

Dépistage des cas de VIH dans la famille basée sur le cas index afin d'identifier les enfants infectés par le VIH

Shaffiq Essajee¹, Nande Putta¹, Serena Brusamento², Martina Penazzato²,
Stuart Kean³ et Daniella Mark⁴

¹Fonds des Nations Unies pour l'enfance ; ²Organisation mondiale de la santé ; ³Conseil œcuménique des églises - Alliance œcuménique « Agir ensemble » ; ⁴Paediatric-Adolescent Treatment Africa

01

Raisonnement

La couverture du traitement du VIH pédiatrique stagne. Les dernières estimations indiquent que seuls 46 % des enfants vivant avec le VIH suivent un traitement, un chiffre largement en deçà de l'objectif d'AIDS Free de 1,6 million à l'horizon 2018¹. L'une des principales difficultés consiste à identifier les enfants qui vivent avec le VIH, mais que les services de dépistage systématique n'ont pas permis de repérer. Plus de 95 % des enfants âgés de 0 à 14 ans atteints du VIH ont été infectés par transmission verticale. C'est pourquoi le diagnostic pédiatrique se concentre généralement sur le diagnostic précoce des enfants (EID) dans le cadre de programmes de prévention de la transmission mère-enfant (PTME).

Le dépistage des membres de la famille d'un cas index, qu'il s'agisse d'un adulte ou d'un enfant, peut quant à lui servir de point d'entrée en vue d'identifier les enfants vivant avec le VIH, mais n'ayant pas été dépistés dans le cadre des programmes PTME. Cette approche de dépistage du VIH et de prise en charge axée sur la famille permet aux parents et à leurs enfants d'accéder ensemble aux soins. Ce type de pratique peut s'avérer utile pour améliorer la rétention et assurer une prise en charge adaptée aux familles touchées par le VIH.

Contrairement à d'autres approches systématiques utilisées pour le dépistage du VIH pédiatrique, à l'instar du dépistage en hôpital, dans des cliniques pour enfants malades, dans des centres de malnutrition ou des cliniques de vaccination, le dépistage du cas index présente un fort potentiel de détection, indépendamment de la séroprévalence nationale. En fait, cette méthode pourrait se révéler encore plus efficace dans les pays à faible prévalence où les programmes sont moins aboutis et où les services de prévention et de dépistage du VIH sont moins facilement accessibles (ce qui se traduit par des lacunes importantes en matière de couverture de la PTME et de l'EID).

Par ailleurs, le dépistage d'un enfant dont on sait déjà qu'un des parents vit avec le VIH est plus susceptible de donner lieu à une prise en charge si le test de cet enfant s'avère positif, puisque dans la plupart des cas, le parent suivra déjà un traitement antirétroviral.

02

Obstacles et aides à la mise en œuvre

Obstacles

- Les adultes se font généralement dépister dans des centres de conseil et de dépistage volontaire, des cliniques pour la tuberculose ou d'autres lieux de prise en charge dans lesquels il se peut que les prestataires ne saisissent pas pleinement l'importance du dépistage des membres de la famille des cas index. De nombreuses femmes se font tester dès qu'elles se présentent pour obtenir des services prénataux, mais compte tenu du manque fréquent de ressources humaines, il est rarement proposé aux autres membres de la famille de faire le test.
- Dans les familles nombreuses ou élargies, il est parfois compliqué d'identifier les enfants biologiques du cas index.



- Lorsque les systèmes de documentation et de suivi sont déficients et que les patients doivent eux-mêmes faire les démarches pour se faire tester, les enfants des cas index ne sont pas systématiquement soumis à un test de dépistage.
- Les prestataires de santé adultes ne sont pas toujours à l'aise avec le fait de dépister des enfants et ne savent pas nécessairement quels tests utiliser, p. ex., des tests rapides ou des tests de diagnostic adaptés aux nourrissons.
- Le fait de tester les enfants peut conduire à la divulgation involontaire du statut de la mère, ce qui risque de donner lieu à des violences de la part de son partenaire intime ou à d'autres préjudices pour la mère et l'enfant.
- À la découverte de leur séropositivité au VIH, les parents peuvent être dans le déni de leur statut ou ne pas se sentir prêts à faire tester leurs enfants. Le fait de proposer des tests de dépistage familiaux dans ce type d'établissements risque de les dissuader de bénéficier des soins liés au VIH.
- Les prestataires ont parfois le sentiment de manquer de temps pour sensibiliser les parents à l'importance du dépistage des enfants, identifier les enfants de la famille qui n'ont pas été testés, procéder aux tests pour les enfants ou encore s'assurer qu'ils sont en lien avec des services de soins.
- Le manque de procédures opératoires standard claires et d'outils de suivi pour permettre aux prestataires d'identifier correctement les enfants à tester et d'assurer leur suivi jusqu'à ce qu'ils aient été mis en relation avec des services de soins.

