et l'usage de drogues injectables sont criminalisés. D'après une étude multi-pays (Brésil, Ethiopie, Malawi, Namibie, Ouganda), 90% des PVV IH sont satisfaits ou très satisfaits des ASC qui leur sont attribués. Lors d'un projet pilote sur le dépistage communautaire démédicalisé mené dans quatre villes au Maroc de 2014 à 2015, 95% des bénéficiaires se sont dit satisfaits de cette offre de dépistage, citant notamment la facilité accrue de communication, le respect de la confidentialité et la plus grande liberté à discuter de leurs pratiques sexuelles avec des agents communautaires.

DÉLÉGATION DES TÂCHES = CONFIANCE + QUALITÉ

Plus de flexibilité pour atteindre de nouvelles populations : les ASC offrent généralement une **plus grande mobilité et des horaires plus flexibles** que les médecins ; ils peuvent alors proposer des séances de conseil et dépistage durant des créneaux convenant mieux à certaines populations, par exemple la nuit. D'autre part, ils peuvent réaliser du dépistage dans des centres de santé communautaire ou même directement au sein des communautés et **atteindre ainsi de nouvelles populations.** Le projet pilote sur le dépistage communautaire mené au Maroc a illustré cela en montrant que 68% des personnes dépistées par des ASC dans le cadre de l'étude l'étaient pour la première fois. L'implication des ASC bénéficie également au développement de nouveaux outils de dépistage tels que les autotests, car ils en assurent la promotion et la diffusion au sein des populations les plus exposées au VIH/sida.

Dans une enquête de 2017 menée par l'OMS sur les politiques de dépistage dans 50 pays, seuls 42% des pays permettaient aux ASC de réaliser du dépistage, et 56% d'administrer le counselling pré- et post-test[8]. Moins de la moitié des données rapportées par les pays dans l'enquête étaient en concordance avec les données sur les politiques de dépistage rapportées via le Rapport mondial d'avancement sur la lutte contre le sida de l'ONUSIDA de 2015, mettant en évidence le caractère souvent informel de la pratique du dépistage communautaire et la difficulté à obtenir des informations fiables.

Aujourd'hui, des efforts de plaidoyer sont nécessaires pour :

- L'intégration du dépistage communautaire dans les politiques officielles de dépistage pour veiller à un encadrement et la mise en place de système de suivi et qualité
- L'accélération de sa mise en œuvre effective dans les pays

DÉLÉGATION DES TÂCHES = EFFICACITÉ + IMPACT

b) La prophylaxie pré-exposition (PrEP)

L'implication communautaire dans le volet préventif du VIH a toujours été très forte notamment pour la mise à disposition des outils classiques de prévention comme le préservatif pour les populations clés. Plus récemment, la prophylaxie pré-exposition ou PrEP – qui consiste en l'utilisation préventive d'un traitement antirétroviral pour des personnes séronégatives pour se protéger de la contamination au VIH – s'est révélée un outil de prévention extrêmement efficace pour réduire le nombre d'infections.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) recommande l'utilisation de la PrEP pour « les personnes à risque élevé d'infection à VIH », soit chez les populations au sein desquelles la prévalence dépasse 3% en l'absence de PrEP (OMS, Lignes directrices consolidées sur l'utilisation d'ARV pour traiter et prévenir l'infection à VIH, novembre 2015)

Selon l'OMS, « les associations à base communautaire, particulièrement celles qui travaillent avec les populations clés – devraient jouer un rôle important dans le déploiement de la PrEP en impliquant les personnes les plus à risque, fournissant de l'information sur la disponibilité de la PrEP et promouvant le lien entre les fournisseurs de PrEP et les services sanitaires, sociaux et communautaires de soutien »[8].

L'expérience pilote Ipergay menée auprès de 400 HSH s'est fortement appuyée sur un réseau d'agents communautaires qui ont pu jouer un rôle dans l'autonomisation des participants à l'utilisation de la PrEP et l'accompagnement dans la santé sexuelle. Au Maroc, l'ALCS a lancé une étude pilote d'acceptabilité de la PrEP auprès des HSH et TS qui a été rendue possible par l'existence dans les centres de l'ALCS d'un tissu d'agents communautaires déjà présents et formés sur la prévention de proximité auprès des populations clés et le dépistage communautaire. Tous les agents communautaires ont bénéficié de deux journées de formation sur la PrEP avant le début du projet pour pouvoir assurer entre autres les tâches de promouvoir la PrEP auprès des populations clés, recruter les participants à l'étude, faire le lien avec les laboratoires d'analyses médicales pour l'acheminement des prélèvements et des résultats d'analyses ou encore la distribution des préservatifs et du gel.

8 WHO, Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection, 2016

c) L'autotest: un outil prometteur mais des prix prohibitifs

OMS, 2016 : « L'autotest doit être offert comme approche additionnelle aux services de dépistage du VIH » [Recommandation forte]

ONUSIDA, 2014 : « Des initiatives de dépistage proactives sont nécessaires avec l'utilisation d'un large éventail d'approches de soutien et de dépistage du VIH y compris l'autotest »

L'autotest permet à une personne qui veut connaître son statut VIH d'effectuer un test – par un échantillon salivaire ou une goutte de sang – et d'en analyser le résultat seule et en privé. Plusieurs modèles de distribution des autotests existent et certains impliquent la présence des ASC dans la distribution, le conseil pré-test ou le conseil post-test.

L'un des avantages majeurs de l'autotest est la confidentialité qu'il garantit, ce qui en fait **un outil complémentaire de dépistage particulièrement attractif pour les populations clés criminalisées.** C'est également un moyen de surmonter la distance géographique et les contraintes de transport. L'autotest devient ainsi un nouveau moyen à notre disposition pour promouvoir un dépistage plus régulier et ciblé pour les populations clés.

Soumis à de très fortes réticences et aux idées reçues, notamment l'isolement face aux résultats, les autotests restent largement inaccessibles au Sud notamment à cause de leur prix très variable. Dans les pays développés, les prix varient entre 22 et 48 US$ dans le secteur privé et entre 7,50 et 15 US$ dans le secteur public. Dans les pays à revenus faibles et intermédiaires, les prix varient entre 3 et 14$ dans le secteur public mais restent très peu disponibles en dehors de quelques projets pilotes de recherche. Dans le secteur privé dans les pays en développement, des tests sont vendus en pharmacie à des prix qui varient entre 9 et 14 US$ et restent limités à peu de pays (Brésil, Kenya, Afrique du Sud). A titre de comparaison, les TROD qui utilisent la même technologie coûtent approximativement 0,50 US$.

Ne tardons pas, à nouveau, à permettre l'accès à tous les outils de prévention au Sud, dont les dernières innovations.

d) Le TPE communautaire

Le traitement post-exposition (TPE) ou « traitement d'urgence » permet d'éviter l'infection au VIH après un risque d'exposition (rupture, glissement ou non-utilisation du préservatif, blessure ou coupure avec un objet souillé de sang ou de sperme, partage de matériel d'injection de drogues). Il consiste en la prise d'une trithérapie pendant un mois, avec une première prise au plus tôt et au maximum 48 heures après l'exposition au risque.

Projet STAR (Self-Testing Africa project) et autotest communautaire :

Le projet de recherche STAR mené dans six pays (Zimbabwe, Zambie, Malawi, Lesotho, Swaziland et Afrique du Sud) par l'ONG PSI avec des financements d'UNITAID, a permis de tester divers modèles de distribution communautaire de l'autotest. Parmi les modèles qui ont montré les plus forts impacts en termes de taux de positivité, STAR a testé la distribution des autotests en porte à porte par les ASC auprès des populations clés ainsi que la distribution des autotests par les pair-e-s éducateur-trice-s pour les populations clés. D'autres modèles testés plus tard dans le projet sont en cours d'évaluation ou en phase pilote. Parmi eux, la distribution d'autotests dans le cadre des programmes PrEP ou encore la distribution secondaire d'autotests par les professionnelles du sexe pour leurs clients. Une série de focus groupes menés par l'ALCS au Maroc en 2016 pour tester l'attractivité et l'acceptabilité des autotests auprès des populations clés a également fait ressortir de la part des professionnelles du sexe la possibilité pour elles de proposer des autotests à leurs clients.

Dans la majorité des pays où il est disponible, le TPE est accessible uniquement dans les services d'urgence et reste largement inaccessible aux populations clés. En cause, la faible connaissance de l'outil mais également le fait que les services d'urgence, de caractère généraliste, sont peu adaptés aux populations clés. En France, le TPE a donc été mis à disponibilité en 2015 dans les Centres Gratuits d'Information et de Diagnostic (CeGIDD) – communautaires et souvent spécialisés sur les services aux populations clés.

Une étude réalisée en France en 2016 sur les freins et les leviers du recours au TPE[9] a mis en évidence la préférence des usager-e-s de la disponibilité du TPE dans les « lieux alternatifs » soit les pharmacies et les CeGIDD. Parmi les raisons de ces préférences :

- **La meilleure qualité de la relation** dans les centres spécialisés avec un rapport de proximité facilité et une approche non-jugeante
- **La plus grande accessibilité géographique** et discrétion dans les lieux alternatifs
- **La rapidité** de la prise en charge
- **La possibilité d'être accompagné par un acteur associatif** mais aussi par un proche et un acteur professionnel de santé est également perçu comme facilitateur.

