



Guide pratique d'éducation au traitement du VIH

*Faire de l'information un traitement à part entière —
transformer la connaissance en pouvoir d'agir, dans la région
MENA.*

PRODUIT PAR ITPC-MENA AVEC LE SOUTIEN DU FONDS
MONDIAL (GFATM) - PREMIÈRE ÉDITION EN 2025

COMMUNAUTÉ



PROGRAMME



CONCEPTION





Guide pratique d'éducation au traitement du VIH

*Guide pratique d'éducation au traitement du VIH — Manuel de formation pour les éducateur(trice)s pair(e)s, les animateur(rice)s communautaires et les personnes vivant avec le VIH (PVVIH).
Édition révisée 2026.*

PRODUIT PAR	ITPC-MENA — International Treatment Preparedness Coalition, Middle East and North Africa (Association pour l'accès au traitement), Marrakech, Maroc. ¹
AVEC LE SOUTIEN DE	Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (GFATM).
AUTEUR ET CONCEPTION PÉDAGOGIQUE	ZA'THINK for Management and Consultancy - Morocco
ÉDITION ET COORDINATION	Zouhir ADAOUI, Zakaria BAHTOUT et Leila HANGAL.
CONTRIBUTIONS MAJEURES	Personnes vivant avec le VIH (PVVIH), pair(e)s éducateur(rice)s et abonné(e)s de la page communautaire 3ilaji de la région MENA.
ILLUSTRATIONS ET MISE EN PAGE	ZA'THINK for Management and Consultancy - Morocco

Droit d'auteur et conditions d'utilisation

Ce manuel est un bien commun au service des communautés. Il peut être reproduit, traduit et adapté à des fins non commerciales de formation, de plaidoyer et d'éducation à la santé, à condition d'en citer la source : ITPC-MENA, Guide pratique d'éducation au traitement du VIH, 2026.

Toute utilisation commerciale requiert l'autorisation écrite préalable d'ITPC-MENA.

Les recommandations cliniques mentionnées sont fournies à titre pédagogique et ne se substituent pas à l'avis d'un(e) professionnel(le) de santé qualifié(e) ni aux protocoles nationaux en vigueur.²

¹ ITPC-MENA. (2026). « Notre histoire », consulté en, ITPC-MENA est devenue une organisation juridiquement indépendante en 2015, avec siège à Marrakech (Maroc). <https://itpcmena.org/notre-histoire/>

² Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2026). Updated recommendations on HIV clinical management : recommendations for a public health approach, Genève, OMS, 7 janvier. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240119468>



NOTE TERMINOLOGIQUE

Ce guide emploie une écriture inclusive mesurée et privilégie un vocabulaire non stigmatisant conforme aux recommandations des Terminology Guidelines de l'ONUSIDA : « personne vivant avec le VIH (PVVIH) » plutôt que « malade » ou « victime » ; « personne sous traitement » plutôt que « patient(e) observant(e) » ; « décès liés au sida » plutôt que « mort du sida ». Le langage façonne les représentations : un mot juste est déjà un acte de soin.³

³ ONUSIDA. (2015). UNAIDS Terminology Guidelines, Genève, ONUSIDA (mise à jour ultérieure).
https://www.unaids.org/en/resources/documents/2015/2015_terminology_guidelines

Remerciements

Ce manuel n'aurait pu voir le jour sans l'engagement et la générosité des militant(e)s et des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) de la région du Moyen-Orient et de l'Afrique du Nord (MENA). Leur parole, souvent livrée au prix d'un courage immense dans des contextes marqués par la stigmatisation, constitue la matière vivante de chacune des pages qui suivent. C'est à elles et à eux que ce guide est d'abord dédié.

Nos remerciements s'adressent à l'Association de Lutte Contre le Sida (ALCS) du Maroc, premier partenaire communautaire de la région, dont l'expérience de terrain a nourri les activités proposées⁴ ; aux réseaux et plateformes qui ont partagé leurs outils — ITPC Global, Médecins Sans Frontières (MSF), i-Base, ainsi que la plateforme communautaire VIH/TB du Maroc ; et à l'ensemble des pair(e)s éducateur(ice)s qui ont testé, critiqué et amélioré les fiches pédagogiques.

Nous remercions enfin le Fonds mondial pour son appui, ainsi que l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et l'ONUSIDA, dont les lignes directrices et les données probantes forment le socle scientifique de ce document.

« *Rien pour nous, sans nous.* »

Principe d'une participation accrue des personnes vivant avec le VIH (GIPA), Déclaration du Sommet de Paris sur le sida, 1994.⁵

⁴ Association de Lutte Contre le Sida (ALCS). Maroc, membre de la Coalition PLUS, L'ALCS et ITPC-MENA ont conjointement appelé à l'adoption des nouvelles recommandations de l'OMS ; voir Coalition PLUS, « ITPC-MENA et l'ALCS appellent à l'adoption des nouvelles recommandations de l'OMS », <https://www.coalitionplus.org>. <https://www.alcs.ma>

⁵ Le principe GIPA (Greater Involvement of People Living with HIV/AIDS) a été formalisé lors du Sommet de Paris sur le sida du 1er décembre 1994 et réaffirmé dans la Déclaration d'engagement de l'UNGASS (2001). Voir ONUSIDA, Policy Brief : The Greater Involvement of People Living with HIV (GIPA), Genève, 2007.

Préface

La région MENA occupe une place singulière — et préoccupante — dans la géographie mondiale du VIH. Alors que le nombre de nouvelles infections recule partout ailleurs, il a augmenté de 116 % entre 2010 et 2023 dans cette partie du monde, ce qui en fait l'une des rares régions où l'épidémie progresse.⁶ En 2023, la couverture en traitement antirétroviral n'y atteignait que 49 % des personnes vivant avec le VIH, très loin de la cible des 95 % fixée par l'ONUSIDA.⁷ Derrière ces chiffres se cachent des vies : celles de personnes qui ignorent leur statut, qui redoutent un test, qui interrompent un traitement par peur d'être découvertes, ou qui n'ont tout simplement jamais reçu une information claire sur ce qu'est le VIH et sur la manière dont on vit — longtemps et bien — avec lui aujourd'hui.

C'est précisément le pari de ce guide : faire de l'information un traitement à part entière. L'éducation au traitement n'est pas un supplément d'âme ajouté aux soins médicaux ; elle en est une composante décisive. Une personne qui comprend sa charge virale, qui sait pourquoi et comment prendre ses médicaments, qui a intégré le message « Indétectable = Intransmissible » (I = I), est une personne mieux armée pour rester en vie, en bonne santé, et libre.⁸

Cette édition 2026 actualise en profondeur le manuel produit par ITPC-MENA. Elle intègre les recommandations cliniques les plus récentes de l'OMS (janvier 2026), les données épidémiologiques de l'ONUSIDA (2025), et surtout quatre approches innovantes qui renouvellent la manière de transmettre et d'accompagner : la communication pour le développement (C4D), l'éducation par les pairs, l'approche digitale et l'auto-soin (self-care). Ces quatre approches ne sont pas des chapitres isolés : elles irriguent l'ensemble du guide, dans un aller-retour permanent entre le savoir médical et l'intelligence collective des communautés.

Puisse ce manuel armer celles et ceux qui, chaque jour, transforment la connaissance en pouvoir d'agir.

⁶ ONUSIDA. (2025). Global AIDS Update et profil régional Moyen-Orient et Afrique du Nord (données 2024), Genève, ONUSIDA, juillet 2025. <https://www.unaids.org/sites/default/files/2025-07/2025-global-aids-update-mena.pdf>

⁷ Ibid. La couverture en traitement dans la région MENA est estimée à 49 % (intervalle 34–68 %) des personnes vivant avec le VIH en 2023.

⁸ Sur la validité scientifique du message I = I, voir plus loin le chapitre 13 ; référence de synthèse : ONUSIDA, Undetectable = Untransmittable — Public health and HIV viral load suppression, Genève, 2018.

Liste des sigles et acronymes

3HP — Association isoniazide + rifapentine hebdomadaire pendant 3 mois (traitement préventif de la tuberculose).

ALCS — Association de Lutte Contre le Sida (Maroc).

ARV — Antirétroviral / Antirétroviraux.

ART / TAR — Thérapie antirétrovirale.

C4D — Communication pour le développement (Communication for Development).

CBO — Organisation communautaire de base (Community-Based Organization).

CD4 — Lymphocyte T porteur du récepteur CD4 (cible du VIH).

CDV / CTV — Conseil et test volontaires du VIH.

CV — Charge virale.

DTG — Dolutégravir.

GFATM — Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme.

GIPA — Participation accrue des personnes vivant avec le VIH.

I = I / U = U — Indétectable = Intransmissible (Undetectable = Untransmittable).

IST — Infection sexuellement transmissible.

ITPC — International Treatment Preparedness Coalition.

MENA — Moyen-Orient et Afrique du Nord.

MSF — Médecins Sans Frontières.

OMS / WHO — Organisation mondiale de la Santé.

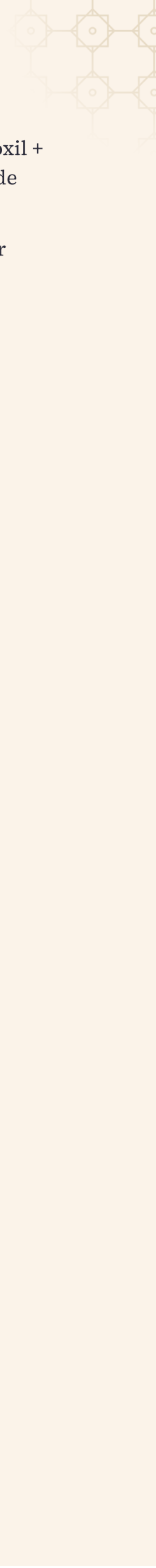
ONUSIDA / UNAIDS — Programme commun des Nations unies sur le VIH/sida.

OSC — Organisation de la société civile.

PEP / TPE — Prophylaxie post-exposition.

PrEP — Prophylaxie pré-exposition.

PTME — Prévention de la transmission mère-enfant.



PVVIH — Personne(s) vivant avec le VIH.

RdR — Réduction des risques.

SBCC — Communication pour le changement social et de comportement.

TasP — Traitement comme prévention (Treatment as Prevention).

TB — Tuberculose.

TDF/3TC/DTG (TLD) — Ténofovir disoproxil + lamivudine + dolutégravir (trithérapie de première intention).

UNICEF — Fonds des Nations unies pour l'enfance.



Comment utiliser ce guide

Ce manuel est à la fois un ouvrage de référence et un outil d'animation. Il peut se lire de bout en bout, mais il est surtout conçu pour être consulté par module, selon les besoins d'une formation, d'un atelier communautaire ou d'un accompagnement individuel.

À qui s'adresse-t-il ?

Il s'adresse en priorité aux pair(e)s éducateur(rice)s (personnes vivant avec le VIH formées pour accompagner d'autres PVVIH), aux animateur(rice)s communautaires des OSC et CBO, ainsi qu'aux personnes vivant avec le VIH souhaitant mieux comprendre leur santé. Les professionnel(le)s de santé et les acteur(rice)s du plaidoyer y trouveront également un support pédagogique commun.

Comment est-il organisé ?

Le guide se déploie en six parties et un ensemble d'annexes. La Partie I pose le cadre (épidémiologie, principes de l'éducation au traitement, présentation des quatre approches innovantes). La Partie II outille l'animateur(rice) et le(la) pair(e) éducateur(rice) (posture, espace sûr, techniques d'animation, organisation d'un atelier). La Partie III constitue le socle des connaissances thématiques sur le VIH et son traitement. La Partie IV approfondit les quatre approches innovantes sous forme de modules autonomes. La Partie V conduit du savoir à l'action (plaidoyer, plans personnels, suivi-évaluation). La Partie VI rassemble les fiches pédagogiques et techniques des activités, directement utilisables en atelier.

Les repères visuels

Pour faciliter la lecture, des encadrés de couleur signalent des contenus particuliers :



Objectifs pédagogiques

ce que la(le) participant(e) saura faire à l'issue de la séquence



Points clés à retenir

les messages essentiels, ceux qu'il ne faut jamais perdre de vue



Astuce digitale

comment prolonger ou renforcer l'activité avec les outils numériques



Auto-soin (self-care)

un geste concret de prise en charge de soi



Parole de pair

un savoir issu de l'expérience vécue, à mobiliser dans l'éducation par les pairs



Point de vigilance

une erreur fréquente, un risque, une précaution éthique

Chaque affirmation à caractère scientifique, épidémiologique ou normatif est appuyée par une référence en note de bas de page. La bibliographie complète figure en fin d'ouvrage. Nous invitons les formateur(rice)s à vérifier régulièrement l'actualité des protocoles nationaux, qui évoluent vite.

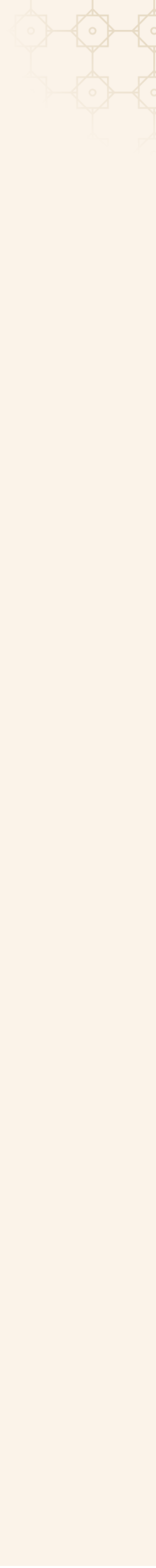


Table des matières





Remerciements	4
Préface	5
Liste des sigles et acronymes	6
Comment utiliser ce guide	8
Partie I Comprendre le cadre : pourquoi éduquer au traitement ?	15
Ch. 1 L'épidémie de VIH dans la région MENA	16
Ch. 2 L'éducation au traitement : définition et principes	19
Ch. 3 ITPC-MENA et le mouvement communautaire d'accès au traitement	21
Ch. 4 Quatre approches innovantes pour renouveler l'éducation au traitement	22
Partie II Le guide de l'animateur(rice) et du(de la) pair(e) éducateur(rice)	25
Ch. 5 La posture de facilitation	26
Ch. 6 Créer un espace sûr : éthique, consentement, confidentialité	27
Ch. 7 Techniques d'animation participative	29
Ch. 8 Organiser un atelier de formation	32
Partie III Le socle des connaissances : comprendre le VIH et son traitement	34
Ch. 9 Comprendre le VIH : virus, transmission, système immunitaire	35
Ch. 10 La prévention combinée	38
Ch. 11 Le dépistage et l'entrée dans les soins	40
Ch. 12 Les antirétroviraux (ARV)	41
Ch. 13 La charge virale et le suivi biologique	44
Ch. 14 Effets secondaires et interactions	46
Ch. 15 La résistance aux antirétroviraux	47
Ch. 16 L'observance (adhérence thérapeutique)	48
Ch. 17 Comorbidités et co-infections	49
Ch. 18 Populations spécifiques	50
Ch. 19 Genre, droits humains et lutte contre la stigmatisation	51
Ch. 20 Vivre avec le VIH au quotidien	52



Partie IV	Les approches innovantes en profondeur	56
Ch. 21	Module : la communication pour le développement (C4D)	57
Ch. 22	Module : l'éducation par les pairs	59
Ch. 23	Module : l'approche digitale (santé numérique)	61
Ch. 24	Module : l'auto-soin (self-care)	63
Partie V	Du savoir à l'action	66
Ch. 25	Plaidoyer et construction du mouvement des PVVIH	67
Ch. 26	Élaborer un plan d'action personnel et communautaire	68
Ch. 27	Suivi, évaluation et amélioration continue	69
Partie VI	Fiches pédagogiques et techniques des activités	71
	Fiches complémentaires	92
Annexes	Annexes	96
Annexe A	Programme détaillé de l'atelier (4 jours)	97
Annexe B	Glossaire	102
Annexe C	Repères sur les classes d'antirétroviraux	104
Annexe D	Modèles et outils reproductibles	105
Annexe E	Ressources et liens utiles	108
Annexe F	Questions fréquentes des personnes vivant avec le VIH	110
Annexe G	Banque de techniques d'animation participative	114
Annexe H	Études de cas pour l'animation	117
	Références bibliographiques	121



Liste des tableaux

Tableau 1	Programme de l'atelier — Jour 1 : accueil, espace sûr, fondamentaux	98
Tableau 2	Programme de l'atelier — Jour 2 : le virus, la prévention, les ARV	99
Tableau 3	Programme de l'atelier — Jour 3 : suivi, effets, résistance, observance	100
Tableau 4	Programme de l'atelier — Jour 4 : approches innovantes, bien-être, action	101
Tableau 5	Repères sur les classes d'antirétroviraux	104
Tableau 6	Fiche « Mon plan personnel d'observance »	105
Tableau 7	Canevas de campagne C4D	106
Tableau 8	Grille de stratégie de plaidoyer	107
Tableau 9	Grille d'évaluation rapide de l'atelier	107
Tableau 10	Pour ouvrir et créer le groupe	114
Tableau 11	Pour relancer l'énergie	114
Tableau 12	Pour faire réfléchir et débattre	115
Tableau 13	Pour explorer le vécu et le pouvoir	115
Tableau 14	Pour ancrer et clôturer	115



Liste des figures

Figure 1	L'épidémie de VIH dans la région MENA en quatre chiffres (ONUSIDA, 2025).	16
Figure 2	La cascade « 95-95-95 » de l'ONUSIDA et le retard de la région MENA sur l'accès au traitement.	17
Figure 3	Les quatre approches innovantes qui structurent le guide et se renforcent mutuellement.	23
Figure 4	Le rituel « Cœur-Esprit-Corps » : une porte d'entrée quotidienne vers l'auto-soin.	30
Figure 5	Le cycle de réplication du VIH et l'étape bloquée par chaque classe d'antirétroviraux.	36
Figure 6	La prévention combinée : composer une stratégie adaptée à partir d'un éventail d'outils.	38
Figure 7	La cascade de soins : chaque marche perdue affaiblit la réponse ; l'éducation au traitement intervient à chacune.	41
Figure 8	Les quatre composantes de la communication pour le développement (C4D).	58

— PARTIE I

Comprendre le cadre : pourquoi éduquer au traitement ?

Avant d'animer une formation ou d'accompagner une personne, il faut savoir pourquoi l'on agit. Cette première partie pose les fondations : l'état de l'épidémie dans la région MENA, la définition et les principes de l'éducation au traitement, la place du mouvement communautaire porté par ITPC-MENA, et une présentation d'ensemble des quatre approches innovantes qui structurent ce guide.



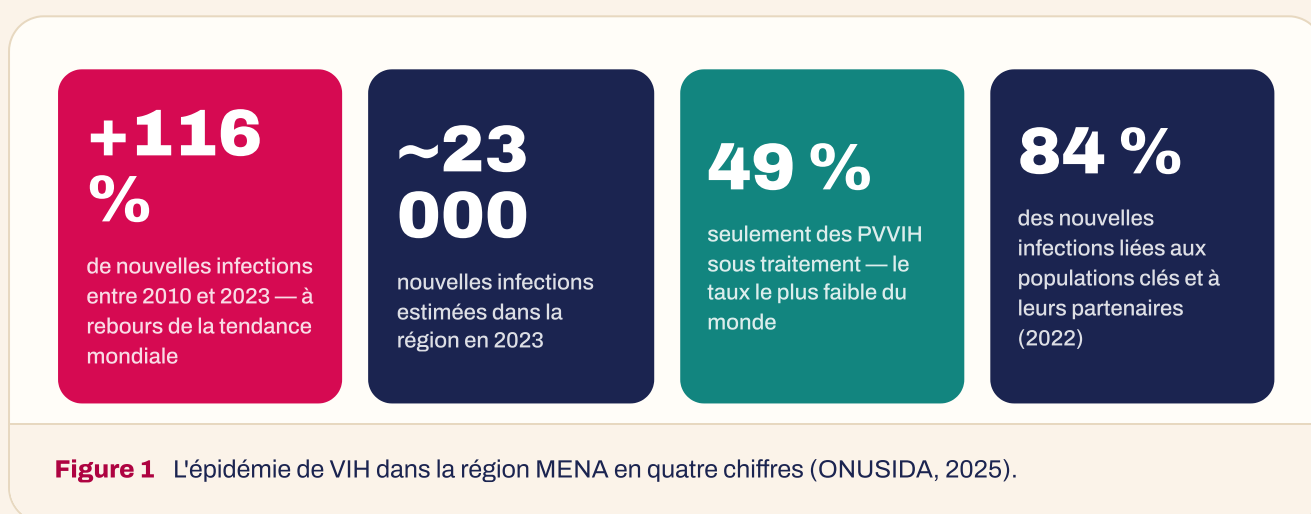


CHAPITRE 1

01 L'épidémie de VIH dans la région MENA

1.1 Une épidémie à contre-courant

La région du Moyen-Orient et de l'Afrique du Nord présente un paradoxe. Sa prévalence du VIH demeure faible en population générale — bien inférieure à celle de l'Afrique subsaharienne, où certains pays dépassent 20 % —, mais elle connaît l'une des dynamiques épidémiques les plus défavorables du monde. Le nombre de nouvelles infections y a augmenté de 116 % entre 2010 et 2023, à rebours de la tendance mondiale à la baisse.⁹ En 2023, on estimait à environ 23 000 le nombre de nouvelles infections dans la région.¹⁰



Cette apparente contradiction — faible prévalence, forte croissance — s'explique. Une épidémie concentrée sur des populations spécifiques, encore peu touchées mais fortement exposées, peut croître rapidement tant que les interventions de prévention et de traitement ne les atteignent pas. C'est le cas de la région MENA, où les populations clés et leurs partenaires représentaient environ 84 % des nouvelles infections en 2022, avec une progression particulièrement marquée chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes.¹¹

⁹ ONUSIDA. (2025). Global AIDS Update, Genève, 2025 ; profil régional MENA (données 2024). <https://www.unaids.org/en/resources/documents/2024/2024-unaids-global-aids-update-mena>

¹⁰ ONUSIDA. (2023). profil régional Moyen-Orient et Afrique du Nord, données-2024. <https://www.unaids.org/sites/default/files/2025-07/2025-global-aids-update-mena.pdf>

¹¹ Ibid. Les populations clés et leurs partenaires représentaient environ 84 % des nouvelles infections dans la région en 2022.



POINTS CLÉS À RETENIR

La région MENA est l'une des rares régions du monde où les nouvelles infections augmentent. Faible prévalence ne signifie pas faible risque : une épidémie concentrée peut s'emballer si la prévention et le traitement n'atteignent pas les personnes les plus exposées.

1.2 Le retard de traitement : le cœur du problème

Le principal indicateur de la réponse au VIH est la cascade de traitement, résumée par les cibles « 95-95-95 » de l'ONUSIDA : 95 % des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut ; parmi elles, 95 % sont sous traitement antirétroviral ; et parmi ces dernières, 95 % ont une charge virale supprimée.¹² Sur ces trois marches, la région MENA accuse un retard préoccupant. En 2023, la couverture en traitement antirétroviral n'atteignait que 49 % des personnes vivant avec le VIH de la région — le taux le plus faible de toutes les régions du monde.¹³

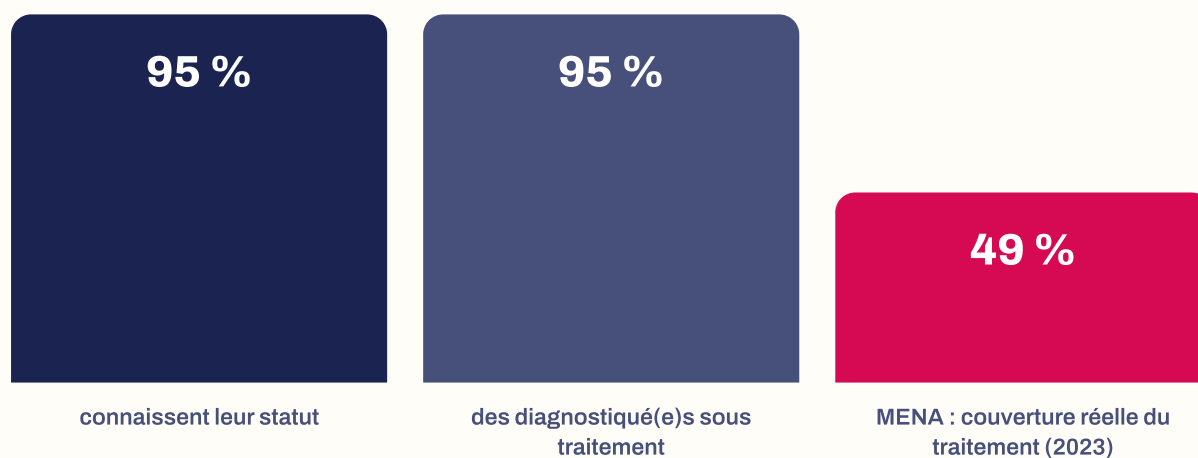


Figure 2 La cascade « 95-95-95 » de l'ONUSIDA et le retard de la région MENA sur l'accès au traitement.