Aides

- L'accès des prestataires aux outils et ressources professionnelles en vue de faciliter le dépistage familial.
- Les politiques établies visant à promouvoir les concepts de dépistage du cas index/par contact.
- Nouer des relations avec le patient initial et inviter sa famille à accéder aux services.
- Le fait de dépister des membres de la famille de patients (adultes ou enfants) déjà pris en charge/suivant un traitement antirétroviral permet de garantir le lien avec les soins des personnes/enfants testés positifs, car ces derniers auront pu constater l'impact positif de la prise en charge et du traitement sur un proche parent.
- La disponibilité des travailleurs de proximité ou des agents de santé communautaires afin de faciliter les tests de dépistage à domicile.
- La disponibilité de kits d'autodépistage du VIH en pharmacie peut permettre de favoriser le dépistage des adultes et des adolescents de la famille.

03

Cadre politique et juridique

Le dépistage des enfants de cas index vient compléter les orientations politiques qui recommandent déjà de rechercher les proches des personnes récemment diagnostiquées comme vivant avec le VIH (PVVIH)² ainsi que les membres du foyer de personnes atteintes de tuberculose (TB) dans le but d'identifier les enfants et les adultes ayant besoin de subir des tests de dépistage de la TB³.

Les gouvernements doivent évaluer l'environnement politique actuel et tenter de pallier toutes les lacunes éventuelles, en utilisant l'approche spécifiée à la Section 4 :

- Promouvoir le dépistage familial universel dans le cadre des programmes de traitement pour les adultes vivant avec le VIH, notamment les femmes enceintes ou qui allaitent.
- Dans les environnements n'autorisant pas les cadres inférieurs ni les agents non professionnels à tester les enfants, envisager d'adopter des réformes juridiques ou politiques spécifiques pour permettre au personnel formé de réaliser ces tests.
- Encadrer le dépistage des enfants basé sur le cas index afin de garantir le droit des enfants touchés par le VIH d'accéder à des services de prévention et de prise en charge.

04

Les étapes de l'intensification

La mise en œuvre du dépistage familial dans les programmes nationaux se déroule en quatre étapes :

Étape 1 :

Former un groupe d'intérêt composé des parties prenantes clés, des représentants communautaires et des membres du Groupe de travail technique national (TWG). Il s'agit d'une première étape essentielle à l'obtention d'un consensus, à l'identification des préoccupations éventuelles et à l'adoption d'approches de suivi et d'évaluation de la mise en œuvre.

Étape 2 :

Évaluer l'environnement politique actuel et combler les lacunes éventuelles. Il convient de se poser les questions clés suivantes :

- Existe-t-il une politique nationale sur le dépistage des cas de VIH dans la famille basée sur le cas index ?
- Dans l'affirmative, à quelle échelle cette politique est-elle mise en œuvre et quels sont les défis perçus comme associés à un déploiement plus vaste ?
- Si aucune politique de ce type n'est en place, existe-t-il des directives sur la recherche des contacts des PVVIH récemment diagnostiquées, et/ou des directives sur la recherche des enfants de parents testés positifs à la tuberculose ?

Au cas où de nouvelles politiques/directives seraient nécessaires, celles-ci devront être élaborées par les parties prenantes en collaboration avec le TWG sur le VIH.

Étape 3 :

Identifier des sites cibles pour le déploiement progressif du dépistage du cas index, par exemple:

- les sites importants de PTME ;
- les sites importants dédiés au traitement antirétroviral des adultes et associés à des sites offrant également des services de traitement antirétroviral pédiatrique ;
- les sites de traitement pédiatrique (pour la promotion du dépistage des frères et sœurs) ;
- le dépistage de proximité pour les enfants vivant en orphelinat.

La sélection des sites de traitement existants pour le déploiement initial des services de dépistage du cas index revêt une importance particulière :

- Les sites de traitement tendent à disposer de meilleures capacités en termes de personnel pour le dépistage du cas index que les sites de dépistage. Il est toutefois primordial de s'assurer de la disponibilité des technologies de dépistage, notamment pour les tests rapides et les tests virologiques ciblant les nourrissons de moins de 18 mois.
- Les sites de traitement sont plus propices à l'établissement d'un lien avec les soins pour les personnes récemment testées positives.
- Les cas index étant eux-mêmes sous traitement, ils auront tendance à comprendre davantage l'importance de recevoir un traitement et de faire suivre leurs enfants testés positifs.

Lorsque les sites auront été sélectionnés, envoyer une circulaire à chacun d'entre eux afin d'expliquer l'importance du dépistage familial, de garantir que les prestataires ont bien accès aux kits et au matériel de dépistage et de déterminer à quel moment ils feront l'objet de visites sur place et dans quelles conditions ces visites se dérouleront à des fins de formation initiale et de supervision.