9 Charpentier, Nicolas, et al. « Freins et leviers de la prise en charge du traitement post-exposition au VIH », Santé Publique, vol.28, no.6, 2016, pp 791-799.

2/ PRISE EN CHARGE ET SUIVI COMMUNAUTAIRE

© Coalition PLUS

a) La délégation de l'initiation et la distribution ARV : un pari gagnant

OMS, 2016 :
1. Les cliniciens non médecins formés, les sages-femmes et les infirmiers et infirmières peuvent instaurer les TARV[10] de première intention
2. Les cliniciens non médecins formés, les sages-femmes et les infirmiers et infirmières peuvent assurer le maintien des TARV
3. Les agents de santé communautaires formés et encadrés peuvent distribuer des TARV entre les consultations cliniques régulières.
Pour les personnes vivant avec le VIH qui reçoivent un traitement de substitution aux opiacés (TSO), le TARV doit être instauré et maintenu dans un endroit où le TSO peut également être dispensé. [Recommandation forte]

Les PVVIH cliniquement stables peuvent en outre bénéficier de services spécifiques :
1. des consultations cliniques moins fréquentes (tous les 3 à 6 mois)
2. des rendez-vous moins fréquents pour retirer les médicaments (tous les 3 à 6 mois)
3. des soins communautaires
4. l'arrêt de la numération des CD4 s'il est possible de mesurer la charge virale.
[Recommandation forte]

Pallier au déficit de ressources humaines et désengorger les centres de santé : l'implication des infirmier-e-s et des agents de santé communautaires dans la prise en charge des PVVIH permet alors une **réduction du temps d'attente** dans les structures de santé et le **suivi plus régulier des PVVIH.** Déléguer permet également une baisse significative de la charge de travail des médecins, et cet allègement ouvrirait à une prise en charge plus qualitative auprès de chaque patient.

Améliorer la proximité avec les usager-e-s : la délivrance des ARV peut être réalisée dans les structures communautaires proches géographiquement des populations clés avec pour effet **la réduction des distances** à parcourir, qui est un facteur de maintien dans le soin, mais aussi, **la réduction des coûts de transport.** D'autre part, comme pour le dépistage, l'implication des ASC dans la prise en charge **favorise le dialogue et la confiance** des usager-e-s dans le système de santé. Cela a pour effet de favoriser l'adhésion au traitement et de **réduire le nombre de perdus de vue.** Un projet pilote sur la délégation des soins et traitement au VIH sida mené en en Côte d'Ivoire a montré une amélioration de la rétention dans le soin de 71% à 90%.

« En restreignant indûment la profession infirmière dans la prise en charge précoce des personnes atteintes du VIH, les pays africains se privent du potentiel infirmier dans le déploiement de stratégies efficaces de santé publique. »

[Prise de position du Secrétariat International des Infirmières et Infirmiers de l'Espace Francophone (SIDIIEF) et d'ARCAD –SIDA Mali]

© Coalition PLUS

Une fois organisée la délégation des médecins aux infirmiers, ces derniers pourraient jouer un rôle de supervision de cette délégation vers les agents communautaires.

Si la majorité des pays ont acté le principe de modèles différenciés de TARV dans leurs stratégies nationales, il reste beaucoup à faire en matière d'autorisations réglementaires pour espérer la mise en œuvre effective de ces recommandations. Cela dit quelques pays notamment en Afrique francophone ont développé des modèles d'initiation et distribution du TARV communautaires adaptés aux populations clés. Parmi eux, **le Burundi via l'Association Nationale de Soutien aux Séropositifs (ANSS) pratique la délivrance communautaire d'ARV à travers des groupes thérapeutiques communautaires.** Les patients stables se voient délivrer des ordonnances pour 3 à 6 mois. Des PVVIH bénévoles peuvent venir s'approvisionner en médicaments sur la base de ces ordonnances dans les sites de l'ANSS et redistribuer les médicaments à qui de droit. **Au Mali, l'association ARCAD-SIDA est agréée depuis 2000 à la dispensation communautaire des ARV** qu'elle pratique sur ses 18 sites à travers le pays.

10 Traitement antirétroviral

b) La charge virale communautaire : une approche prometteuse et des projets pionniers

La mesure de la charge virale est la méthode de suivi privilégiée pour déterminer et confirmer un échec thérapeutique. Une mesure systématique de la charge virale doit être effectuée à 6 et 12 mois après le démarrage du TAR, puis tous les 12 mois pour les patients stables. [OMS, 2015]

Malgré les recommandations claires de l'OMS, la charge virale reste très peu accessible au Sud. Une enquête menée en 2015 par MSF a trouvé que 47 pays à revenus faibles et intermédiaires sur 54 recommandaient l'examen routinier de la charge virale chez personnes sous ARV[11]. Pourtant et en dépit d'une adoption large au niveau réglementaire, l'implémentation effective de la charge virale reste limitée à cause de barrières liées aux prix, aux défis logistiques et au manque de sensibilisation. Les appareils de charge virale représentent un investissement très coûteux qui atteint US$ 200 000, tandis que le prix des tests est lui très variable selon les pays. En outre, les appareils sont cantonnés aux grandes villes.

De nouvelles techniques et initiatives ont été mises en place pour faire baisser le prix de la charge virale – comme la location de matériel – et favoriser son accès dans les communautés.

Faire baisser les prix par la compétition et l'implication des agences multilatérales : En 2014, Roche, l'ONUSIDA, le Fonds Mondial, PEPFAR, le CDC, Unitaid et CHAI ont lancé un programme donnant l'accès à 77 pays au test de charge virale à US$9.40[12]. En Afrique du Sud où le monitoring de la charge virale est en place, la compétition a pu faire baisser le prix des tests en dessous d'US$ 8.

Permettre plus de flexibilité par l'innovation : Les tests DBS (dried blood spot ou échantillons de sang séché) permettent la conservation plus longue des échantillons qui peuvent ainsi se déplacer à la place des usager.e.s. La disponibilité des tests au point d'intervention – qui éliminent le besoin de déplacer les échantillons et raccourcissent le temps d'attente du résultat – est elle également de plus en plus répandue.

Décentraliser dans les communautés : La mise à disposition des machines dans les associations communautaires facilite quant à elle grandement l'accès à la charge virale pour les populations éloignées des villes et pour celles peu à l'aise dans les centres de santé et les laboratoires. Si ce sont toujours des biologistes qui effectuent la manipulation, la disponibilité des machines dans les associations permet une proximité accrue avec les communautés. Le Burundi et l'un des pays qui pratiquent cette « charge virale communautaire » dans le cadre du projet OPP-ERA opéré par Solthis avec financement d'Unitaid : le site de l'association ANSS situé à Bujumbura est équipé d'une machine de charge virale tandis que pour les sites de l'ANSS et de ses partenaires situés en dehors de la capitale, les prélèvements sont effectués sur place puis acheminés par l'ANSS vers la capitale.

Pour faire de l'accès à la charge virale une réalité dans les pays d'Afrique francophone, la mobilisation communautaire est indispensable en amont pour faire l'état des lieux et créer l'alerte, à travers des observatoires pour la disponibilité, l'accessibilité, la fonctionnalité et le rendu des résultats dans les délais.

La mise à l'échelle de toutes ces interventions pour l'accès à la charge virale dans les communautés permettra d'améliorer grandement les succès thérapeutiques des personnes vivant avec le VIH.

c) Appui psychosocial et observance

L'appui des acteurs communautaires dans le suivi et la prise en charge des PVVIH, indispensable pour garantir un suivi de qualité, est au cœur de l'activité des associations communautaires.

© Coalition PLUS

Qualité de vie et bien-être des usager-e-s : grâce **au soutien psychologique et social** apporté par leurs pair-e-s, les PVVIH sont plus confiantes et plus optimistes vis-à-vis de l'avenir[13]. Elles sont également plus enclines à divulguer leur diagnostic à leurs proches et mieux observantes au traitement[14].

Vers l'indétectabilité : les agents communautaires apportent également un **soutien à l'observance au traitement.** Certaines études de cohorte comparant des groupes de patients bénéficiant d'un soutien communautaire à des groupes suivis par des professionnels à l'hôpital ont montré une amélioration des indicateurs de charge virale, des taux de CD4, de rétention et de survie.

L'implication des communautaires dans le volet de la prise en charge sera donc déterminante pour viser un impact sanitaire et atteindre le troisième objectif 90 d'indétectabilité[15].

11 "The era of viral load is here", Sharonnan Lynch, Spotlight: https://www.spotlightnsp.co.za/2016/07/18/era-viral-load/
12 Liste des pays inclus dans l'intiative : https://aidsfree.usaid.gov/sites/default/files/roche_gai.pdf
13 Tenthani L, Cataldo F, Chan AK, Bedell R, Martiniuk AL, van Lettow M. Involving expert patients in antiretroviral treatment provision in a tertiary referral hospital HIV clinic in Malawi. BMC Health Serv Res. 2012;12:140. doi: 10.1186/1472-6963-12-140.
14 Shin S, Muñoz M, Zeladita J, Slavin S, Caldas A, Sanchez E, et al. How dœs directly observed therapy work? The mechanisms and impact of a comprehensive directly observed therapy intervention of highly active antiretroviral therapy in Peru. Health Soc Care Community. 2011;19(3):261-71. doi: 10.1111/j.1365-2524.2010. 00968.
15 Kipp W, Konde-Lule J, Rubaale T, Okech-Ojony J, Alibhai A, Saunders DL. Comparing antiretroviral treatment outcomes between a prospective community-based and hospital-based cohort of HIV patients in rural Uganda. BMC Int Health Hum Rights. 2011;11 (Suppl 2):S12. doi: 10.1186/1472-698X-11-S2-S12

II. DÉCONSTRUCTION DES RÉTICENCES SUR LA DÉLÉGATION DES TÂCHES

1. IDÉES REÇUES... COMMENT CONTRE-ARGUMENTER ?

IDÉE REÇUE N°1 : "TROP CHER"

La délégation des tâches serait un investissement trop coûteux dans un contexte de financements restreints

L'investissement dans le travail communautaire est une approche coût-efficace. La délégation des tâches libère du personnel médical pour d'autres tâches et permet donc de faire des économies en termes de coûts. À titre d'exemple, une expérience menée en Afrique du Sud sur un club communautaire de distribution d'ARV a montré une réduction des coûts annuels de 46% par rapport au modèle classique[17]. Une autre expérience menée en Chine sur un modèle où les interventions de prévention auprès des HSH étaient menées par des ASC a montré une réduction de 97% des coûts par rapport aux coût des interventions menées dans les centres de santé publics[18].

IDÉE REÇUE N°2 : "LES ASC FERONT DES ERREURS"

L'interprétation du test serait trop compliquée pour un non-médecin

Les ASC suivent une formation complète avant de pratiquer le dépistage ; cette formation se concentre notamment sur le geste du TROD et son interprétation. Par ailleurs, les autotests qui sont des TROD packagés individuellement peuvent être interprétés par tout un chacun même sans formation ce qui met en évidence la simplicité du geste.

En France, AIDES a été pionnière dans la démédicalisation du dépistage

Campagne de promotion du TROD, AIDES, 2011

IDÉE REÇUE N°3 : "QUALITÉ MOINDRE"

Un bon counseling pré- et post-test ne pourrait pas être assuré par un ASC

La formation reçue par les ASC n'intègre pas seulement le geste du TROD et son interprétation mais insiste aussi largement sur le conseil pré-test et le conseil post-test. D'après une enquête de satisfaction menée en 2013 par AIDES auprès des usager-ère-s de services de dépistage communautaire, 80% se sont dit satisfaits des informations transmises sur la prévention du VIH et 77% sur la proposition d'accompagnement après le test.

IDÉE REÇUE N°4 : "LES USAGER-E-S NE FONT CONFIANCE QU'AUX MÉDECINS"

Les bénéficiaires préfèreraient avoir affaire à des médecins qu'ils jugent plus sérieux que des ASC

Le dépistage démédicalisé n'est pas une approche unique mais s'intègre dans une stratégie combinée offrant différents services de dépistage pour convenir à différentes populations. Certaines personnes notamment chez les populations clés sont peu à l'aise dans les services de santé et auprès des médecins par peur de discriminations à leur encontre. D'après une enquête menée dans le cadre d'un projet pilote sur le dépistage communautaire au Maroc entre 2014 et 2015 :

- 95% des bénéficiaires étaient satisfaits de cette offre de dépistage VIH
- 100% des bénéficiaires ont accepté le dépistage réalisé par les conseillers communautaires
- Les bénéficiaires se sont sentis plus libres de discuter de leurs pratiques sexuelles avec des conseillers communautaires

IDÉE REÇUE N°5 : "PROBLÈMES DE RÉFÉRENCEMENT"

Le dépistage communautaire pourrait nuire au bon référencement des patient-e-s et au lien effectif vers la prise en charge

Les ASC sont généralement plus disponibles et flexibles et peuvent même accompagner physiquement les usagers à la confirmation et/ou à la prise en charge : on les appelle les navigateurs accompagnateurs. Les expériences menées jusqu'à présent on au contraire monté de bons résultats dans le référencement. Au Burkina Faso, une expérience pilote sur le dépistage communautaire menée en 2017 a montré que 83% des HSH et 94% des TS dépisté-e-s positif-ve-s ont été enrôlés dans le soin immédiatement après le dépistage[19].

17 Bemelmans M. Community-supported models of care for people on HIV treatment in sub-Saharan Africa. Trop Med Int Health. 2014;19(8):968–77.
18 Yan H. The increased effectiveness of HIV preventive intervention among men who have sex with men and of follow-up care for people living with HIV after 'task-shifting' to community-based organizations: a 'cash on service delivery' model in China. PLoS One. 2014;9(7):e103146.
19 Poster à l'AFRAVIH 2018 : « Offre de service de dépistage démédicalisé par les Pairs éducateurs HSH et TS : expérience de REVS PLUS »

IDÉE REÇUE N°6 : "IMPOSSIBLE INITIATION AUX TRAITEMENTS PAR LES INFIRMIERS"

L'initiation aux ARV devrait être réservée aux médecins seuls, l'initiation par les infirmières et infirmiers serait trop risquée

L'initiation du traitement ARV de première ligne par les infirmières et infirmiers et le sages-femmes relève d'une stratégie recommandée fortement par l'OMS de par les bénéfices qu'elle peut apporter en termes de désengorgement des services. L'initiation en première ligne thérapeutique est définie par des lignes directrices nationales définies selon les recommandations de l'OMS. L'initiation fait suite à la réalisation d'un test de charge virale et suit des procédures standardisées et sécurisées.

IDÉE REÇUE N°7 : "LES ASC MANQUERONT DE RIGUEUR DANS LA DISTRIBUTION DU TARV"

La délivrance du TARV par des ASC risquerait de donner lieu à des erreurs et un suivi des patients trop peu rigoureux

La délivrance des ARV par les ASC suit des procédures aussi rigoureuses que via les modèles de distribution classiques. Par ailleurs, les expériences ont montré des taux de rétention des patient-e-s dans le soin beaucoup plus élevés dans les modèles communautaires par rapport aux modèles médicalisés. À titre d'exemple, MSF a expérimenté la mise en place de points de distribution communautaires des ARV à Kinshasa en RDC par un réseau de PVVIH non professionnelles de santé formées à cet effet. Dans ce modèle, les patient-e-s qui ne se présentaient pas à leur rendez-vous étaient recherchés par téléphone ou via des visites à domicile avec l'aide d'un réseau de volontaires au niveau local. 95% des patient-e-s étaient maintenu-e-s dans le soin après 12 mois et 91% après 24 mois. A titre de comparaison, la rétention dans les centres de santé de la cohorte générale était de 64% après 12 mois sous TAR et de 58% après 24 mois.

IDÉE REÇUE N°8 : "PAS D'EXCEPTION VIH"

La démédicalisation demanderait un investissement et des efforts trop conséquents pour une approche court-terme et centrée uniquement sur le VIH

Renforcer le système communautaire est un moyen de renforcer les systèmes de santé. Le renforcement de l'approche communautaire dans le domaine du VIH peut avoir un impact large et positif sur les systèmes de santé dans leur ensemble. L'investissement sur les agents de santé communautaires accroît le nombre de ressources soignantes compétentes et allège la charge de travail des médecins, permettant l'augmentation du nombre de patient-e-s pris en charge. Elle se traduit également par une amélioration des flux de patient-e-s grâce aux ASC les dirigeant vers les hôpitaux ou se rendant à domicile pour évaluer leur état de santé, limitant les consultations dans les hôpitaux. Par ailleurs, plusieurs études montrent que les soins s'améliorent dans les zones rurales ou isolées. Les agents de santé communautaire peuvent être formés à diverses tâches sanitaires dépassant le VIH/sida et pour d'autres pathologies. A titre d'exemple, une étude menée à Washington D.C. a montré que le traitement de l'hépatite C administré par des agents de santé communautaires était aussi sûr et efficace que celui prodigué par des spécialistes. L'implication des agents de santé communautaire dans la promotion de la santé maternelle ou l'administration de contraceptifs injectables est également recommandée par l'OMS.

IDÉE REÇUE N°9 : "TROP INSTABLES"

L'approche communautaire reposerait sur les ASC qui sont des ressources humaines par nature instables ; il serait trop risqué de construire des approches de long-terme sur ces ressources

L'instabilité des ASC est due à une trop faible reconnaissance et à des contrats instables qui entraînent des conditions matérielles et financières instables. C'est pour cela que les ASC doivent bénéficier d'un cadre de travail sécurisant au sein des associations communautaires qui doivent quant à elles être financées pour assurer leur formation continue et leur rétention dans le système de santé global.

IDÉE REÇUE N°10 : "PAS D'ASSURANCE QUALITÉ"

Les approches communautaires n'auraient pas les mêmes mécanismes d'assurance qualité que les approches médicalisées

Le dépistage démédicalisé et la dispensation des ARV par les infirmier-ère-s et acteurs communautaires sont des approches recommandées par les institutions mondiales sanitaires et répondent aux mêmes exigences de qualité que les approches médicalisées : leur mise en place s'accompagne d'un cadre de formation, de qualité et d'évaluation continue parfois plus vigilant que pour les approches « classiques ». Parmi les points qui doivent être suivis et évalués à intervalles réguliers :

- la qualité de l'accueil et des activités de sensibilisation,
- la pertinence des informations et des conseils pré-test et post-test,
- les étapes de réalisation du test rapide, le stockage du test rapide et des fournitures médicales nécessaires,
- le respect de l'anonymat et de la confidentialité, les fiches de consultation,
- la qualité des bandelettes gardées, le processus d'orientation vers les services médicaux,
- les fiches d'accident d'exposition au sang,
- le recueil et la gestion des données, et la gestion des déchets. [Guide du dépistage de l'infection à VIH dans la région du Maghreb, Mars 2017]

Des outils de suivi ont déjà été mis en place dans de nombreux pays, notamment par des associations et doivent être mutualisés pour une généralisation rapide.

2. HAUT IMPACT, RÉSULTATS SCIENTIFIQUES MAIS FAIBLE MISE EN ŒUVRE

En 2014, une étude montre un taux de positivité 2 fois supérieur du dépistage communautaire par rapport au dépistage classique

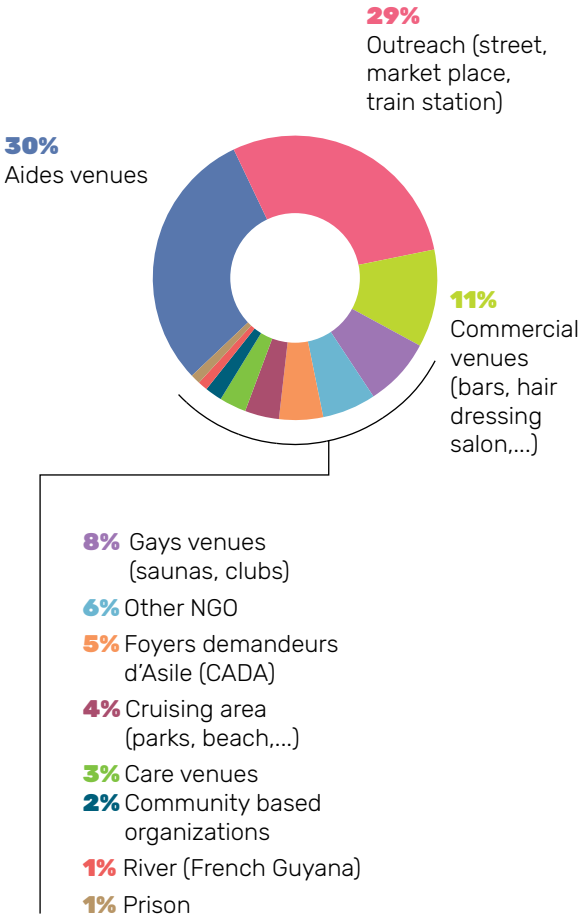
AIDES, précurseur dans la mise en place du dépistage communautaire en France

Dès 2008, AIDES expérimente avec l'ANRS le dépistage communautaire par les tests rapides d'orientation diagnostiques (TROD) via les projets Com-test et Drag'test, après avoir mené des consultations de terrain ayant montré les freins d'accès au dépistage chez les HSH et le besoin d'approche complémentaires les ciblant. Les expériences montrent des taux de satisfaction élevés de la part des usagers qui expriment entre autres une plus grande facilité à parler de leur sexualité. Le succès de ces expériences conduit les autorités françaises à reconnaître officiellement cette technique en novembre 2010 : les compétences militantes dans le domaine sont enfin reconnues. **Grâce à une stratégie forte de ciblage (le dépistage est réalisé dans les centres de dépistage associatifs, dans le cadre de stratégies mobiles et même à domicile pour aller au plus près des populations les plus exposées), la prévalence via le dépistage communautaire démédicalisé est plus de deux fois supérieure à celle des centres de dépistage « classique »** (0,74 en 2014 contre 0,36 pour le dépistage classique ; Bulletin épidémiologique hebdomadaire 32-33, novembre 2014)

« Dans le contexte mondial actuel centré autour de la prévention combinée, l'harmonisation des stratégies de dépistage et le ciblage des populations clés ne peuvent qu'impacter positivement la riposte au VIH »

Pr Mehdi Karkouri, Président de l'ALCS au Maroc

LIEUX DU TEST



SI LES STRATÉGIES DE CIBLAGE SONT UN SUCCÈS ET FONT DE LA DÉMÉDICALISATION UNE STRATÉGIE À HAUT IMPACT, PEU DE PAYS D'AFRIQUE DU NORD, DE L'OUEST ET DU CENTRE AUTORISENT LE DÉPISTAGE COMMUNAUTAIRE...

David E, A review of national HIV testing policies

III. RECONNAISSANCE ET VALORISATION DU TRAVAIL COMMUNAUTAIRE : LES PAIRS-ÉDUCATEURS, CŒUR BATTANT DE LA LUTTE

© Coalition PLUS

La nécessaire revalorisation des agents de santé communautaire : le rôle capital des communautés est encore trop peu reconnu et les investissements financiers sur l'approche communautaire largement insuffisants. Les ASC quand ils opèrent dans les pays font face à des situations de précarité et d'instabilité, leur statut étant peu reconnu et valorisé. **Pour assurer une implication communautaire optimale, les décideur-se-s doivent impliquer associations communautaires et populations clés dans l'élaboration des stratégies et respecter les exigences suivantes :**

1. ASSURER LA BONNE SÉLECTION DES ASC

Les ASC doivent pouvoir établir des relations de proximité et de confiance avec les communautés qu'ils ont vocation à servir. Les structures communautaires, grâce à leur positionnement et leur connaissance du terrain, sont les mieux placées pour identifier des acteurs réellement connectés aux communautés et démontrant une adhésion aux valeurs de non-stigmatisation et non-discrimination

2. OFFRIR UNE FORMATION CONTINUE

Les agents de santé communautaire doivent être formés avant d'opérer mais doivent également pouvoir bénéficier de formation continue pour être au fait de toutes les évolutions de la prévention, dépistage et prise en charge du VIH/sida. Les périodes théoriques et pratiques doivent être suffisamment longues pour acquérir des compétences clairement définies et les personnes supervisant les ASC doivent être clairement identifiées et formées à cette tâche.

3. GARANTIR UNE RÉMUNÉRATION ADÉQUATE ET/OU ENCADRER LE TRAVAIL VOLONTAIRE

La rémunération peut représenter un facteur clé du recrutement, de la rétention et de la professionnalisation des ASC. Les structures communautaires qui les embauchent et les encadrent doivent pouvoir leur offrir un cadre de travail et une rémunération suffisante et/ou des incitations appropriées et proportionnées. Les volontaires non rémunérés doivent pouvoir travailler dans un cadre clairement défini, se positionnant en soutien ou en complémentarité des ASC. Une stratégie de long-terme doit reposer sur des équilibres entre agents correctement rémunérés et valorisés et opérant à temps plein et volontaires associatifs lorsqu'ils existent.

4. VEILLER À LA PROXIMITÉ GÉOGRAPHIQUE DES ASC AVEC LES POPULATIONS CLÉS

Les agents de santé communautaires doivent pouvoir opérer au plus près des populations clés, au sein des structures communautaires spécialisées dans les services aux populations clés et via les stratégies mobiles selon les cartographies nationales. Dans les pays où des cartographies des sites de populations clés ne sont pas disponibles, les associations communautaires doivent être capacitées à les réaliser. La présence des ASC ne doit en aucun cas se limiter aux grandes structures de santé publiques et aux centres urbains.

5. INTÉGRER LES ASC DANS LA RÉPONSE GLOBALE

Seule l'occupation d'une place centrale par les acteurs communautaires dans toutes les étapes du continuum de soins de l'infection à VIH, dépistage et prévention comme prise en charge et suivi, nous permettra d'atteindre les groupes les plus exposés et d'assurer leur rétention dans le soin. C'est donc la reconnaissance et l'assurance du rôle des ASC et des structures communautaires dans lesquelles ils et elles opèrent comme cœur de la riposte qui nous permettra de mettre fin à l'épidémie.

L'APPEL DE L'ONUSIDA À LA FORMATION DE 2 MILLIONS D'AGENTS DE SANTÉ COMMUNAUTAIRES EN AFRIQUE

L'ONUSIDA a publié en juillet 2017 un rapport appelant à la formation de 2 millions d'agents de santé communautaires en Afrique, mettant en évidence le manque criant de ressources humaines sanitaires et le besoin de mettre à l'échelle les stratégies de prévention, dépistage et prise en charge pour atteindre les objectifs 90-90-90.

Selon le rapport, 10 mesures clés doivent être mises en œuvre au cours des deux prochaines années :

1
Le développement d'un personnel de santé communautaire robuste

2
La réforme des cadres politiques en vue de favoriser et d'accélérer la mobilisation du personnel de santé communautaire

3
L'élaboration d'un plan d'extension national assorti d'une échéance des agents de santé communautaires

4
L'autonomisation des communautés pour favoriser le recrutement des agents de santé communautaires

5
L'utilisation et l'adaptation des outils existants pour la formation des agents de santé communautaires

6
L'indemnisation équitable des agents de santé communautaires

7
L'encadrement adéquat, l'accès aux technologies mobiles et un suivi des performances des agents de santé communautaires

8
La formation d'autres professionnels de la santé dans le but d'affronter et de surmonter les contraintes au perfectionnement professionnel

9
S'assurer que les agents de santé communautaires disposent d'une structure organisationnelle

10
La mobilisation de ressources financières suffisantes pour la mise en œuvre de chaque plan national

Malgré des objectifs ambitieux et louables, l'appel de l'ONUSIDA n'est pas doté d'un plan d'action et le financement de 2 millions d'agents de santé communautaire reste indéfini. Par ailleurs, il n'y a pas eu jusqu'à présent de réelle consultation de la société civile sur l'évaluation des besoins et la faisabilité de la mise en œuvre.

IV. À L'ACTION ! DÉMÉDICALISONS !

L'OMS et l'ONUSIDA recommandent toutes les stratégies citées.

1. OÙ EN EST VOTRE PAYS ET QUELS EFFORTS DE PLAIDOYER DÉPLOYER ?

Cas de figure n°1

La démédicalisation n'est pas inscrite dans les stratégies nationales, nous faisons face à des barrières réglementaires.

Objectif

Lever les barrières réglementaires dans les pays

Quelles sont les raisons sous-jacentes aux barrières réglementaires à la démédicalisation dans votre pays ?
- Quels obstacles idéologiques ?
- D'où viennent les blocages… des décideurs, du milieu médical, des associations ?

Étapes de plaidoyer

Pour l'intégration de la démédicalisation dans les Plans Stratégiques Nationaux :

1. Faire remonter les obstacles à l'accès aux services de prévention, dépistage et prise en charge classiques rencontrés par les populations clés dans vos pays en l'absence de stratégies ciblées
2. Lister les réticences rencontrées dans vos pays selon les acteurs-rices et produire des argumentaires adaptés à votre contexte national
3. Établir des canaux de communication et de plaidoyer pour diffuser ces argumentaires auprès des acteur-rices et des décideur-se-s (rencontres officielles, médias, courriers)
4. Demander l'appui technique de l'ONUSIDA et de l'OMS pour convaincre les décideur-se-s de mettre en œuvre leurs recommandations (via des ateliers de présentation des recommandations en présence des responsables PSN par exemple)
5. Proposer en cas de persistance des réticences la mise en œuvre de projets pilotes de recherche pour recueillir des preuves d'efficacité et définir des modèles d'implémentation des stratégies démédicalisées adaptées aux contextes nationaux

Cas de figure n°2

Il n'y a pas de barrière réglementaire aux stratégies démédicalisées qui sont inscrites dans la stratégie nationale, mais le principe n'est pas opérationnel.

Objectif

Œuvrer pour l'opérationnalisation

Quelles sont les raisons de la non-opérationnalisation de la stratégie ?
- Quels obstacles idéologiques et/ou pratiques ?
- Quels acteur-rices bloquants ?

Étapes de plaidoyer

Pour l'opérationnalisation :

1. Établir les causes de la non-opérationnalisation des stratégies démédicalisées : réticences persistantes, manque de volonté politique, manque de financements domestiques et/ou internationaux ?
2. Établir des canaux de communication avec acteur-rices et les décideurs pour mener des actions d'influence selon les besoins (rencontres, courriers, campagnes publiques)
3. Demander l'appui technique et financier de l'ONUSIDA et de l'OMS pour l'application effective de leurs recommandations et la formation d'agents de santé communautaire par les structures associatives communautaires
4. Intégrer le financement des formations des ASC et l'implémentation des approches démédicalisées dans les notes conceptuelles et les demandes de reprogrammations des subventions du Fonds Mondial
5. Plaider pour l'accroissement de la part des activités communautaires dans les financements domestiques

Pour chaque étape, unissons nos forces.
Contact de l'équipe plaidoyer décentralisé de Coalition PLUS :
contactplaidoyer@coalitionplus.org

2. REVENDICATIONS GÉNÉRALES POUR OPÉRATIONNALISER LE PRINCIPE DE LA DÉLÉGATION DES TÂCHES

Aux États,

nous demandons :

- **La révision des directives nationales de lutte contre le VIH/sida et inclusion des recommandations OMS sur la délégation des tâches**
  - l'intégration du dépistage démédicalisé, de la prescription ARV et de la charge virale communautaire dans les directives nationales du VIH
  - Intégrer les infirmie-re-s et les agents de santé communautaires aux guidelines de prise en charge du VIH
  - Intégrer les autotests au panel d'outils de dépistage disponibles dans les pays, homologuer et autoriser la mise sur le marché des prototypes d'autotests et assurer le contrôle de qualité des kits autotests
- Le bilan des blocages à la mise en œuvre du test & treat pour trouver les goulots d'étranglement
- La réalisation de cartographies des populations clés basées sur l'expertise communautaire dans les pays
- Produire un état des lieux des besoins concernant la charge virale dans le pays
- **Renforcer les efforts pour l'atteinte du troisième pilier des 90-90- 90 sur la charge virale indétectable :** financer des appareils de charge virale au niveau central et décentralisés et la mise à disposition d'appareils au niveau communautaire (ex. points of care)
- Diffuser largement au niveau national l'importance du message de masse sur la non transmission du VIH par une personne séropositive dont la charge virale est indétectable : **Indétectabilité = Non Transmission**
- Inciter et donner autorisation aux associations de la société civile à être des sites d'hébergement des appareils de charge virale
- Mettre en place un système d'assurance qualité des résultats nationaux de charge virale à tous les niveaux (public, communautaire, privé)
- Veiller à l'harmonisation dans l'acquisition des appareils de charge virale afin d'en faciliter la maintenance et d'assurer la maintenance préventive et curative de ces machines
- Assurer l'application des normes et standards des laboratoires et assurer la disponibilité des ressources humaines et le renforcement de leurs compétences techniques
- Favoriser la mise en place de circuits d'acheminement des échantillons papier buvard de la périphérie vers le niveau central et veiller à la disponibilité régulière des intrants et produits connexes
- Favoriser le partenariat public privé pour étendre l'accès à la charge virale
- Intégrer la PrEP comme stratégie de prévention pour les populations clés dans les directives nationales

Aux membres des CCM,

nous appelons à intégrer dans les notes conceptuelles et/ou dans les demandes de reprogrammation :

- **Le financement des stratégies communautaires à haut impact**
- Le financement d'ASC au sein des structures communautaires
- Le dépistage démédicalisé communautaire
- La formation des agents communautaires au dépistage, à la dispensation des ARV et au suivi des PVVIH
- L'achat d'autotests
- La formation d'agents de santé communautaires au counselling pré et post test y compris à distance pour l'autotest
- La formation des infirmier-e-s et sages-femmes à l'initiation et au suivi des PVVIH sous ARV
- Le financement de lignes d'écoute téléphonique pour le counselling pré et post test du Fonds Mondial selon les besoins
- Le financement de machines de charge virale pour leur mise à disposition dans les associations communautaires
- Intégrer le financement de PrEP pour les populations clés dans les notes conceptuelles Fonds Mondial
- Intégrer le financement de projets pilotes de faisabilité et d'acceptabilité de la PrEP chez les populations clés dans les notes conceptuelles Fonds Mondial
- Intégrer le financement de centres de santé sexuelle à destination des populations clés dans les notes conceptuelles Fonds Mondial
- Intégrer la formation d'agents de santé communautaires habilités à dispenser la PrEP dans les notes conceptuelles Fonds Mondial

Au Fonds mondial,

nous demandons de :

- Soumettre une note demandant aux pays de mettre en place le dépistage communautaire démédicalisé ainsi que les autres stratégies de prévention, dépistage et traitement recommandées par l'OMS
- Soumettre une note demandant aux pays d'explorer les modèles de délégation de la prescription et le suivi ARV par les infirmier-e-s et communautaires ainsi que les autres stratégies de prévention, dépistage et traitement recommandées par l'OMS
- Négocier via le Pooled Procurement Mechanism des prix autotests accessibles et permettre aux pays bénéficiaires hors Pooled Procurement Mechanism de bénéficier des mêmes prix
- S'assurer de l'intégration de stratégies pour l'accès à la charge virale dans les notes conceptuelles
- Garantir aux pays éligibles l'accès effectif au test de charge virale à US$ 9,40 - comme permis par le programme Roche "Accès Global pour la charge virale VIH" dont le Fonds Mondial partie-prenante
- Susciter de nouvelles stratégies de baisse des coûts pour la charge virale
- Préparer une note incitant les pays à intégrer la PrEP ainsi que les autres stratégies de prévention recommandées par l'OMS dans les notes conceptuelles ou les demandes de reprogrammation
- Demander aux FPM de veiller à l'intégration de la PrEP et de méthodes de prévention innovantes pour les populations clés aux demandes pays de subventions du Fonds Mondial

À l'OMS et ses bureaux régionaux,

nous demandons :

- La production de guides de formation des agents de santé communautaires pour le dépistage, la dispensation des ARV et le suivi des PVVIH
- La production de guide de formation des infirmier-e-s et sages-femmes pour l'initiation et le suivi des PVVIH sous ARV
- L'élaboration d'un guide de supervision des agents communautaires et des infirmiers et sages-femmes
- Le financement des enquêtes et études d'acceptabilité sur la qualité des modèles de distribution ARV communautaires
- Veiller au financement des appareils de charge virale sur les subventions du Fonds mondial
- **L'organisation avec les bureaux régionaux de l'OMS d'atelier de :**
  - présentation des guidelines OMS sur le dépistage communautaire en présence des responsables des programmes nationaux VIH régionaux et de représentants communautaires
  - promotion de l'autotest et de leurs directives de dépistage en présence des responsables des programmes VIH nationaux
  - dpromotion des recommandations OMS sur le suivi thérapeutique et la charge virale
- **D'inciter les laboratoires à :**
  - demander des préqualification OMS pour leurs autotests de dépistage du VIH
  - commercialiser les autotests à des prix abordables
  - baisser les prix des appareils et des tests de charge virale
- Financer des études pilotes d'acceptabilité de la PrEP chez les populations clés dans les pays
- Organiser des ateliers régionaux de promotion de la PrEP et des directives de l'OMS en présence des responsables nationaux des programmes VIH et de représentants communautaires

À l'ONUSIDA,

nous demandons de :

- Plaider pour la mise en place des 2 millions d'agents communautaires en Afrique d'ici 2020 comme annoncé en juillet 2017
- Veiller à ce que les ASC soient impliqués dans les associations communautaires où leur impact sera le plus fort
- Produire des notes de plaidoyer à destination des pays et du Fonds Mondial pour demander l'intégration du dépistage communautaire démédicalisé dans les guidelines nationales du VIH et les notes conceptuelles du Fonds Mondial
- Veiller au financement des appareils de charge virale sur les subventions du Fonds mondial
- Produire un guide de valorisation des agents de santé communautaires
- Publier un rapport promouvant les modèles différenciés de prescription et distribution ARV sur la base des expériences réussies en Afrique subsaharienne
- Produire une note sur l'intérêt de l'autotest et de l'implication communautaire dans l'implémentation de la stratégie autotests dans les pays
- Apporter un soutien technique aux pays éligibles au programme Roche "Accès Global pour la charge virale VIH" - dont l'ONUSIDA est partie-prenante - pour l'accès effectif au test de charge virale à US$ 9,40
- Continuer à promouvoir la PrEP auprès des populations clés et veiller à sa mise en œuvre dans les plans d'urgence AOC

EN 2017, APPEL DU SECRÉTARIAT INTERNATIONAL DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DE L'ESPACE FRANCOPHONE (SIDIIEF) ET DE COALITION PLUS EN FAVEUR DE LA DÉLÉGATION DES TÂCHES

Afin de contribuer à l'atteinte de l'ambitieux objectif mondial visant à mettre fin à l'épidémie de SIDA en accélérant l'accès au traitement ARV à toutes les personnes infectées par le VIH le plus tôt possible après le diagnostic, le SIDIIEF et ARCAD-SIDA, membre de la Coalition Internationale Sida PLUS, unissent leur voix et leurs efforts et recommandent :

1) Que les États valorisent le rôle stratégique des infirmières et des infirmiers en soins de santé primaires et qu'ils soutiennent publiquement leur rôle en matière de dépistage, d'intervention précoce, de traitements et d'éducation thérapeutique ;

2) Qu'OMS-Afrique se prononce en faveur d'une délégation de pouvoirs cliniques élargis aux infirmières et aux infirmiers pour améliorer la prise en charge globale des patients infectés au VIH ;

- Que les États revoient le cadre légal de la profession infirmière pour lui permettre d'initier et de prescrire les traitements antirétroviraux, et qu'ils adoptent une politique de santé publique précisant le protocole de traitement national en matière de VIH-SIDA en s'appuyant sur les lignes directrices de l'OMS ;
- Que les États investissent dans la formation infirmière de niveau universitaire afin de soutenir des rôles infirmiers avancés et la coordination des parcours de soins par les infirmières et les infirmiers ;
- Que les États mettent en place des programmes de mise à jour des compétences infirmières et de formation continue en lien avec la prise en charge des patients infectés au VIH et qu'ils établissent des modalités de collaborations interprofessionnelles avec les médecins sur des protocoles thérapeutiques touchant la prise en charge des co-infections prioritaires possibles ;
- Qu'un programme africain de mentorat pour les infirmières et les infirmiers utilisant les technologies de l'information soit mis en place ;
- Que les États se dotent d'un cadre réglementaire de protection du public, dont l'adoption d'un code de déontologie pour la profession infirmière élaboré en collaboration avec les associations nationales infirmières ;
- Que les États adoptent une politique de santé sectorielle qui se traduira par des actions concrètes à tous les échelons gouvernementaux, ainsi que sur le plan populationnel. À cet égard, il est important que les infirmières et les infirmiers fassent partie intégrante des équipes interdisciplinaires et travaillent en étroite collaboration avec l'ensemble des acteurs communautaires à l'atteinte de l'objectif mondial visant l'éradication de l'épidémie du VIH.

Comment accélérer la riposte et déployer ces stratégies dans un contexte de financements restreints ?

Nous sommes actuellement à un tournant dans la lutte contre le sida : nous avons les moyens techniques et scientifiques de mettre fin à l'épidémie d'ici à 2030, pourtant nous assistons dans le même temps à un désintérêt grandissant et une réduction des financements de la part des Etats. Ces réductions se traduisent très concrètement dans les pays en développement par une baisse des moyens alloués à la lutte contre le sida. La plupart des pays d'Afrique de l'Ouest et du Centre ont vu leurs financements pour 2017-2019 stagner par rapport aux sommes reçues pour 2014-2016 et ne peuvent donc pas déployer les stratégies recommandées par l'OMS telles que la démédicalisation faute de moyens financiers et de volonté politique. Pourtant les investissements pour accélérer l'accès à des stratégies ciblant les populations clés sont **coût-efficaces sur le long-terme.**

V. PRISE EN CHARGE COMMUNAUTAIRE ET DÉMÉDICALISATION EN AFRIQUE FRANCOPHONE

1. LA CONTRIBUTION DES MEMBRES AFRICAINS DE COALITION PLUS

ARCAD - SIDA Mali
Association de Recherche de Communication et d'Accompagnement à Domicile des Personnes Vivant avec le VIH et le SIDA

Membre de la Coalition Internationale Sida PLUS

Au Mali : ARCAD-SIDA, l'Association de Recherche, de Communication et d'Accompagnement à domicile des personnes vivant avec le VIH/sida

2017

23550
tests réalisés

4957
cas positifs soit

21,05 %
par rapport à une prévalence nationale de **1%**

Créée en 1994, ARCAD-SIDA un acteur-clé dans le paysage de la lutte contre le VIH/sida au Mali et en Afrique de l'Ouest. Ses principaux axes d'interventions couvrent le renforcement de la prise en charge médicale des PVVIH, leur accompagnement psychosocial, la prévention primaire auprès des populations clés HSH, TS, UDI, miniers, détenus et personnes en situation de handicap, le plaidoyer et la promotion des droits humains pour l'accès à la santé, le renforcement de compétences des acteurs communautaires et enfin, la recherche communautaire en vue d'améliorer les connaissances et les pratiques dans la prévention et la prise en charge.

Agréée depuis 2000 à la dispensation communautaire des ARV, ARCAD-SIDA accompagne le Ministère de la Santé malien dans la décentralisation de la prise en charge et de l'accès aux traitements en dispensant les soins et le TARV dans 18 sites de prise en charge où elle accueille **55% de la file active du Mali.**

ARCAD intègre également au cœur de ses activités communautaires la **prise en charge psychosociale des PVVIH** et la **santé sexuelle des populations clés** à travers la « Clinique de Santé Sexuelle des Halles », une unité nocturne de prise en charge spécifique et adaptée aux populations clés.

ARCAD-SIDA pratique le dépistage démédicalisé dans plusieurs de ses centres et avec des dispositifs mobiles. L'association a lancé cette stratégie et l'a faite inscrire dans le PSN après une expérience pilote auprès de HSH et de TS qui s'est révélée prometteuse : 12,11% de séroprévalence chez les HSH, 14,5% de prévalence chez les TS, 63% des HSH positifs dépistés pour la première fois et 20% des TS. Au global, grâce à ses dispositifs de dépistage médicalisé et non-médicalisé, en 2017 ARCAD-SIDA a réalisé 23550 tests et trouvé 4957 cas positifs soit 21,05% par rapport à une prévalence nationale de 1%.

---

pils
Prévention Information Lutte contre le Sida

Membre de la Coalition Internationale Sida PLUS

2017

1683
tests réalisés

52
cas positifs soit

3,09 %

A l'Ile Maurice : PILS, Prévention Information et Lutte contre le Sida

Créée en 1996, PILS est l'association leader de la lutte contre le VIH/sida à Maurice. Son but est d'offrir une structure de soutien aux personnes vivant avec le VIH, à travers plusieurs types de services dont : les soins primaires, des groupes d'auto- support, l'éducation thérapeutique, l'assistance nutritionnelle, une clinique de santé sexuelle et le **dépistage communautaire.**

PILS est, depuis janvier 2012, récipiendaire principal du Fonds Mondial pour la société civile. À travers ses sous-récipiendaires, PILS a touché, en 2017, 7 984 personnes issues des populations clés. PILS est la seule association à proposer des tests du VHC et syphilis. PILS a réalisé 349 tests VHC en 2017, dont 211 de personnes positives. En 2017, 1683 tests de dépistage au VIH ont été réalisés avec 52 cas positifs soit 3,09%.

2017

13495
tests réalisés

497
cas positifs soit

3,68 %
par rapport à une prévalence nationale de **1,1 %**

Membre de la Coalition Internationale Sida PLUS

Au Burundi : l'ANSS, Association Nationale de Soutien aux Séropositifs et Malades du Sida

L'ANSS a été la première association à implémenter l'éducation thérapeutique du patient à travers les groupes d'observance. Toujours en pointe dans la réponse nationale, elle est à ce jour la seule structure communautaire nationale – et l'une des seules structures communautaires d'Afrique francophone – qui offre l'examen de **charge virale** depuis 2014. Créée en 1993, l'ANSS fut la première structure au Burundi à assurer la prise en charge globale des PVVIH, y compris **la dispensation communautaire** des ARV. Depuis 2009, en sa qualité de sous-récipiendaire des subventions du Fonds Mondial sur la thématique HSH, l'ANSS intervient dans 7 provinces du pays, dans lesquelles outre les services médicaux et psychosociaux, le dépistage volontaire des PC, elle a mis en place des centres de convivialité pour les HSH. En 2016, les PVVIH prises en charge par l'ANSS représentaient **12% de la file active nationale** (5 864 bénéficiaires). En 2017, l'ANSS a réalisé 13495 tests et a trouvé 497 cas positifs soit **3,68% contre 1,1%** de prévalence au niveau national.

2017

66532
tests réalisés

621
cas positifs soit

0,93 %
par rapport à une prévalence nationale de **0,1 %**

Membre de la Coalition Internationale Sida PLUS

Au Maroc : l'ALCS, Association de Lutte Contre le Sida

L'ALCS fut, en 1988, la première association de LCS constituée au Maghreb et au Moyen-Orient, alors que le premier cas de sida venait d'être déclaré au Maroc seulement deux ans plus tôt.
L'ALCS représente une véritable locomotive de la LCS et réalise à elle seule, près de **80% des objectifs nationaux en matière de couverture d'accès aux services des populations clés.** On peut citer les programmes de prévention auprès des PS et HSH mis en place par l'ALCS dès 1993, la mise en place dès la création de l'ALCS d'une commission de prise en charge des PVVIH puis d'activités d'éducation thérapeutique en 1998 lors de l'introduction des trithérapies, le **dépistage rapide** depuis 2003, la clinique de santé sexuelle de Marrakech et la première étude RDS auprès des HSH en 2011. L'ALCS continue à innover par la mise en place d'une **offre de dépistage communautaire non médicalisé** en 2014, l'implémentation d'une étude visant à mesurer l'acceptabilité et la faisabilité de la **PrEP** auprès des HSH et des TS en 2017. Au niveau national, l'ALCS dépiste plus de 40% des tests positifs. En 2017, l'association a réalisé 66532 tests et a trouvé 621 cas positifs soit **0,93% contre 0,1%** de prévalence au niveau national. Le **taux de positivité du dépistage démédicalisé atteint quant à lui 1,2%** toutes populations confondues, 2,3 chez les personnes migrantes et 1,7% chez les HSH (données ALCS, 2017)

2017

13915
tests réalisés

171
cas positifs soit

1,23 %
par rapport à une prévalence nationale de **0,8 %**

Membre de la Coalition Internationale Sida PLUS

Au Burkina Faso : REVS PLUS

Fondée en 1993, REVS PLUS (Responsabilité Espoir Vie Solidarité) est une association burkinabè communautaire de lutte contre le VIH/sida œuvrant dans le dépistage, la prévention et la prise en charge des personnes vivant avec le VIH. **Le dépistage démédicalisé,** autorisé dans le pays depuis 2008, est pratiqué par REVS PLUS à travers ses agents communautaires. Entre janvier et juin 2017, l'association a formé 12 agents de santé communautaires qui ont réalisé 74 sorties dépistages auprès de bénéficiaires HSH et TS. Les résultats de l'expérience ont été très probants, à titre d'illustration, 4,2% des HSH ont été dépistés positifs, 38,9% des TS l'étaient pour la première fois et 94% d'entre elles ont été enrôlées dans le soin immédiatement. En 2017, REVS PLUS a réalisé 13 915 tests et a trouvé 171 cas positifs soit **1,23% contre 0,8% de prévalence au niveau national.**
La prise en charge psychosociale par les agents communautaires est également au cœur des activités de REVS PLUS. Parmi les services proposés aux usager-e-s : l'éducation thérapeutique, les groupes de paroles, l'accompagnement psychologique individualisé et le soutien social, juridique et économique.
En outre, le Burkina Faso est l'un des pays qui permet l'initiation du traitement ARV par les infirmier-e-s et sages-femmes et le suivi et le renouvellement d'ordonnance par les agents paramédicaux des structures communautaires.

2. PARTAGE D'EXPERTISE ET TRANSFERT DE SAVOIR-FAIRE DANS COALITION PLUS

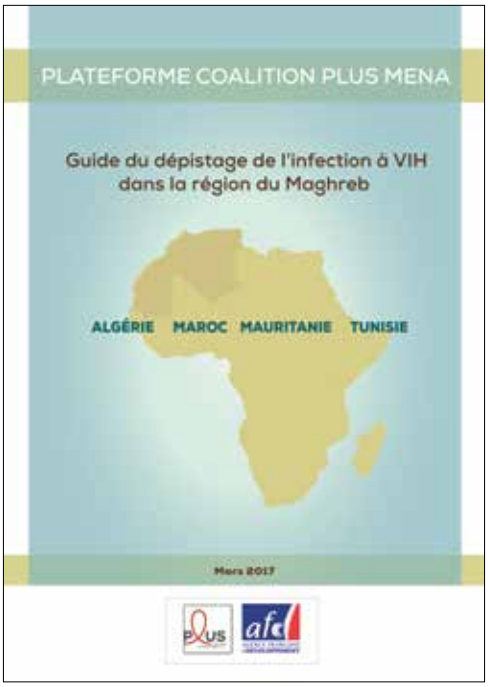
4 PLATEFORMES AFRICAINES : LES PRINCIPES DE COALITION PLUS EN ACTION

En 2014, Coalition PLUS a mis en place 4 Plateformes africaines sous-régionales de renforcement des capacités de la société civile communautaire au Maghreb, en Afrique de l'Ouest, en Afrique Centrale et de l'Est et dans l'Océan Indien. Elles sont portées respectivement par l'ALCS (Maroc), ARCAD-SIDA (Mali), l'ANSS (Burundi) et PILS (République de Maurice). Moteur des programmes de Coalition PLUS, les Plateformes africaines appuient plus
de 50 associations de lutte contre le sida réparties dans 23 pays.

Les appuis techniques qu'elles fournissent à leurs partenaires portent aussi bien sur la mise en œuvre des projets, que sur l'opérationnalité technique (dépistage, prise en charge, services populations-clés...), que sur la structuration associative (gestion financière, mobilisation des ressources, suivi-évaluation), le champ de la recherche et du plaidoyer.

À travers les principes de leadership des sociétés civiles et de gouvernance partagée, nos Plateformes mobilisent les expertises dans toute la région et réunissent les acteurs-trices communautaires autour d'une même volonté d'impacter l'épidémie au plus près des enjeux épidémiologiques de chaque région.

Aujourd'hui, les Plateformes de Coalition PLUS sont activement impliquées dans la dynamique de mise en œuvre de l'accélération de la riposte et œuvrent à la reconnaissance de la plus-value de l'expertise communautaire.



La Plateforme MENA de Coalition PLUS, opérée par l'ALCS au Maroc, l'APCS en Algérie, l'ATL en Tunisie et SOS-Pairs Educateurs en Mauritanie, a produit en 2017 un guide de recensement des bonnes pratiques sur le dépistage en Afrique du Nord.
Ce guide[20] vise à servir d'outil aux associations de la région pour mener du plaidoyer en faveur de stratégies de dépistage ciblant les populations clés et à leur donner clé en main des outils de renforcement de capacités, par exemple des modules de formation des agents de santé communautaire sur le dépistage.

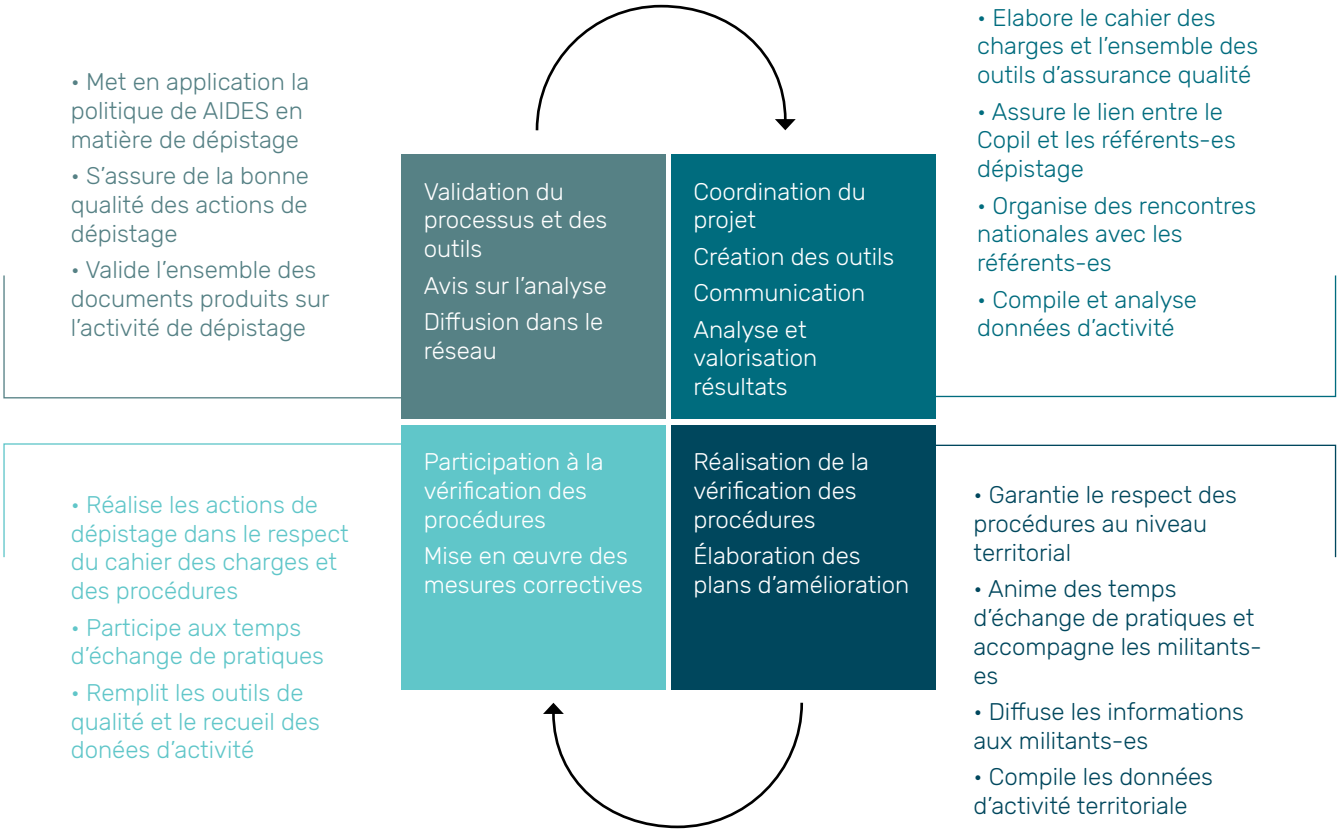
20 En ligne : http://www.alcs.ma/wp-content/uploads/2017/10/guide-de-de%CC%81pistage-VF.pdf

MODULE DE FORMATION SUR LE DÉPISTAGE COMMUNAUTAIRE DANS LE GUIDE DE LA PLATEFORME MENA

• Contenu de formation :
1- Public cible : agents communautaires, agents paramédicaux.
2- Durée : 4-5 jours.
3- Méthodes : évaluation des connaissances (au début et à la fin), exposés interactifs, jeux de rôle, démonstration de test.

Thème	Méthode de formation	Durée estimée
Rappel virologique : structure du VIH, modes de transmission (et moyens de prévention associés) et marqueurs sérologiques.	Exposé interactif & discussion	1 h 30
Dépistage VIH : bénéfices individuels et collectifs, offres de dépistage	Exposé interactif & discussion	1 h 30
Actions de réduction du risque sexuel (HSH) et par usage de drogues (UDI)	Exposé interactif & discussion	1 h 30
Counselling : principes et déroulement d'une séance de counselling pré et post-test	Jeux de rôle & discussion	2 h
Réalisation et interprétation du test rapide	Exposé interactif & discussion & démonstration du test	2 h
Annonce du résultat.	Jeux de rôle & discussion	2 h
Liens avec les services de prévention, de soutien et de prise en charge	Exposé interactif & discussion	1 h 30
Sécurisation de l'acte du dépistage et élimination des déchets	Exposé interactif & discussion	1 h 30
Sécurisation de l'acte du dépistage et élimination des déchets	Exposé interactif & discussion	1 h 30
Démarche de qualité Indicateurs de suivi-évaluation.	Exposé interactif & discussion	2 h

ORGANISATION DE L'ASSURANCE QUALITÉ DU DÉPISTAGE COMMUNAUTAIRE À AIDES, EN FRANCE



APPEL À LA DÉMÉDICALISATION POUR UN MONDE SANS SIDA

À l'occasion de la Conférence Internationale Francophone VIH/Hépatites qui se tient à Bordeaux (AFRAVIH) du 4 au 7 avril 2018, nous, personnes séro-concernées, travailleurs communautaires, médecins, infirmier.ère.s, associatifs et activistes unis au sein de Coalition PLUS, lançons un appel à la levée immédiate des barrières à la démédicalisation du dépistage et de la prise en charge pour accélérer la riposte au VIH, dans une pleine complémentarité avec la prise en charge médicale classique. Sans un soutien fort des médecins, scientifiques et responsables institutionnels, la totale implication des communautaires dans la riposte peinera à être, enfin, largement opérationnalisée.

L'heure n'est plus à l'autosatisfaction sur nos progrès : chaque année près de deux millions de personnes contractent le VIH et près d'un million de personnes meurent de causes liées au sida (ONUSIDA, 2017). L'épidémie continue de faire rage, notamment parmi les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, les travailleur.se.s du sexe et les usagers de drogues, pour lesquelles seul le travail acharné des communautaires a montré son efficacité à répondre à leurs besoins spécifiques, sans jugement. Aux côtés des médecins, en liaison avec le système de prise en charge médicale existant, les communautaires apportent une contribution complémentaire et indispensable.

Cet appel à la démédicalisation sollicite une conscience en action, des actes politiques et réglementaires ainsi que des moyens pour œuvrer concrètement aux 90-90-90. Cette stratégie a fait ses preuves dans le ciblage et l'atteinte des populations clés, la réduction de la crainte de la stigmatisation et l'amélioration des taux de rétention dans le soin.

Oui, la démédicalisation est le pari gagnant de notre lutte : délégation du dépistage rapide à des agents de santé communautaires des structures publiques et des associations communautaires, initiation du traitement ARV par les infirmier.e.s et distribution ARV par les agents de santé communautaires, mise à disposition des autotests et de la PrEP pour les populations les plus exposées au VIH, ou encore accès communautaire à la prescription de la charge virale et au traitement post exposition. Démédicaliser, c'est être au plus près des populations clés.

Malgré des recommandations fortes de la part de l'Organisation Mondiale de la Santé et de l'ONUSIDA en faveur de l'implication des communautés dans tous les volets de la riposte, le partage des tâches entre tous les acteurs de la lutte, médecins, infirmiers et communautaires reste très inégalement implémenté. La simple reconnaissance de principe de la qualité des actions basées sur le savoir-faire communautaire ne suffit plus.

Nous appelons :

- Les responsables politiques, les médecins, les personnels de santé de tous les pays, à apporter leur soutien au principe de la délégation des tâches et à œuvrer concrètement à une mise en œuvre rapide des stratégies démédicalisées ;
- Les pays, à démontrer leur volonté politique pour mettre en œuvre la démédicalisation de tous les volets de la prise en charge du VIH qui a montré son efficacité, lever les barrières réglementaires, soutenir un déploiement national et octroyer des financements domestiques pour les activités communautaires ;
- L'ONUSIDA, à accélérer le processus des plans de rattrapage, à soutenir prioritairement pour chaque pays concerné les stratégies de délégation des tâches et à proposer un plan d'action financé pour le recrutement de deux millions d'agents de santé communautaires en Afrique annoncé et à appuyer le plaidoyer des leaders communautaires auprès de leurs décideurs ;
- L'OMS, à veiller davantage au suivi régional et national pour l'adaptation des recommandations au niveaux des pays, leur adoption et leur mise en œuvre effective ;
- Les bailleurs internationaux tels que le Fonds Mondial et PEPFAR à augmenter les financements des interventions communautaires au Sud.

OSONS LE SAVOIR-FAIRE COMMUNAUTAIRE DE QUALITÉ, À GRANDE ÉCHELLE, PARTOUT ET MAINTENANT !

DÉMÉDICALISER,
C'EST ACCEPTER LA DÉLÉGATION DES TÂCHES
SOYEZ ACTEURS ET ACTRICES DE CE PARTAGE,
SIGNEZ L'APPEL SUR
WWW.DEMEDICALISONS.ORG

Directeur de publication : Vincent Pelletier, Directeur Général Coalition PLUS
• Conception et rédaction : Morgane Ahmar, Chargée de plaidoyer décentralisé de Coalition PLUS à l'ALCS au Maroc : mahmar@coalitionplus.org
et Alexandra Phaëton, Responsable coordination internationale et méthodologie, Coalition PLUS : aphaeton@coalitionplus.org • Graphisme : albanperinet.com

Coalition Internationale Sida, PLUS
Siège social : Tour Essor – 14 rue Scandicci
93508 Pantin Cedex – France
Tél : + 33 (0) 1 77 93 97 25 – Fax : + 33 (0) 1 77 93 97 09
Email : coalitionplus@coalitionplus.org
www.coalitionplus.org
Facebook/Twitter : coalitionplus