¹² ONUSIDA. (2030). Fast-Track — Ending the AIDS epidemic by et cibles 95-95-95, Genève, 2014 puis actualisations. <https://www.unaids.org>

¹³ ONUSIDA. (2025). Global AIDS Update, profil MENA : couverture en traitement estimée à 49 % (34–68 %) en 2023.



Ce retard a des conséquences directes : la région MENA est l'une des seules où les décès liés au sida n'ont pas suffisamment reculé, faute d'un accès assez large et assez précoce au traitement. Chaque personne diagnostiquée tardivement, chaque interruption de traitement, chaque rupture d'approvisionnement en ARV se traduit par des maladies évitables et des transmissions qui auraient pu ne pas avoir lieu.

1.3 Les moteurs de l'épidémie : stigmatisation, criminalisation, inégalités

Pourquoi le traitement n'atteint-il pas les personnes qui en ont besoin ? Les obstacles sont moins techniques que sociaux et juridiques. La stigmatisation liée au VIH reste massive et décourage le dépistage : beaucoup préfèrent ne pas savoir plutôt que de risquer l'exclusion. La criminalisation aggrave le phénomène : sur les 19 pays de la région, 18 criminalisent encore le travail du sexe, 17 la détention de petites quantités de drogues et 16 les relations entre personnes de même sexe.¹⁴ Or on ne peut atteindre efficacement des populations que la loi pousse dans la clandestinité.

À ces facteurs s'ajoutent les inégalités de genre, qui exposent particulièrement les femmes et limitent leur pouvoir de négociation en matière de prévention, ainsi que les ruptures d'approvisionnement en ARV qui affectent régulièrement les structures de soins et minent la confiance dans le système.¹⁵ C'est pourquoi une réponse strictement médicale est insuffisante : sans travail sur les représentations, les droits et les communautés, le traitement demeure hors de portée de celles et ceux qui en ont le plus besoin.



POINT DE VIGILANCE

L'éducation au traitement ne peut ignorer le contexte juridique et social. Dans un environnement criminalisant, la confidentialité n'est pas un confort mais une condition de sécurité. L'animateur(rice) doit toujours adapter son intervention au cadre légal local et ne jamais exposer une personne à un risque de dénonciation.

1.4 Le rôle décisif des communautés

¹⁴ Ibid. Sur 19 pays de la région, 18 criminalisent le travail du sexe, 17 la détention de petites quantités de drogues et 16 les relations entre personnes de même sexe.

¹⁵ OMS Bureau régional de la Méditerranée orientale (EMRO). rapports sur les ruptures d'approvisionnement en ARV et l'accès aux soins VIH. <http://www.emro.who.int>



Face à ces obstacles, les réponses communautaires ont démontré leur efficacité. Là où les services de santé formels peinent à atteindre les populations clés, les organisations communautaires savent créer la confiance, informer sans juger et accompagner dans la durée. L'ONUSIDA reconnaît que l'atteinte des cibles mondiales passe par un rôle accru des communautés dans la prestation de services — dépistage, soutien à l'observance, défense des droits.¹⁶ C'est dans cette conviction que s'enracine le présent guide.

CHAPITRE 2

02

L'éducation au traitement : définition et principes

2.1 Qu'est-ce que l'éducation au traitement ?

L'éducation au traitement (en anglais treatment education ou treatment literacy) désigne l'ensemble des processus par lesquels les personnes vivant avec le VIH et les communautés acquièrent les connaissances, les compétences et la confiance nécessaires pour comprendre leur santé, participer aux décisions qui les concernent et adhérer durablement à leur traitement.¹⁷ Elle ne se réduit pas à la transmission d'informations médicales : elle vise l'autonomisation (empowerment), c'est-à-dire la capacité d'agir sur sa propre vie et sur son environnement.

L'éducation au traitement se distingue de l'éducation thérapeutique du patient (ETP) telle que définie par l'OMS — centrée sur l'acquisition de compétences d'autosoins et d'adaptation dans une relation soignant-soigné¹⁸ — en ce qu'elle ajoute une dimension collective et politique : il ne s'agit pas seulement de « bien se soigner », mais de comprendre les rapports de pouvoir qui déterminent l'accès aux soins et de s'organiser pour les transformer. Les deux perspectives sont complémentaires, et ce guide les articule.

¹⁶ ONUSIDA. (2025). Global AIDS Update : rôle central des communautés dans la prestation de services pour atteindre les cibles 2030.

¹⁷ ITPC. Treatment Education Toolkit et documents de référence, International Treatment Preparedness Coalition. <https://itpcglobal.org>

¹⁸ OMS Bureau régional de l'Europe. (1998). Therapeutic Patient Education : Continuing Education Programmes for Health Care Providers in the Field of Prevention of Chronic Diseases, Copenhagen, OMS.



OBJECTIFS DE L'ÉDUCATION AU TRAITEMENT

À l'issue d'un parcours d'éducation au traitement, une personne vivant avec le VIH devrait être en mesure de : comprendre ce qu'est le VIH et comment il agit dans le corps ; expliquer le rôle de la charge virale et des CD4 ; connaître son schéma thérapeutique et les raisons de l'observance ; identifier et gérer les effets indésirables ; connaître ses droits ; et savoir où et à qui demander de l'aide.

2.2 À qui s'adresse l'éducation au traitement, et quand ?

L'éducation au traitement s'adresse à toute personne vivant avec le VIH, à chaque étape de son parcours : au moment de l'annonce du diagnostic, lors de l'initiation du traitement, au fil du suivi, et lors des moments critiques (changement de schéma, effets indésirables, grossesse, lassitude thérapeutique). Elle concerne aussi les proches et les communautés affectées, dont la compréhension conditionne le soutien apporté aux PVVIH.

Il n'existe pas de « bon moment » unique : l'offre d'éducation au traitement doit être continue et répétée, car les besoins évoluent. Une information donnée le jour de l'annonce — moment de sidération émotionnelle — sera rarement retenue ; elle devra être reprise, reformulée, approfondie. C'est là toute la force de l'approche par les pairs et de la répétition bienveillante.

2.3 Les avantages d'une éducation au traitement

Les bénéfices sont documentés et se situent à plusieurs niveaux. Au niveau individuel, une meilleure littératie en santé est associée à une observance plus élevée, à une suppression virale plus fréquente et à une meilleure qualité de vie. Au niveau communautaire, elle réduit la stigmatisation en diffusant des messages exacts (par exemple I = I) et renforce la demande de services. Au niveau du système de santé, elle améliore l'efficacité en réduisant les complications évitables et les perdus de vue.¹⁹ Enfin, au niveau politique, des communautés informées sont des communautés capables de plaider : elles savent réclamer des ARV de qualité, dénoncer les ruptures de stock et exiger le respect de leurs droits.

¹⁹ Nutbeam D. (2000). « Health literacy as a public health goal », Health Promotion International, vol. 15, n° 3, p. 259-267.



2.4 Les principes pédagogiques d'ITPC-MENA

L'approche pédagogique de ce guide s'enracine dans l'éducation populaire et la pédagogie critique de Paulo Freire, pour qui apprendre n'est pas recevoir passivement un savoir, mais construire ensemble une lecture du monde qui rend capable d'agir sur lui.²⁰

De ce socle découlent les principes suivants :

Créer un espace sûr de confiance et de solidarité, où chacun(e) peut parler sans crainte. Partir des expériences concrètes de la vie quotidienne des PVVIH plutôt que d'un exposé abstrait. Utiliser des histoires, l'art, le théâtre et le jeu pour susciter des questions ouvertes et développer la pensée critique. Promouvoir l'apprentissage par la pratique, relié à des problèmes réels et à des solutions concrètes. Donner la priorité à la réflexion, au dialogue et à l'action. Reconnaître et aborder la diversité et les rapports de pouvoir. Remettre en question les hypothèses et rechercher des alternatives. S'appuyer sur l'espoir, l'inspiration et la joie. Accorder du temps au soin de soi et au ressourcement. Faire du conflit d'idées un moteur de changement — en encourageant à questionner les idées, jamais les personnes.²¹



PAROLE DE PAIR

« Le jour de mon diagnostic, le médecin m'a tout expliqué, mais je n'ai rien entendu. C'est une autre personne séropositive, des semaines plus tard, qui a su me dire les mots que je pouvais comprendre. » Ce témoignage résume pourquoi le savoir médical, pour devenir agissant, a besoin d'être traduit par des pairs.

CHAPITRE 3

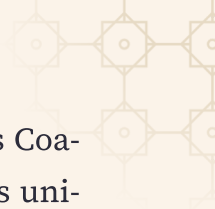
03

ITPC-MENA et le mouvement communautaire d'accès au traitement

3.1 Une coalition née de la nécessité

²⁰ Freire P. (1974). Pédagogie des opprimés, Paris, Maspero (éd. originale : Pedagogia do oprimido, 1968).

²¹ Principes d'ITPC-MENA, adaptés des matériels de l'Association de Lutte Contre le Sida (ALCS), de MSF, d'ITPC Global, d'i-Base et de la plateforme communautaire VIH/TB du Maroc.



ITPC-MENA est la déclinaison régionale de l'International Treatment Preparedness Coalition, réseau mondial de militant(e)s communautaires fondé pour défendre l'accès universel au traitement du VIH. Constituée en organisation juridiquement indépendante en 2015, avec siège à Marrakech, ITPC-MENA fédère des personnes vivant avec le VIH et leurs allié(e)s à travers la région.²² Sa mission : garantir un accès optimal au traitement du VIH et des comorbidités associées — hépatites virales, tuberculose —, en quantité et en qualité suffisantes, pour toutes les personnes qui en ont besoin.

3.2 Trois leviers d'action

L'action d'ITPC-MENA repose sur trois leviers complémentaires. Le premier est l'éducation au traitement, dont ce guide est un instrument, avec la volonté constante de rendre l'information disponible en langue arabe, condition d'un accès équitable au savoir dans la région.²³ Le deuxième est la recherche communautaire (community-led monitoring) : en documentant eux-mêmes les ruptures de stock, les délais et les obstacles, les militant(e)s obligent gouvernements et bailleurs à rendre des comptes.²⁴ Le troisième est le plaidoyer pour l'accès aux médicaments, notamment la baisse des prix et la levée des barrières de propriété intellectuelle — comme l'illustre l'appel du MENA-CAB pour un accès rapide au dolutégravir pédiatrique.²⁵

3.3 La communauté 3ilaji

3ilaji (« mon traitement », en arabe) est l'espace communautaire et numérique animé par ITPC-MENA. Il incarne la conviction qui traverse ce guide : le savoir sur le traitement appartient aux communautés, et se construit avec elles. Les contributions des abonné(e)s de 3ilaji ont directement nourri le présent manuel.

CHAPITRE 4

04

Quatre approches innovantes pour renouveler l'éducation au traitement

Cette édition intègre quatre approches qui, ensemble, modernisent la pratique de l'éducation au traitement. Elles sont présentées ici de manière synthétique, puis mobilisées tout au long du guide sous forme d'encadrés, avant d'être approfondies dans des modules dédiés (Partie IV).

²² ITPC-MENA. « Notre histoire », <https://itpcmena.org/notre-histoire/>

²³ ITPC-MENA. « ITPC-MENA publie un nouveau guide complet sur le traitement de l'infection à VIH en langue arabe », <https://itpcmena.org>

²⁴ Sur le suivi communautaire (community-led monitoring), voir ONUSIDA, Establishing Community-Led Monitoring of HIV Services, Genève, 2021.

²⁵ ITPC-MENA. « Le MENA-CAB lance un appel à ViiV pour l'accès rapide au dolutégravir pour les enfants jordaniens et libyens », <https://itpcmena.org>



Figure 3 Les quatre approches innovantes qui structurent le guide et se renforcent mutuellement.

4.1 La communication pour le développement (C4D)

La communication pour le développement est, selon l'UNICEF, un processus fondé sur des données probantes qui mobilise un ensemble d'outils, de canaux et d'approches pour favoriser la participation et l'engagement des individus, des familles et des communautés en vue d'un changement social et comportemental positif.²⁶ Elle combine communication pour le changement de comportement (BCC), communication pour le changement social, mobilisation sociale et plaidoyer. Appliquée au VIH, la C4D aide à combattre la stigmatisation, à déconstruire les mythes et à transformer les normes sociales qui font obstacle à l'accès aux services.

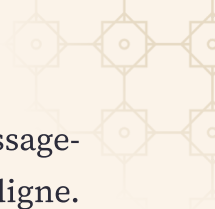
4.2 L'éducation par les pairs

L'éducation par les pairs repose sur un principe simple : les personnes sont plus réceptives à l'information et au soutien lorsqu'ils émanent de personnes qui leur ressemblent et partagent leur vécu. Un(e) pair(e) éducateur(ice) vivant avec le VIH possède une crédibilité et une capacité d'empathie qu'aucun(e) professionnel(le) extérieur(e) ne peut égaler. L'éducation par les pairs, largement recommandée dans les programmes VIH auprès des populations clés, améliore l'accès aux services, l'observance et le bien-être psychosocial.²⁷

4.3 L'approche digitale (santé numérique)

²⁶ UNICEF. Communication for Development (C4D), ; définition : « processus fondé sur des données probantes [...] pour un changement social et comportemental positif ». <https://www.unicef.org/rosa/communication-development>

²⁷ Organisation mondiale de la Santé. (2021). Consolidated guidelines on HIV prevention, testing, treatment, service delivery and monitoring : recommendations for a public health approach, Genève, OMS (interventions dirigées par les pairs auprès des populations clés).



Le numérique transforme l'accès à l'information et aux soins : réseaux sociaux, messageries chiffrées, applications de rappel de prise, télésanté, autotests commandés en ligne. Dans une région où la stigmatisation pousse à la discrétion, l'anonymat relatif du digital constitue un atout majeur pour atteindre les populations les plus difficiles à joindre. L'OMS a formalisé le champ des interventions de santé numérique et en encourage l'usage raisonné.²⁸ Ce guide intègre systématiquement une déclinaison digitale des activités.

4.4 L'auto-soin (self-care)

L'auto-soin désigne, selon l'OMS, la capacité des individus, des familles et des communautés à promouvoir leur santé, à prévenir la maladie, à maintenir leur bien-être et à faire face à la maladie et au handicap, avec ou sans le soutien d'un(e) soignant(e).²⁹ Dans le champ du VIH, l'auto-soin recouvre notamment l'autotest, l'auto-initiation et le suivi de la PrEP, l'autogestion de l'observance, ainsi que la santé mentale et le bien-être. Il ne remplace pas le système de santé : il en étend la portée et redonne du pouvoir aux personnes.

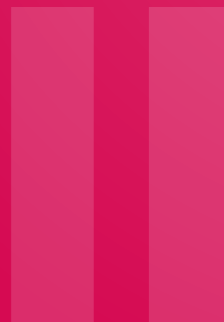


UNE ARCHITECTURE EN SPIRALE

Ces quatre approches ne s'ajoutent pas les unes aux autres comme des briques séparées : elles se renforcent mutuellement. Un(e) pair(e) éducateur(ice) (éducation par les pairs) anime une campagne de déstigmatisation (C4D) qui oriente vers un autotest (self-care) commandé via une application (digital). Tout au long de ce guide, ces liens seront rendus explicites.

²⁸ OMS. (2018). Classification of digital health interventions et WHO guideline : recommendations on digital interventions for health system strengthening, Genève-2019. <https://www.who.int>

²⁹ OMS. (2022). WHO consolidated guideline on self-care interventions for health and well-being, Genève, OMS (mise à jour). <https://www.who.int/publications/i/item/9789240052192>



— PARTIE II

Le guide de l'animateur(rice) et du(de la) pair(e) éducateur(rice)

Cette partie outille celles et ceux qui animent. Elle décrit la posture de facilitation, la manière de créer un espace sûr, un répertoire de techniques d'animation participative, et la démarche concrète d'organisation d'un atelier de quatre jours.





05 La posture de facilitation

5.1 Qu'est-ce que faciliter ?

Faciliter, c'est contribuer à l'apprentissage des adultes sans se substituer à eux. L'animateur(rice) n'est pas un(e) enseignant(e) qui déverse un savoir ; il(elle) guide un groupe sur un sujet, ouvre le dialogue, gère le temps et veille à ce que la voix de chaque participant(e) soit entendue.³⁰ Cette conception rejoint les principes de l'andragogie — l'art d'accompagner l'apprentissage adulte — formalisés par Malcolm Knowles : les adultes apprennent mieux lorsqu'ils comprennent l'utilité de ce qu'ils apprennent, lorsqu'ils mobilisent leur propre expérience et lorsqu'ils sont acteur(rice)s de leur formation.³¹

5.2 Les qualités d'un(e) bon(ne) facilitateur(rice)

Un(e) bon(ne) facilitateur(rice) valorise les personnes et leurs idées, réfléchit vite et posément, communique avec clarté, écoute activement et sait rester neutre sur les contenus tout en étant chaleureux(se) sur la relation. Il(elle) crée les conditions pour que le groupe pense par lui-même, plutôt que d'imposer ses propres conclusions. La facilitation efficace suppose une préparation minutieuse : maîtriser le contenu, anticiper les questions difficiles, répartir les rôles au sein de l'équipe d'animation.³²



POINTS CLÉS À RETENIR

Facilitateur(rice) ≠ expert(e) qui sait tout. La meilleure facilitation rend le groupe intelligent : elle fait émerger les savoirs présents dans la salle, les organise et les complète, plutôt que de les remplacer par un monologue.

5.3 La spécificité du(de la) pair(e) éducateur(rice)

³⁰ Adapté des ressources de facilitation d'ITPC et de l'ALCS ; voir aussi International HIV/AIDS Alliance, Tools Together Now ! 100 participatory tools to mobilise communities for HIV/AIDS, Brighton, 2006.

³¹ Knowles M. S. (1973). The Adult Learner : A Neglected Species, Houston, Gulf Publishing ; Knowles M. S. et al., The Adult Learner, 8e éd., Routledge, 2015.

³² Adapté de la section « Ressources pour le facilitateur » du manuel ITPC-MENA (2024) et de International HIV/AIDS Alliance, op. cit.

Le(la) pair(e) éducateur(rice) ajoute à la facilitation une ressource unique : son expérience vécue. Vivant lui(elle)-même avec le VIH, il(elle) peut dire « je sais ce que c'est » avec une légitimité incomparable. Cette proximité crée la confiance, mais elle appelle aussi des précautions : le(la) pair(e) éducateur(rice) doit veiller à ne pas projeter son propre parcours comme une norme (« moi j'ai fait ainsi, donc... ») et à préserver ses propres limites émotionnelles. Le partage de son statut, lorsqu'il a lieu, doit être un choix libre et réfléchi, jamais une obligation.³³



PAROLE DE PAIR

Le récit de soi (storytelling) est l'outil le plus puissant du(de la) pair(e) éducateur(rice) — à condition d'être maîtrisé. Racontez ce qui aide l'autre à avancer, pas ce qui vous soulage vous. Une bonne règle : « mon histoire au service de ton chemin ».

5.4 Gérer le groupe et le temps

Maintenir le processus vivant suppose d'alterner les rythmes (exposés courts, travaux en petits groupes, activités corporelles), de rester attentif(ve) à l'énergie du groupe et de respecter les horaires. Face aux comportements improductifs — monopolisation de la parole, agressivité, repli —, l'animateur(rice) intervient avec fermeté et bienveillance : rappeler les règles communes, reformuler, renvoyer au groupe, proposer une pause. Le conflit d'idées n'est pas à fuir : bien géré, il fait progresser la réflexion collective.³⁴

5.5 Le débriefing de l'équipe d'animation

L'équipe se réunit à la fin de chaque journée et à la clôture de l'atelier pour un débriefing : qu'est-ce qui a fonctionné ? Qu'est-ce qui a bloqué ? Que faut-il ajuster demain ? Ce temps est essentiel pour que la facilitation évolue en réponse à ce qui s'est réellement passé dans la salle. Il constitue aussi un espace de soin pour les animateur(rice)s, souvent exposé(e)s à des récits éprouvants.

³³ Sur le partage du statut et ses précautions, voir ONUSIDA, Positive Health, Dignity and Prevention : A Policy Framework, Genève, GNP+/ONUSIDA, 2011.

³⁴ Techniques de gestion de groupe adaptées de International HIV/AIDS Alliance, op. cit., et de Chambers R., Participatory Workshops : A Sourcebook of 21 Sets of Ideas and Activities, Londres, Earthscan, 2002.



CHAPITRE 6

06

Créer un espace sûr : éthique, consentement, confidentialité

6.1 Pourquoi l'espace sûr est la condition de tout

Aucun apprentissage sensible n'est possible sans sécurité. Dans un contexte de forte stigmatisation, parler du VIH, de sexualité, de consommation de substances ou d'orientation sexuelle expose à des risques réels. Créer un espace sûr (safe space) est donc le préalable absolu de toute activité.³⁵ Un espace est sûr lorsque les participant(e)s se sentent respecté(e)s, écouté(e)s sans jugement, libres de parler ou de se taire, et assuré(e)s que ce qui se dit dans la salle y reste.

6.2 Construire des règles communes

L'espace sûr ne se décrète pas : il se co-construit avec le groupe dès la première heure. On invite les participant(e)s à formuler ensemble les règles qu'ils souhaitent voir respecter. Ces accords incluent généralement : la confidentialité (« ce qui se dit ici reste ici ») ; le respect de la parole et des différences ; le droit de ne pas répondre ; l'écoute sans interruption ; l'absence de jugement ; la ponctualité ; la mise en silence des téléphones. Affichés au mur, ces accords peuvent être invoqués à tout moment.³⁶



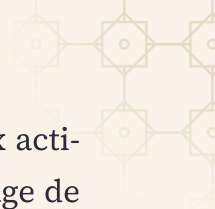
ENCADRÉ

Un espace sûr est créé lorsque les participant(e)s : se sentent accueilli(e)s tel(le)s qu'ils(elles) sont ; savent que leur confidentialité sera protégée ; peuvent exprimer un désaccord sans être attaqué(e)s ; ont le droit de passer leur tour ; et voient leurs limites respectées.

6.3 Le consentement

³⁵ Sur la notion d'espace sûr en éducation à la santé, voir Arao B. & Clemens K., « From Safe Spaces to Brave Spaces », in *The Art of Effective Facilitation*, Stylus, 2013.

³⁶ Co-construction des règles adaptée des matériels JASS (Just Associates) et de l'ALCS.



Le consentement est un principe éthique cardinal. Il concerne la participation aux activités (nul(le) n'est contraint(e) de partager une expérience intime), mais aussi l'usage de l'image et de la parole. Lorsqu'un atelier prévoit des photos, des vidéos ou la collecte de témoignages, un formulaire de consentement éclairé doit être proposé — un exemplaire par personne — expliquant clairement quel usage sera fait des contenus, et rappelant que le consentement peut être retiré à tout moment.³⁷ Un modèle figure en annexe.



POINT DE VIGILANCE

Ne photographiez jamais un(e) participant(e) sans son accord explicite et écrit. Dans certains contextes, une simple image partagée peut entraîner un outing (révélation non consentie du statut) aux conséquences graves : rejet familial, perte d'emploi, violences. La confidentialité n'est pas négociable.

6.4 Le soin de l'animateur(rice) et la sécurité émotionnelle

Aborder le VIH, c'est parfois rouvrir des blessures. L'animateur(rice) doit prévoir des soupapes : un « bol à questions » pour les interrogations anonymes, la possibilité de sortir de la salle, l'orientation vers un soutien psychologique si nécessaire. Il(elle) veille aussi à sa propre sécurité émotionnelle — on ne peut prendre soin des autres si l'on s'épuise soi-même. Ce souci de soi rejoint l'approche de l'auto-soin développée plus loin.

CHAPITRE 7

07

Techniques d'animation participative

L'animation participative est le cœur battant de ce guide. Ce chapitre présente un répertoire de techniques transférables à n'importe quel contenu. Chacune est déclinable en présentiel et, souvent, en version digitale.

7.1 Les brise-glace et les présentations

Les brise-glace (icebreakers) détendent l'atmosphère et permettent aux participant(e)s de se connaître. Exemples : se présenter par deux puis présenter l'autre au groupe ; associer son prénom à un geste ; la « carte de l'espoir » où chacun(e) écrit une attente. Ces activités instaurent d'emblée un climat de confiance et signalent que la parole de chacun(e) compte.

³⁷ Principes du consentement éclairé, voir Association médicale mondiale, Déclaration d'Helsinki, 1964 (révisions ultérieures), pour le cadre éthique général.



7.2 Les énergisants et l'ancrage corporel : « Cœur-Esprit-Corps »

Les énergisants relancent l'attention après une pause ou un temps dense. Le rituel « Cœur-Esprit-Corps », emblématique de la pédagogie d'ITPC-MENA, propose chaque matin un court moment de reconnexion à soi : on prend conscience de son cœur (les émotions), de son esprit (les pensées) et de son corps (les sensations). Ce rituel installe l'idée que la personne est au centre du processus, et prépare le terrain de l'auto-soin.³⁸



7.3 L'arbre de l'espoir

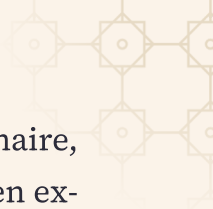
L'arbre de l'espoir est une activité fondatrice : sur des feuilles de papier en forme de feuilles d'arbre, les participant(e)s écrivent leurs espoirs — pour leur santé, leur vie, leur communauté — et les accrochent à un arbre dessiné. L'arbre grandit au fil de l'atelier et rappelle, dans les moments difficiles, le sens de la démarche : le VIH n'est pas une fin, c'est une vie qui continue.

7.4 Le travail en petits groupes

Diviser le groupe en sous-groupes de 4 à 6 personnes multiplie les prises de parole et fait émerger l'intelligence collective. Chaque sous-groupe traite une question, puis restitue en plénière. Cette technique convient particulièrement aux sujets sensibles, où l'on parle plus facilement à quelques-un(e)s qu'à vingt-cinq.

7.5 Le jeu de rôle et le théâtre

³⁸ Rituel « Cœur-Esprit-Corps » issu de la pédagogie d'ITPC-MENA (manuel 2024), inspiré des approches de pleine conscience appliquées au soutien psychosocial.



Le jeu de rôle permet d'incarner une situation — annoncer son statut à un(e) partenaire, négocier l'usage du préservatif, faire face à un(e) soignant(e) stigmatisant(e) — et d'en explorer les issues dans un cadre protégé. Le théâtre de l'opprimé d'Augusto Boal va plus loin : les spectateur(rice)s deviennent « spect-acteur(rice)s » et rejouent la scène pour tester des solutions, transformant la représentation en répétition de l'action.³⁹

7.6 Le photolangage et les cartes

Le photolangage utilise des images pour faire émerger des ressentis difficiles à verbaliser. On étale des photographies variées, chacun(e) en choisit une qui exprime son rapport au sujet, puis explique son choix. La médiation par l'image contourne les blocages et enrichit le partage.

7.7 Le débat mouvant et le positionnement

Dans le débat mouvant, l'animateur(rice) énonce une affirmation (« On peut avoir des enfants quand on vit avec le VIH ») ; les participant(e)s se déplacent physiquement vers « d'accord » ou « pas d'accord », puis argumentent. Cette technique révèle les représentations, met en mouvement (au sens propre) et permet de mesurer les évolutions au fil de la formation.

7.8 La cartographie corporelle et l'analyse de pouvoir

La cartographie corporelle (dessiner un corps et y situer connaissances, plaisirs, tabous) libère la parole sur l'anatomie, la sexualité et le genre. L'analyse de pouvoir (par exemple la métaphore de « la maison du maître ») aide à repérer les rapports de domination qui structurent l'accès aux soins et à imaginer des alternatives.⁴⁰



ASTUCE DIGITALE

La plupart de ces techniques ont un équivalent numérique : sondages en direct (Mentimeter, Kahoot) pour le débat mouvant ; tableaux collaboratifs (Padlet, Jamboard) pour l'arbre de l'espoir ou le brainstorming ; salles virtuelles pour le travail en petits groupes ; capsules vidéo de jeux de rôle. En atelier hybride, ces outils incluent aussi les personnes qui ne peuvent se déplacer par crainte d'être vues.

³⁹ Boal A. (1977). Théâtre de l'opprimé, Paris, Maspero (éd. originale : Teatro do oprimido, 1974).

⁴⁰ La métaphore de « la maison du maître » est empruntée à Lorde A., « The Master's Tools Will Never Dismantle the Master's House », in Sister Outsider, 1984 ; adaptation pédagogique dans les matériels JASS.



7.9 La récapitulation et l'évaluation quotidienne

Chaque journée s'ouvre par un débrief de la veille et se ferme par une récapitulation des messages clés. Des outils simples — « la météo du jour » (comment je me sens), « ce que je rapporte à la maison » (un apprentissage à appliquer) — ancrent les acquis et donnent à l'animateur(rice) un retour immédiat.

CHAPITRE 8

08

Organiser un atelier de formation

8.1 Le format de référence

Le format éprouvé par ITPC-MENA est un atelier de quatre jours, réunissant un groupe de 20 à 25 personnes vivant avec le VIH, encadré par 3 à 4 animateur(rice)s.⁴¹ Ce format offre le temps nécessaire pour créer la confiance, alterner les contenus et permettre au groupe de se souder. Il peut être adapté (modules plus courts, sessions thématiques) selon les contraintes locales.

8.2 Préparer en amont

Deux semaines avant l'atelier, l'équipe s'assure que tout le matériel est acquis et que l'ensemble des supports sont imprimés. Elle parcourt attentivement le programme, décide des options d'animation et répartit les activités entre animateur(rice)s. Les invitations précisent les modalités pratiques (transport, hébergement, éventuels défraiements). Un registre de présence et des attestations sont préparés pour chaque participant(e).⁴²

8.3 Aménager le lieu

La salle doit être assez grande pour 20 à 25 participant(e)s et l'équipe, disposée en demi-cercle sans tables au centre — une configuration qui favorise le partage et l'inclusion. Prévoir beaucoup d'espace mural (pour afficher les productions), un support pour tableau à feuilles mobiles, des rafraîchissements, et s'assurer qu'aucune personne extérieure n'entrera dans la salle pendant la formation, garantie essentielle de confidentialité.⁴³

⁴¹ Manuel de formation ITPC-MENA (2024) : atelier de 4 jours. (2024). groupes de 20 à 25 PVVIH, 3 à 4 animateur(rice)s.

⁴² Ibid., section « Préparer à l'avance l'atelier ».

⁴³ Ibid., section « Planification du lieu ».



8.4 Le matériel type

Le matériel comprend notamment : des feuilles A4 de couleurs variées, des notes auto-collantes, des blocs-notes et stylos pour chaque participant(e), des feutres pour tableau, du ruban de masquage, des étiquettes de noms ; des supports pédagogiques imprimés et plastifiés sur le VIH et les ARV ; des préservatifs internes et externes et un support de démonstration ; des exemples de flacons ou boîtes d'ARV génériques ; des mouchoirs et protections hygiéniques ; et une copie des directives cliniques nationales à jour.⁴⁴



CHECK-LIST MINUTE DE L'ANIMATEUR(RICE)

La salle est-elle confidentielle et accessible ? Les accords de groupe sont-ils affichés ? Le matériel est-il prêt et testé ? Les rôles sont-ils répartis ? Un dispositif de soutien émotionnel est-il prévu ? Le protocole national est-il disponible ? Un plan B existe-t-il en cas de retard sur le programme ?

8.5 Un programme adaptable sur quatre jours

Le programme détaillé figure en annexe. Il articule, jour après jour : l'accueil et la création de l'espace sûr ; les fondamentaux du VIH et de la prévention ; les antirétroviraux, la charge virale et l'observance ; enfin le bien-être, les protocoles nationaux et la construction du mouvement communautaire. Chaque session renvoie à une fiche pédagogique (Partie VI) directement exploitable.



AUTO-SOIN (SELF-CARE)

Un atelier bien mené prévoit, pour les participant(e)s comme pour l'équipe, des temps de respiration : pauses réelles, exercices d'ancrage, orientation vers un soutien si un récit rouvre une blessure. Prendre soin du groupe, c'est aussi accepter de ralentir.

⁴⁴ Ibid., section « Exigences en matière de matériel ».



— PARTIE III

Le socle des connaissances : comprendre le VIH et son traitement

Cette partie constitue le cœur scientifique du guide. Elle est rédigée pour être transmise, non seulement lue : chaque chapitre peut nourrir une session d'atelier. Les contenus cliniques sont conformes aux recommandations de l'OMS actualisées en janvier 2026 ; ils ne remplacent jamais les protocoles nationaux ni l'avis médical.





CHAPITRE 9

09

Comprendre le VIH : virus, transmission, système immunitaire

9.1 Qu'est-ce que le VIH ?

Le VIH — virus de l'immunodéficience humaine — est un rétrovirus qui s'attaque au système immunitaire, plus précisément aux lymphocytes T CD4, cellules chefs d'orchestre de nos défenses. En l'absence de traitement, le virus détruit progressivement ces cellules, affaiblissant l'organisme jusqu'au stade du sida (syndrome d'immunodéficience acquise), défini par la survenue d'infections opportunistes ou de cancers que le corps ne parvient plus à combattre.⁴⁵

Il faut distinguer clairement deux notions souvent confondues : être séropositif(ve) au VIH signifie porter le virus ; avoir le sida désigne un stade avancé de la maladie, aujourd'hui évitable grâce au traitement. Une personne dépistée tôt et traitée efficacement ne développera jamais le sida et aura une espérance de vie proche de celle de la population générale.⁴⁶



POINTS CLÉS À RETENIR

Le VIH n'est pas le sida. Avec un traitement pris régulièrement, on vit longtemps et en bonne santé avec le VIH. Le message central de toute éducation au traitement est un message d'espoir fondé sur des faits.

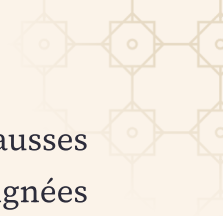
9.2 Comment le VIH se transmet-il ?

Le VIH se transmet par quatre liquides biologiques seulement, lorsqu'ils entrent en contact avec une muqueuse ou la circulation sanguine : le sang, le sperme (y compris le liquide pré-éjaculatoire), les sécrétions vaginales et le lait maternel. Les trois principales voies de transmission sont : les rapports sexuels non protégés (voie majoritaire dans la région MENA) ; le partage de matériel d'injection ; et la transmission de la mère à l'enfant pendant la grossesse, l'accouchement ou l'allaitement.⁴⁷

⁴⁵ OMS. (2025). aide-mémoire VIH et sida, 15 juillet ; ONUSIDA, ressources de référence. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>

⁴⁶ Trickey A. et al. (2017). « Survival of HIV-positive patients starting antiretroviral therapy », The Lancet HIV, vol. 4, e349–e356.

⁴⁷ OMS. (2025). aide-mémoire VIH et sida ; ONUSIDA, Terminology Guidelines, 2015.



Il est tout aussi important d'énoncer ce qui ne transmet pas le VIH, car les idées fausses alimentent la stigmatisation : ni la salive, la sueur, les larmes ou l'urine ; ni les poignées de main, les câlins, les baisers ; ni le partage de vaisselle, de toilettes, de vêtements ou de lieux de vie ; ni les piqûres de moustiques.⁴⁸ Le VIH est un virus fragile qui ne survit pas longtemps hors du corps.



POINT DE VIGILANCE

Beaucoup de peurs et de rejets reposent sur des croyances erronées (« on l'attrape en partageant un repas »). Corriger ces idées fausses avec des faits simples est l'un des actes de déstigmatisation les plus efficaces — un objectif direct de la communication pour le développement.

9.3 Le cycle de vie du VIH dans la cellule

Comprendre comment le virus se reproduit permet de comprendre comment les médicaments l'arrêtent. Le cycle se déroule en étapes : le VIH se fixe sur le lymphocyte CD4 et y pénètre ; grâce à l'enzyme transcriptase inverse, il transforme son matériel génétique en ADN ; l'enzyme intégrase insère cet ADN dans celui de la cellule ; la cellule, détournée, fabrique de nouvelles particules virales que l'enzyme protéase assemble et rend infectieuses ; ces nouveaux virus bourgeonnent et vont infecter d'autres cellules.⁴⁹ Chaque famille d'antirétroviraux bloque une de ces étapes — c'est le principe de la trithérapie, qui attaque le virus sur plusieurs fronts.

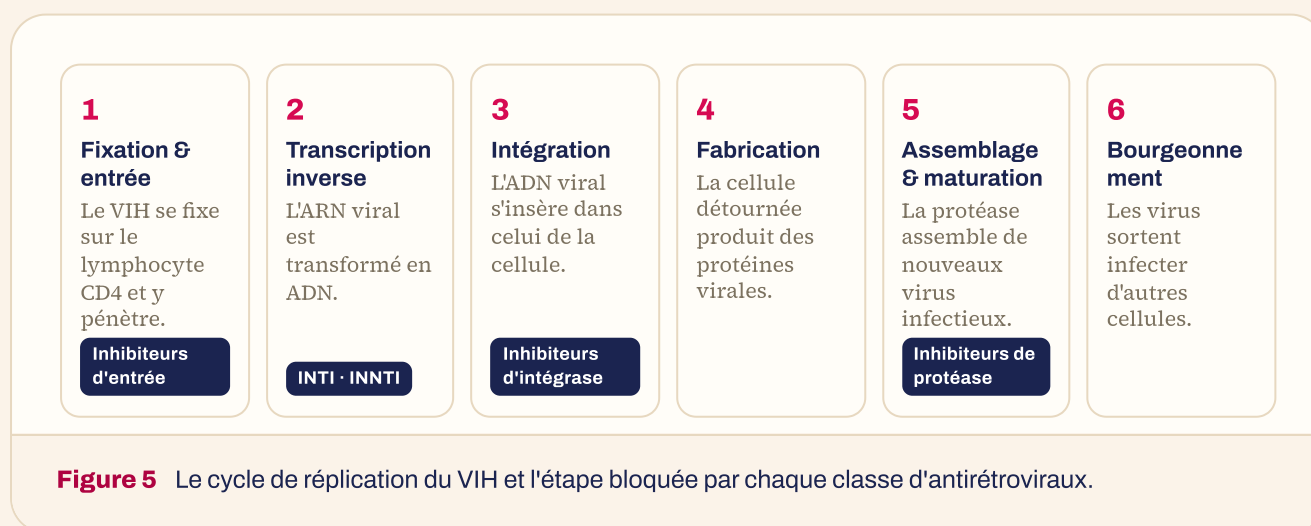


Figure 5 Le cycle de réplication du VIH et l'étape bloquée par chaque classe d'antirétroviraux.

⁴⁸ Ibid. ; matériels d'information de l'ALCS et de MSF sur les modes de non-transmission.

⁴⁹ Description du cycle réplcatif adaptée de : Deeks S. G. et al., « HIV infection », Nature Reviews Disease Primers, vol. 1, 2015, 15035.



PAROLE DE PAIR (ANALOGIE D'ANIMATION)

On peut présenter le CD4 comme une « usine » que le virus pirate pour se photocopier. Les ARV sont les « cadenas » posés sur différentes machines de l'usine : avec un seul cadenas, le virus trouve une autre machine ; avec trois cadenas bien placés (trithérapie), la production s'arrête.

9.4 Les stades de l'infection

Sans traitement, l'infection évolue schématiquement en trois phases : la primo-infection (les premières semaines, parfois marquée par un syndrome grippal, avec une charge virale très élevée et donc une forte contagiosité) ; une phase chronique longue, souvent asymptomatique, pendant laquelle le virus continue pourtant son travail ; puis, en l'absence de traitement, le stade sida. Le traitement précoce interrompt cette progression et protège le système immunitaire.⁵⁰

9.5 VIH-1, VIH-2 et la fenêtre sérologique

Il existe deux types de virus : le VIH-1, de loin le plus répandu dans le monde et dans la région MENA, et le VIH-2, principalement présent en Afrique de l'Ouest, d'évolution souvent plus lente et naturellement résistant à certaines molécules — ce qui a des implications pour le choix du traitement. Cette distinction, utile à connaître, relève de l'équipe soignante pour les décisions thérapeutiques.⁵¹

Un point essentiel pour le dépistage est la fenêtre sérologique : c'est le délai entre l'exposition au virus et le moment où un test peut détecter l'infection. Pendant cette période, une personne peut être infectée et contagieuse alors que son test est encore négatif. C'est pourquoi, en cas de prise de risque récente, il faut respecter le délai recommandé par le type de test utilisé, et parfois répéter le dépistage. Le(la) pair(e) éducateur(rice) doit connaître ce principe pour accompagner correctement les personnes qui se font dépister.⁵²

⁵⁰ Ibid. ; OMS, Consolidated guidelines on HIV, 2021.

⁵¹ Sur VIH-1 et VIH-2, voir OMS, Consolidated guidelines on HIV, 2021 ; le VIH-2 présente une résistance naturelle aux INNTI et à certaines molécules.

⁵² OMS. (2019). Consolidated guidelines on HIV testing services, Genève et 2024 : notion de période fenêtre selon le type de test.



POINTS CLÉS À RETENIR

Un test négatif juste après une prise de risque ne garantit rien : la fenêtre sérologique impose parfois d'attendre ou de refaire le test. En cas de risque récent, penser aussi à la PEP (voir chapitre 10).

CHAPITRE 10

10

La prévention combinée

10.1 Le principe : combiner les outils

Aucun outil de prévention n'est efficace à 100 % seul dans toutes les situations. La prévention combinée consiste à proposer un éventail de moyens — comportementaux, biomédicaux et structurels — dans lequel chaque personne compose la stratégie adaptée à sa vie.⁵³ Ce chapitre présente les principaux outils.

● Préservatifs

Interne et externe : protègent du VIH, des IST et des grossesses non désirées.

● PrEP

ARV pris avant l'exposition par une personne séronégative exposée à un risque.

● PEP (TPE)

ARV d'urgence après une exposition possible, à débiter dans les 72 heures.

● Dépistage & autotest

Porte d'entrée de la prévention et du soin, réalisable en toute discrétion.

● TasP · I = I

Charge virale indétectable sous traitement : plus de transmission sexuelle.

● Réduction des risques

Matériel stérile et traitements de substitution pour les usages de drogues.

Figure 6 La prévention combinée : composer une stratégie adaptée à partir d'un éventail d'outils.

10.2 Le préservatif interne et externe

Le préservatif externe (dit « masculin ») et le préservatif interne (dit « féminin ») restent des outils essentiels : peu coûteux, sans effet secondaire, ils protègent à la fois du VIH, des autres IST et des grossesses non désirées. Leur efficacité dépend d'un usage correct et régulier, d'où l'importance des démonstrations pratiques en atelier. Le préservatif interne, moins connu, offre une option contrôlée par la personne réceptive.⁵⁴

⁵³ ONUSIDA. (2010). Combination HIV Prevention : Tailoring and Coordinating Biomedical, Behavioural and Structural Strategies, Genève.

⁵⁴ OMS/ONUSIDA/FNUAP. (2015). Position statement on condoms and the prevention of HIV, other STIs and unintended pregnancy.



10.3 La PrEP : la prophylaxie pré-exposition

La PrEP (prophylaxie pré-exposition) consiste, pour une personne séronégative exposée à un risque, à prendre un médicament antirétroviral avant l'exposition pour empêcher l'infection. Correctement utilisée, elle est très efficace. L'OMS la recommande comme option de prévention pour les personnes à risque substantiel, et elle existe aujourd'hui sous forme orale quotidienne, mais aussi sous des formes à longue durée d'action (injectable, anneau vaginal selon les contextes).⁵⁵ La PrEP relève à la fois de la prévention biomédicale et de l'auto-soin : l'OMS l'a inscrite parmi les interventions d'auto-soin, l'auto-test pouvant même servir à en initier ou poursuivre l'usage.⁵⁶

10.4 La PEP (TPE) : la prophylaxie post-exposition

La PEP ou TPE (traitement post-exposition) est une prise d'antirétroviraux après une exposition possible au VIH (rapport non protégé, rupture de préservatif, accident d'exposition au sang, violence sexuelle). Pour être efficace, elle doit être commencée le plus tôt possible, dans les 72 heures, et poursuivie 28 jours. Elle constitue une urgence : chaque heure compte.⁵⁷



POINT DE VIGILANCE

La PEP est une urgence médicale à démarrer dans les 72 heures — idéalement dans les premières heures. Tout(e) pair(e) éducateur(ice) doit connaître les lieux où l'obtenir dans sa localité et savoir orienter sans délai.

10.5 Le dépistage et l'autotest

On ne peut se protéger, ni protéger les autres, ni se soigner, sans connaître son statut. Le dépistage est la porte d'entrée de la prévention comme du soin. À côté du dépistage classique en structure, l'autotest du VIH — réalisé soi-même, en toute discrétion — a transformé l'accès au diagnostic. L'OMS le recommande largement et l'a intégré à ses lignes directrices de 2024 sur les services de dépistage différenciés, y compris pour initier ou poursuivre la PrEP.⁵⁸ Dans un contexte de stigmatisation, l'autotest lève une barrière majeure : la peur du regard d'autrui.

⁵⁵ OMS. (2022). Guidelines on long-acting injectable cabotegravir for HIV prevention et lignes directrices PrEP, Genève-2024. <https://www.who.int>

⁵⁶ OMS. (2022). WHO consolidated guideline on self-care interventions for health and well-being : la PrEP et l'autotest figurent parmi les interventions d'auto-soin.

⁵⁷ OMS. (2014). Guidelines on post-exposure prophylaxis for HIV, Genève et actualisations.

⁵⁸ OMS. (2024). Consolidated guidelines on differentiated HIV testing services, Genève, ; « WHO updates HIV testing guidance : more self-testing, integration, and prevention support », 19 juillet 2024. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240096394>



ASTUCE DIGITALE

L'autotest peut être commandé en ligne et accompagné d'un tutoriel vidéo, d'une ligne d'assistance par messagerie chiffrée et d'une orientation confidentielle vers la confirmation et le soin en cas de résultat réactif. Le numérique et l'auto-soin se conjuguent ici pour atteindre les personnes que les services classiques ne touchent pas.

10.6 TasP et U = U : le traitement comme prévention

L'une des avancées les plus importantes de ces dernières années est le principe du traitement comme prévention (TasP) et son corollaire $I = I / U = U$ (Indétectable = Intransmissible). Une personne vivant avec le VIH, sous traitement efficace, dont la charge virale est indétectable de façon durable, ne transmet pas le virus à ses partenaires sexuel(le)s.⁵⁹ Ce message, scientifiquement établi, est révolutionnaire : il transforme le rapport au traitement (se soigner, c'est aussi protéger ceux qu'on aime) et constitue un puissant levier de déstigmatisation.



POINTS CLÉS À RETENIR

$I = I$: Indétectable = Intransmissible. Une charge virale indétectable de façon durable signifie que le VIH ne se transmet pas sexuellement. C'est l'un des messages les plus mobilisateurs de l'éducation au traitement.

10.7 La réduction des risques

Pour les personnes qui consomment des drogues, la réduction des risques (RdR) — accès à du matériel d'injection stérile, traitements de substitution aux opioïdes, information — prévient efficacement la transmission du VIH et des hépatites. Bien que politiquement sensible dans plusieurs pays de la région, elle est reconnue comme une composante essentielle de la prévention combinée.⁶⁰

⁵⁹ ONUSIDA. (2018). Undetectable = Untransmittable — Public health and HIV viral load suppression, Genève ; base scientifique : études HPTN 052, PARTNER 1 et 2, Opposites Attract.

⁶⁰ OMS. (2022). Consolidated guidelines on HIV, viral hepatitis and STI prevention, diagnosis, treatment and care for key populations, Genève.

11 Le dépistage et l'entrée dans les soins

11.1 La cascade de soins

La cascade de soins décrit le parcours idéal : être dépisté(e), être relié(e) aux soins, initier le traitement, y adhérer, atteindre et maintenir une charge virale indétectable. Chaque « marche » perdue (personnes non diagnostiquées, non reliées, perdues de vue) affaiblit la réponse. L'éducation au traitement intervient à chaque marche pour éviter les décrochages.⁶¹



Figure 7 La cascade de soins : chaque marche perdue affaiblit la réponse ; l'éducation au traitement intervient à chacune.

11.2 Le conseil pré et post-test

Le dépistage s'accompagne d'un conseil avant et après le test. Le conseil pré-test informe et prépare ; le conseil post-test annonce le résultat et, s'il est positif, ouvre immédiatement la porte du soin et du soutien. L'annonce d'un résultat positif est un moment de grande vulnérabilité : elle exige tact, disponibilité et orientation concrète. C'est souvent là qu'un(e) pair(e) éducateur(rice) fait la différence.⁶²

11.3 « Traiter tôt » : l'initiation rapide

L'OMS recommande d'initier le traitement antirétroviral le plus tôt possible après le diagnostic, indépendamment du taux de CD4, y compris le jour même lorsque la personne est prête (rapid ART start). Traiter tôt protège la santé de la personne et, par le TasP, prévient les transmissions.⁶³

⁶¹ Sur la cascade de soins, voir Gardner E. M. et al., « The spectrum of engagement in HIV care », *Clinical Infectious Diseases*, vol. 52, 2011, p. 793-800.

⁶² OMS. (2019). Consolidated guidelines on HIV testing services, Genève et 2024.

⁶³ OMS. (2017). Guidelines for managing advanced HIV disease and rapid initiation of antiretroviral therapy, Genève ; Consolidated guidelines on HIV, 2021.



12 Les antirétroviraux (ARV)

12.1 À quoi servent les ARV ?

Les antirétroviraux ne guérissent pas l'infection, mais ils bloquent la reproduction du virus. Résultat : la charge virale chute jusqu'à devenir indétectable, le système immunitaire se reconstitue (les CD4 remontent), la personne reste en bonne santé et ne transmet plus le virus. C'est pourquoi on parle de traitement à vie : interrompre les ARV, c'est laisser le virus repartir.⁶⁴

12.2 Les grandes classes d'ARV

Les ARV sont regroupés en classes selon l'étape du cycle viral qu'ils bloquent : les inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse (INTI) comme le ténofovir, la lamivudine, l'abacavir ; les inhibiteurs non nucléosidiques (INNTI) comme l'éfavirenz ; les inhibiteurs d'intégrase (INI) comme le dolutégravir ; les inhibiteurs de protéase (IP) comme le darunavir boosté par le ritonavir ; et des classes plus récentes (inhibiteurs d'entrée, inhibiteurs de capsid).⁶⁵ Une trithérapie associe généralement des molécules de classes différentes pour attaquer le virus simultanément à plusieurs étapes.

12.3 Le traitement de première intention recommandé par l'OMS

L'OMS, dans ses recommandations actualisées de janvier 2026, confirme les schémas à base de dolutégravir (DTG) comme option préférentielle pour le traitement initial comme pour les lignes suivantes. Le schéma de première intention de référence, disponible en association à dose fixe (un seul comprimé par jour), est le TLD : ténofovir disoproxil + lamivudine + dolutégravir. En 2024, plus de 25 millions de personnes dans le monde recevaient déjà ce schéma, qui a transformé la prise en charge par sa simplicité, son efficacité et sa bonne tolérance.⁶⁶

⁶⁴ OMS. (2026). Updated recommendations on HIV clinical management ; ONUSIDA, ressources d'éducation au traitement.

⁶⁵ Classification adaptée de : EACS Guidelines, European AIDS Clinical Society, version en vigueur, ; et OMS, Consolidated guidelines on HIV, 2021. <https://www.eacsociety.org>

⁶⁶ OMS. (2026). Updated recommendations on HIV clinical management : recommendations for a public health approach, 7 janvier ; plus de 25 millions de personnes sous TLD en 2024.



CE QUE CHANGE L'OMS EN 2026

Le dolutégravir reste la pierre angulaire du traitement. Lorsqu'un inhibiteur de protéase est nécessaire, le darunavir/ritonavir devient l'option préférentielle (en remplacement de l'atazanavir/r et du lopinavir/r). L'OMS soutient la réutilisation du ténofovir et de l'abacavir dans les lignes suivantes, recommande les antirétroviraux injectables à longue durée d'action dans certaines situations (difficultés d'observance des schémas oraux quotidiens), et ouvre la possibilité de bithérapies orales de simplification pour des personnes cliniquement stables.⁶⁷

12.4 Les antirétroviraux à longue durée d'action

Une innovation majeure est l'arrivée de formulations à longue durée d'action : des injections administrées toutes quelques semaines ou quelques mois, en remplacement de la prise quotidienne. L'OMS les recommande désormais pour les adultes et adolescent(e)s confronté(e)s à des difficultés d'observance du traitement oral quotidien.⁶⁸ Pour beaucoup de personnes, ne plus avoir à cacher des comprimés au quotidien représente un soulagement considérable et une réponse concrète à la stigmatisation.

12.5 Les génériques et l'accès

La disponibilité de génériques de qualité, à bas coût, a rendu possible la mise sous traitement de millions de personnes. Le combat pour l'accès — baisse des prix, licences volontaires, lutte contre les ruptures de stock — est au cœur de l'action d'ITPC-MENA et constitue un débouché naturel de l'éducation au traitement vers le plaidoyer (Partie V).⁶⁹

12.6 Première ligne, lignes suivantes et échec thérapeutique

⁶⁷ Ibid. : darunavir/ritonavir préféré parmi les IP ; réutilisation du ténofovir et de l'abacavir ; injectables à longue durée d'action ; bithérapies orales de simplification.

⁶⁸ Ibid.

⁶⁹ ITPC-MENA. campagnes d'accès (MENA-CAB, appels sur le dolutégravir) ; Medicines Patent Pool, licences volontaires. <https://medicinespatentpool.org>

On parle de première ligne pour le traitement initial (aujourd’hui le TLD), et de lignes suivantes (deuxième, troisième ligne) lorsqu’un changement s’impose. Un changement peut être motivé par une intolérance (effet indésirable) ou par un échec thérapeutique, défini par une charge virale qui reste ou redevient détectable malgré le traitement. Avant de conclure à un échec, l’équipe soignante recherche d’abord une éventuelle difficulté d’observance, souvent en cause.⁷⁰

L’OMS, en 2026, a clarifié les options des lignes suivantes : lorsqu’un inhibiteur de protéase devient nécessaire, le darunavir/ritonavir est préféré ; la réutilisation du ténofovir et de l’abacavir est soutenue par les données ; et, pour les personnes en difficulté avec la prise orale quotidienne, les injectables à longue durée d’action offrent une alternative.⁷¹ Le message pour la communauté est rassurant : même en cas d’échec d’une ligne, d’autres options existent — raison de plus pour ne jamais interrompre son suivi.



POINT DE VIGILANCE

Une charge virale détectable n’est pas forcément un « échec du médicament » : c’est le plus souvent un signal de difficulté d’observance, à explorer sans jugement. Le changement de ligne est une décision médicale, jamais une initiative individuelle.



AUTO-SOIN (SELF-CARE)

Bien connaître son propre schéma thérapeutique — le nom de ses médicaments, le moment de prise, la conduite à tenir en cas d’oubli — fait partie de l’auto-soin. Un(e) pair(e) éducateur(rice) peut aider chaque personne à remplir une petite « carte de traitement » personnelle à garder sur soi (voir annexes).

CHAPITRE 13

13

La charge virale et le suivi biologique

⁷⁰ OMS. (2021). Consolidated guidelines on HIV : définition de l’échec virologique et démarche avant changement de ligne (évaluation de l’observance).

⁷¹ OMS. (2026). Updated recommendations on HIV clinical management : darunavir/ritonavir préféré, réutilisation du ténofovir et de l’abacavir, injectables à longue durée d’action.



13.1 Charge virale et CD4 : deux mesures, deux significations

Deux examens rythment le suivi. La charge virale (CV) mesure la quantité de virus présente dans le sang : plus elle est basse, mieux le traitement fonctionne. L'objectif est une charge virale indétectable, c'est-à-dire inférieure au seuil que les tests peuvent mesurer. Le taux de CD4, lui, mesure l'état du système immunitaire : plus il est élevé, mieux les défenses sont reconstituées. On peut résumer ainsi : la charge virale renseigne sur le virus, les CD4 renseignent sur les défenses.⁷²

13.2 Pourquoi la charge virale est-elle si importante ?

La charge virale est l'indicateur de référence de l'efficacité du traitement. L'OMS recommande de la mesurer régulièrement pour vérifier que le virus reste supprimé.⁷³ Une charge virale durablement indétectable signifie trois choses : le traitement fonctionne ; le système immunitaire est protégé ; et, en vertu du principe $I = I$, le virus ne se transmet pas sexuellement. À l'inverse, une charge virale qui remonte (rebond virologique) est un signal d'alerte, souvent lié à des difficultés d'observance, qu'il faut comprendre sans culpabiliser.



POINTS CLÉS À RETENIR

L'objectif du traitement est une charge virale indétectable et durable. « Indétectable » ne veut pas dire « guéri » : le virus est contrôlé, pas éliminé. Le traitement doit être poursuivi à vie, même — surtout — quand on se sent bien.

13.3 Comprendre ses résultats

Une compétence clé de l'auto-soin consiste à lire et comprendre ses propres résultats : où figure la charge virale sur le compte rendu, ce que signifie « indétectable » ou « < 50 copies/mL », comment évoluent les CD4. Le(la) pair(e) éducateur(rice) peut aider chacun(e) à tenir un petit carnet de suivi de ses résultats dans le temps — un geste d'autonomisation concret.

⁷² OMS. (2021). Consolidated guidelines on HIV ; ONUSIDA, ressources sur la charge virale et le suivi.

⁷³ OMS. (2026). Updated recommendations on HIV clinical management ; suivi par charge virale comme standard.



ASTUCE DIGITALE

Des applications de suivi de santé permettent d'enregistrer ses résultats de charge virale et de CD4, de visualiser leur évolution et de recevoir des rappels de rendez-vous. À condition de veiller à la confidentialité des données (verrouillage de l'application, absence de mention explicite du VIH), ces outils renforcent l'autonomie.

CHAPITRE 14

14

Effets secondaires et interactions

14.1 Des traitements bien mieux tolérés qu'avant

Les ARV modernes, notamment ceux à base de dolutégravir, sont nettement mieux tolérés que les molécules des générations précédentes. La plupart des personnes ne ressentent aucun effet gênant durable. Néanmoins, informer sur les effets possibles est essentiel : une personne prévenue s'inquiète moins, sait distinguer un effet bénin et passer d'un signal d'alerte, et est moins tentée d'arrêter son traitement à la première gêne.⁷⁴

14.2 Effets fréquents et bénins, effets à signaler

Certains effets sont fréquents et transitoires en début de traitement (nausées, maux de tête, troubles du sommeil, fatigue) et s'estompent généralement en quelques semaines. D'autres justifient de consulter : réactions cutanées importantes, signes d'allergie, troubles digestifs sévères, symptômes évoquant une atteinte hépatique. Avec certaines molécules, une prise de poids ou des troubles du sommeil peuvent survenir et méritent d'être discutés avec l'équipe soignante plutôt que subis en silence.⁷⁵



POINT DE VIGILANCE

Un effet secondaire ne doit jamais conduire à arrêter le traitement de sa propre initiative : l'arrêt expose au rebond viral et à la résistance. La bonne conduite est d'en parler à l'équipe soignante, qui pourra rassurer, accompagner ou, si besoin, adapter le schéma.

⁷⁴ OMS. (2026). Updated recommendations on HIV clinical management : meilleure tolérance des schémas à base de dolutégravir.

⁷⁵ EACS Guidelines. European AIDS Clinical Society, version en vigueur ; i-Base, Guide to HIV, pregnancy & women's health et fiches sur les effets indésirables. <https://i-base.info>



14.3 Les interactions médicamenteuses

Les ARV peuvent interagir avec d'autres médicaments (antituberculeux, certains traitements de l'hépatite, contraceptifs, médicaments cardiovasculaires) et avec certaines substances, y compris des plantes (comme le millepertuis) ou des produits de consommation. D'où l'importance de toujours signaler que l'on prend des ARV et de mentionner tout autre traitement en cours.⁷⁶

CHAPITRE 15

15 La résistance aux antirétroviraux

15.1 Qu'est-ce que la résistance ?

Le VIH se reproduit vite et commet des « erreurs de copie » : des mutations. Lorsque le traitement est pris de façon irrégulière, le virus continue à se répliquer en présence du médicament et peut sélectionner des mutations qui le rendent résistant : le médicament ne fait plus effet. La résistance peut aussi, plus rarement, être transmise d'emblée.⁷⁷

15.2 Pourquoi la résistance est un problème collectif

La résistance réduit les options thérapeutiques de la personne — il faut alors passer à une ligne de traitement souvent plus complexe ou plus coûteuse — et, si un virus résistant se transmet, elle affecte la communauté entière. C'est l'une des raisons majeures pour lesquelles l'observance est si importante : bien prendre son traitement protège son efficacité présente et future.⁷⁸ La surveillance de la résistance guide d'ailleurs les recommandations de l'OMS, qui privilégient des molécules à barrière génétique élevée comme le dolutégravir, moins exposées à la résistance.⁷⁹



PAROLE DE PAIR (ANALOGIE)

On peut comparer la résistance à un antibiotique mal pris : si l'on arrête dès qu'on se sent mieux, les microbes les plus coriaces survivent et reviennent plus forts. Avec le VIH, chaque dose sautée donne au virus une chance de « s'entraîner » à résister.

⁷⁶ Liverpool HIV Drug Interactions. University of Liverpool, (ressource de référence sur les interactions). <https://www.hiv-druginteractions.org>

⁷⁷ OMS. HIV drug resistance report, Genève, éditions successives. <https://www.who.int/teams/global-hiv-hepatitis-and-stis-programmes>

⁷⁸ Ibid.

⁷⁹ OMS. (2026). Updated recommendations on HIV clinical management : préférence pour le dolutégravir, à barrière génétique élevée.



L'observance (adhérence thérapeutique)

16.1 Définition et enjeux

L'observance (ou adhérence) désigne le fait de prendre son traitement comme prescrit : la bonne dose, au bon moment, tous les jours, dans la durée. C'est le facteur décisif du succès thérapeutique : une bonne observance permet d'atteindre et de maintenir une charge virale indétectable, de préserver le système immunitaire, d'éviter la résistance et d'empêcher la transmission.⁸⁰ Les schémas modernes en une prise quotidienne ont rendu l'observance plus facile, mais elle reste un défi de tous les jours.

16.2 Comprendre ce qui fait obstacle

L'observance n'est pas une question de « bonne volonté ». Elle est influencée par de multiples facteurs : la peur d'être découvert(e) (devoir cacher ses comprimés), la stigmatisation, les effets secondaires, la lassitude (treatment fatigue), la précarité, l'éloignement des services, les ruptures de stock, la dépression, ou simplement l'oubli. Identifier les obstacles propres à chaque personne, sans jugement, est la première étape pour les lever.⁸¹

16.3 Construire un plan d'observance personnel

Plutôt que des injonctions générales, l'éducation au traitement aide chacun(e) à élaborer un plan d'observance personnel : associer la prise à un moment fixe de la journée (un repas, le brossage des dents), utiliser un pilulier ou une alarme, prévoir une conduite en cas d'oubli, anticiper les déplacements, identifier une personne de confiance. Ce plan est co-construit et régulièrement révisé.⁸² Un modèle figure en annexe.



ASTUCE DIGITALE

Des applications de rappel de prise, des alarmes discrètes ou des messages programmés soutiennent l'observance. Des programmes de rappels par SMS ont montré un effet positif sur l'observance dans plusieurs contextes. Le message doit rester neutre et confidentiel (jamais « prends ton ARV » en clair).

⁸⁰ OMS. (2021). Consolidated guidelines on HIV ; sur l'observance : Bangsberg D. R. et al., travaux de référence sur adhérence et suppression virale.

⁸¹ Adapté des matériels d'éducation au traitement d'ITPC et de l'analyse des barrières à l'observance (manuel ITPC-MENA 2024).

⁸² Ibid. ; principes d'éducation thérapeutique du patient (OMS-Europe, 1998).



AUTO-SOIN (SELF-CARE)

L'autogestion de l'observance est une compétence d'auto-soin par excellence. Elle inclut aussi la bienveillance envers soi : un oubli occasionnel n'est pas un échec moral. On reprend le traitement, on en parle, on ajuste — sans culpabilité paralysante.

16.4 La solidarité comme soutien à l'observance

L'observance se soutient aussi collectivement. Les groupes de parole, les clubs d'observance, les binômes de soutien entre pairs créent une responsabilité bienveillante et rompent l'isolement. Le sentiment d'appartenir à une communauté qui se tient debout ensemble est, pour beaucoup, le meilleur allié de la régularité.⁸³

CHAPITRE 17

17

Comorbidités et co-infections

17.1 La tuberculose : première cause de décès évitable

La tuberculose (TB) demeure la principale cause de décès chez les personnes vivant avec le VIH. Toute personne vivant avec le VIH doit être dépistée pour la TB, et la prévention est cruciale. L'OMS, en 2026, recommande comme option préférentielle de traitement préventif de la tuberculose le schéma court 3HP — isoniazide + rifapentine une fois par semaine pendant 3 mois — plus simple et mieux achevé que les schémas longs.⁸⁴ L'intégration des services VIH et TB sauve des vies.

17.2 Les hépatites virales B et C

Les hépatites virales B et C partagent des modes de transmission avec le VIH et sont fréquemment associées, en particulier chez les personnes qui s'injectent des drogues. L'hépatite C se guérit aujourd'hui grâce aux antiviraux à action directe ; l'hépatite B se prévient par la vaccination et se contrôle par traitement. Le dépistage systématique et l'accès au traitement des hépatites font partie intégrante de la prise en charge — un champ où ITPC-MENA agit également.⁸⁵

⁸³ Sur les clubs d'observance et le soutien communautaire, voir MSF, Community-based ART models, et OMS, Key considerations for differentiated ART delivery, 2016.

⁸⁴ OMS. (2026). Updated recommendations on HIV clinical management : 3HP (isoniazide + rifapentine, hebdomadaire, 3 mois) recommandé comme option préférentielle de traitement préventif de la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH.

⁸⁵ OMS. Guidelines for the care and treatment of persons diagnosed with chronic hepatitis C / hepatitis B, Genève ; actions d'ITPC-MENA sur l'accès au traitement des hépatites.



17.3 Les autres IST

Les infections sexuellement transmissibles (syphilis, gonorrhée, chlamydia, etc.) augmentent le risque de transmission du VIH et doivent être dépistées et traitées. L'OMS encourage l'intégration du dépistage (par exemple le test combiné VIH/syphilis) dans les services.⁸⁶

17.4 La santé mentale : une dimension trop souvent négligée

Vivre avec le VIH, dans un environnement stigmatisant, expose à un risque accru de dépression, d'anxiété et de souffrance psychique. La santé mentale n'est pas un luxe : elle conditionne l'observance et la qualité de vie. Repérer la détresse, en parler sans tabou, orienter vers un soutien psychologique et mobiliser l'entraide communautaire font pleinement partie de l'éducation au traitement et de l'auto-soin.⁸⁷



AUTO-SOIN (SELF-CARE)

Prendre soin de sa santé mentale — sommeil, liens sociaux, activités qui font du bien, techniques de gestion du stress, demande d'aide quand c'est nécessaire — est aussi vital que prendre ses comprimés. Le corps et l'esprit se soignent ensemble.

CHAPITRE 18

18 Populations spécifiques

18.1 Les femmes et la prévention de la transmission mère-enfant (PTME)

Une femme vivant avec le VIH peut aujourd'hui avoir des enfants séronégatifs et en bonne santé. La PTME repose sur un traitement antirétroviral maternel efficace, une charge virale contrôlée et une prophylaxie du nourrisson. L'OMS, en 2026, réaffirme une approche centrée sur la personne et le choix maternel : elle recommande l'allaitement exclusif pendant les six premiers mois, poursuivi jusqu'à 12 mois voire 24 mois ou plus, sous couvert d'un traitement maternel efficace ; tous les nourrissons exposés doivent recevoir une prophylaxie postnatale (de préférence par névirapine pendant six semaines), renforcée en cas de risque élevé.⁸⁸ Malgré les progrès, des infections infantiles persistent, surtout pendant l'allaitement, d'où l'importance de l'accompagnement.

⁸⁶ OMS. (2024). Consolidated guidelines on differentiated HIV testing services : intégration du dépistage VIH/syphilis.

⁸⁷ OMS. mhGAP Intervention Guide et lignes directrices sur l'intégration santé mentale et VIH ; ONUSIDA, Health, dignity and prevention.

⁸⁸ OMS. (2026). Updated recommendations on HIV clinical management : allaitement exclusif 6 mois, poursuivi jusqu'à 12-24 mois sous traitement maternel efficace ; prophylaxie infantile (névirapine 6 semaines), renforcée si risque élevé.



18.2 Les enfants et les adolescent(e)s

Les enfants vivant avec le VIH ont longtemps souffert d'un retard d'accès à des formulations adaptées — d'où le combat d'ITPC-MENA pour le dolutégravir pédiatrique.⁸⁹ Les adolescent(e)s constituent un groupe aux besoins spécifiques : annonce du statut, autonomie progressive dans la gestion du traitement, sexualité, transition vers les services adultes. Ils(elles) bénéficient particulièrement d'approches par les pairs et d'outils numériques adaptés à leurs usages.⁹⁰

18.3 Les populations clés

Les populations clés — hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, professionnel(le)s du sexe, personnes qui s'injectent des drogues, personnes transgenres, personnes détenues — concentrent l'essentiel des nouvelles infections dans la région MENA.⁹¹ Elles font face à des obstacles majeurs, souvent aggravés par la criminalisation. Les atteindre suppose des services adaptés, confidentiels et non jugeants, portés au plus près par les communautés elles-mêmes. L'OMS leur consacre des lignes directrices spécifiques.⁹²



POINT DE VIGILANCE

Travailler avec les populations clés dans un contexte criminalisant exige une vigilance éthique et sécuritaire renforcée : protection des données, discrétion des lieux et des horaires, connaissance du cadre légal, et refus absolu de toute pratique qui exposerait une personne à un risque juridique ou de violence.

CHAPITRE 19

19

Genre, droits humains et lutte contre la stigmatisation

19.1 Sexe, genre et rapports de pouvoir

⁸⁹ ITPC-MENA. appel du MENA-CAB pour l'accès au dolutégravir pédiatrique. <https://itpcmena.org>

⁹⁰ OMS. Adolescent-friendly health services et lignes directrices sur les adolescent(e)s vivant avec le VIH.

⁹¹ ONUSIDA. (2025). Global AIDS Update, profil MENA : ~84 % des nouvelles infections liées aux populations clés et à leurs partenaires.

⁹² OMS. (2022). Consolidated guidelines on HIV, viral hepatitis and STI prevention, diagnosis, treatment and care for key populations.



Distinguer le sexe (caractéristiques biologiques) du genre (constructions sociales des rôles féminins et masculins) aide à comprendre pourquoi le VIH n'affecte pas également tout le monde. Les normes de genre — qui décide, qui négocie, qui a accès à l'information et aux ressources — façonnent les risques et l'accès aux soins. Les inégalités de genre exposent particulièrement les femmes et les minorités de genre.⁹³

19.2 Les droits humains comme boussole

L'accès à la santé est un droit humain. Les personnes vivant avec le VIH ont droit à la confidentialité, au consentement éclairé, à la non-discrimination, à la santé sexuelle et reproductive, et à la participation aux décisions qui les concernent (principe GIPA). Défendre ces droits n'est pas une posture idéologique : c'est une condition d'efficacité de la réponse au VIH, car la peur et la discrimination éloignent des services.⁹⁴

19.3 Comprendre et combattre la stigmatisation

La stigmatisation est le marquage social négatif d'une personne du fait de son statut ; la discrimination en est la traduction en actes (rejet, exclusion, refus de soins). Elle opère à plusieurs niveaux : sociale, institutionnelle (dans les services de santé), et intériorisée (l'auto-stigmatisation, lorsque la personne retourne contre elle-même le regard négatif). Combattre la stigmatisation passe par l'information exacte (I = I, modes de non-transmission), le contact et le témoignage, le langage non stigmatisant, et le plaidoyer pour des lois protectrices.⁹⁵



LE RÔLE CENTRAL DE LA COMMUNICATION POUR LE DÉVELOPPEMENT

La déstigmatisation est un objectif typique de la C4D : changer des normes sociales profondément ancrées suppose de combiner information (déconstruire les mythes), communication de proximité (témoignages de pairs), mobilisation sociale (campagnes communautaires) et plaidoyer (changer les lois et les pratiques). Aucune de ces dimensions ne suffit seule.⁹⁶

⁹³ Sur sexe/genre et VIH, voir ONUSIDA, Gender and HIV, et OMS, Gender and health.

⁹⁴ ONUSIDA. Human Rights and HIV ; principe GIPA, op. cit. ; Directives internationales sur le VIH/sida et les droits de la personne (ONUSIDA/HCDH).

⁹⁵ Sur les niveaux de stigmatisation, voir Goffman E., Stigma : Notes on the Management of Spoiled Identity, 1963 ; et ONUSIDA, Confronting discrimination, 2017.

⁹⁶ UNICEF. Communication for Development (C4D) : combinaison de BCC, communication pour le changement social, mobilisation sociale et plaidoyer.



CHAPITRE 20

20

Vivre avec le VIH au quotidien

Comprendre le virus et son traitement ne dit pas encore comment vivre avec le VIH — dans son corps, ses relations, son travail, ses projets. Ce chapitre aborde les dimensions concrètes du quotidien, souvent les plus attendues par les personnes elles-mêmes.

20.1 Alimentation et activité physique

Il n'existe pas de « régime VIH » particulier, mais une alimentation équilibrée soutient le système immunitaire, aide à mieux tolérer le traitement et à maintenir un poids sain. Quelques repères simples suffisent : varier les aliments, privilégier fruits, légumes et protéines, s'hydrater, limiter l'alcool et les produits très transformés. Une activité physique régulière, même modérée (marche, danse, tâches quotidiennes), améliore l'énergie, le sommeil, l'humeur et la santé cardiovasculaire — d'autant plus utile que le VIH et l'âge peuvent augmenter certains risques métaboliques.⁹⁷



AUTO-SOIN (SELF-CARE)

Manger, bouger, dormir : ces gestes ordinaires sont des soins à part entière. Se fixer un petit objectif réaliste (une marche quotidienne, un repas équilibré de plus) vaut mieux qu'un changement radical intenable.

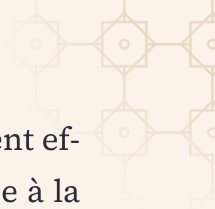
20.2 Sexualité et vie affective

Vivre avec le VIH n'interdit ni le désir, ni le plaisir, ni l'amour. Le message I = I a transformé la vie affective des PVVIH : une personne sous traitement efficace, avec une charge virale indétectable durable, ne transmet pas le virus à ses partenaires.⁹⁸ La sexualité peut se vivre pleinement, en combinant les outils de prévention selon les situations (préservatifs, traitement, PrEP du(de la) partenaire). Aborder ces questions sans tabou, dans le respect du rythme de chacun(e), fait partie de l'éducation au traitement.

20.3 Le désir d'enfant et la parentalité

⁹⁷ OMS. Nutrition and HIV/AIDS et recommandations sur l'activité physique ; principes généraux d'hygiène de vie applicables aux PVVIH.

⁹⁸ ONUSIDA. (2018). Undetectable = Untransmittable, Genève.



Fonder une famille est possible et sûr. Une femme vivant avec le VIH, sous traitement efficace, peut mener une grossesse et donner naissance à un enfant séronégatif grâce à la prévention de la transmission mère-enfant (PTME, voir chapitre 18). Les couples séro-différents disposent aujourd'hui de plusieurs options pour concevoir en toute sécurité. Le projet parental mérite d'être accompagné, sans jugement, avec l'équipe soignante.⁹⁹

20.4 Annoncer (ou non) son statut : le partage sérologique

Le partage du statut (en anglais disclosure) est une décision personnelle, jamais une obligation. À qui le dire — partenaire, famille, ami(e)s, employeur ? Quand ? Comment ? Ces questions n'ont pas de réponse unique. Le partage peut apporter du soutien et alléger le secret, mais il comporte des risques réels dans un contexte stigmatisant. Le rôle du(de la) pair(e) éducateur(rice) est d'aider la personne à peser ces enjeux, à choisir librement et à se préparer, sans jamais décider à sa place.¹⁰⁰



POINT DE VIGILANCE

Nul(le) n'a le droit de révéler le statut d'une autre personne sans son consentement. Le partage forcé (outing) est une violation grave, aux conséquences parfois dramatiques. Le secret médical protège les PVVIH : il doit être défendu sans faille.

20.5 Travail, école et droits

Le VIH ne se transmet pas dans les gestes de la vie professionnelle ou scolaire : rien ne justifie l'exclusion d'une personne de son emploi, de sa formation ou de l'école. Pourtant, la discrimination persiste. Connaître ses droits — non-discrimination, confidentialité médicale, accès aux soins — et les recours possibles est un volet essentiel de l'autonomisation. Le plaidoyer collectif (Partie V) vise précisément à faire respecter ces droits.¹⁰¹

20.6 Voyages et continuité du traitement

⁹⁹ OMS. (2021). Consolidated guidelines on HIV (santé sexuelle et reproductive, conception sûre) ; voir chapitre 18 (PTME).

¹⁰⁰ Sur le partage du statut, voir ONUSIDA, Positive Health, Dignity and Prevention, 2011 ; principes d'accompagnement au disclosure.

¹⁰¹ ONUSIDA/HCDH. (2010). Directives internationales sur le VIH/sida et les droits de la personne ; Organisation internationale du Travail, Recommandation (n° 200) sur le VIH et le sida.

Voyager avec le VIH demande une préparation : emporter suffisamment de traitement (et un peu plus, en prévision des imprévus), anticiper les décalages horaires pour la prise, se renseigner sur la disponibilité des soins à destination. Certains pays maintiennent encore des restrictions d'entrée ou de séjour liées au statut sérologique — une injustice que dénoncent les organisations de PVVIH, et qu'il faut connaître avant de partir.¹⁰²

20.7 Vieillir avec le VIH

Grâce au traitement, les personnes vivant avec le VIH vieillissent — ce qui, à l'échelle de l'histoire de l'épidémie, est une victoire. Le vieillissement avec le VIH soulève des enjeux spécifiques : suivi des comorbidités liées à l'âge (cœur, os, reins, mémoire), interactions médicamenteuses plus nombreuses, isolement social parfois accru. Une prise en charge globale et un soutien communautaire adapté permettent de bien vieillir avec le VIH.¹⁰³



POINTS CLÉS À RETENIR

Vivre avec le VIH, c'est vivre : manger, aimer, travailler, voyager, fonder une famille, vieillir. Le traitement rend tout cela possible. L'éducation au traitement doit parler de la vie entière, pas seulement des comprimés.

¹⁰² ONUSIDA. Mapping of restrictions on the entry, stay and residence of people living with HIV, éditions successives.

¹⁰³ Sur le vieillissement avec le VIH, voir OMS et littérature gériatrique VIH ; ONUSIDA, HIV and ageing.

— PARTIE IV

Les approches innovantes en profondeur

Les quatre approches introduites au chapitre 4 et disséminées tout au long du guide sont ici développées comme des modules autonomes. Chacun peut faire l'objet d'une session de formation dédiée et débouche sur des outils opérationnels.





Module : la communication pour le développement (C4D)

21.1 De l'information au changement social

Informar ne suffit pas à changer les comportements. On peut savoir que le VIH ne se transmet pas par un repas partagé et pourtant continuer à discriminer, parce que les normes sociales, les émotions et les rapports de pouvoir pèsent plus que la connaissance. La communication pour le développement (C4D) part de ce constat : elle vise le changement social et comportemental par un processus participatif, fondé sur des données probantes, qui associe les communautés à la définition des problèmes et des solutions.¹⁰⁴

21.2 Les quatre composantes de la C4D

La C4D articule quatre leviers complémentaires. La communication pour le changement de comportement (BCC) agit sur les connaissances, attitudes et pratiques individuelles. La communication pour le changement social travaille les normes collectives et le dialogue communautaire. La mobilisation sociale fédère allié(e)s et réseaux autour d'un objectif commun. Le plaidoyer vise les décideurs et les cadres politiques et juridiques.¹⁰⁵ Un programme efficace combine ces quatre niveaux : agir sur l'individu sans toucher aux normes, ou informer sans mobiliser, produit peu d'effets durables.

¹⁰⁴ UNICEF. (2019). Communication for Development (C4D), ; UNICEF, Global annual results report — C4D. <https://www.unicef.org/rosa/communication-development>

¹⁰⁵ Ibid. : BCC, communication pour le changement social, mobilisation sociale et plaidoyer.

1 **Changement de comportement (BCC)**
Connaissances, attitudes et pratiques individuelles

2 **Changement social**
Normes collectives et dialogue communautaire

3 **Mobilisation sociale**
Fédérer allié(e)s et réseaux autour d'un objectif commun

4 **Plaidoyer**
Décideurs, cadres politiques et juridiques

Figure 8 Les quatre composantes de la communication pour le développement (C4D).

EXEMPLE APPLIQUÉ AU VIH

Pour promouvoir le dépistage : BCC – messages personnalisés sur le bénéfice de connaître son statut ; changement social – dialogues communautaires pour normaliser le test ; mobilisation sociale – leaders religieux et associatifs relayant l'appel ; plaidoyer – obtenir des points de dépistage confidentiels et l'accès à l'autotest. Les quatre ensemble déplacent les lignes.

21.3 Concevoir une campagne : la démarche en étapes

Une campagne C4D se construit méthodiquement. 1) Analyser la situation et le public : quels sont les comportements à faire évoluer, les obstacles, les motivations, les canaux d'information utilisés ? 2) Segmenter les publics : on ne s'adresse pas de la même façon à un(e) adolescent(e), à une mère, à un leader communautaire. 3) Définir des objectifs de communication précis et mesurables. 4) Élaborer les messages : clairs, positifs, culturellement adaptés, testés auprès du public. 5) Choisir les canaux : interpersonnels (pairs), communautaires (théâtre, radio locale), de masse, numériques. 6) Mettre en œuvre et mobiliser les relais. 7) Suivre et évaluer pour ajuster.¹⁰⁶

¹⁰⁶ Démarche adaptée de : UNICEF/PNUD/Banque mondiale/OMS, Communication for Development approaches ; McKee N. et al., Involving People, Evolving Behaviour, UNICEF/Southbound, 2000.



21.4 Concevoir de bons messages

Un bon message respecte quelques règles : il est simple (une idée à la fois), positif (dire ce qu'il faut faire plutôt que faire peur), crédible (source fiable, ton juste), actionnable (que faire concrètement, où aller) et culturellement approprié. La peur et la culpabilité, longtemps utilisées, se révèlent souvent contre-productives : elles renforcent le déni et la stigmatisation. On leur préfère des messages d'auto-efficacité (« tu peux », « c'est possible ») et de solidarité.¹⁰⁷



POINT DE VIGILANCE

Tout message doit être testé auprès d'un échantillon du public avant diffusion. Un slogan qui semble évident à l'équipe peut être mal compris, voire offensant, dans un autre contexte culturel ou linguistique. Le pré-test évite les erreurs coûteuses.

21.5 Évaluer l'impact

La C4D étant fondée sur les données probantes, elle mesure ses effets : évolution des connaissances et attitudes (enquêtes CAP — connaissances, attitudes, pratiques), portée des messages, comportements adoptés (recours au dépistage, à la PrEP). L'évaluation nourrit l'amélioration continue.¹⁰⁸ Une fiche pédagogique dédiée à la conception d'une campagne figure en Partie VI.

CHAPITRE 22

22

Module : l'éducation par les pairs

22.1 Le fondement : la puissance du semblable

¹⁰⁷ Sur les limites des messages fondés sur la peur, voir Witte K. & Allen M., « A meta-analysis of fear appeals », Health Education & Behavior, vol. 27, 2000, p. 591-615.

¹⁰⁸ Sur l'évaluation en communication pour le changement social, voir Figueroa M. E. et al., Communication for Social Change : An Integrated Model, Rockefeller Foundation/Johns Hopkins, 2002.

L'éducation par les pairs mobilise le principe selon lequel les personnes accueillent plus volontiers un message venant de quelqu'un qui partage leur vécu, leur langage et leurs contraintes. Un(e) pair(e) éducateur(rice) vivant avec le VIH incarne une preuve vivante que la vie continue, apporte une information crédible et un soutien empathique, et ouvre des portes que les services formels ne peuvent franchir.¹⁰⁹ L'OMS recommande les interventions dirigées par les pairs comme composante des programmes destinés aux populations clés.¹¹⁰

22.2 Ce que fait — et ne fait pas — un(e) pair(e) éducateur(rice)

Le(la) pair(e) éducateur(rice) informe (sur le VIH, le traitement, les droits), oriente (vers le dépistage, les soins, le soutien juridique ou psychologique), soutient (l'observance, le moral, le lien social) et mobilise (vers l'action communautaire). Il(elle) n'est pas un(e) médecin (ne prescrit pas, ne pose pas de diagnostic), ni un(e) psychologue (mais peut orienter), ni un(e) travailleur(se) social(e). Clarifier ce périmètre protège à la fois les personnes accompagnées et le(la) pair(e) éducateur(rice).¹¹¹



PAROLE DE PAIR

*« Mon rôle n'est pas de porter les autres, mais de marcher à côté d'eux le temps qu'il faut. »
La juste distance — être présent sans se substituer, aider sans s'épuiser — s'apprend et se soutient en équipe.*

22.3 Mettre en place un programme de pairs éducateur(rice)s

Un programme structuré comprend : le recrutement (des personnes crédibles, motivées, représentatives de la diversité communautaire) ; la formation (contenus de ce guide, techniques d'animation, éthique, gestion émotionnelle) ; l'encadrement (supervision régulière, référent(e) joignable) ; des outils (fiches, supports d'orientation, kit du(de la) pair(e) éducateur(rice)) ; une reconnaissance (défraiement, valorisation, perspectives) ; et un dispositif de soin des pair(e)s eux(elles)-mêmes.¹¹²

¹⁰⁹ Sur l'efficacité de l'éducation par les pairs, voir Medley A. et al., « Effectiveness of peer education interventions for HIV prevention in developing countries », *AIDS Education and Prevention*, vol. 21, 2009, p. 181-206.

¹¹⁰ OMS. (2021). Consolidated guidelines on HIV prevention, testing, treatment, service delivery and monitoring (interventions dirigées par les pairs pour les populations clés).

¹¹¹ Adapté des standards de programmes de pairs éducateur(rice)s (ITPC, Frontline AIDS/International HIV/AIDS Alliance).

¹¹² Ibid. ; International HIV/AIDS Alliance, *Peer education and HIV/AIDS : concepts, uses and challenges*, 1999 (UNAIDS Best Practice).



22.4 Prévenir l'épuisement et le traumatisme vicariant

Écouter des récits douloureux, être en première ligne de la stigmatisation, gérer ses propres enjeux de santé : le(la) pair(e) éducateur(rice) est exposé(e) à l'épuisement et au traumatisme vicariant. Le programme doit intégrer des espaces de parole entre pairs, des temps de supervision, la reconnaissance du droit à dire non, et l'accès à un soutien psychologique. Prendre soin de celles et ceux qui prennent soin est une condition de pérennité.¹¹³



AUTO-SOIN (SELF-CARE)

Chaque pair(e) éducateur(rice) devrait disposer de son propre « plan de ressourcement » : reconnaître ses signaux d'alerte (fatigue, irritabilité, perte de sens), identifier ce qui le(la) recharge, poser des limites, et savoir demander de l'aide. On ne peut donner durablement à partir d'un réservoir vide.

22.5 Pairs et digital : le(la) pair(e) éducateur(rice) numérique

L'éducation par les pairs se déploie aussi en ligne : groupes de soutien sur messageries chiffrées, comptes communautaires, permanences d'écoute par chat. Le(la) pair(e) éducateur(rice) numérique touche des personnes isolées ou craignant d'être vues, mais doit maîtriser des compétences spécifiques : confidentialité des échanges, gestion des situations de crise à distance, orientation, et protection de sa propre sphère privée.¹¹⁴

CHAPITRE 23

23

Module : l'approche digitale (santé numérique)

23.1 Pourquoi le numérique change la donne dans la région MENA

Dans une région où la stigmatisation impose la discrétion, le numérique offre ce que les services physiques peinent à garantir : l'anonymat relatif, l'accessibilité (à toute heure, à distance) et la personnalisation. Forte pénétration des smartphones, usage massif des réseaux sociaux et des messageries : autant d'opportunités pour informer, dépister, accompagner et mobiliser. L'OMS a structuré ce champ des interventions de santé numérique et en encourage l'usage raisonné pour renforcer les systèmes de santé.¹¹⁵

¹¹³ Sur le traumatisme vicariant et l'épuisement des intervenant(e)s, voir Pearlman L. A. & Saakvitne K. W., *Trauma and the Therapist*, 1995 ; ONUSIDA, ressources sur le soutien aux intervenant(e)s communautaires.

¹¹⁴ Adapté des pratiques d'accompagnement communautaire en ligne ; voir aussi Coalition PLUS et ressources ITPC sur l'accompagnement à distance.

¹¹⁵ OMS. (2019). *WHO guideline : recommendations on digital interventions for health system strengthening*, Genève ; OMS, *Classification of digital health interventions*, 2018. <https://www.who.int>



23.2 Panorama des usages pour l'éducation au traitement

Le numérique sert à plusieurs fins : informer (sites, réseaux sociaux, vidéos, chatbots répondant aux questions fréquentes) ; dépister (promotion et commande d'autotests, orientation) ; accompagner (rappels d'observance, suivi de rendez-vous, applications de santé) ; soutenir (groupes de pairs en ligne, téléconsultation, télésanté) ; mobiliser (campagnes virales, plaidoyer numérique).¹¹⁶ Chaque activité de ce guide propose une déclinaison digitale (encadrés « Astuce digitale »).



ASTUCE DIGITALE — LE CHATBOT D'INFORMATION

Un assistant conversationnel peut répondre 24h/24, dans l'anonymat, aux questions les plus taboues (« puis-je avoir des enfants ? », « où faire un test discret ? ») et orienter vers un(e) pair(e) éducateur(ice) pour les situations complexes. Il abaisse la barrière de la honte qui empêche souvent de demander.

23.3 Confidentialité, sécurité et éthique numériques

Le numérique comporte des risques réels, particulièrement graves dans un contexte criminalisant : fuite de données, capture d'écran, géolocalisation, piratage, chantage. Quelques principes s'imposent : privilégier les messageries chiffrées de bout en bout ; ne jamais inscrire en clair le statut sérologique dans un rappel ou un nom de contact ; sécuriser les appareils (verrouillage, mises à jour) ; obtenir le consentement avant tout enregistrement ou partage ; et former les communautés à leur propre sécurité numérique.¹¹⁷



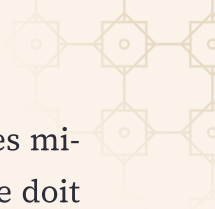
POINT DE VIGILANCE

Un outil numérique mal sécurisé peut exposer une personne plus sûrement qu'une conversation en face à face. La commodité ne doit jamais primer sur la sécurité. En cas de doute, on choisit l'option la plus protectrice, quitte à être moins pratique.

23.4 Lutter contre la désinformation en ligne

¹¹⁶ Panorama adapté de : OMS, Global strategy on digital health 2020-2025, Genève, 2021.

¹¹⁷ Sur la sécurité numérique des communautés vulnérables, voir Access Now, Digital Security Helpline, et ressources de sécurité numérique pour les défenseur(e)s des droits ; principes de protection des données de santé.



Internet diffuse le meilleur (information validée) comme le pire (rumeurs, remèdes miracles, discours niant l'efficacité des ARV). Le(la) pair(e) éducateur(rice) numérique doit savoir repérer et déconstruire la désinformation : vérifier les sources, opposer des faits clairs, ne pas amplifier les fausses informations en les partageant pour les dénoncer, et renvoyer vers des références fiables (OMS, ONUSIDA, ITPC, structures nationales).¹¹⁸

23.5 Réduire la fracture numérique

Tout le monde n'a pas un smartphone, une connexion ou les compétences pour les utiliser. Miser sur le numérique sans y prendre garde risque d'exclure les plus vulnérables (personnes âgées, précaires, peu alphabétisées, femmes dans certains contextes). L'approche digitale doit donc compléter, et non remplacer, les canaux de proximité, et prévoir des solutions pour celles et ceux qui restent hors ligne.¹¹⁹

CHAPITRE 24

24 Module : l'auto-soin (self-care)

24.1 Une définition de l'OMS

L'OMS définit l'auto-soin comme la capacité des individus, des familles et des communautés à promouvoir leur santé, prévenir la maladie, maintenir leur bien-être et faire face à la maladie et au handicap, avec ou sans le soutien d'un(e) professionnel(le) de santé.¹²⁰ Loin de « débrouille-toi tout seul », l'auto-soin est une extension du système de santé qui redonne du pouvoir aux personnes — particulièrement précieuse là où les services sont éloignés, saturés ou stigmatisants.

24.2 Les interventions d'auto-soin dans le champ du VIH

Plusieurs interventions d'auto-soin sont aujourd'hui recommandées : l'autotest du VIH, qui permet de connaître son statut en toute discrétion ; l'auto-initiation et le suivi de la PrEP, l'autotest pouvant servir à initier ou poursuivre la prévention ; l'autogestion de l'observance et du suivi ; ainsi que la promotion de la santé mentale et du bien-être. Ces interventions figurent dans les lignes directrices consolidées de l'OMS sur l'auto-soin.¹²¹

¹¹⁸ Sur la lutte contre la désinformation en santé, voir OMS, Infodemic management. <https://www.who.int/health-topics/infodemic>

¹¹⁹ Sur la fracture numérique, voir UIT (Union internationale des télécommunications), Measuring digital development — Facts and figures, éditions successives.

¹²⁰ OMS. (2022). WHO consolidated guideline on self-care interventions for health and well-being, Genève. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240052192>

¹²¹ Ibid. : autotest du VIH, PrEP en auto-soin, autogestion ; voir aussi OMS, Consolidated guidelines on differentiated HIV testing services, 2024.



POINTS CLÉS À RETENIR

L'auto-soin ne remplace pas le système de santé : il l'étend et le complète. Autotest, PrEP en autonomie, autogestion de l'observance, soin de la santé mentale — autant de leviers qui redonnent aux personnes la maîtrise de leur santé.

24.3 Le bien-être global : corps, esprit, lien social

L'auto-soin dépasse le médical. Il englobe le sommeil, l'alimentation, l'activité physique, la gestion du stress, la spiritualité pour celles et ceux qui y trouvent un appui, et surtout le lien social. Le rituel « Cœur-Esprit-Corps » proposé dans ce guide en est une porte d'entrée : reconnaître chaque jour ses émotions, ses pensées et ses sensations pour mieux en prendre soin.¹²²

24.4 La santé mentale et la gestion du stress

Des techniques simples et accessibles soutiennent l'équilibre psychique : la respiration et l'ancrage corporel, la relaxation, l'expression des émotions (parole, écriture, art), le maintien d'activités qui font du sens, et le fait de demander de l'aide sans honte. Repérer les signes de détresse chez soi et chez les autres, et connaître les ressources d'orientation, fait partie de l'auto-soin communautaire.¹²³



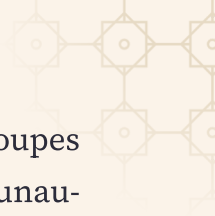
POINT DE VIGILANCE

L'auto-soin ne signifie jamais affronter seul(e) une souffrance qui dépasse ses forces. Face à une détresse intense, à des idées noires ou à une crise, il faut orienter sans délai vers un soutien professionnel. Savoir demander de l'aide est une compétence d'auto-soin, pas un échec.

24.5 Auto-soin et systèmes de soutien communautaires

¹²² Rituel « Cœur-Esprit-Corps » (manuel ITPC-MENA 2024) ; approches de pleine conscience appliquées au soutien psychosocial.

¹²³ OMS. (2020). Doing What Matters in Times of Stress : An Illustrated Guide, Genève ; mhGAP Intervention Guide.



L'auto-soin individuel s'épanouit dans un environnement qui le soutient. Les groupes d'auto-support, les clubs d'observance, les réseaux de pairs et les espaces communautaires transforment des gestes individuels en une culture collective du soin. C'est là que les quatre approches de ce guide convergent : des pairs (éducation par les pairs) animent des espaces de bien-être (self-care), portés par des messages déstigmatisants (C4D) et prolongés en ligne (digital).¹²⁴



LA CONVERGENCE DES QUATRE APPROCHES

Imaginez un parcours : une campagne communautaire (C4D) normalise le dépistage ; une personne commande un autotest en ligne (digital + self-care) ; son résultat réactif la conduit vers un(e) pair(e) éducateur(rice) (éducation par les pairs) qui l'accompagne dans l'entrée en soins, l'observance et le bien-être (self-care), tout en la reliant à un groupe communautaire. Les quatre approches ne sont pas quatre outils : c'est un même mouvement.

¹²⁴ Sur les groupes d'auto-support et la culture communautaire du soin, voir ONUSIDA, Positive Health, Dignity and Prevention, 2011.



— PARTIE V

Du savoir à l'action

L'éducation au traitement ne s'achève pas avec la compréhension : elle vise l'action. Cette partie relie la connaissance individuelle à la transformation collective — le plaidoyer, le plan d'action personnel et communautaire, et le suivi-évaluation qui permet d'apprendre de ce que l'on fait.





Plaidoyer et construction du mouvement des PVVIH

25.1 Pourquoi le plaidoyer ?

Beaucoup d'obstacles à la santé ne se résolvent pas au niveau individuel : une rupture de stock d'ARV, une loi criminalisante, un service qui discrimine relèvent de décisions politiques et institutionnelles. Le plaidoyer est l'action organisée visant à influencer ces décisions. Une communauté informée devient une communauté capable de plaidoyer : elle sait ce qu'elle est en droit d'exiger et comment le faire valoir. Le plaidoyer est ainsi le débouché naturel de l'éducation au traitement.¹²⁵

25.2 Les principes du plaidoyer communautaire

Le plaidoyer efficace s'appuie sur des données (documenter le problème), sur la légitimité des personnes concernées (principe GIPA : « rien pour nous, sans nous »), sur des objectifs précis (que veut-on obtenir, de qui, dans quel délai), sur des alliances (autres OSC, professionnel(le)s, médias, institutions) et sur une stratégie adaptée au contexte, qui sait combiner dialogue et pression.¹²⁶ ITPC-MENA illustre cette approche par sa recherche communautaire et ses campagnes d'accès aux médicaments.¹²⁷

25.3 Élaborer une stratégie de plaidoyer

Une stratégie se construit en répondant à quelques questions clés : quel problème précis veut-on résoudre ? Quel changement demande-t-on (l'objectif) ? Qui a le pouvoir de l'accorder (les cibles) ? Qui peut influencer ces cibles (les allié(e)s et les relais) ? Quels messages et quels arguments pour chaque public ? Quelles actions (rencontres, pétitions, campagnes médiatiques, mobilisations, plaidoyer numérique) ? Quel calendrier et quelles ressources ? Comment mesurer les progrès ?¹²⁸ Une fiche pratique de planification figure en Partie VI et en annexe.

¹²⁵ ITPC. philosophie de l'éducation au traitement comme fondement du plaidoyer ; voir aussi ONUSIDA, Community-led responses.

¹²⁶ Principes de plaidoyer adaptés de : International HIV/AIDS Alliance, Advocacy in action : A toolkit to support NGOs and CBOs, 2003 ; principe GIPA, op. cit.

¹²⁷ ITPC-MENA. recherche communautaire et campagnes d'accès (MENA-CAB, dolutégravir). <https://itpcmena.org>

¹²⁸ Grille de stratégie adaptée de International HIV/AIDS Alliance, Advocacy in action, op. cit.

ANALYSE DES OBSTACLES ET DES SOLUTIONS

Un outil simple consiste à dresser, pour un objectif donné, un tableau : barrières (ce qui bloque) — acteur(rice)s concerné(e)s — stratégies possibles — responsables — calendrier. Passer des barrières aux stratégies, du constat à l'action, est le cœur de la démarche.

25.4 Construire et faire vivre le mouvement

Au-delà de campagnes ponctuelles, il s'agit de bâtir un mouvement durable de personnes vivant avec le VIH : des collectifs solidaires, une relève de militant(e)s formé(e)s, une mémoire des luttes et des victoires. La formation de pairs éducateur(rice)s alimente directement ce mouvement, en produisant des personnes à la fois informées, autonomes et engagées.¹²⁹

ASTUCE DIGITALE

Le plaidoyer numérique démultiplie la voix des communautés : campagnes en ligne, pétitions, mobilisation sur les réseaux, documentation en temps réel des ruptures de stock via des formulaires partagés. À condition de protéger l'identité des personnes exposées, le digital est un formidable amplificateur du mouvement.

CHAPITRE 26

26 **Élaborer un plan d'action personnel et communautaire**

26.1 Du collectif à l'individuel, et retour

À l'issue d'une formation, chaque participant(e) est invité(e) à traduire ses acquis en engagements concrets. Deux niveaux se répondent : un plan personnel (ce que je vais faire pour ma santé et pour transmettre autour de moi) et un plan communautaire (ce que nous allons faire ensemble). L'un nourrit l'autre : des personnes qui prennent soin d'elles-mêmes deviennent des relais crédibles, et un collectif solidaire soutient les engagements individuels.

¹²⁹ Sur la construction de mouvement, voir ONUSIDA, Positive Health, Dignity and Prevention, 2011 ; et la tradition militante du mouvement d'accès au traitement (Treatment Action Campaign, ITPC).



26.2 « Ce que je rapporte à la maison »

L'activité de clôture « ce que je rapporte à la maison » demande à chacun(e) d'identifier : un apprentissage clé, un changement qu'il(elle) va opérer dans sa propre prise en charge, et une action qu'il(elle) va mener dans sa communauté (par exemple parler du dépistage à un(e) proche, rejoindre un groupe de pairs, corriger une idée fausse). Formuler l'engagement à voix haute, devant le groupe, en renforce la portée.¹³⁰



UN PLAN D'ACTION UTILE EST SMART

Spécifique (quoi précisément), Mesurable (comment saurai-je que c'est fait), Atteignable (réaliste), Réaliste/pertinent (utile à mon objectif), et défini dans le Temps (pour quand). « Je vais mieux prendre mon traitement » devient : « À partir de demain, je prends mes comprimés chaque soir à 21h, associés au brossage des dents, avec une alarme discrète. »

26.3 Le suivi des engagements

Un plan sans suivi reste un vœu. On prévoit donc des points de suivi : un binôme de soutien entre pairs, un groupe qui se retrouve, un rappel à échéance. Le rôle du(de la) pair(e) éducateur(rice) est d'accompagner ces engagements dans la durée, avec bienveillance et sans jugement en cas de difficulté.

CHAPITRE 27

27

Suivi, évaluation et amélioration continue

27.1 Pourquoi évaluer ?

Évaluer, ce n'est pas juger : c'est apprendre pour améliorer. Le suivi-évaluation permet de savoir si les activités atteignent leurs objectifs, ce qui fonctionne, ce qui doit changer, et de rendre compte aux communautés comme aux partenaires. Il fait partie intégrante d'une démarche fondée sur les données probantes — celle de la C4D comme du plaidoyer.¹³¹

27.2 Évaluer une formation

¹³⁰ Activité « ce que je rapporte à la maison », manuel de formation ITPC-MENA (2024).

¹³¹ Sur le suivi-évaluation en promotion de la santé, voir OMS, Monitoring and evaluation guidance ; Figueroa M. E. et al., op. cit.

Une formation s'évalue à plusieurs niveaux : la satisfaction des participant(e)s (météo de fin, questionnaire) ; les acquis (comparaison des connaissances et attitudes avant/après, par un court test ou un débat mouvant répété) ; l'application (ce que les personnes font effectivement ensuite) ; et l'impact à plus long terme (observance, recours au dépistage, engagement).¹³² Des outils simples suffisent : pré-test et post-test, grille d'observation, entretiens.

27.3 Indicateurs et outils

On distingue les indicateurs de processus (nombre de sessions, de participant(e)s, de pairs formé(e)s), de résultats (évolution des connaissances, nombre de personnes orientées vers le dépistage) et d'impact (charge virale supprimée, réduction de la stigmatisation ressentie). Le suivi communautaire (community-led monitoring) fournit en outre des données précieuses sur la qualité et la disponibilité des services, directement utilisables pour le plaidoyer.¹³³



POINTS CLÉS À RETENIR

Mesurer ce que l'on fait n'est pas une contrainte administrative : c'est un acte de respect envers les communautés (rendre compte) et un moteur d'amélioration (apprendre). Des outils simples, utilisés régulièrement, valent mieux que des dispositifs complexes jamais renseignés.

27.4 Boucler la boucle : de l'évaluation à l'action

Les enseignements de l'évaluation reviennent nourrir la pratique : ajuster les contenus, renforcer certaines approches, corriger les messages, alimenter le plaidoyer. C'est le principe de l'amélioration continue — une spirale, non un cercle : à chaque tour, la pratique se rapproche un peu plus des besoins réels des personnes.

¹³² Modèle d'évaluation à plusieurs niveaux inspiré de Kirkpatrick D. L., *Evaluating Training Programs*, 1994.

¹³³ ONUSIDA. (2021). *Establishing Community-Led Monitoring of HIV Services*, Genève.

— PARTIE VI

Fiches pédagogiques et techniques des activités

Cette partie rassemble des fiches prêtes à l'emploi. Chaque fiche suit un gabarit constant : un bandeau de titre, un bloc « en-tête » (durée, public, matériel, objectifs), le déroulé étape par étape, des conseils d'animation, une variante digitale, les points clés et, le cas échéant, le lien avec les quatre approches. Les durées sont indicatives et s'ajustent à la taille du groupe. Les fiches renvoient aux chapitres thématiques de la Partie III pour le contenu de fond.





MODE D'EMPLOI DES FICHES

Chaque fiche est autonome. L'animateur(rice) peut la photocopier, l'annoter et la porter en atelier. Les pictogrammes de couleur du guide s'y retrouvent : Points clés (vert), Astuce digitale (bleu), Auto-soin (violet), Parole de pair (rose), Point de vigilance (rouge).

Fiche 1 Brise-glace et présentations

DURÉE	40 à 45 minutes	PUBLIC	20 à 25 participant(e)s
MOMENT	Ouverture du Jour 1	MATÉRIEL	Étiquettes de noms, feutres, une balle souple (optionnel)
APPROCHE	Éducation par les pairs, création du groupe		

Contexte. La confiance ne se décrète pas : elle se construit dès les premières minutes.

Résultats attendus. Le groupe se connaît, les attentes sont posées et un climat de sécurité s'installe.

Objectif général. Détendre l'atmosphère, permettre à chacun(e) de se présenter, poser les bases de la confiance et signaler que la parole de tou(te)s compte.

Déroulement. (1) L'animateur(rice) accueille et se présente brièvement. (2) Chaque participant(e) écrit son prénom (ou pseudonyme choisi) sur une étiquette. (3) Par binômes, les participant(e)s échangent quelques minutes (prénom, une chose qui leur tient à cœur, une attente pour l'atelier), puis chacun(e) présente l'autre au groupe. (4) L'animateur(rice) recueille les attentes et les note sur un tableau pour y revenir en clôture.

Conseils d'animation. Insister sur le libre choix : nul(le) n'est obligé(e) d'en dire plus qu'il(elle) ne souhaite. La présentation croisée (présenter l'autre) est moins intimidante que se présenter soi-même et crée d'emblée du lien.



ASTUCE DIGITALE

En atelier hybride, un mur collaboratif (Padlet, tableau partagé) permet à chacun(e) de déposer son prénom et son attente ; un sondage en direct peut recueillir anonymement les attentes des personnes qui préfèrent la discrétion.



POINT DE VIGILANCE

Ne jamais demander publiquement, en tour de table, le statut sérologique, la date de diagnostic ou l'orientation. La règle du libre partage est posée dès la première minute.

Fiche 2 L'arbre de l'espoir

DURÉE	30 minutes	PUBLIC	20 à 25 participant(e)s
MOMENT	Jour 1, après les présentations	MATÉRIEL	Grand tronc d'arbre dessiné sur kraft, feuilles de papier découpées, feutres, ruban
APPROCHE	Auto-soin, dynamique de groupe		

Contexte. Nommer ses espoirs ancre la formation dans le sens et la projection positive.

Résultats attendus. Un repère visuel collectif rappelle, tout au long de l'atelier, le sens de la démarche.

Objectif général. Faire émerger les espoirs individuels et collectifs, installer un climat positif et créer un repère visuel mobilisable tout au long de l'atelier.

Déroulement. (1) Sur une feuille en forme de feuille d'arbre, chaque participant(e) écrit un espoir — pour sa santé, sa vie, sa communauté. (2) À tour de rôle (ou en musique, pour les personnes plus discrètes), les participant(e)s accrochent leur feuille à l'arbre en disant un mot, ou en silence. (3) L'animateur(rice) lit quelques espoirs à voix haute et souligne les points communs.

Conseils d'animation. L'arbre reste affiché toute la formation. Dans les moments difficiles (contenus lourds, émotions), on y revient : il rappelle le sens de la démarche. En clôture, on peut relire les espoirs et mesurer le chemin parcouru.



PAROLE DE PAIR

L'espoir n'est pas naïf : c'est un choix quotidien. Un(e) pair(e) éducateur(rice) qui partage un espoir réalisé (un projet, une naissance, un diplôme) offre une preuve vivante que la vie continue avec le VIH.

DURÉE	30 minutes	PUBLIC	20 à 25 participant(e)s
MOMENT	Jour 1, avant tout contenu sensible	MATÉRIEL	Tableau, feutres, formulaires de consentement (annexe)
APPROCHE	Éthique, C4D (normes de respect)		

Contexte. Dans un contexte stigmatisant, sécurité et confidentialité conditionnent toute parole.

Résultats attendus. Des accords de groupe co-construits et un consentement éclairé recueilli et affiché.

Objectif général. Co-construire les règles de fonctionnement du groupe, garantir la confidentialité et recueillir le consentement éclairé.

Déroulement. (1) L'animateur(rice) demande : « De quoi avons-nous besoin pour nous sentir en sécurité et parler librement ici ? ». (2) Les propositions sont notées et reformulées en accords communs (confidentialité, respect, droit de se taire, écoute, ponctualité, téléphones en silence). (3) Le groupe valide les accords, affichés au mur pour toute la durée. (4) Les formulaires de consentement (photos, témoignages) sont distribués, expliqués, signés librement — avec rappel du droit de retrait.

Conseils d'animation. Les accords appartiennent au groupe : n'importe qui peut les invoquer. En cas de tension ultérieure, on y revient sans dramatiser.



POINT DE VIGILANCE

La confidentialité n'est pas un slogan : préciser concrètement ce qu'elle implique (pas de photos non consenties, pas de mention de qui a dit quoi à l'extérieur). Dans un contexte criminalisant, elle est une question de sécurité, parfois vitale.



ASTUCE DIGITALE

Pour un groupe en ligne, poser des règles spécifiques : pas de captures d'écran, messagerie chiffrée, pseudonymes autorisés, caméras optionnelles. La sécurité numérique fait partie de l'espace sûr.

DURÉE	15 à 30 minutes	PUBLIC	20 à 25 participant(e)s
MOMENT	Ouverture de chaque journée	MATÉRIEL	Espace dégagé, éventuellement musique douce
APPROCHE	Auto-soin (self-care)		

Contexte. Se reconnecter à soi prépare à accueillir des contenus émotionnellement chargés.

Résultats attendus. Chacun(e) sait ouvrir sa journée par un court rituel d'auto-observation transférable.

Objectif général. Reconnecter chacun(e) à ses émotions, ses pensées et ses sensations ; installer une culture du soin de soi ; ouvrir la journée en douceur.

Déroulement. (1) Debout ou assis(e), chacun(e) prend un instant pour respirer. (2) Cœur : quelle émotion m'habite ce matin ? (3) Esprit : quelle pensée m'occupe ? (4) Corps : quelle sensation je perçois (tension, fatigue, énergie) ? (5) Un partage volontaire, en un mot, peut clore le rituel — sans obligation.

Conseils d'animation. Garder un ton simple et non intrusif. L'objectif n'est pas de « performer » un exercice de bien-être, mais d'apprendre à s'écouter. Ce rituel prépare aussi le groupe à accueillir des contenus émotionnellement chargés.



AUTO-SOIN (SELF-CARE)

Ce rituel est un outil transférable : les participant(e)s peuvent le refaire seul(e)s, chez eux, chaque matin. Reconnaître ce que l'on ressent est la première étape pour en prendre soin.

DURÉE	60 minutes	PUBLIC	20 à 25 participant(e)s
MOMENT	Jour 1 ou 2 (fondamentaux)	MATÉRIEL	Tableau, cartes « vrai/faux », supports illustrés
RÉF.	Chapitre 9		

Contexte. Les idées fausses sur le VIH nourrissent la peur et la stigmatisation.

Résultats attendus. Les participant(e)s distinguent VIH et sida et maîtrisent transmission et non-transmission.

Objectif général. Clarifier ce qu'est le VIH, distinguer VIH et sida, maîtriser les modes de transmission et de non-transmission, déconstruire les idées fausses.

Déroulement. (1) Brainstorming : « Que sait-on du VIH ? » — recueillir sans corriger. (2) Jeu « vrai/faux » avec des affirmations courantes (« le VIH se transmet par un baiser », « on peut vivre longtemps avec le VIH ») : le groupe se positionne, puis débat. (3) L'animateur(rice) apporte les repères exacts (voies de transmission, non-transmission, VIH ≠ sida). (4) Synthèse collective au tableau.

Conseils d'animation. Valoriser les savoirs présents dans la salle avant d'apporter les corrections. Traiter chaque idée fausse avec respect : on corrige l'information, jamais la personne.



POINTS CLÉS À RETENIR

Le VIH n'est pas le sida. Il se transmet par le sang, le sperme, les sécrétions vaginales et le lait maternel — pas par les gestes du quotidien. Avec un traitement, on vit longtemps et en bonne santé.



ASTUCE DIGITALE

Un quiz interactif (Kahoot) transforme le « vrai/faux » en jeu collectif et fournit à l'animateur(rice) une mesure immédiate des idées fausses les plus répandues.

DURÉE	60 minutes	PUBLIC	20 à 25 participant(e)s
MOMENT	Jour 2	MATÉRIEL	Cartons de rôles (VIH, CD4, enzymes, ARV), espace dégagé
RÉF.	Chapitres 9 et 12		

Contexte. Comprendre le virus rend le traitement intelligible et démystifié.

Résultats attendus. Le cycle du VIH et le point d'action des ARV sont compris de façon incarnée.

Objectif général. Comprendre de façon vivante le cycle de réplication du VIH et le point d'action des ARV.

Déroulement. (1) L'animateur(rice) distribue des rôles : « virus VIH », « cellule CD4 », enzymes (« transcriptase inverse », « intégrase », « protéase »), et « antirétroviraux ». (2) Le groupe mime les étapes : fixation, entrée, transformation du matériel génétique, intégration, fabrication de nouveaux virus, bourgeonnement. (3) On rejoue la scène en introduisant les « ARV » qui bloquent chaque étape. (4) Débriefing : quelles étapes chaque classe d'ARV bloque-t-elle ?

Conseils d'animation. Le mouvement corporel ancre la compréhension mieux qu'un schéma. Rire est permis : l'émotion positive favorise la mémorisation.



PAROLE DE PAIR (ANALOGIE)

L'usine piratée : le virus détourne la « machine » CD4 pour se photocopier ; les ARV sont les cadenas qui bloquent les machines. Trois cadenas bien placés (trithérapie) arrêtent la production.

DURÉE 60 à 90 minutes**PUBLIC** 20 à 25 participant(e)s**MOMENT** Jour 2**MATÉRIEL** Préservatifs interne et externe, support de démonstration, cartes « outils de prévention »**RÉF.** Chapitre 10

Contexte. Aucun outil de prévention n'est parfait seul : la force est dans la combinaison.

Résultats attendus. Chacun(e) sait composer une stratégie de prévention adaptée à sa vie.

Objectif général. Connaître l'éventail des outils de prévention (préservatifs, PrEP, PEP, autotest, TasP/I=I, réduction des risques) et savoir composer une stratégie adaptée.

Déroulement. (1) « Le marché de la prévention » : des stations présentent chaque outil ; les sous-groupes tournent et notent avantages, limites, pour qui. (2) Démonstration pratique de l'usage des préservatifs interne et externe. (3) Mise en situation : à partir de courts scénarios, chaque sous-groupe propose une combinaison d'outils. (4) Synthèse : aucun outil n'est parfait seul ; la force est dans la combinaison.

Conseils d'animation. Rester factuel et non moralisateur sur la sexualité et les usages. Insister sur la PEP comme urgence (72 heures) et sur l'autotest comme porte d'entrée discrète.

**POINTS CLÉS À RETENIR**

Préservatifs, PrEP, PEP (dans les 72 h), autotest, TasP/I=I, réduction des risques : la prévention combinée, c'est offrir un choix, pas imposer une norme.

**AUTO-SOIN (SELF-CARE)**

L'autotest et la PrEP en autonomie sont des interventions d'auto-soin reconnues par l'OMS : elles rendent la prévention accessible sans passage obligé par une structure.

Fiche 8 I = I / TasP : le débat mouvant

DURÉE	40 minutes	PUBLIC	20 à 25 participant(e)s
MOMENT	Jour 2 ou 3	MATÉRIEL	Deux pancartes « D'accord » / « Pas d'accord », espace dégagé
RÉF.	Chapitres 10 et 13		

Contexte. Le message I = I transforme le rapport au traitement et à la vie affective.

Résultats attendus. Le principe « Indétectable = Intransmissible » est compris et approprié.

Objectif général. S'approprier le message « Indétectable = Intransmissible », mesurer et faire évoluer les représentations.

Déroulement. (1) L'animateur(rice) énonce des affirmations (« Une personne indétectable peut avoir des rapports sans transmettre le VIH », « On peut fonder une famille avec le VIH »). (2) Les participant(e)s se déplacent vers « D'accord » ou « Pas d'accord ». (3) Quelques-un(e)s argumentent de chaque côté. (4) L'animateur(rice) apporte les données scientifiques (I=I), puis rejoue l'affirmation pour observer les déplacements.

Conseils d'animation. Le mouvement physique révèle les représentations et autorise le changement d'avis. Accueillir les doutes sans les juger : c'est en argumentant que le groupe s'approprie le message.



ASTUCE DIGITALE

Un sondage en direct anonyme (Mentimeter) permet aux personnes gênées de se positionner sans s'exposer physiquement, et de visualiser l'évolution du groupe avant/après.

DURÉE	60 minutes	PUBLIC	20 à 25 participant(e)s
MOMENT	Jour 2	MATÉRIEL	Boîtes/flacons d'ARV (démonstration), fiches des classes d'ARV
RÉF.	Chapitre 12		

Contexte. Démystifier les ARV lève des craintes qui freinent l'initiation et l'observance.

Résultats attendus. Rôle, classes et schéma de première intention (TLD) sont connus.

Objectif général. Comprendre à quoi servent les ARV, connaître les grandes classes et le schéma de première intention recommandé (TLD), démystifier le traitement.

Déroulement. (1) Questions ouvertes : « Que font les ARV ? Guérissent-ils ? Pourquoi à vie ? ». (2) Apport structuré : classes d'ARV, principe de la trithérapie, schéma TLD (ténofovir + lamivudine + dolutégravir) en une prise par jour, nouveautés (injectables à longue durée d'action). (3) Manipulation des boîtes de démonstration. (4) Questions du « bol à questions ».

Conseils d'animation. Rappeler que les ARV modernes sont simples (souvent un comprimé par jour) et bien tolérés. Renvoyer toujours au protocole national et à l'équipe soignante pour les décisions individuelles.



POINTS CLÉS À RETENIR

Les ARV ne guérissent pas mais bloquent le virus : charge virale indétectable, immunité préservée, pas de transmission. Le dolutégravir (schéma TLD) est la référence de première intention de l'OMS.



POINT DE VIGILANCE

L'animateur(rice) n'est pas prescripteur(rice). Il(elle) informe et oriente, mais ne conseille jamais de modifier un traitement : cette décision revient à l'équipe médicale.

DURÉE 30 à 45 minutes**PUBLIC** 20 à 25 participant(e)s**MOMENT** Jour 3**MATÉRIEL** Bocal + billes/grains (symbolisant le virus), exemples de comptes rendus anonymisés**RÉF.** Chapitre 13

Contexte. Lire ses résultats est une compétence clé d'autonomie en santé.

Résultats attendus. Charge virale et CD4 sont distingués et l'objectif « indétectable » est compris.

Objectif général. Distinguer charge virale et CD4, comprendre l'objectif « indétectable », savoir lire ses résultats.

Déroulement. (1) Démonstration visuelle : un bocal rempli de grains (charge virale élevée) que l'on vide progressivement (effet du traitement) jusqu'à « indétectable ». (2) Explication du CD4 comme mesure des défenses. (3) Lecture guidée d'un compte rendu anonymisé : où est la charge virale ? que veut dire « < 50 copies/mL » ? (4) Chacun(e) s'exerce à repérer les informations clés.

Conseils d'animation. « Indétectable » ne veut pas dire « guéri » : le virus est contrôlé, pas éliminé. Relier ce message à I=I (fiche 8) et à l'observance (fiche 13).

**ASTUCE DIGITALE**

Une application de suivi permet d'enregistrer et de visualiser l'évolution de sa charge virale et de ses CD4 dans le temps — en veillant à la confidentialité des données.

Fiche 11 Effets secondaires des ARV

DURÉE 45 à 60 minutes

PUBLIC 20 à 25 participant(e)s

MOMENT Jour 3

MATÉRIEL Cartes « effet fréquent / à signaler », tableau

RÉF. Chapitre 14

Contexte. La peur des effets indésirables provoque des arrêts de traitement évitables.

Résultats attendus. Les participant(e)s distinguent effet bénin et signal d'alerte, et savent quand consulter.

Objectif général. Distinguer les effets bénins et transitoires des signaux d'alerte, éviter les arrêts de traitement liés à la peur, savoir quand consulter.

Déroulement. (1) Tour d'expériences (volontaire) : qu'a-t-on entendu ou vécu comme effets ? (2) Tri collectif de cartes en deux colonnes : « fréquent et passager » / « à signaler à l'équipe ». (3) Apport de l'animateur(rice) : meilleure tolérance des ARV modernes, conduite à tenir. (4) Message central : ne jamais arrêter seul(e) ; toujours en parler.

Conseils d'animation. Ne pas dramatiser ni minimiser. Rappeler que la plupart des personnes n'ont pas d'effet gênant durable et que les solutions existent.



POINT DE VIGILANCE

Un effet secondaire ne justifie jamais un arrêt de sa propre initiative : risque de rebond viral et de résistance. La bonne réponse est d'en parler à l'équipe soignante.

DURÉE 45 minutes**PUBLIC** 20 à 25 participant(e)s**MOMENT** Jour 3**MATÉRIEL** Tableau, cartes-scénarios d'observance**RÉF.** Chapitre 15

Contexte. La résistance est un enjeu individuel et collectif, étroitement lié à l'observance.

Résultats attendus. Le lien entre observance et résistance est compris, sans culpabilisation.

Objectif général. Comprendre ce qu'est la résistance, son lien avec l'observance, et pourquoi elle est un enjeu individuel et collectif.

Déroulement. (1) Analogie de l'antibiotique mal pris : discussion. (2) Apport : mutations, sélection de résistance, barrière génétique (le dolutégravir résiste mieux). (3) Étude de cas : à partir de scénarios d'observance variable, le groupe anticipe les conséquences. (4) Lien direct avec la fiche 13 (observance).

Conseils d'animation. Éviter la culpabilisation : l'objectif est de comprendre pour agir, pas de blâmer. Insister sur le message positif : bien prendre son traitement protège son efficacité présente et future.

**PAROLE DE PAIR**

« Chaque dose sautée donne au virus une chance de s'entraîner à résister. » Une image simple, portée par un(e) pair(e), marque plus qu'un long exposé.

Fiche 13 Mon plan personnel d'observance

DURÉE	60 à 75 minutes	PUBLIC	20 à 25 participant(e)s
MOMENT	Jour 3	MATÉRIEL	Fiche « plan d'observance » (annexe), stylos, piluliers de démonstration
RÉF.	Chapitre 16		

Contexte. L'observance se soutient par des routines concrètes, pas par la seule volonté.

Résultats attendus. Chacun(e) repart avec un plan d'observance personnel, réaliste et co-construit.

Objectif général. Identifier ses propres obstacles à l'observance et construire un plan personnel réaliste et concret.

Déroulement. (1) En petits groupes : « Qu'est-ce qui rend difficile la prise régulière ? » — recenser les obstacles sans jugement. (2) Pour chaque obstacle, brainstorming de solutions concrètes (moment fixe, association à une routine, alarme discrète, pilulier, personne de confiance, conduite en cas d'oubli). (3) Chacun(e) remplit sa fiche personnelle d'observance (annexe). (4) Partage volontaire d'un engagement.

Conseils d'animation. Le plan appartient à la personne : il est co-construit, pas prescrit. Valoriser les stratégies qui existent déjà dans le groupe.



AUTO-SOIN (SELF-CARE)

L'autogestion de l'observance inclut la bienveillance envers soi : un oubli occasionnel n'est pas un échec moral. On reprend, on en parle, on ajuste.



ASTUCE DIGITALE

Applications de rappel, alarmes discrètes, messages neutres programmés : configurer ensemble un outil pendant l'atelier augmente les chances qu'il soit réellement utilisé. Message toujours confidentiel — jamais « prends ton ARV » en clair.

DURÉE	60 minutes	PUBLIC	20 à 25 participant(e)s
MOMENT	Jour 4	MATÉRIEL	Espace dégagé, papier, feutres, éventuellement tapis
RÉF.	Chapitres 17 et 24		

Contexte. Prendre soin de sa santé mentale est aussi vital que prendre ses comprimés.

Résultats attendus. Des techniques d'auto-soin sont expérimentées et les ressources d'aide repérées.

Objectif général. Découvrir des techniques d'auto-soin (respiration, ancrage, expression des émotions), reconnaître la détresse, connaître les ressources d'aide.

Déroulement. (1) Retour sur « Cœur-Esprit-Corps ». (2) Atelier de respiration et d'ancrage guidé. (3) Expression : chacun(e) représente (mot, dessin) ce qui le(la) ressource et ce qui l'épuise. (4) Cartographie collective des ressources de soutien disponibles localement (associations, lignes d'écoute, pairs). (5) Message de clôture sur le droit de demander de l'aide.

Conseils d'animation. Ne pas transformer l'atelier en séance thérapeutique : il s'agit d'outiller, pas de traiter. Orienter vers un soutien professionnel toute détresse qui dépasse le cadre.

**POINT DE VIGILANCE**

Face à des idées noires ou à une crise, orienter sans délai vers un soutien professionnel. Savoir demander de l'aide est une compétence d'auto-soin, pas un échec.

DURÉE 75 à 90 minutes**PUBLIC** 20 à 25 participant(e)s**MOMENT** Jour 1 ou 2**MATÉRIEL** Tableau, cartes « sexe / genre », étude de cas**RÉF.** Chapitre 19

Contexte. Les normes de genre et les rapports de pouvoir façonnent l'accès aux soins.

Résultats attendus. Les participant(e)s relient genre, droits et vulnérabilité au VIH.

Objectif général. Distinguer sexe et genre, comprendre comment les normes de genre influencent le risque et l'accès aux soins, repérer les rapports de pouvoir.

Déroulement. (1) Tri de cartes : « biologique (sexe) » ou « social (genre) » ? (2) Étude de cas (par ex. « Pourquoi Fatima a-t-elle été exposée au VIH ? ») : le groupe identifie les facteurs sociaux, économiques et de genre. (3) Analyse de pouvoir avec la métaphore de « la maison du maître » : quels rapports de domination ? quelles alternatives ? (4) Synthèse reliant genre, droits et accès aux soins.

Conseils d'animation. Sujet sensible : préserver l'espace sûr, accueillir la diversité des points de vue, recentrer sur les faits et les droits. Ne pas transformer le débat en affrontement.

**POINTS CLÉS À RETENIR**

Le VIH n'affecte pas également tout le monde : les normes de genre et les rapports de pouvoir façonnent les risques et l'accès aux soins. Agir sur ces normes est un objectif de la communication pour le développement.

DURÉE	90 minutes	PUBLIC	20 à 25 participant(e)s (sous-groupes de 5)
MOMENT	Jour 4 (module approches innovantes)	MATÉRIEL	Kraft, feutres, canevas de campagne (annexe)
RÉF.	Chapitres 21 et 19		

Contexte. Informer ne suffit pas : changer les normes demande une démarche structurée.

Résultats attendus. Un groupe conçoit une mini-campagne C4D testable, du public au message.

Objectif général. S'approprier la démarche de la communication pour le développement en concevant, en groupe, une mini-campagne de déstigmatisation ou de promotion du dépistage.

Déroulement. (1) Rappel des quatre composantes (BCC, changement social, mobilisation sociale, plaidoyer). (2) Chaque sous-groupe choisit un objectif (ex. promouvoir l'autotest) et un public. (3) À l'aide du canevas : analyser le public, définir l'objectif, élaborer un message simple et positif, choisir les canaux, prévoir l'évaluation. (4) Restitution et « pré-test » croisé : les autres groupes réagissent au message.

Conseils d'animation. Insister sur la nécessité de tester les messages avant diffusion. Valoriser la créativité (slogan, saynète, visuel) tout en gardant l'exactitude de l'information.



ASTUCE DIGITALE

Prolonger la campagne en ligne : format court pour réseaux sociaux, visuel partageable, hashtag. Rappeler les règles de sécurité et de protection de l'identité des personnes.

DURÉE 60 minutes**PUBLIC** 20 à 25 participant(e)s**MOMENT** Jour 4**MATÉRIEL** Fiches de rôle, canevas d'accompagnement**RÉF.** Chapitre 22

Contexte. La juste distance du (de la) pair(e) éducateur(rice) s'apprend et se soutient.

Résultats attendus. La posture d'accompagnement par les pairs est expérimentée et outillée.

Objectif général. Expérimenter la posture du(de la) pair(e) éducateur(rice), poser la juste distance, s'entraîner à l'écoute et à l'orientation.

Déroulement. (1) Rappel du périmètre : informer, orienter, soutenir, mobiliser — sans se substituer au médical ni au psychologique. (2) Jeux de rôle par binômes : l'un(e) joue une personne récemment diagnostiquée, l'autre le(la) pair(e) éducateur(rice). (3) Observation croisée et débriefing : qu'est-ce qui a aidé ? qu'est-ce qui a manqué ? (4) Élaboration de règles d'auto-protection émotionnelle.

Conseils d'animation. Souligner que le récit de soi est un outil puissant mais à manier avec discernement : « mon histoire au service de ton chemin ».



AUTO-SOIN (SELF-CARE)

Chaque futur(e) pair(e) éducateur(rice) définit son « plan de ressourcement » : signaux d'alerte, sources d'énergie, limites, recours possibles. On ne donne pas durablement à partir d'un réservoir vide.

DURÉE	60 minutes	PUBLIC	20 à 25 participant(e)s
MOMENT	Jour 4	MATÉRIEL	Smartphones (optionnel), kit autotest de démonstration, fiche sécurité numérique
RÉF.	Chapitres 23 et 10		

Contexte. Mal sécurisé, le numérique peut exposer plus sûrement qu'une conversation.

Résultats attendus. Les règles de sécurité numérique et l'usage de l'autotest sont maîtrisés.

Objectif général. Savoir utiliser le numérique pour s'informer et se protéger, maîtriser les règles de sécurité numérique, découvrir l'autotest.

Déroulement. (1) Démonstration d'un autotest (support pédagogique) et de la conduite à tenir selon le résultat. (2) Atelier sécurité numérique : messageries chiffrées, verrouillage, ne rien inscrire en clair, consentement avant partage. (3) Repérage de la désinformation : analyser ensemble des exemples de messages faux ou trompeurs. (4) Cartographie des ressources numériques fiables (OMS, ONUSIDA, ITPC, structures nationales).

Conseils d'animation. Rappeler que le numérique complète, sans remplacer, les canaux de proximité (fracture numérique). La sécurité prime toujours sur la commodité.

**POINT DE VIGILANCE**

Un outil numérique mal sécurisé peut exposer une personne plus sûrement qu'une conversation en face à face. En cas de doute, choisir l'option la plus protectrice.

DURÉE 90 minutes**PUBLIC** 20 à 25 participant(e)s (sous-groupes)**MOMENT** Jour 4**MATÉRIEL** Kraft, feutres, grille de plaidoyer (annexe)**RÉF.** Chapitre 26

Contexte. Beaucoup d'obstacles se résolvent au niveau politique, non individuel.

Résultats attendus. Un groupe élabore une stratégie de plaidoyer sur un problème réel et vécu.

Objectif général. S'approprier la démarche de plaidoyer en élaborant, en groupe, une stratégie sur un problème réel (ex. rupture de stock d'ARV, accès à l'autotest).

Déroulement. (1) Chaque sous-groupe choisit un problème vécu. (2) À l'aide de la grille : définir l'objectif, identifier les cibles (qui décide), les allié(e)s, les messages, les actions, le calendrier, les indicateurs. (3) Élaboration d'un tableau « barrières – acteur(rice)s – stratégies – responsables – calendrier ». (4) Restitution et retours croisés.

Conseils d'animation. Ancrer le plaidoyer dans le principe GIPA : « rien pour nous, sans nous ». Relier au suivi communautaire (documenter pour peser).

**ASTUCE DIGITALE**

Plaidoyer numérique : pétition en ligne, campagne sur les réseaux, documentation en temps réel des ruptures de stock via un formulaire partagé — en protégeant l'identité des personnes exposées.

DURÉE 45 à 60 minutes**PUBLIC** 20 à 25 participant(e)s**MOMENT** Fin du Jour 4**MATÉRIEL** Fiche d'engagement, attestations de participation, arbre de l'espoir**RÉF.** Chapitre 26

Contexte. Un engagement dit à voix haute, puis suivi dans le temps, a plus de force.

Résultats attendus. Chacun(e) repart avec des engagements personnels et communautaires SMART.

Objectif général. Consolider les acquis, formuler des engagements personnels et communautaires, clôturer avec sens et reconnaissance.

Déroulement. (1) Retour sur l'arbre de l'espoir : relire les espoirs du Jour 1. (2) Chacun(e) écrit sur sa fiche d'engagement : un apprentissage clé, un changement dans sa prise en charge, une action dans sa communauté (formulés de façon SMART). (3) Partage volontaire à voix haute. (4) Évaluation de l'atelier (satisfaction, acquis). (5) Remise des attestations et mot de clôture.

Conseils d'animation. Un engagement dit à voix haute, devant le groupe, a plus de force. Prévoir un suivi (binôme de pairs, groupe, rappel) pour accompagner les engagements dans la durée.



POINTS CLÉS À RETENIR

L'éducation au traitement vise l'action : chacun(e) repart avec un plan concret pour sa santé et pour sa communauté. Un plan sans suivi reste un vœu — organiser le suivi fait partie de la clôture.

Fiches complémentaires

Les trois fiches suivantes enrichissent le répertoire : dynamiser un groupe, accompagner l'annonce du statut, aborder la vie quotidienne.

DURÉE	5 à 15 minutes chacun	PUBLIC	20 à 25 participant(e)s
MOMENT	À tout moment (relance de l'énergie)	MATÉRIEL	Aucun ou minimal
APPROCHE	Dynamique de groupe, auto-soin		

Contexte. Relancer l'énergie soude le groupe et dédramatise après un contenu lourd.

Résultats attendus. L'animateur(ice) dispose d'une banque d'énergisants adaptés à chaque besoin.

Objectif général. Relancer l'attention, souder le groupe, dédramatiser après un contenu lourd.

Déroulement (au choix). Le nœud humain : en cercle, chacun(e) attrape deux mains différentes, puis le groupe se démêle sans lâcher. Compter jusqu'à 20 : le groupe compte à voix haute, une personne à la fois, sans se concerter ; si deux parlent en même temps, on recommence (coopération et écoute). La météo du corps : chacun(e) mime en un geste comment il(elle) se sent. Un point commun : par petits groupes, trouver en deux minutes cinq points communs inattendus.

Conseils d'animation. Choisir l'énergisant selon le besoin : réveiller (mouvement), apaiser (respiration), ressouder (coopération). Toujours proposer, jamais forcer la participation physique.

**ASTUCE DIGITALE**

En ligne : quiz éclair, « montrez un objet près de vous qui vous représente », sondage image. Les énergisants virtuels combattent la fatigue des écrans.

DURÉE 75 minutes**PUBLIC** 20 à 25 participant(e)s**MOMENT** Jour 3 ou 4**MATÉRIEL** Cartes-scénarios, espace pour jeux de rôle**RÉF.** Chapitre 20

Contexte. Le partage du statut est un choix libre, jamais une obligation.

Résultats attendus. Chacun(e) sait peser bénéfices et risques et préparer un partage en sécurité.

Objectif général. Réfléchir au partage du statut (à qui, quand, comment, pourquoi), en peser les bénéfices et les risques, s'entraîner sans jamais s'obliger.

Déroulement. (1) Discussion ouverte : « Qu'est-ce qui rend le partage difficile ou aidant ? ». (2) Carte des cercles : chacun(e) situe (mentalement, sans partager) les personnes de sa vie et le niveau de confiance. (3) Jeux de rôle volontaires : annoncer à un(e) partenaire, à un(e) proche ; le groupe observe ce qui aide. (4) Préparer un « plan de partage » personnel : à qui, dans quel cadre, avec quel soutien.

Conseils d'animation. Marteler que le partage est un choix libre, jamais une obligation, et que la sécurité prime. Ne pas pousser au partage ; valoriser aussi le droit au silence.

**POINT DE VIGILANCE**

Dans un contexte criminalisant ou familialement hostile, un partage mal préparé peut exposer à des violences. Anticiper la sécurité de la personne avant d'encourager toute annonce.

DURÉE 60 minutes**PUBLIC** 20 à 25 participant(e)s**MOMENT** Jour 4**MATÉRIEL** Cartes thématiques, kraft, feutres**RÉF.** Chapitre 20

Contexte. Vivre avec le VIH, c'est vivre pleinement : la vie entière est concernée.

Résultats attendus. Les dimensions concrètes du quotidien avec le VIH sont abordées sans tabou.

Objectif général. Aborder les dimensions concrètes de la vie avec le VIH : alimentation, activité physique, sexualité, projet parental, travail, voyages, vieillissement.

Déroulement. (1) « Le carrousel des questions » : des stations thématiques (manger, bouger, aimer, travailler, voyager, vieillir) ; les sous-groupes tournent et notent questions et idées reçues. (2) Mise en commun et apport factuel de l'animateur(ice), en s'appuyant sur I=I et les droits. (3) Chacun(e) repart avec une action concrète pour son quotidien.

Conseils d'animation. Valoriser les savoirs d'expérience du groupe. Rester factuel et non moralisateur sur la sexualité, l'alimentation et les modes de vie. Renvoyer aux droits pour les questions de travail et de discrimination.

**POINTS CLÉS À RETENIR**

Vivre avec le VIH, c'est vivre pleinement : manger, aimer, travailler, fonder une famille, voyager, vieillir. L'éducation au traitement parle de la vie entière, pas seulement des comprimés.

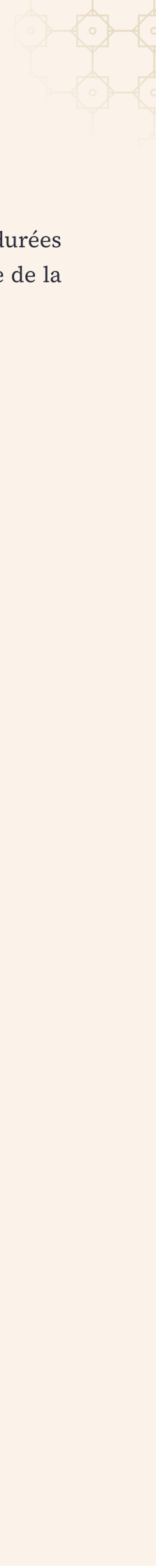


— ANNEXES

Outils, modèles et ressources

Programmes détaillés, glossaire, modèles reproductibles, foire aux questions, banque de techniques d'animation et études de cas — directement exploitables en atelier.





ANNEXE A

Programme détaillé de l'atelier (4 jours)

Le programme ci-dessous est un format de référence adaptable. Les horaires et durées s'ajustent au contexte et à l'énergie du groupe. Chaque activité renvoie à une fiche de la Partie VI.



■ Jour 1 — Accueil, espace sûr, fondamentaux

Tableau 1 Programme de l'atelier — Jour 1 : accueil, espace sûr, fondamentaux

Horaire	Séquence	Durée
08h30	Accueil, présentations (Fiche 1)	45 min
09h15	Arbre de l'espoir (Fiche 2)	30 min
09h45	Créer un espace sûr et consentement (Fiche 3)	30 min
10h15	Pause	20 min
10h35	Situation épidémiologique — région MENA (Ch. 1)	60 min
11h35	Pourquoi une éducation au traitement (Ch. 2)	55 min
12h30	Déjeuner	60 min
13h30	Genre, VIH et analyse de pouvoir (Fiche 15)	90 min
15h00	Pause	20 min
15h20	Le VIH : compréhension, transmission, prévention (Fiche 5)	90 min
16h50	Récapitulatif et clôture du jour	10 min



■ Jour 2 — Le virus, la prévention, les ARV

Tableau 2 Programme de l'atelier — Jour 2 : le virus, la prévention, les ARV

Horaire	Séquence	Durée
08h30	Cœur-Esprit-Corps (Fiche 4) + débrief	30 min
09h00	Comment le VIH agit dans le corps — jeu de rôle (Fiche 6)	60 min
10h00	Pause	20 min
10h20	La prévention combinée (Fiche 7)	90 min
11h50	I = I / TasP — débat mouvant (Fiche 8)	40 min
12h30	Déjeuner	60 min
13h30	À la découverte des ARV (Fiche 9)	60 min
14h30	Approfondissement : classes d'ARV, schéma TLD (Ch. 12)	60 min
15h30	Pause	20 min
15h50	Ateliers approches innovantes : introduction (Ch. 4)	55 min
16h45	Récapitulatif et clôture du jour	15 min



■ Jour 3 — Suivi, effets, résistance, observance

Tableau 3 Programme de l'atelier — Jour 3 : suivi, effets, résistance, observance

Horaire	Séquence	Durée
08h30	Cœur-Esprit-Corps + débrief	30 min
09h00	Comprendre la charge virale et les CD4 (Fiche 10)	45 min
09h45	Effets secondaires des ARV (Fiche 11)	60 min
10h45	Pause	20 min
11h05	Comprendre la résistance aux ARV (Fiche 12)	45 min
11h50	Comorbidités : TB, hépatites, IST, santé mentale (Ch. 17)	40 min
12h30	Déjeuner	60 min
13h30	Mon plan personnel d'observance (Fiche 13)	75 min
14h45	Renforcer la solidarité pour l'observance (Ch. 16)	45 min
15h30	Pause	20 min
15h50	Populations spécifiques : femmes, PTME, jeunes, pop. clés (Ch. 18)	40 min
16h30	Récapitulatif et clôture du jour	15 min



■ Jour 4 — Approches innovantes, bien-être, action

Tableau 4 Programme de l'atelier — Jour 4 : approches innovantes, bien-être, action

Horaire	Séquence	Durée
08h30	Cœur-Esprit-Corps + débrief	30 min
09h00	Bien-être et soin de soi (Fiche 14)	60 min
10h00	Concevoir une campagne C4D (Fiche 16)	90 min
11h30	Pause	20 min
11h50	Mettre en place un binôme de pairs (Fiche 17)	60 min
12h50	Déjeuner	60 min
13h50	Sécurité numérique et autotest (Fiche 18)	60 min
14h50	Construire une stratégie de plaidoyer (Fiche 19)	90 min
16h20	Clôture : « ce que je rapporte à la maison » (Fiche 20) + attestations	60 min



ANNEXE B

Glossaire

TERME	DÉFINITION
Adhérence / Observance	Fait de prendre son traitement comme prescrit, dans la durée.
Antirétroviral (ARV)	Médicament qui bloque la réplication du VIH.
Barrière génétique	Capacité d'un médicament à résister à l'apparition de mutations de résistance.
CD4	Lymphocyte cible du VIH ; sa mesure reflète l'état du système immunitaire.
Charge virale	Quantité de virus dans le sang ; l'objectif du traitement est de la rendre indétectable.
Comorbidité / Co-infection	Maladie associée au VIH (tuberculose, hépatites, IST, etc.).
C4D	Communication pour le développement : processus participatif de changement social et comportemental.
Dolutégravir (DTG)	Inhibiteur d'intégrase, pierre angulaire du traitement recommandé par l'OMS.
Éducation par les pairs	Transmission de savoirs et de soutien entre personnes partageant un vécu commun.
GIPA	Participation accrue des personnes vivant avec le VIH (« rien pour nous, sans nous »).
I = I / U = U	Indétectable = Intransmissible : une charge virale indétectable durable empêche la transmission sexuelle.
IST	Infection sexuellement transmissible.
PEP / TPE	Prophylaxie post-exposition : ARV pris après une exposition, dans les 72 heures.
PrEP	Prophylaxie pré-exposition : ARV pris avant l'exposition pour prévenir l'infection.
PTME	Prévention de la transmission mère-enfant.
PVVIH	Personne(s) vivant avec le VIH.



Réduction des risques (RdR)	Ensemble de stratégies limitant les dommages liés à l'usage de drogues.
Résistance	Perte d'efficacité d'un médicament du fait de mutations du virus.
Self-care (auto-soin)	Capacité à promouvoir sa santé et son bien-être, avec ou sans soutien soignant.
Sida	Stade avancé de l'infection, aujourd'hui évitable grâce au traitement.
Stigmatisation	Marquage social négatif ; la discrimination en est la traduction en actes.
TasP	Traitement comme prévention.
TLD	Association ténofovir disoproxil + lamivudine + dolutégravir (schéma de première intention).
Trithérapie	Association d'au moins trois molécules de classes différentes.



ANNEXE C

Repères sur les classes d'antirétroviraux

Ce tableau est un repère pédagogique simplifié, destiné à l'animation. Il ne remplace ni le protocole national ni l'avis médical. Les choix thérapeutiques relèvent de l'équipe soignante.

Tableau 5 Repères sur les classes d'antirétroviraux

Classe d'ARV	Étape du cycle bloquée	Exemples de molécules
INTI (inhibiteurs nucléos(t)idiques)	Transcription inverse	Ténofovir (TDF/TAF), lamivudine (3TC), abacavir (ABC), emtricitabine (FTC)
INNTI (inhibiteurs non nucléosidiques)	Transcription inverse	Éfavirenz (EFV), doravirine (DOR)
INI (inhibiteurs d'intégrase)	Intégration	Dolutégravir (DTG), bictégravir (BIC)
IP (inhibiteurs de protéase)	Maturation des virions	Darunavir/ritonavir (DRV/r)
Inhibiteurs d'entrée / de capsid	Entrée / assemblage	Molécules récentes (selon disponibilité)



RAPPEL OMS 2026

Schéma de première intention préférentiel : TLD (ténofovir disoproxil + lamivudine + dolutégravir), un comprimé par jour. Inhibiteur de protéase préféré si nécessaire : darunavir/ritonavir. Options nouvelles : antirétroviraux injectables à longue durée d'action et bithérapies orales de simplification pour personnes stables.



ANNEXE D

Modèles et outils reproductibles

D.1 Formulaire de consentement (photo, vidéo, témoignage)

Formulaire Consentement éclairé — photo, vidéo, témoignage

Prénom ou pseudonyme	
Atelier organisé par	
Date	/...../.....
J'autorise l'utilisation	☐ Oui ☐ Non · ☐ photos ☐ vidéos ☐ témoignages
Aux fins de	
Signature	

Je déclare avoir été informé(e) de l'usage prévu des contenus recueillis, et je comprends que je peux retirer mon consentement à tout moment, sans conséquence.

D.2 Fiche « Mon plan personnel d'observance »

Tableau 6 Fiche « Mon plan personnel d'observance »

Rubrique	À compléter
Mon schéma (noms des médicaments)	
Moment de prise choisi	
Routine associée (repas, brossage...)	
Rappel utilisé (alarme, appli, pilulier)	
En cas d'oubli, je fais...	
Ma personne de confiance	
Ce qui pourrait me gêner, et ma solution	
Mon prochain rendez-vous / charge virale	



D.3 Carte de traitement de poche

Carte Carte de traitement de poche (à conserver sur soi)

Nom / pseudonyme	
Schéma (ARV)	
Heure de prise	 h
Prochain contrôle	/.....
Contact soignant	
Urgence — PEP (< 72 h)	

D.4 Canevas de campagne C4D

Tableau 7 Canevas de campagne C4D

Étape	Notre choix
Comportement / norme à changer	
Public prioritaire	
Obstacles et motivations	
Objectif de communication (mesurable)	
Message clé (simple, positif, testé)	
Canaux (pairs, communautaire, médias, digital)	
Relais et allié(e)s à mobiliser	
Indicateurs de suivi	

D.5 Grille de stratégie de plaidoyer

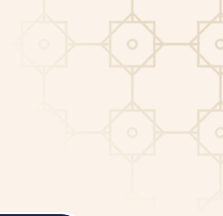


Tableau 8 Grille de stratégie de plaidoyer

Barrière	Acteur(rice)(s)	Stratégie	Responsable	Calendrier

D.6 Fiche d'engagement (clôture)

Fiche Fiche d'engagement (clôture)

Un apprentissage clé que je retiens
Un changement dans ma prise en charge
Une action dans ma communauté
Pour quand ?
Qui m'aidera à suivre cet engagement ?

D.7 Grille d'évaluation rapide de l'atelier

Tableau 9 Grille d'évaluation rapide de l'atelier — entourez votre réponse (1 = pas du tout · 5 = tout à fait)

Énoncé	Évaluation
Je comprends mieux le VIH et son traitement	(1) (2) (3) (4) (5)
Je me sens plus capable de gérer mon observance	(1) (2) (3) (4) (5)
Je connais des ressources vers qui me tourner	(1) (2) (3) (4) (5)
L'atelier a respecté ma confidentialité	(1) (2) (3) (4) (5)
Ce que j'ai le plus apprécié / à améliorer	



ANNEXE E

Ressources et liens utiles

ITPC-MENA

Guides de traitement, actualités, plaidoyer, communauté 3ilaji.

itpcmena.org

ITPC Global

Coalition internationale pour l'accès au traitement.

itpcglobal.org

ALCS (Maroc)

Association de Lutte Contre le Sida.

alcs.ma

Coalition PLUS

Union internationale d'ONG communautaires.

coalitionplus.org

OMS — VIH

Espace VIH ; Bureau régional EMRO : emro.who.int.

who.int/health-topics/hiv-aids

OMS — Recommandations VIH 2026

Lignes directrices cliniques (janvier 2026).

who.int/publications/i/item/9789240119468

OMS — Auto-soins

Interventions d'auto-soin pour la santé.

who.int/publications/i/item/9789240052192

ONUSIDA

Données épidémiologiques et cadres mondiaux.

unaids.org

UNICEF — C4D

Communication pour le développement.

unicef.org

i-Base

Information traitement en langage accessible.

i-base.info

Interactions médicamenteuses

Base de référence — Université de Liverpool.

hiv-druginteractions.org

Medicines Patent Pool

Licences volontaires et accès aux médicaments.

medicinespatentpool.org



POINT DE VIGILANCE

Les protocoles nationaux et les recommandations évoluent. Vérifier régulièrement l'actualité des sources officielles et, pour toute décision individuelle, se référer à l'équipe soignante et aux directives cliniques nationales en vigueur.



ANNEXE F

Questions fréquentes des personnes vivant avec le VIH

Cette foire aux questions rassemble les interrogations les plus courantes recueillies auprès des communautés. Les réponses sont volontairement simples et rassurantes, sans se substituer à l'avis de l'équipe soignante. Elles constituent un support précieux pour le(la) pair(e) éducateur(rice).¹³⁴

? Le VIH, est-ce la même chose que le sida ?

Non. Le VIH est le virus. Le sida est un stade avancé de l'infection, aujourd'hui évitable grâce au traitement. Une personne dépistée tôt et bien traitée ne développera pas le sida.

? Vais-je mourir du sida ?

Avec un traitement pris régulièrement, non. L'espérance de vie des personnes vivant avec le VIH sous traitement efficace est proche de celle de la population générale.

? Le traitement, c'est pour toute la vie ?

Oui, à ce jour le traitement se prend à vie. Mais il est simple (souvent un comprimé par jour) et bien toléré. Il ne guérit pas l'infection : il la contrôle.

? Si je me sens bien, puis-je arrêter mon traitement ?

Non. On se sent bien parce que le traitement agit. L'arrêter fait remonter le virus et expose à la résistance. Il ne faut jamais arrêter sans en parler à l'équipe soignante.

? Qu'est-ce que « indétectable » ?

Cela signifie que la quantité de virus dans le sang est si faible que les tests ne la mesurent plus. Le virus est contrôlé, pas éliminé — le traitement reste nécessaire.

¹³⁴ FAQ élaborée à partir des messages clés du présent guide et des ressources d'information communautaire (ITPC, i-Base, ALCS, MSF), conformes aux recommandations de l'OMS (2026) et de l'ONUSIDA.

? Puis-je transmettre le VIH si je suis indétectable ?

Non, pas par voie sexuelle. C'est le message I = I : Indétectable = Intransmissible, à condition que la charge virale reste indétectable de façon durable.

? Puis-je avoir des enfants ?

Oui. Une femme sous traitement efficace peut avoir un enfant séronégatif grâce à la prévention de la transmission mère-enfant. Les couples sérodifférents disposent d'options sûres pour concevoir.

? Puis-je allaiter ?

L'OMS recommande, sous traitement maternel efficace, l'allaitement exclusif pendant six mois, poursuivi jusqu'à 12 voire 24 mois, avec une prophylaxie du nourrisson. La décision se prend avec l'équipe soignante.

? Puis-je avoir une vie sexuelle normale ?

Oui. Le désir, le plaisir et l'amour ne disparaissent pas. La prévention se combine selon les situations (traitement, préservatifs, PrEP du(de la) partenaire).

? Dois-je dire mon statut à mon/ma partenaire ?

Le partage est un choix personnel. Il peut apporter du soutien, mais comporte des risques selon le contexte. Le(la) pair(e) éducateur(rice) peut aider à s'y préparer, jamais à décider à votre place.

? Mon employeur peut-il me licencier à cause du VIH ?

Le VIH ne se transmet pas au travail et ne justifie aucune exclusion. La discrimination est une violation des droits ; des recours existent.

? Le VIH se transmet-il par un baiser, un repas partagé, les moustiques ?

Non. Le VIH ne se transmet ni par la salive, ni par les gestes du quotidien, ni par les piqûres de moustiques.

? Que faire si j'oublie une prise ?

Un oubli occasionnel n'est pas une catastrophe. Suivez la conduite à tenir de votre schéma (souvent : prendre dès que possible), et parlez-en à l'équipe soignante si les oublis se répètent.

? Les effets secondaires sont-ils graves ?

La plupart des personnes n'ont pas d'effet gênant durable avec les traitements modernes. Certains effets de début sont passagers. En cas de gêne, on en parle : on ne s'arrête jamais seul(e).

? Qu'est-ce que la PrEP ?

C'est un traitement préventif pris par une personne séronégative exposée à un risque, pour éviter l'infection. C'est un outil de prévention parmi d'autres.

? J'ai pris un risque hier, que faire ?

Il existe la PEP (traitement post-exposition), à commencer dans les 72 heures — le plus tôt possible. Rendez-vous sans délai dans une structure qui la délivre.

? Puis-je voyager avec le VIH ?

Oui, en emportant suffisamment de traitement et en anticipant. Attention : certains pays maintiennent des restrictions d'entrée liées au statut ; renseignez-vous avant de partir.

? Le VIH va-t-il m'empêcher de vieillir ?

Non : grâce au traitement, on vieillit avec le VIH. Le suivi s'adapte alors aux enjeux de l'âge.

Puis-je faire du sport ?

Oui, l'activité physique est bénéfique pour le corps et le moral.

Où trouver du soutien psychologique ?

Auprès des associations, des lignes d'écoute, des groupes de pairs et des services de santé. Demander de l'aide est une force, pas une faiblesse.

Mes données de santé sont-elles confidentielles ?

Le secret médical protège votre statut. Personne n'a le droit de le révéler sans votre consentement.

Puis-je faire confiance aux informations trouvées en ligne ?

Pas toujours. Vérifiez les sources (OMS, ONUSIDA, ITPC, structures nationales) et méfiez-vous des « remèdes miracles » et des discours niant l'efficacité des traitements.

Que faire en cas de rupture de stock d'ARV ?

Signalez-le immédiatement (à votre structure, à votre association, aux réseaux communautaires). Documenter les ruptures alimente le plaidoyer pour y mettre fin.

PAROLE DE PAIR

Cette FAQ n'a pas réponse à tout. Le plus important que puisse offrir un(e) pair(e) éducateur(rice) n'est pas une réponse parfaite, mais une présence : « Je ne sais pas tout, mais je suis là, et on va trouver ensemble. »



ANNEXE G

Banque de techniques d'animation participative

Cette banque récapitule, sous forme de référence rapide, les techniques mobilisables dans l'ensemble du guide. Elle complète le chapitre 7. Chaque technique est neutre quant au contenu : elle s'applique à n'importe quel thème.¹³⁵

G.1 Pour ouvrir et créer le groupe

Tableau 10 Pour ouvrir et créer le groupe

Technique	En bref	Idéal pour
Présentation croisée	Se présenter en binôme, présenter l'autre	Briser la glace en douceur
Carte des attentes	Chacun(e) écrit une attente, affichée au mur	Cadrer la formation
Arbre de l'espoir	Écrire un espoir et l'accrocher à un arbre	Installer un climat positif
Accords de groupe	Co-construire les règles communes	Créer l'espace sûr

G.2 Pour relancer l'énergie

Tableau 11 Pour relancer l'énergie

Technique	En bref	Idéal pour
Cœur-Esprit-Corps	Reconnexion émotions/pensées/sensations	Ouvrir la journée, apaiser
Nœud humain	Se démêler sans lâcher les mains	Coopération, rire
Compter jusqu'à 20	Compter à tour de rôle sans se concerter	Écoute, concentration
Météo du corps	Mimer son état en un geste	Prendre le pouls du groupe

G.3 Pour faire réfléchir et débattre

¹³⁵ Techniques adaptées de : International HIV/AIDS Alliance, Tools Together Now!, 2006 ; Chambers R., Participatory Workshops, 2002 ; Boal A., Théâtre de l'opprimé, 1977 ; et des matériels d'animation d'TPC-MENA et de l'ALCS.

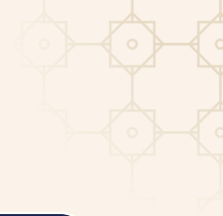


Tableau 12 Pour faire réfléchir et débattre

Technique	En bref	Idéal pour
Débat mouvant	Se déplacer selon son accord/désaccord	Révéler et faire évoluer les avis
Vrai/Faux	Trier des affirmations, puis débattre	Déconstruire les idées fausses
Brainstorming	Recueillir sans filtrer, puis organiser	Faire émerger les savoirs
Étude de cas	Analyser une situation concrète en groupe	Relier théorie et vécu
Photolangage	Choisir une image qui exprime un ressenti	Aborder les sujets sensibles

G.4 Pour explorer le vécu et le pouvoir

Tableau 13 Pour explorer le vécu et le pouvoir

Technique	En bref	Idéal pour
Jeu de rôle	Incarner une situation, tester des issues	Compétences relationnelles
Théâtre-forum	Rejouer une scène pour tester des solutions	Transformer le vécu en action
Cartographie corporelle	Dessiner le corps, situer savoirs et tabous	Sexualité, anatomie, genre
Analyse de pouvoir	Repérer les rapports de domination	Genre, droits, accès aux soins

G.5 Pour ancrer et clôturer

Tableau 14 Pour ancrer et clôturer

Technique	En bref	Idéal pour
Récapitulatif du matin	Débrief de la veille	Consolider les acquis
Ce que je rapporte	Formuler un engagement concret	Passer à l'action
Bol à questions	Questions anonymes traitées plus tard	Libérer la parole gênée
Météo de fin	Exprimer son ressenti de fin de journée	Évaluer, prendre soin

 ASTUCE DIGITALE TRANSVERSALE

À chaque technique correspond un équivalent numérique : sondages en direct (débat mouvant, vrai/faux), murs collaboratifs (attentes, arbre de l'espoir, brainstorming), salles virtuelles (petits groupes), capsules vidéo (jeux de rôle). En format hybride, ces outils incluent les personnes qui ne peuvent se déplacer par souci de discrétion.

 POINT DE VIGILANCE TRANSVERSAL

Toute technique participative doit préserver l'espace sûr : proposer sans forcer, respecter le droit de se taire, ne jamais exposer publiquement le statut ou l'intimité d'une personne, et rester attentif(ve) aux réactions émotionnelles.



ANNEXE H

Études de cas pour l'animation

Les vignettes suivantes sont des supports d'animation. Les situations et prénoms sont fictifs et composites ; toute ressemblance avec des personnes réelles serait fortuite. Chaque cas se prête à un travail en petits groupes suivi d'une mise en commun. Les questions guident la réflexion sans imposer de « bonne réponse » unique.¹³⁶



CONSIGNE D'USAGE

Ces cas touchent à des vécus sensibles. Rappeler l'espace sûr avant de les utiliser, autoriser le retrait, et ne jamais demander aux participant(e)s d'exposer leur propre situation. On travaille sur des personnages, pas sur soi — sauf si l'on choisit librement de partager.

Cas 1 — Le diagnostic de Salma

Salma, 27 ans, vient d'apprendre sa séropositivité. Sur le moment, elle n'a rien retenu de ce que le médecin lui a expliqué. Depuis, elle ne dort plus, se croit condamnée et n'ose en parler à personne. Elle envisage de ne pas retourner à la structure de soins.

Questions pour le groupe. Que ressent probablement Salma ? Quelles informations exactes pourraient l'apaiser ? Quel rôle un(e) pair(e) éducateur(rice) peut-il(elle) jouer ici ? Comment éviter qu'elle décroche des soins ?



PISTES

L'annonce est un choc qui empêche d'entendre : l'information doit être reprise, répétée, incarnée par un(e) pair(e). Messages clés : le VIH n'est pas le sida, on vit longtemps et bien sous traitement, elle n'est pas seule. L'urgence est de maintenir le lien avec les soins.

Cas 2 — L'observance de Karim

¹³⁶ Vignettes pédagogiques composites élaborées pour ce guide, inspirées de situations types documentées par les organisations communautaires de la région (ITPC-MENA, ALCS) et conformes aux messages de l'OMS et de l'ONUSIDA. Toute ressemblance avec des personnes réelles serait fortuite.

Karim, 34 ans, est sous traitement depuis deux ans. Il vit chez ses parents, qui ignorent son statut, et cache ses comprimés. Depuis quelques mois, il « oublie » de plus en plus souvent. Sa dernière charge virale est repartie à la hausse.

Questions pour le groupe. Quels obstacles à l'observance repérez-vous ? Lesquels sont d'ordre pratique, émotionnel, social ? Quelles solutions concrètes proposeriez-vous, avec Karim, sans le juger ?



PISTES

La peur d'être découvert est un obstacle majeur. Solutions possibles : associer la prise à une routine discrète, pilulier neutre, alarme silencieuse, personne de confiance, envisager (avec l'équipe) une formulation adaptée. Une charge virale qui remonte est un signal à comprendre, pas une faute à sanctionner.

Cas 3 — Le couple de Nadia et Youssef

Nadia vit avec le VIH, sa charge virale est indétectable depuis un an. Elle est en couple avec Youssef, séronégatif. Ils souhaitent un enfant mais ont peur de la transmission — au partenaire comme à l'enfant.

Questions pour le groupe. Quelles informations rassurantes et exactes pouvez-vous leur apporter ? Quels outils de prévention et de conception sûre existent ? Vers qui les orienter ?



PISTES

I = I : indétectable de façon durable = pas de transmission sexuelle. Un projet parental est possible et sûr, avec l'accompagnement de l'équipe soignante et la PTME. La peur vient souvent d'un déficit d'information : la corriger, c'est déjà soigner.

Cas 4 — La rupture de stock à la pharmacie

Amine se présente à la structure pour renouveler son traitement. On lui annonce une rupture de stock : « revenez dans quelques semaines ». Il repart sans médicaments, inquiet et en colère. Plusieurs autres personnes vivent la même situation.

Questions pour le groupe. Quel est le risque pour Amine et pour la communauté ? Que peut faire, individuellement et collectivement, la communauté ? Comment transformer cette colère en action ?



PISTES

Une rupture expose au rebond viral et à la résistance. Individuellement : chercher une solution relais avec l'équipe. Collectivement : documenter la rupture (suivi communautaire), alerter, et faire du plaidoyer auprès des responsables. Le cas relie éducation au traitement et action politique (Partie V).

Cas 5 — Le message en ligne de Lina

Lina, 19 ans, découvre sur un réseau social un message affirmant que « les ARV sont un poison » et qu'il faut « se soigner par les plantes ». Le message a beaucoup de partages. Elle est troublée et pense arrêter son traitement.

Questions pour le groupe. Comment repérer une désinformation ? Que répondre à Lina ? Comment agir sans amplifier la fausse information ? Quelles ressources fiables proposer ?



ASTUCE DIGITALE

Vérifier la source, opposer des faits clairs, ne pas re-partager le faux message pour le dénoncer, orienter vers des références fiables (OMS, ONUSIDA, ITPC). L'accompagnement d'un(e) pair(e) éducateur(rice) numérique peut désamorcer l'angoisse et prévenir un arrêt de traitement.

Cas 6 — La discrimination au travail de Fouad

Fouad a confié son statut à un collègue. La nouvelle s'est répandue. Son employeur lui suggère de « prendre un congé prolongé ». Fouad se sent humilié et menacé de perdre son emploi.

Questions pour le groupe. Quels droits de Fouad sont en jeu ? Qu'est-ce qui relève de la discrimination ? Quels recours et soutiens existent ? Comment la communauté peut-elle l'appuyer ?



PISTES

Le VIH ne se transmet pas au travail : l'exclusion est une discrimination. Enjeux : confidentialité violée, non-discrimination, droit à l'emploi. Pistes : soutien juridique, orientation associative, documentation, et plaidoyer pour des milieux de travail inclusifs.

Références bibliographiques

Les références sont regroupées par catégorie. Les notes de bas de page du guide renvoient à ces sources.

Organismes internationaux — VIH, traitement et prévention

Organisation mondiale de la Santé. Updated recommendations on HIV clinical management : recommendations for a public health approach. Genève : OMS, 7 janvier 2026.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240119468>.

Organisation mondiale de la Santé. Consolidated guidelines on HIV prevention, testing, treatment, service delivery and monitoring : recommendations for a public health approach. Genève : OMS, 2021.

Organisation mondiale de la Santé. Consolidated guidelines on differentiated HIV testing services. Genève : OMS, 2024. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240096394>.

Organisation mondiale de la Santé. WHO consolidated guideline on self-care interventions for health and well-being. Genève : OMS, 2022. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240052192>.

Organisation mondiale de la Santé. Consolidated guidelines on HIV, viral hepatitis and STI prevention, diagnosis, treatment and care for key populations. Genève : OMS, 2022.

Organisation mondiale de la Santé. Guidelines on post-exposure prophylaxis for HIV. Genève : OMS, 2014 (et actualisations).

Organisation mondiale de la Santé. Aide-mémoire VIH et sida. Genève : OMS, 15 juillet 2025.
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>.

Organisation mondiale de la Santé. WHO guideline : recommendations on digital interventions for health system strengthening. Genève : OMS, 2019.

Organisation mondiale de la Santé. Classification of digital health interventions. Genève : OMS, 2018.

Organisation mondiale de la Santé. Doing What Matters in Times of Stress : An Illustrated Guide. Genève : OMS, 2020.

ONUSIDA. Global AIDS Update 2025. Genève : ONUSIDA, 2025. <https://www.unaids.org>.

ONUSIDA. Regional profile — Middle East and North Africa (2024 data). Genève : ONUSIDA, 2025.
<https://www.unaids.org/sites/default/files/2025-07/2025-global-aids-update-mena.pdf>.

ONUSIDA. Undetectable = Untransmittable — Public health and HIV viral load suppression. Genève : ONUSIDA, 2018.

ONUSIDA. UNAIDS Terminology Guidelines. Genève : ONUSIDA, 2015.



- ONUSIDA. Establishing Community-Led Monitoring of HIV Services. Genève : ONUSIDA, 2021.
- ONUSIDA. Positive Health, Dignity and Prevention : A Policy Framework. Genève : GNP+/ONUSIDA, 2011.
- ONUSIDA. Policy Brief : The Greater Involvement of People Living with HIV (GIPA). Genève : ONUSIDA, 2007.
- ONUSIDA. Combination HIV Prevention. Genève : ONUSIDA, 2010.
- UNICEF. Communication for Development (C4D). <https://www.unicef.org>.

Approches pédagogiques, communication et éducation par les pairs

- Freire, Paulo. Pédagogie des opprimés. Paris : Maspero, 1974.
- Boal, Augusto. Théâtre de l'opprimé. Paris : Maspero, 1977.
- Knowles, Malcolm S. The Adult Learner : A Neglected Species. Houston : Gulf Publishing, 1973.
- Lorde, Audre. « The Master's Tools Will Never Dismantle the Master's House. » In Sister Outsider. Freedom : Crossing Press, 1984.
- International HIV/AIDS Alliance. Tools Together Now ! 100 participatory tools to mobilise communities for HIV/AIDS. Brighton, 2006.
- International HIV/AIDS Alliance. Peer education and HIV/AIDS : concepts, uses and challenges. UNAIDS Best Practice Collection, 1999.
- International HIV/AIDS Alliance. Advocacy in action : A toolkit to support NGOs and CBOs. 2003.
- Chambers, Robert. Participatory Workshops : A Sourcebook of 21 Sets of Ideas and Activities. Londres : Earthscan, 2002.
- Medley, Amy, et al. « Effectiveness of peer education interventions for HIV prevention in developing countries. » AIDS Education and Prevention, 21(3), 2009, p. 181-206.
- McKee, Neill, et al. Involving People, Evolving Behaviour. UNICEF/Southbound, 2000.
- Figuerola, María Elena, et al. Communication for Social Change : An Integrated Model. Rockefeller Foundation/Johns Hopkins, 2002.
- Witte, Kim, et Mike Allen. « A meta-analysis of fear appeals. » Health Education & Behavior, 27(5), 2000, p. 591-615.
- Nutbeam, Don. « Health literacy as a public health goal. » Health Promotion International, 15(3), 2000, p. 259-267.
- Kirkpatrick, Donald L. Evaluating Training Programs. San Francisco : Berrett-Koehler, 1994.



Sciences biomédicales et cliniques

- Deeks, Steven G., et al. « HIV infection. » *Nature Reviews Disease Primers*, 1, 2015, 15035.
- Trickey, Adam, et al. « Survival of HIV-positive patients starting antiretroviral therapy. » *The Lancet HIV*, 4, 2017, e349-e356.
- Gardner, Edward M., et al. « The spectrum of engagement in HIV care. » *Clinical Infectious Diseases*, 52, 2011, p. 793-800.
- European AIDS Clinical Society. EACS Guidelines (version en vigueur). <https://www.eacsociety.org>.
- Organisation mondiale de la Santé. HIV drug resistance report (éditions successives). Genève : OMS.

Sciences sociales, genre et droits

- Goffman, Erving. *Stigma : Notes on the Management of Spoiled Identity*. Englewood Cliffs : Prentice-Hall, 1963.
- Pearlman, Laurie A., et Karen W. Saakvitne. *Trauma and the Therapist*. New York : Norton, 1995.
- ONUSIDA/HCDH. Directives internationales sur le VIH/sida et les droits de la personne. Genève.

Sources ITPC-MENA et partenaires régionaux

- ITPC-MENA. « Notre histoire. » <https://itpcmena.org/notre-histoire/>.
- ITPC-MENA. « ITPC-MENA publie un nouveau guide complet sur le traitement de l'infection à VIH en langue arabe. » <https://itpcmena.org>.
- ITPC-MENA. « Le MENA-CAB lance un appel à ViiV pour l'accès rapide au dolutégravir pour les enfants jordaniens et libyens. » <https://itpcmena.org>.
- Coalition PLUS. « ITPC-MENA et l'ALCS appellent à l'adoption des nouvelles recommandations de l'OMS. » <https://www.coalitionplus.org>.
- ITPC-MENA. *Traitement du VIH — Manuel de formation éducatif*. Marrakech : ITPC-MENA, 2024 (édition de référence révisée par le présent guide).

Transformer la connaissance en pouvoir d'agir.

Ce manuel est un bien commun au service des communautés. Il peut être reproduit, traduit et adapté à des fins non commerciales de formation, de plaidoyer et d'éducation à la santé, à condition d'en citer la source : ITPC-MENA, Guide pratique d'éducation au traitement du VIH, 2026.

« Rien pour nous, sans nous. » La parole des personnes vivant avec le VIH est la matière vivante de chacune des pages de ce guide.

POUR CITER CE GUIDE

ITPC-MENA. (2026). *Guide pratique d'éducation au traitement du VIH : manuel de formation pour les éducateur(trice)s pair(e)s, les animateur(rice)s communautaires et les personnes vivant avec le VIH/sida* (éd. révisée 2026). International Treatment Preparedness Coalition – Middle East and North Africa.
<https://itpcmena.org>



PRODUIT PAR ITPC-MENA AVEC LE SOUTIEN DU FONDS MONDIAL (GFATM)
CONCEPTION PÉDAGOGIQUE ZA'THINK (ZMC)

PRODUIT PAR



COMMUNAUTÉ



PROGRAMME



CONCEPTION