Étape 4 :

Élaborer un plan de mise en œuvre détaillé, devant inclure les points suivants :

- Pour les sites sélectionnés :
 - o renforcer la chaîne d'approvisionnement en vue de garantir la disponibilité des kits de dépistage et d'optimiser la formulation des traitements antirétroviraux pédiatriques. (à noter que le nombre de réactifs de dépistage nécessaires sera plus important lors de la phase initiale en vue de tester les enfants de patients existants).
 - o envoyer un courrier à tous les sites afin d'informer l'ensemble des équipes dirigeantes et du personnel.
- Concevoir des outils et des ressources professionnelles, notamment des affiches à accrocher dans les cliniques, dans le but de promouvoir le dépistage du cas index et d'insister sur la disponibilité des traitements pour les enfants ainsi que sur le fait qu'ils peuvent leur sauver la vie.
- Élaborer un plan de suivi et d'évaluation (S&E) et, si besoin, des formulaires visant à recueillir des données sur l'adhésion à la politique, évaluer son efficacité et déterminer la part des enfants pris en charge parmi ceux ayant été récemment dépistés.
- Développer un plan de formation et de mentorat simple destiné à la formation sur place du personnel des sites de lancement intégrant des visites régulières sur le terrain en vue d'évaluer les avancées, de détecter les problématiques éventuelles, de trouver des solutions pratiques et d'en tirer des enseignements concrets.
- Estimer les besoins supplémentaires en personnel communautaire afin de pouvoir proposer des services de dépistage des cas de VIH dans la famille basée sur le cas index à domicile.

05

Exemple de mise en œuvre réussie

Deux initiatives menées récemment par l'UNICEF en République démocratique du Congo (RDC) et au Zimbabwe démontrent l'efficacité du dépistage des cas de VIH dans la famille basée sur le cas index ainsi que son taux de détection élevé. En l'espace de six mois, 170 enfants ont été diagnostiqués positifs au VIH et 169 d'entre eux ont commencé à recevoir un traitement antirétroviral. La plupart de ces enfants (161 sur 170) se trouvaient en RDC où le taux de détection de ces tests s'est révélé très élevé, à 30 %. En revanche, au Zimbabwe, ce taux était inférieur à 3 %, ce qui ne remet toutefois pas en question l'intérêt de cette méthode. Cet écart met en lumière l'importance du contexte et s'explique probablement par la couverture des programmes PTME et EID ainsi que par les différences liées à l'état d'avancement de ces deux programmes. C'est un élément que les gouvernements nationaux doivent prendre en compte dans le cadre de la planification de l'adoption et/ou de l'intensification de ce type d'intervention. Vous trouverez davantage d'informations dans le rapport sur les résultats annuels de l'UNICEF: https://www.unicef.org/french/publications/index_96412.html

06

Suivi

Les activités de suivi visent à évaluer l'efficacité de l'intervention et du lien avec les soins, mais aussi à présenter le point de vue des prestataires et des patients. Bien souvent, le dépistage du cas index donne lieu au dévoilement du statut VIH de ce dernier. Il est crucial de savoir comment conseiller les cas index et de les préparer au dépistage de leurs proches et de leurs enfants. Les expériences négatives peuvent avoir des effets préjudiciables sur l'adhésion à la méthode du dépistage du cas index.

07

Conclusions

Le dépistage du cas index affiche un taux de détection élevé, indépendamment de la prévalence du VIH dans le pays, même si ce taux est particulièrement élevé dans les lieux à faible prévalence où la couverture des programmes PTME se révèle déficiente. Ces interventions renforcent le concept de protection familiale et participent à créer une relation de confiance entre les prestataires de santé et les patients, car ces derniers se rendent compte que les prestataires et les cliniques se soucient de leurs enfants. Ces pratiques se révèlent utiles pour identifier les enfants passés jusque là entre les mailles du filet.

Références

1. UNAIDS. *Start Free Stay Free AIDS Free: 2017 Progress report*. Geneva: UNAIDS; 2018.
2. WHO. *Guidelines on HIV self-testing and partner notification: Supplement to consolidated guidelines on HIV testing services*. Geneva: WHO; 2016.
3. WHO. *Recommendations for investigating contacts of persons with infectious tuberculosis in low- and middle-income countries*. Geneva: WHO; 2012.

Pour en savoir plus :



daniella@teampata.org ou nputta@unicef.org

Versions électroniques disponibles sur :

www.teampata.org/pata-research/ ou www.childrenandaids.org/learning-center-page

WHO/CDS/HIV/19.11 Organisation mondiale de la Santé 2019 Certains droits réservés. Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO