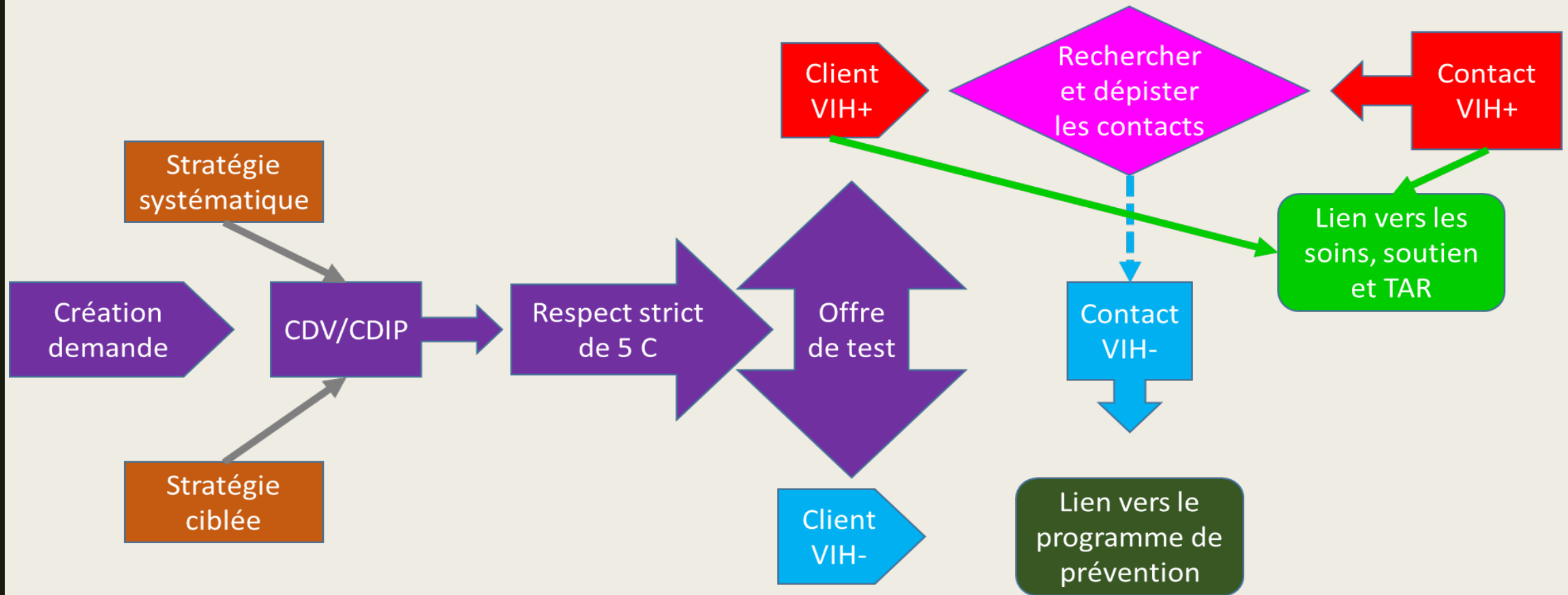


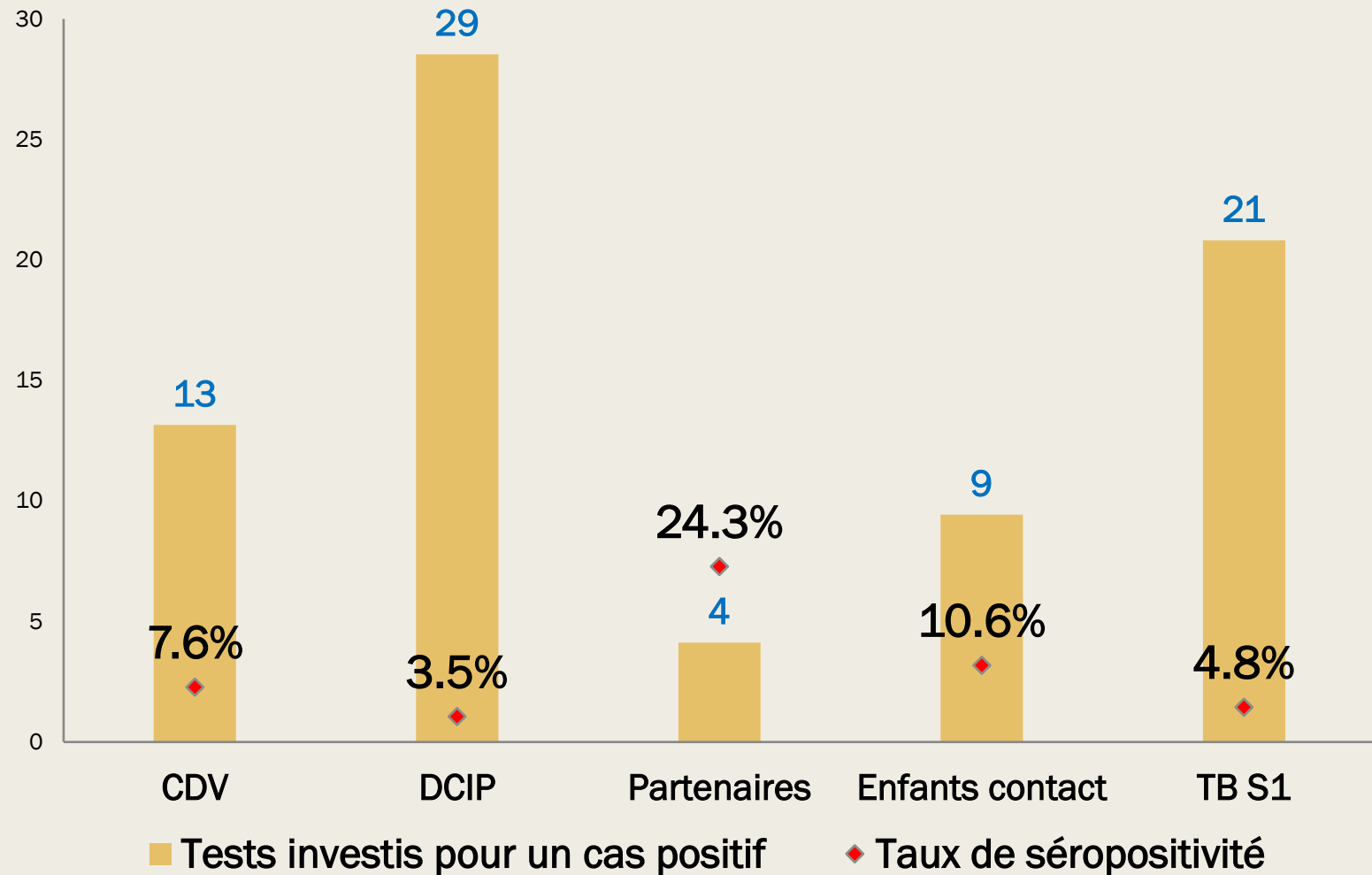


DEPISTAGE CIBLE, ASTUS ET PRATIQUE

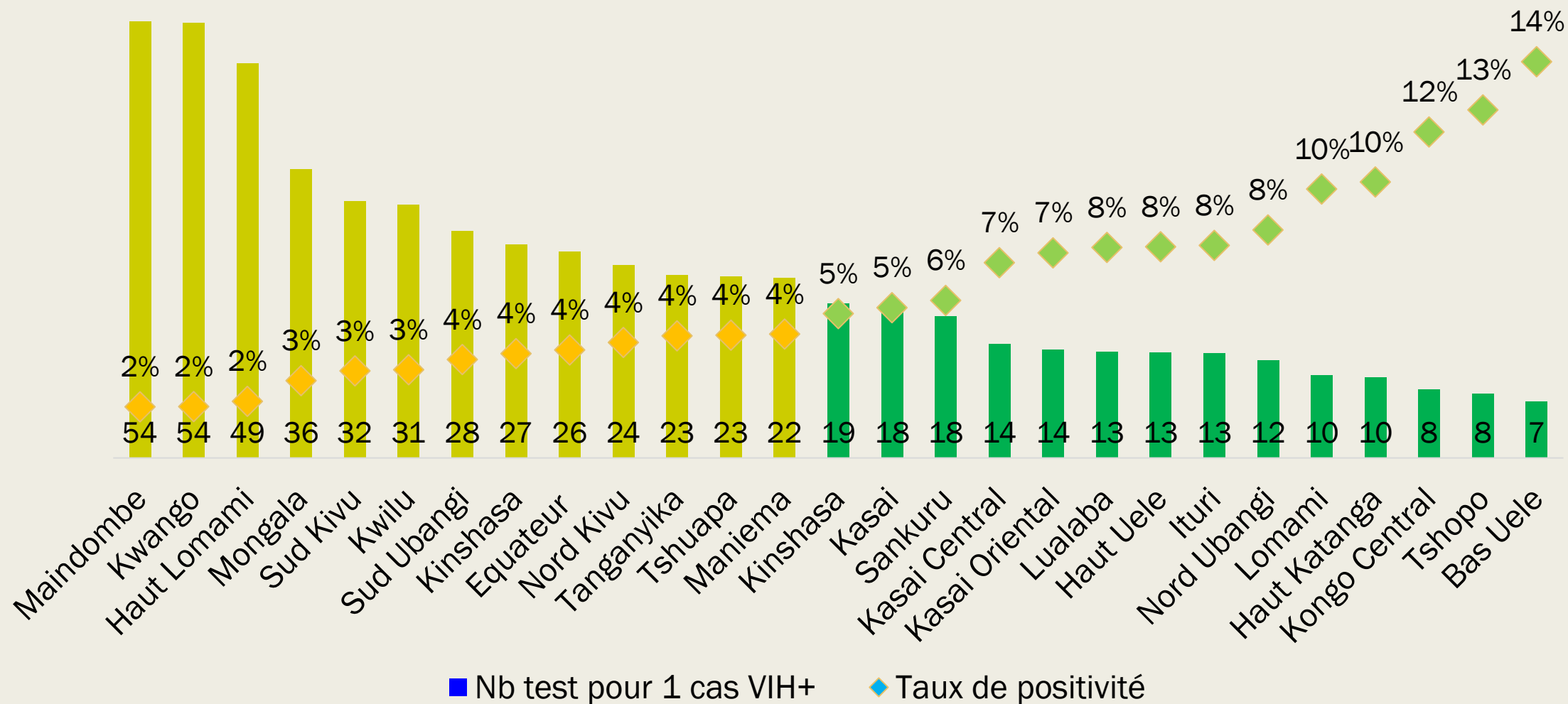
Flux des services de dépistage VIH



Taux de positivité par porte



Positivité et investissement de test



OUTILS D'ÉVALUATION DE RISQUE DU VIH CHEZ L'ADOLESCENT ET ADULTE

CODE CLIENT : **Sexe** **Age**

RECHERCHE DES FACTEURS DE RISQUE ET SIGNES ÉVOCATEURS

	Facteurs de risque	Cochez	Cote	Cochez
1	Partenaires sexuels multiples au cours des 12 derniers mois	Oui <input type="checkbox"/>	2	Non <input type="checkbox"/>
2	Relations sexuelles anales ou vaginales sans préservatif partenaires occasionnel au cours des 12 derniers mois	Oui <input type="checkbox"/>	2	Non <input type="checkbox"/>
3	Transfusion sanguine multiple remontant de 3 mois à 2ans	Oui <input type="checkbox"/>	2	Non <input type="checkbox"/>
4	Partage de matériel de consommation de drogues/objet tranchant	Oui <input type="checkbox"/>	2	Non <input type="checkbox"/>
5	Ignorance de statut VIH ou testé il y a plus de 3 mois	Oui <input type="checkbox"/>	1	Non <input type="checkbox"/>
6	Habitude Consommation excessive d'alcool et stupéfiant	Oui <input type="checkbox"/>	1	Non <input type="checkbox"/>
7	Décès d'un partenaire dû au VIH ou de suite d'une longue maladie	Oui <input type="checkbox"/>	3	Non <input type="checkbox"/>
8	Femme vivant en union libre	Oui <input type="checkbox"/>	1	Non <input type="checkbox"/>
9	Adolescent sexuellement actif	Oui <input type="checkbox"/>	1	Non <input type="checkbox"/>
10	Adolescent en situation de rue	Oui <input type="checkbox"/>	1	Non <input type="checkbox"/>

Si adolescent rechercher les facteurs N° 8 et 9

	SIGNES OU SYMPTOMES ÉVOCATEURS DANS LE PRÉSENT OU PASSE	Cochez	Note	Cochez
1	Fièvre prolongée (>= 1 mois)	Oui <input type="checkbox"/>	2	Non <input type="checkbox"/>
2	Hospitalisation à répétition (à partir de 3 fois)	Oui <input type="checkbox"/>	2	Non <input type="checkbox"/>
3	Eruptions cutanées récurrentes (≥ 3 dans le 6mois)	Oui <input type="checkbox"/>	2	Non <input type="checkbox"/>
4	Amaigrissement inexpliqué	Oui <input type="checkbox"/>	2	Non <input type="checkbox"/>
5	Notion de Toux plus de 15 jours	Oui <input type="checkbox"/>	2	Non <input type="checkbox"/>
6	Enduits blanchâtres dans la bouche	Oui <input type="checkbox"/>	2	Non <input type="checkbox"/>
7	Infection sexuellement transmissible ou Symptômes évocateurs d'une infection sexuellement transmissible	Oui <input type="checkbox"/>	2	Non <input type="checkbox"/>
8	Notion de TB maladie actuelle ou dans les 12 derniers mois	Oui <input type="checkbox"/>	4	Non <input type="checkbox"/>

CONCLUSION : DCPI OFFERT Si le score est >= 4	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Résultat de test : 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
		Date :



OUTILS D'ÉVALUATION DE RISQUE DU VIH CHEZ L'ENFANT

CODE CLIENT

Age

Sexe

RECHERCHE DES FACTEURS DE RISQUE ET SIGNES ÉVOQUEURS

	Facteurs de risque	Cochez	Cote	Cochez
1	Mère VIH+ ou décédée de cause inconnue	Oui <input type="checkbox"/>	3	Non <input type="checkbox"/>
2	Antécédent de viol	Oui <input type="checkbox"/>	2	Non <input type="checkbox"/>
3	Enfant en situation de rue	Oui <input type="checkbox"/>	2	Non <input type="checkbox"/>
4	Transfusion sanguine remontant de 3 mois à 2ans	Oui <input type="checkbox"/>	1	Non <input type="checkbox"/>
5	Poly transfusion sanguine remonte de 3 mois et 2 ans	Oui <input type="checkbox"/>	2	Non <input type="checkbox"/>

	SIGNES OU SYMPTOMES ÉVOQUEURS DANS LE PRÉSENT OU PASSE	Cochez	Note	Cochez
1	Fièvre prolongée (>= 1 mois) ayant occasionnée la consultation plusieurs fois dans les structures de soins	Oui <input type="checkbox"/>	2	Non <input type="checkbox"/>
2	Hospitalisation à répétition (≥ 3) dans le six dernier mois	Oui <input type="checkbox"/>	2	Non <input type="checkbox"/>
3	Eruptions cutanées récurrentes/dermatose	Oui <input type="checkbox"/>	2	Non <input type="checkbox"/>
4	Présence de signes de malnutrition sévère	Oui <input type="checkbox"/>	2	Non <input type="checkbox"/>
5	Notion de Toux productive depuis plus d'un mois	Oui <input type="checkbox"/>	2	Non <input type="checkbox"/>
6	Notion de TB maladie actuelle ou dans les 12 derniers mois	Oui <input type="checkbox"/>	3	Non <input type="checkbox"/>
7	Notion d'otite récurrente ou chronique dans le 2 ans	Oui <input type="checkbox"/>	2	Non <input type="checkbox"/>
8	Enduits blanchâtres dans la bouche ou rougeur buccale et anale	Oui <input type="checkbox"/>	2	Non <input type="checkbox"/>
9	Infection sexuellement transmissible ou Symptômes évocateurs d'une infection sexuellement transmissible	Oui <input type="checkbox"/>	2	Non <input type="checkbox"/>

CONCLUSION : DCPI OFFERT Si le score est >= 3	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Résultat de test : 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
		Date :



SOP : Pour aider au tout début le prestataire à appliquer l'outil d'évaluation de risque : adulte et adolescent

Enoncé introductive : mettre le patient en confiance

« Une partie de mon travail consiste à évaluer les problèmes de santé liés à la sexualité et à la reproduction. Bien sûr, tout ce dont nous discutons aujourd'hui demeure strictement confidentiel. Si vous êtes d'accord, j'aimerais vous poser quelques questions à ce sujet. »



1.

Facteurs de risque	Questions importantes pour guider l'évaluation
1. Partenaires sexuels multiples au cours des 12 derniers mois	Combien de partenaires sexuels avez-vous eu au cours de 12 derniers mois ?
2. Relations sexuelles anales ou vaginales sans préservatif partenaires occasionnel au cours des 12 derniers mois	Avez-vous eu les rapports sexuels anales ? ou Vaginales ? sans préservatifs avec les partenaires occasionnels les 12 derniers mois ?
3. Transfusion sanguine multiple remontant de 3 mois à 2ans	Avez-vous été transfusé le 3 derniers mois ? si oui combien de fois ?
4. Partage de matériel de consommation de drogues/objet tranchant	Consommez-vous de la drogue ? Si oui, S'il s'agit de drogues injectables ? Avez-vous déjà partagé votre matériel ? Si oui, à quand remonte la dernière fois ?
5. Ignorance de statut VIH ou testé il y a plus de 3 mois	Connaissez-vous votre statut sérologique au VIH ? Si Oui ? A quand remonte le dernier test VIH fait ?
6. Femme vivant en union libre	Le partenaire avec qui vous vivez actuellement, vous a-t-il marié officiellement ?
7. Habitude Consommation excessive d'alcool ?	Consommez-vous de l'alcool ? si Oui Avez-vous eu des relations sexuelles sous l'influence de l'alcool ?
8. Décès d'un partenaire dû au VIH ou de suite d'une longue maladie	Avez-vous déjà perdu un partenaire de suite du VIH ou d'une longue maladie ou de cause inconnue ?
9. Adolescent sexuellement actif	Avez-vous déjà eu des rapports sexuels dans le passé ?
10. Adolescent en situation de rue	Avez-vous un domicile ? Si tel n'est pas le cas, où dormez-vous ?

NB : les signes ou symptômes évocateurs dans le présent ou passe seront recherchés dans les Antécédant ou lors de l'examen physique

Outil de Catégorisation des KP en fonction des risques fondamentaux associés à la sexualité et à la consommation de drogues par injection



N°	Question	Réponses possibles
1	Actuellement, Vous considérez-vous : un homme, une femme, une personne transgenre ou autre	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Transgenre (Homme devenue Femme) <input type="checkbox"/> Transgenre (Femme devenue Homme) <input type="checkbox"/> Autres à préciser :
2	De naissance, Quel sexe êtes-vous ?	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme
3	Avez-vous des rapports sexuels	<input type="checkbox"/> Avec les Hommes Uniquement <input type="checkbox"/> Avec les Femmes uniquement <input type="checkbox"/> Avec les femmes et hommes
4	Le commerce du sexe constitue-il votre principale source de revenu ? (si le revenu issue de commerce de sexe couvre 50% des besoins)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Autres à préciser :
5	Avez-vous dans les six derniers mois consommé les drogues injectables	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

Réponses obtenues au tableau ci haut	Catégorisation éventuelle de KP
Si le client répond Homme à la Q1 et répond Des hommes uniquement ou Des hommes et des femmes à la Q3, le classer dans la catégorie	<input type="checkbox"/> HSH
Si le client répond Femme transgenre ou Homme transgenre à la Q1,	<input type="checkbox"/> TG
Si le patient répond Oui à la Q4	<input type="checkbox"/> PS
Si le patient répond Oui à la Q5	<input type="checkbox"/> UDI

Classification finale	<input type="checkbox"/> HSH <input type="checkbox"/> TG <input type="checkbox"/> PS <input type="checkbox"/> UDI
------------------------------	---

NB : Un client peut être classé dans plusieurs catégories en raison du chevauchement des vulnérabilités et des comportements à risque. Le paquet de prévention et prise en charge à offrir au client sera fonction de l'appartenance à une ou plusieurs catégories.



OUTIL D'EVALUATION DE RISQUE DES POPULATIONS CLES

PROVINCE : _____ **ZS :** _____ **STRUCTURE :** _____

Question N° 1	ACTE SEXUEL	FREQUENCE D'UTILISATION DES PRESERVATIFS			
Quel type d'acte sexuel utilisé vous le plus	Vaginal <input type="checkbox"/>	Toujours <input type="checkbox"/>	Souvent <input type="checkbox"/>	Parfois <input type="checkbox"/>	Jamais <input type="checkbox"/>
	Anal <input type="checkbox"/>	Toujours <input type="checkbox"/>	Souvent <input type="checkbox"/>	Parfois <input type="checkbox"/>	Jamais <input type="checkbox"/>
	Buccal <input type="checkbox"/>	Toujours <input type="checkbox"/>	Souvent <input type="checkbox"/>	Parfois <input type="checkbox"/>	Jamais <input type="checkbox"/>

Question N°2 Professionnel de Sexe	Nombre de mois/ année	Commentaire
Depuis combien de temps exercez-vous le métier de PS		
Avez-vous un love ou partenaire régulier ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		
Question N°3 Homme ayant le rapport sexuel avec l'homme	Nombre de mois/ année	Commentaire
Depuis combien de temps recourez-vous au rapport anal (actif ou passif)		

QUESTION N°4	RECHERCHE DES SIGNES ET SYMPTOMES D'IST
Présentement , avez-vous un ou plusieurs symptômes ci-après	Plusieurs réponses sont possibles
	Mal en Urinant OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
	Mal au bas ventre OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
	Une Plaie au niveau du Sexe ou de l'anus OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
	De Démangeaisons au niveau du Sexe OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
	Un Ecoulement purulent au niveau du Sexe/Anus OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Antécédant d'IST	Avez-vous présenté dans les 3 derniers mois l'un de signe ci haut cité OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>

QUESTION N°5	PRISE EXCESSIVE D'ALCOL ET DROGUE	
Consommez-vous de l'alcool ? <i>Une seule assertion à cocher</i>	Tous les jours <input type="checkbox"/>	Avez-vous eu des relations sexuelles sous l'influence de l'alcool ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
	3 à 4 jours de la semaine <input type="checkbox"/>	
	1 fois le mois (occasionnel) <input type="checkbox"/>	
	Jamais <input type="checkbox"/>	
Consommez-vous de la drogue injectable ? <i>Une seule assertion à cocher</i>	Tous les jours <input type="checkbox"/>	Avez-vous partagé les matériels les trois derniers mois ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
	3 à 4 jours de la semaine <input type="checkbox"/>	
	1 fois le mois (occasionnel) <input type="checkbox"/>	
	Jamais <input type="checkbox"/>	

QUESTION N°6	ACCIDENT DE VIOL
Avez-vous été victime de viol les trois derniers jours ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>

HAUT RISQUE	MOYEN RISQUE	FAIBLE RISQUE
Si Plus de 3 OUI et si jamais ou utilise parfois le préservatif	Si 1 à 3 OUI et s'il utilise le préservatif toujours	Aucun OUI et s'il utilise le préservatif toujours

CONCLUSION DE L'EVALUATION	HAUT RISQUE <input type="checkbox"/>	MOYEN RISQUE <input type="checkbox"/>	FAIBLE RISQUE <input type="checkbox"/>
----------------------------	--------------------------------------	---------------------------------------	--

Fiche technique du dépistage des sujets contacts à partir des cas index VIH
Activité : Organiser le dépistage des sujets contacts à partir des cas index VIH
Responsable : prestataire formé



Définition opératoire :	C'est la recherche systématique des personnes presumées seropositives au VIH parmi tous les sujets contacts d'une PVVIH (cas index)	
Justification :	<ul style="list-style-type: none"> - Augmenter la couverture des PVVIH qui ne connaissent pas leur statut sérologique - Assurer le dépistage et la prise en charge précoce du VIH - Utiliser rationnellement le test 	
Cibles	Cas index	Sujets contacts
	Femmes VIH+	Partenaires masculins, enfants biologiques agés de moins de 10 ans
	Enfants de moins de 10 ans VIH+	Parents biologiques , frères et sœurs consanguins agés de moins de 10 ans
	Homme VIH+	Partenaires sexuels
	Population clé UDI	Membres du club d'amis UDI, Partenaires sexuels
	Population clé MSM	Partenaires sexuels
Procédures :	Identifier tous les sujets contacts lors du counseling pré-test du cas index	
	Obtenir le consentement éclairé du cas index pour le dépistage des tous les sujets contacts	
	Inviter les sujets contacts à travers le cas index	
	Adapter l'horaire et le local pour la réception et le DCIP des sujets contacts	
	Recevoir individuellement les cas contacts et procéder au DCIP (counseling pré-test , prélevement du sang et testing , lecture et interprétation des résultats , counseling post test)	
	Orienter les sujets contacts vers le service de prévention ou de prise en charge	
	Appliquer la stratégie communautaire pour atteindre les sujets contacts qui ne repondront pas à l'invitation	
Matériels et outils :	Invitation écrite, cadre de counseling approprié, boîte à image, registre DCIP, registre labo , matériels de prélevement et reactifs pour le test rapide et Kit DBS	
Critères de qualité :	Respect du consentement éclairé Respect de l'algorithme de dépistage Ethique et déontologie Prestataire formé	
Critères d'évaluation :	Proportion des sujets contacts dépistés sur les invités Proportion des sujets contacts dépisté VIH positif mis sous ARV	
Documents de Référence:	Manuel d'opérationnalisation d'offre de services différenciés et du Guichet Unique TB-VIH, affiches murales, algorithmes et SOP tests rapides	

ALGORITHMES D'OFFRE DE TEST VIH AU NIVEAU DE STRUCTURE DE SOINS

I. OFFRE SYSTEMATIQUE DE TEST VIH

Dépistage offert à un groupe de population à risque et dans le cadre de soins médicaux courant sans être obligé d'appliquer l'outil score.

Concerne :

- Les populations clés (MSM, PS, UDI, TG, Prisonnier)
- Les femmes enceintes
- Les tuberculeux
- Les victimes de viol,
- Contacts de cas index vivant ou décédé,

- Pour les populations clés appliquer l'outil de catégorisation
- Donner les conseils et dépistage adaptés à chaque groupe cible et les avantages de faire le test
- **Obtenir le consentement éclairé/ assentiment si adolescent avant d'effectuer le test**
- Donner les informations sur les services de prise en charge disponibles

Résultat du test positif ?

OUI

- Prendre en charge le cas VIH+
- Identifier et dépister le (s) contact (s) sexuel (s)
- Si femme VIH+ en plus de contact, identifier et dépister les enfants biologiques de moins de 10 ans

OUI

Résultat de test de contact positif ?

NON

Renforcer les mesures de prévention

- Usage correcte de préservatif, gel lubrifiant
- Encourager le CDV
- Référer pour service de prise en charge appropriée selon les cas

OUI

- Prendre en charge le cas VIH+
- Poursuivre la série des contacts jusqu' au moment où le résultat de tout le(s) contact(s) est négatif
- Usage correcte de préservatif

ALGORITHMES D'OFFRE DE TEST VIH AU NIVEAU DE STRUCTURE DE SOINS

I. OFFRE DE TEST VIH APRES UNE EVALUATION DE RISQUE

Dépistage offert à la population générale « après l'évaluation de risque en cours par rapport au VIH » quelques soit la porte d'entrée dans la structure.

Concerne :

- Les patients en consultations générales
- Les patients hospitalisés
- Les patients en salle d'urgence
- Les patients en ambulatoire

Appliquez l'outil score

- Donner les conseils et dépistage adaptés à chaque patient ;
- **Obtenir un consentement éclairé/ assentiment si adolescent avant d'offrir le test**
- Donner les informations sur les services de prise en charge disponibles

Résultat de test positif ?

OUI

Prendre en charge le patient VIH+
Identifier et dépister le (s) contact (s) sexuel (s)
Si femme VIH+ en plus de contact, identifier et dépister les enfants biologiques de moins de 10 ans

OUI

Résultat de test de contact positif ?

NON

Renforcer les mesures de prévention

- Usage correct de préservatif,
- Encourager le CDV
- Référer pour service prise en charge approprié selon le cas

NON

OUI

- Prendre en charge le patient VIH+
- Poursuivre la série des contacts jusqu' au moment où le résultat de tout le(s) contact(s) est négatif

Merci