



**HAL**  
open science

## Principaux résultats de recherche du programme ATLAS sur l'autodépistage du VIH en Afrique de l'Ouest

Joseph Larmarange, Georges Amani Elvis, Kéba Badiane, Céline Bayac, Anne Bekelynck, Marie-Claude Boily, Sokhna Boye, Guillaume Breton, Marc d'Elbée, Alice Desclaux, et al.

### ► To cite this version:

Joseph Larmarange, Georges Amani Elvis, Kéba Badiane, Céline Bayac, Anne Bekelynck, et al.. Principaux résultats de recherche du programme ATLAS sur l'autodépistage du VIH en Afrique de l'Ouest. Institut de recherche pour le développement; Solthis. 2022. hal-04121492

**HAL Id: hal-04121492**

**<https://hal.science/hal-04121492v1>**

Submitted on 7 Jun 2023

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

# Principaux résultats du projet ATLAS Côte d'Ivoire



Mai 2022



Au-delà des activités opérationnelles de mise en œuvre, le projet ATLAS comportait une composante recherche, dont l'objectif principal est de décrire et comprendre les effets sociaux, sanitaires, épidémiologiques et économiques de l'introduction de l'autodépistage du VIH (ADVIH).



Pour y répondre, ATLAS a réalisé plusieurs enquêtes :

- une enquête qualitative axée sur les canaux ciblant les populations clés et basée sur des entretiens qualitatifs individuels et collectifs avec les principaux responsables de la mise en œuvre, les membres des communautés de populations clés et les utilisateurs et utilisatrices de l'ADVIH ;
- une ethnographie sur l'intégration de l'ADVIH dans des structures publiques de santé (canaux partenaires de PVIH et consultations IST) ;

- une enquête téléphonique anonyme auprès d'utilisateurs et utilisatrices d'ADVIH recrutés par le biais d'une invitation à appeler un numéro gratuit figurant sur les kits d'ADVIH ;
- un volet économique sur l'intégration de l'ADVIH dans les activités de dépistage du VIH, avec collecte des coûts auprès d'un échantillon de sites de distribution d'ADVIH et une étude des temps et mouvements ;
- une modélisation épidémiologique (modèle dynamique compartimental) des trois pays et des impacts sanitaires et économiques de différents scénarios de mise à l'échelle.

Ont également été réalisées des analyses secondaires des données programmatiques collectées dans le cadre des activités de routines :

- les données quantitatives de dispensation des partenaires de mise en œuvre, rapportées mensuellement par site et par canal via une plateforme en ligne dédiée ;
- des entretiens de groupes réalisés annuellement, dans le cadre du suivi-évaluation, dans chaque pays, avec des agents dispensateurs.

**Ce document liste les principaux résultats en Côte d'Ivoire de chacun des volets de recherche ATLAS à date. Pour une interprétation plus fine de ces résultats, voir les publications scientifiques et les notes de recherche indiquées dans les encadrés.**

Le protocole complet des activités de recherche d'ATLAS est disponible sur <https://atlas.solthis.org>.

Une version courte a été publiée : Rouveau, Nicolas, Odette Ky-Zerbo, Sokhna Boye, Arlette Simo Fotso, Marc d'Elbée, Mathieu Maheu-Giroux, Romain Silhol, et al. 2021. « Describing, analysing and understanding the effects of the introduction of HIV self-testing in West Africa through the ATLAS programme in Côte d'Ivoire, Mali and Senegal ». *BMC Public Health* 21 (1): 181. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-10212-1>.

La dispensation des autotests est venue s'inscrire en complément des stratégies existantes de dépistage du VIH et a été réalisée par les acteurs de terrain déjà en charge des activités de dépistage. Les différents canaux de dispensation et de populations cibles ont été élaborés avec les parties prenantes.

La dispensation d'autotests VIH dans le cadre du projet ATLAS est organisée autour de 8 canaux de dispensations. Cinq canaux correspondent à des stratégies fixes, au sein de structures de santé : des services de prise en charge des Personnes vivant avec le VIH (PvVIH) (l'autodépistage y est alors proposé pour le dépistage des partenaires de PvVIH, on parle communément de « dépistage des cas index » ou *index testing*) ; dans des consultations pour les patients IST ; et dans des structures communautaires recevant des TS (travailleuses du sexe), des HSH (hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes) et des UD (usagères et usagers de drogues).

L'ADVIH est également intégré dans des activités de dépistage en stratégie avancée à destination des populations clés (TS, HSH, UD). Cela peut correspondre à la fois à des activités menées en groupe (causeries, groupes d'autosupport, visites de nuits, événements sociaux, maraudes...) ou à des activités de sensibilisation individuelle (comme des visites à domicile, communication interpersonnelle).

### Canaux de dispensation ATLAS pour atteindre les **populations clés** et autres **populations vulnérables**

Canal de dispensation	Stratégie	Point d'entrée	Dispensateur	Distribution primaire	Distribution secondaire
Dépistage des cas index	Fixe	Cliniques VIH (incl. PTME)	Professionnels de santé*	PvVIH	Partenaires de PvVIH
Consultations IST	Fixe	Centre de santé	Professionnels de santé	Patients IST	Partenaires de patient IST
Cliniques dédiées HSH	Fixe	Cliniques communautaires	Professionnels de santé*	HSH	Partenaires hommes
Stratégies avancées HSH	Avancée	Lieux de socialisation/rencontres	Pairs Éducateurs		Autres HSH
					Partenaires femmes
Cliniques dédiées TS femmes	Fixe	Cliniques communautaires	Professionnels de santé*	TS femmes	Autres TS
Stratégies avancées TS femmes	Avancée	Lieux de prostitution	Paires Éducatrices		Clients
					Partenaires TS
Cliniques dédiées UD	Fixe	Cliniques communautaires	Professionnels de santé*	UD	Autres UD
Stratégies avancées UD	Avancée	Lieux de consommation	Pairs Éducateurs		Partenaires UD

IST : infections sexuellement transmissibles  
 PTME : prévention de la transmission mère-enfant  
 PvVIH : personnes vivant avec le VIH

HSH : hommes ayant des rapports sexuels entre hommes (incluant les travailleurs du sexe masculins et les personnes transgenres / non binaires nées de sexe masculin)  
 TS : Travailleur-se-s du sexe / UD : usager-e-s de drogues

■ Populations clés  
■ Populations vulnérables

L'ensemble de ces canaux ont proposé de la distribution secondaire (des kits sont remis aux personnes pour qu'elles les redistribuent à leur entourage, partenaires sexuel.les, pair.es). Dès lors, les utilisatrices et utilisateurs finaux des kits d'ADVIH n'appartiennent pas forcément au même groupe de population que celle des contacts primaires visés. Par exemple, dans le canal TS, tous les utilisateurs finaux ne sont pas des travailleuses du sexe, les kits d'autodépistage pouvant être remis à des clients ou des partenaires réguliers.

Afin de respecter le caractère anonyme et confidentiel que peut procurer l'autodépistage, le projet ATLAS a fait le choix délibéré de ne pas faire le suivi systématique (*systematic tracking*) des tests distribués. Les utilisatrices et les utilisateurs avaient toujours la possibilité, si et seulement s'ils le désiraient, d'obtenir un appui additionnel d'un-e éducateur-riche de pair-e ou bien en appelant gratuitement et anonymement la ligne nationale d'informations sur le VIH (ligne 106 Info-Sida).

## Kits d'ADVIH dispensés dans le cadre d'ATLAS

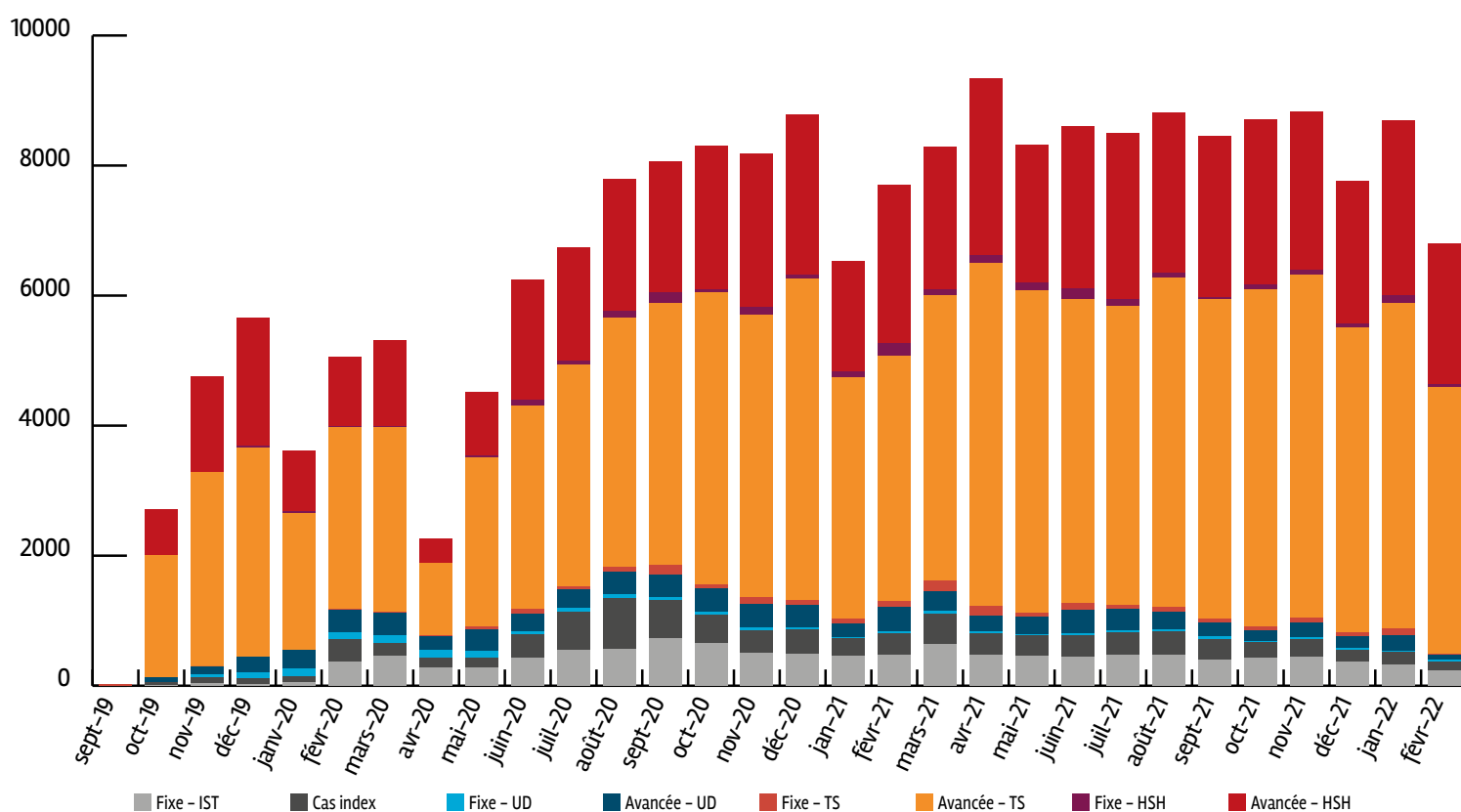
Le projet ATLAS a commencé la dispensation des kits d'ADVIH en octobre 2019 en Côte d'Ivoire. On peut constater une augmentation progressive des activités sur 2019–2020, avec un ralentissement en avril–mai 2020 en raison des mesures gouvernementales mises en place dans le cadre de la crise sanitaire liée au Covid-19.



© JC Frisque / Solthis

Une analyse de l'impact des mesures sanitaires liées à l'épidémie de Covid-19 sur la dispensation a été publiée. Voir Kra, Arsène Kouassi, Géraldine Colin, Papa Moussa Diop, Arlette Simo Fotso, Nicolas Rouveau, Kouakou Kouamé Hervé, Olivier Geoffroy, et al. 2021. « Introducing and Implementing HIV Self-Testing in Côte d'Ivoire, Mali, and Senegal: What Can We Learn From ATLAS Project Activity Reports in the Context of the COVID-19 Crisis? » *Frontiers in Public Health*, juillet, 114. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.653565>.

### Nombre d'ADVIH dispensés par mois et par canal (2019–2022)



### Nombre d'ADVIH dispensés par mois et par canal (2019–2022)

Canal de dispensation	2019	2020	2021	2022	TOTAL
HSH - avancée	4 144	19 390	28 338	4 850	56 722
HSH - fixe	38	730	1 224	171	2 163
TS - avancée	8 090	39 609	56 490	9 106	113 295
TS - fixe	21	674	1 020	115	1 830
UD - avancée	437	3 863	3 133	311	7 744
UD - fixe	147	870	379	52	1 448
Consultations IST	80	5 365	5 523	556	11 515
Cas index	201	4 400	3 757	332	8 690
<b>Région</b>					
Abidjan 1- Grands Ponts	2 468	16 625	22 230	4 050	45 373
Abidjan 2	4 870	20 907	23 646	2 220	51 643
Gbokle-Nawa-San Pedro	3 545	27 160	37 927	6 153	74 785
Sud-Comoé	2 275	8 320	8 219	1 714	20 528
Mé	0	1 880	7 842	1 356	11 078
<b>TOTAL</b>	<b>13 158</b>	<b>74 892</b>	<b>99 864</b>	<b>15 493</b>	<b>203 407</b>

## Nombre moyen de kits d'ADVIH remis par contact, par canal et par année (2019–2022)

Canal de dispensation	2019	2020	2021	2022
HSH – avancée	2,7	2,2	2,3	2,3
HSH – fixe	3,2	2,4	3,1	3,2
TS – avancée	2,3	2,1	2,1	1,9
TS – fixe	10,5	2,5	2,9	3
UD – avancée	1,1	1,2	1,1	1,2
UD – fixe	1,9	1,8	1,9	2
Consultations IST	1,1	1,4	1,3	1,5
Cas index	1,1	1,4	1,4	1,4



## Profil des utilisatrices et des utilisateurs

En l'absence de suivi systématique des ADVIH distribués, il est difficile de documenter le profil sociodémographique des utilisateurs et utilisatrices finaux, ainsi que leur historique de dépistage. Une enquête innovante a donc été menée et conçue pour permettre la collecte de données sur la base de l'anonymat et de la participation volontaire grâce à la mise en place d'une plateforme téléphonique anonyme et gratuite dans les trois pays. Un flyer dédié était distribué avec les kits d'ADVIH et invitait les utilisatrices et utilisateurs à participer à l'enquête.



© JC Frisque / Sothis

Entre mi-mars et mi-juin 2021, 23 331 flyers ont été distribués en Côte d'Ivoire et 1 390 personnes ont complété un questionnaire (taux de participation de 6,0 %).

Sur les 1 390 personnes enquêtées en Côte d'Ivoire, 723 (52 %) ont été recrutées *via* un canal HSH, 584 (42 %) *via* un canal TS et 83 (6 %) *via* un autre canal (UD, cas index, patients IST). Cela reflète les volumes de dispensation du projet ATLAS.

Parmi les personnes recrutées dans le canal HSH, 10 % étaient des femmes. Parmi les personnes recrutées dans le canal TS, 58 % étaient des hommes. Cela traduit la faisabilité de la distribution secondaire et la capacité de l'ADVIH d'atteindre les partenaires et clients des TS et les partenaires femmes des HSH. Par ailleurs, 51 % des hommes recrutés dans le canal HSH ont déclaré à l'enquêteur ne pas avoir de partenaires sexuels hommes, suggérant que l'on arrive à atteindre des hommes ne se reconnaissant pas comme HSH (« HSH cachés »).

Parmi les personnes enquêtées en Côte d'Ivoire, 32% n'avaient jamais fait de test VIH auparavant (primo-testeurs) et 22% ont déclaré avoir déjà été testées pour le VIH mais leur dernier test remontait à plus d'un an.

La proportion de primo-testeuses parmi les femmes du canal TS était de 26 %. À titre de comparaison, cette proportion était de seulement 19 % dans l'enquête IBBS menée en 2020 auprès de TS et de 11 % dans l'enquête PrEP-CI de 2017. Parmi les hommes du canal HSH, la proportion de primo-testeurs était de 37 %, à comparer avec la proportion de 30 % observée parmi les HSH de l'enquête IBBS de 2020 et 11 % dans l'enquête DOD-CI HSH de 2018. Il apparaît donc que l'ADVIH permet d'atteindre plus souvent des personnes qui ne s'étaient jamais dépistées pour le VIH.

Dans le cadre de l'enquête, les personnes ayant déclaré un autotest réactif ont été rappelées 3 à 6 mois plus tard pour documenter leur suivi. Les effectifs sont trop faibles pour permettre une analyse pays par pays. Pour l'ensemble des trois pays du projet ATLAS (Côte d'Ivoire, Mali, Sénégal), parmi les 27 personnes qui (i) avaient déclaré avoir vu deux traits sur leur autotest, (ii) avaient interprété le résultat comme réactif et (iii) ont pu être recontactées pour la seconde phase de l'enquête, 15 ont déclaré avoir fait un test de confirmation (soit 56 % avec une marge d'erreur comprise entre 36 % et 74 %). Douze nous ont dit avoir eu un test de confirmation positif (2 un test négatif et 1 a refusé de répondre) et toutes ont déclaré avoir initié un traitement antirétroviral.

## Retours d'utilisatrices et utilisateurs (populations clés)



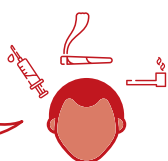
Les verbatims ci-après sont extraits d'entretiens qualitatifs menés dans le cadre d'une enquête auprès de contacts primaires et d'utilisateurs secondaires recrutés dans les canaux ciblant les populations clés.

Lorsque les kits d'ADVIH sont disponibles, leur redistribution est courante dans les milieux HSH, TS et UD et les populations clés en font la promotion auprès de leur entourage. La distribution secondaire est acceptable et se fait plus aisément à l'endroit des pairs et des partenaires sexuels avec lesquels il n'y a pas d'utilisation de préservatif. Les réactions des bénéficiaires secondaires à la proposition de l'ADVIH sont globalement

positives, avec peu de répercussions négatives. Les personnes qui reçoivent les kits en distribution secondaire ou tertiaire les utilisent seules ou avec l'aide des utilisateurs index, mais les outils de supports restent nécessaires.

« Beaucoup avaient peur de l'aiguille, et j'ai préféré donner ça à quelqu'un aussi pour que lui aussi sache s'il est malade ou s'il n'est pas malade pour que moi aussi je prenne mes précautions, de ne pas être infecté de cette maladie aussi. Voilà puisqu'on est toujours ensemble. Voilà, je voulais prendre mes précautions moi-aussi. »

**Homme, 44 ans, UD, Côte d'Ivoire**



« ... je le fais moi-même et puis je regarde mon résultat moi-même. Et si c'est positif, je me rends à l'hôpital toute seule. »

**Femme, 26 ans, TS, Côte d'Ivoire**



« Nous autres avons peur de nous faire piquer et pour cela on ne fait pas le test. Donc l'autotest aussi nous permet de faire notre test. »

**Femme, 27 ans, TS, Côte d'Ivoire**



Pour aller plus loin, voir Ky-Zerbo, Odette, Alice Desclaux, Alexis Brou Kouadio, Nicolas Rouveau, Anthony Vautier, Souleymane Sow, Sidi Cheick Camara, et al. 2021. « Enthusiasm for Introducing and Integrating HIV Self-Testing but Doubts About Users: A Baseline Qualitative Analysis of Key Stakeholders' Attitudes and Perceptions in Côte d'Ivoire, Mali and Senegal ». *Frontiers in Public Health* 9 (octobre). <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.653481>.

## Enjeux spécifiques dans les structures de santé

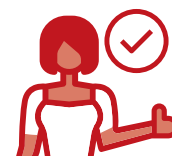


L'introduction de l'ADVIH est très appréciée par le personnel de santé en général aussi bien dans les consultations de personnes vivant avec le VIH, les consultations prénatales (CPN) que celles des patients présentant une Infection Sexuellement Transmissible (IST).

Cependant, des limites ont été soulignées concernant le caractère chronophage de la dispensation qui nécessitent une meilleure organisation du service incluant la délégation des tâches.

« Pour l'explication, ça peut prendre au moins, au moins 10 minutes hein (...) ça aussi, c'est une difficulté parce qu'il y a la quantité de personne qu'on doit recevoir et puis avec la situation du COVID, il faut prendre une personne dans le bureau. Donc si on doit prendre 10 minutes avec une personne pour expliquer l'autotest sans compter le rendez-vous pour lequel la personne même est venue, ça nous fait encore plus de temps. Sinon dans le temps, le patient doit finir avec nous, aller faire un autre rang chez le médecin. Souvent quand il arrive à la pharmacie, la pharmacie est fermée, on lui dit de revenir à 14h. Voilà et quand c'est comme ça, ce n'est pas facile. Donc quand on voit qu'il y a beaucoup d'hommes sur le banc, souvent il y a des personnes à qui on doit proposer mais qui nous échappent. »

**Femme, prestataire communautaire intervenant dans un service de prise en charge du VIH, Côte d'Ivoire**





« ...on se dit que c'est un ajout encore sur nos corvées et puis ça devient encore plus. »  
**Femme, sage-femme, Côte d'Ivoire**

« Normalement si on a trop duré, si ce n'est pas une nouvelle personne, si elle est venue juste pour le renouvellement du rendez-vous, en dix minutes on a fini. Mais quand l'autotest vient s'y mettre, il faut lui expliquer qu'est-ce que l'autotest, comment ça se déroule. [...] oui, le registre il n'y a pas le nom, il y a le numéro, il y a le téléphone, le sexe, l'âge, le lieu d'habitation, le canal de distribution, le lot qu'on a sur le kit, nombre de kit dispensé, s'il y a un commentaire à faire tout et tout, en tout il y a quatorze colonnes à remplir. »

**Femme, sage-femme, Côte d'Ivoire**



« Je ne sais pas si on pouvait avoir un bureau spécial pour faire l'autotest si par exemple nous qui sommes en CPN nous dépistons, nous avons un cas d'IST si on pouvait avoir un bureau annexe là comme ça quand nous on finit avec la dame vous partez avec la dame au bureau annexe et puis là-bas on fait l'explication tout et tout comme ça nous on peut recevoir une autre dame parce que tant qu'elle est là on peut pas continuer notre consultation et dans ce cas même je pense que le cas de IST ne va pas nous échapper parce que dès que tu as, tu sais, que il y a quelqu'un qui va s'en occuper parce que la personne est là pour ça, spécialement c'est son travail donc toi de toutes les façons dans notre toucher on verra des cas IST, on fait notre ordonnance, ordonnance du conjoint, et puis on interpelle la dame celle qui est là pour l'autotest comme ça elle prend la dame et puis nous on prend la suivante et puis le travail continue. Le travail continue c'est comme s'il n'y a pas de stop, le travail continue. »

**Femme, sage-femme, Côte d'Ivoire**

« (...) Donc au contraire ça nous facilite la tâche, ça nous permet de régler les questions de dépistage. Lorsqu'on a en face de nous un patient qui résiste, qui ne veut pas se faire dépister sur place, vous voyez donc pour nous c'est un truc qui nous allège le travail parce que faire un post test, ça prend du temps pour que le patient accepte. Mais quand vous répondez à ces attentes, je suis pressé, laissez-moi du temps, le test oral lui est proposé, ça répond à ces attentes vous voyez. »

**Homme, médecin dans un service de santé dédié aux IST, Côte d'Ivoire**



« Sinon pour la dispensation, c'est un circuit qu'on a mis en place et je tiens à dire que c'est le même circuit pour les tests qu'on fait ici. »

**Homme, médecin dans un service de santé dédié aux IST, Côte d'Ivoire**



© JC Frisque / Solthis



Pour estimer l'impact populationnel du projet ATLAS, nous avons croisé les données programmatiques collectées par le PEPFAR et les données programmatiques du projet ATLAS.

Nous avons utilisé les données entre le troisième trimestre 2019 et le premier trimestre 2021 (trimestres calendaires) de 78 districts sanitaires, dont 9 districts couverts par le projet ATLAS. Les données étaient agrégées par district sanitaire et par trimestre. Nous avons développé

un modèle pour rendre compte des évolutions temporelles et régionales des différents indicateurs et ainsi isoler l'effet des kits d'ADVIH distribués par le projet ATLAS.

Nous avons ainsi estimé que lorsque 1 000 kits d'ADVIH étaient distribués, cela diminuait d'environ 200 le nombre de tests du VIH conventionnels réalisés dans le même district et le même trimestre. Cela peut être interprété comme un effet de substitution : il s'agit de personnes dépistées par l'ADVIH qui, en l'absence d'ADVIH, auraient réalisé un test classique.

Malgré cet effet de substitution, nous observons un effet net positif sur le nombre de personnes dépistées, avec environ 600 personnes dépistées en plus. Nous estimons également un effet positif sur le nombre de nouveaux diagnostics (+8).

Le nombre de points d'observations reste faible et les marges d'erreurs restent importantes. Il s'agit donc d'ordre de grandeur et non de mesures précises. Concernant les nouvelles initiations de traitement antirétroviral, nous n'observons pas d'effet dans un sens ou dans l'autre (note : le fait de ne pas voir un effet ne veut pas dire qu'il n'y a pas d'effet, simplement que nous n'avons pas la puissance statistique requise pour conclure).

## Impact populationnel estimé en Côte d'Ivoire pour 1 000 kits d'ADVIH distribués via ATLAS

Indicateur	Impact estimé pour 1000 ADVIH	Incertitude (intervalle de confiance à 95%)
Nombre de personnes dépistées	+589	entre +356 et +821
Nombre de tests conventionnels	-195	entre -427 et +38
Nombre de diagnostics (tests conventionnels positifs)	+8	entre 0 et +15
Nombre d'initiations de traitement ARV	-2	entre -8 et +5

Pour plus d'information, voir Fotso, Arlette Simo, Cheryl Johnson, Anthony Vautier, Konan Blaise Kouame, Papa Moussa Diop, Romain Silhol, Mathieu Maheu-Giroux, et al. 2022. « Using Routine Programmatic Data to Estimate the Population-Level Impacts of HIV Self-Testing: The Example of the ATLAS Program in Cote d'Ivoire ». medRxiv. <https://doi.org/10.1101/2022.02.08.22270670>.

L'un des points forts de cette analyse est de n'avoir utilisé que des données déjà collectées en routine par les pays. Elle peut donc être facilement répliquée et adaptée à d'autres contextes, sans coût supplémentaire, si ce n'est éventuellement un travail de nettoyage, de consolidation et d'harmonisation des données nationales.

L'élément central de la stratégie du projet ATLAS est la distribution secondaire. Nous nous attendons à ce que de nombreux utilisatrices et utilisateurs de l'ADVIH ne s'identifient pas comme faisant partie d'une de ces populations clés et donc à ce qu'une part importante des personnes devant faire un test de confirmation se dirigent plutôt vers une structure de santé généraliste « tous publics » et non vers une structure dédiée aux populations clés. Cela rend difficile voir presque impossible de mettre en place un système d'enregistrement individuel d'un lien entre distribution d'un kit d'ADVIH et entrée vers les soins. Il est d'ailleurs fort possible qu'une partie des personnes allant faire un test de confirmation ne déclarent pas venir le faire à la suite d'un autotest réactif afin de ne pas avoir à dévoiler comment ils ont reçu leur kit d'ADVIH.

En utilisant des données agrégées au niveau du district et couvrant tous les établissements de dépistage, les tests de confirmation provoqués par des résultats réactifs sont bien pris en compte, quel que soit le lieu où ils ont eu lieu, bien que nous ne puissions les isoler dans les données. L'approche que nous avons adoptée est pragmatique et repose sur une triangulation des données de routine.



Dans l'optique de mettre en place un mécanisme de suivi visant à recentrer les acteurs sur les activités, il est avantageux de surveiller l'impact de l'autodépistage du VIH à travers le système de données existant sans introduire de nouvelles collectes. En permettant aux programmes de passer d'un suivi systématique à une évaluation indirecte, le type d'approche que nous avons développé ici permettrait aux programmes de se concentrer moins sur la collecte de données de suivi-évaluation et plus sur la manière d'améliorer l'accès au dépistage pour les populations difficiles à atteindre et les primo-testeurs, notamment en développant le passage à plus grande échelle de stratégies de distribution secondaire.

## \$ Coûts de la dispensation (stratégies avancées)

Une analyse économique a été réalisée et a permis, d'une part, de mesurer les coûts unitaires (c'est-à-dire le coût moyen par kit d'ADVIH distribué) lors de la phase de démarrage du projet (2019-2020) et, d'autre part, d'estimer les coûts attendus lors du début du passage à l'échelle (2023).

### Coûts unitaires observés (2019-2020) et de mise à l'échelle (2023) en USD

Canal de dispensation	Coûts observés (2019-2020)	Coûts de mise à l'échelle (2023)
HSH - avancée	15 \$	8 \$
TS - avancée	13 \$	8 \$
UD - avancée	16 \$	13 \$

Au début du projet ATLAS, les coûts unitaires de dispensation dans les stratégies avancées étaient relativement élevés, en raison des coûts initiaux liés au développement d'un environnement favorable à l'ADVIH, à l'intégration progressive de l'ADVIH dans les activités des organisations communautaires et aux faibles volumes de dispensation en début de projet.

L'analyse des coûts suggère un grand potentiel d'économies d'échelle au fur et à mesure de la montée en puissance et de la maturation des programmes. Le passage à l'échelle de l'ADVIH serait ainsi soutenable.

À noter que cela est moins vrai dans le canal UD en raison des faibles volumes de kits d'ADVIH prévus, ne permettant pas de réelles économies d'échelle.

L'analyse complète a été publiée. Voir Elbé, Marc d', Métogara Mohamed Traore, Kéba Badiane, Anthony Vautier, Arlette Simo Fotso, Odé Kanku Kabemba, Nicolas Rouveau, et al. 2021. « Costs and Scale-Up Costs of Integrating HIV Self-Testing Into Civil Society Organisation-Led Programmes for Key Populations in Côte d'Ivoire, Senegal, and Mali ». *Frontiers in Public Health* 9 (mai). <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.653612>.

## Contribution des différentes catégories de population à la dynamique épidémique



Un modèle mathématique a été développé pour modéliser la dynamique de l'épidémie de VIH en Côte d'Ivoire. Cette simulation informatique a été calibrée à partir des données disponibles de plusieurs enquêtes réalisées au cours des vingt dernières années.

Ce modèle permet de diviser la population totale en 5 sous-groupes : les TS, les clients des TS, les HSH, les autres femmes (non-TS) et les autres hommes (non-HSH, non client). Le modèle prend en compte les différentes estimations disponibles de taille de population ou encore de prévalence du VIH. Cependant, comme tout modèle, les résultats doivent être interprétés avec précaution, notamment en tenant compte des marges d'incertitude.

Le modèle permet d'estimer qu'entre 2020 et 2029, 68 % des nouvelles infections seront le fait de personnes vivant avec le VIH et ne connaissant pas leur statut (PVVIH non diagnostiquées). La marge d'incertitude est comprise entre 59 et 77 % (intervalle de confiance à 95 %). Ce résultat montre l'importance du dépistage, première étape du parcours de soins, car les personnes diagnostiquées et sous traitement antirétroviral ne transmettent pas le virus.

En Côte d'Ivoire, si les populations clés (notamment *via* le travail du sexe) contribuent significativement à la dynamique épidémique, une majorité des infections ont lieu au sein de la population générale, en lien avec le fait que la prévalence du VIH dans la population générale est relativement élevée (entre 2,1 %) par rapport aux autres pays de la sous-région. Si l'on regarde la distribution des PVVIH ne connaissant pas leur statut, 4 personnes sur 5 n'appartiennent pas à une population clé.

Malgré tout, la contribution des populations clés est supérieure à leur poids dans la population totale. Ces résultats soulignent l'importance des programmes de dépistage, de prévention et de prise en charge auprès des populations clés et le besoin, en parallèle, d'un renforcement du dépistage en population générale.

### Proportion de la contribution de chaque groupe au nombre de nouvelles infections VIH (directes et indirectes) au cours de la période 2020–2029

Sous-groupe	Contribution (tPAF)	Incertitude (intervalle de confiance à 95%)
Travailleuses du sexe (TS)	5%	2% à 13%
Clients des travailleuses du sexe	15%	8% à 28%
HSH	2%	1% à 6%
Femmes hors population clés	31%	24% à 40%
Hommes hors population clés	40%	26% à 53%

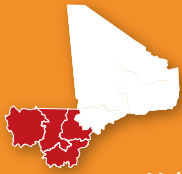
Si l'on faisait l'hypothèse que les TS ne transmettaient plus le VIH, alors le nombre de nouvelles infections serait réduit de 5 %, en tenant compte à la fois des transmissions directes évitées (d'une TS à un partenaire ou à un client) mais également des transmissions indirectes (ce partenaire ou client ne contaminant pas à son tour une autre personne). Cet indicateur s'appelle le tPAF ("transmission population attributable fraction" en anglais). Du fait de son mode de calcul, la somme des tPAF n'est pas égale à 100 %.

### Répartition par sous-groupe de la population de PVVIH non diagnostiquées

Sous-groupe	Poids du sous-groupe dans la population des personnes vivant avec le VIH ne connaissant pas leur statut	Incertitude (intervalle de confiance à 95%)
Travailleuses du sexe (TS)	3%	2% à 5%
Clients des travailleuses du sexe	11%	6% à 20%
HSH	4%	2% à 8%
Femmes hors population clés	41%	34% à 50%
Hommes hors population clés	40%	32% à 49%
<b>TOTAL</b>	<b>100%</b>	<b>100% à 100%</b>

[contact@solthis.org](mailto:contact@solthis.org) - <https://atlas.solthis.org>

# Principaux résultats du projet ATLAS Mali



Mai 2022

Au-delà des activités opérationnelles de mise en œuvre, le projet ATLAS comportait une composante recherche, dont l'objectif principal est de décrire et comprendre les effets sociaux, sanitaires, épidémiologiques et économiques de l'introduction de l'autodépistage du VIH (ADVIH).



Pour y répondre, ATLAS a réalisé plusieurs enquêtes :

- une enquête qualitative axée sur les canaux ciblant les populations clés et basée sur des entretiens qualitatifs individuels et collectifs avec les principaux responsables de la mise en œuvre, les membres des communautés de populations clés et les utilisateurs et utilisatrices de l'ADVIH ;
- une ethnographie sur l'intégration de l'ADVIH dans des structures publiques de santé (canaux partenaires de PVIH et consultations IST) ;

- une enquête téléphonique anonyme auprès d'utilisateurs et utilisatrices d'ADVIH recrutés par le biais d'une invitation à appeler un numéro gratuit figurant sur les kits d'ADVIH ;
- un volet économique sur l'intégration de l'ADVIH dans les activités de dépistage du VIH, avec collecte des coûts auprès d'un échantillon de sites de distribution d'ADVIH et une étude des temps et mouvements ;
- une modélisation épidémiologique (modèle dynamique compartimental) des trois pays et des impacts sanitaires et économiques de différents scénarios de mise à l'échelle.

Ont également été réalisées des analyses secondaires des données programmatiques collectées dans le cadre des activités de routines :

- les données quantitatives de dispensation des partenaires de mise en œuvre, rapportées mensuellement par site et par canal via une plateforme en ligne dédiée ;
- des entretiens de groupes réalisés annuellement, dans le cadre du suivi-évaluation, dans chaque pays, avec des agents dispensateurs.

**Ce document liste les principaux résultats au Mali de chacun des volets de recherche ATLAS à date. Pour une interprétation plus fine de ces résultats, voir les publications scientifiques et les notes de recherche indiquées dans les encadrés.**

Le protocole complet des activités de recherche d'ATLAS est disponible sur <https://atlas.solthis.org>.

Une version courte a été publiée : Rouveau, Nicolas, Odette Ky-Zerbo, Sokhna Boye, Arlette Simo Fotso, Marc d'Elbée, Mathieu Maheu-Giroux, Romain Silhol, et al. 2021. « Describing, analysing and understanding the effects of the introduction of HIV self-testing in West Africa through the ATLAS programme in Côte d'Ivoire, Mali and Senegal ». *BMC Public Health* 21 (1): 181. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-10212-1>.

La dispensation des autotests est venue s'inscrire en complément des stratégies existantes de dépistage du VIH et a été réalisée par les acteurs de terrain déjà en charge des activités de dépistage. Les différents canaux de dispensation et de populations cibles ont été élaborés avec les parties prenantes.

La dispensation d'autotests VIH dans le cadre du projet ATLAS est organisée autour de 8 canaux de dispensations. Cinq canaux correspondent à des stratégies fixes, au sein de structures de santé : des services de prise en charge des Personnes vivant avec le VIH (PvVIH) (l'autodépistage y est alors proposé pour le dépistage des partenaires de PvVIH, on parle communément de « dépistage des cas index » ou index testing) ; dans des consultations pour les patients IST ; et dans des cliniques communautaires recevant des TS (travailleuses du sexe), et/ou des HSH (hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes). A noter que le canal UD n'était pas pris en compte au Mali durant les 3 ans de mise en œuvre du projet ATLAS.



© JC Frisque / Soithis

L'ADVIH est également intégré dans des activités de dépistage en stratégie avancée à destination des populations clés (TS, HSH). Cela peut correspondre à la fois à des activités menées en groupe (causeries, groupes d'autosupport, visites de nuits, événements sociaux, maraudes...) ou à des activités en face à face (comme des visites à domicile).

## Canaux de dispensation ATLAS pour atteindre les **populations clés** et autres **populations vulnérables**

Canal de dispensation	Stratégie	Point d'entrée	Dispensateur	Distribution primaire	Distribution secondaire
Dépistage des cas index	Fixe	Cliniques VIH (incl. PTME)	Professionnels de santé*	PvVIH	Partenaires de PvVIH
Consultations IST	Fixe	Centre de santé	Professionnels de santé	Patients IST	Partenaires de patient IST
Cliniques dédiées HSH	Fixe	Cliniques communautaires	Professionnels de santé*	HSH	Partenaires hommes
Stratégies avancées HSH	Avancée	Lieux de socialisation/rencontres	Pairs Éducateurs		Autres HSH
					Partenaires femmes
Cliniques dédiées TS femmes	Fixe	Cliniques communautaires	Professionnels de santé*	TS femmes	Autres TS
Stratégies avancées TS femmes	Avancée	Lieux de prostitution	Païres Éducatrices		Clients
					Partenaires TS
Cliniques dédiées UD	Fixe	Cliniques communautaires	Professionnels de santé*	UD	Autres UD
Stratégies avancées UD	Avancée	Lieux de consommation	Pairs Éducateurs		Partenaires UD

IST : infections sexuellement transmissibles  
 PTME : prévention de la transmission mère-enfant  
 PvVIH : personnes vivant avec le VIH

HSH : hommes ayant des rapports sexuels entre hommes (incluant les travailleurs du sexe masculins et les personnes transgenres / non binaires nées de sexe masculin)  
 TS : Travailleur-se-s du sexe / UD : usager-e-s de drogues

■ Populations clés  
■ Populations vulnérables

L'ensemble de ces canaux ont proposé de la distribution secondaire (des kits sont remis aux personnes pour qu'elles les redistribuent à leur entourage, partenaires sexuels, pairs). Dès lors, les utilisatrices et utilisateurs finaux des kits d'ADVIH n'appartiennent pas forcément au même groupe de population que celle des contacts primaires visés. Par exemple, dans le canal TS, tous les utilisateurs finaux ne sont pas des travailleuses du sexe, les kits d'autodépistage pouvant être remis à des clients ou des partenaires réguliers.

Afin de respecter le caractère anonyme et confidentiel que peut procurer l'autodépistage, le projet ATLAS a fait le choix délibéré de ne pas suivre systématiquement (*systematic tracking*) les tests distribués. Les utilisatrices et les utilisateurs avaient toujours la possibilité, si et seulement s'ils le désiraient, d'obtenir un appui additionnel d'un-e pair-e-éducateur-ric-e ou bien en appelant gratuitement et anonymement la ligne nationale d'informations sur le VIH.

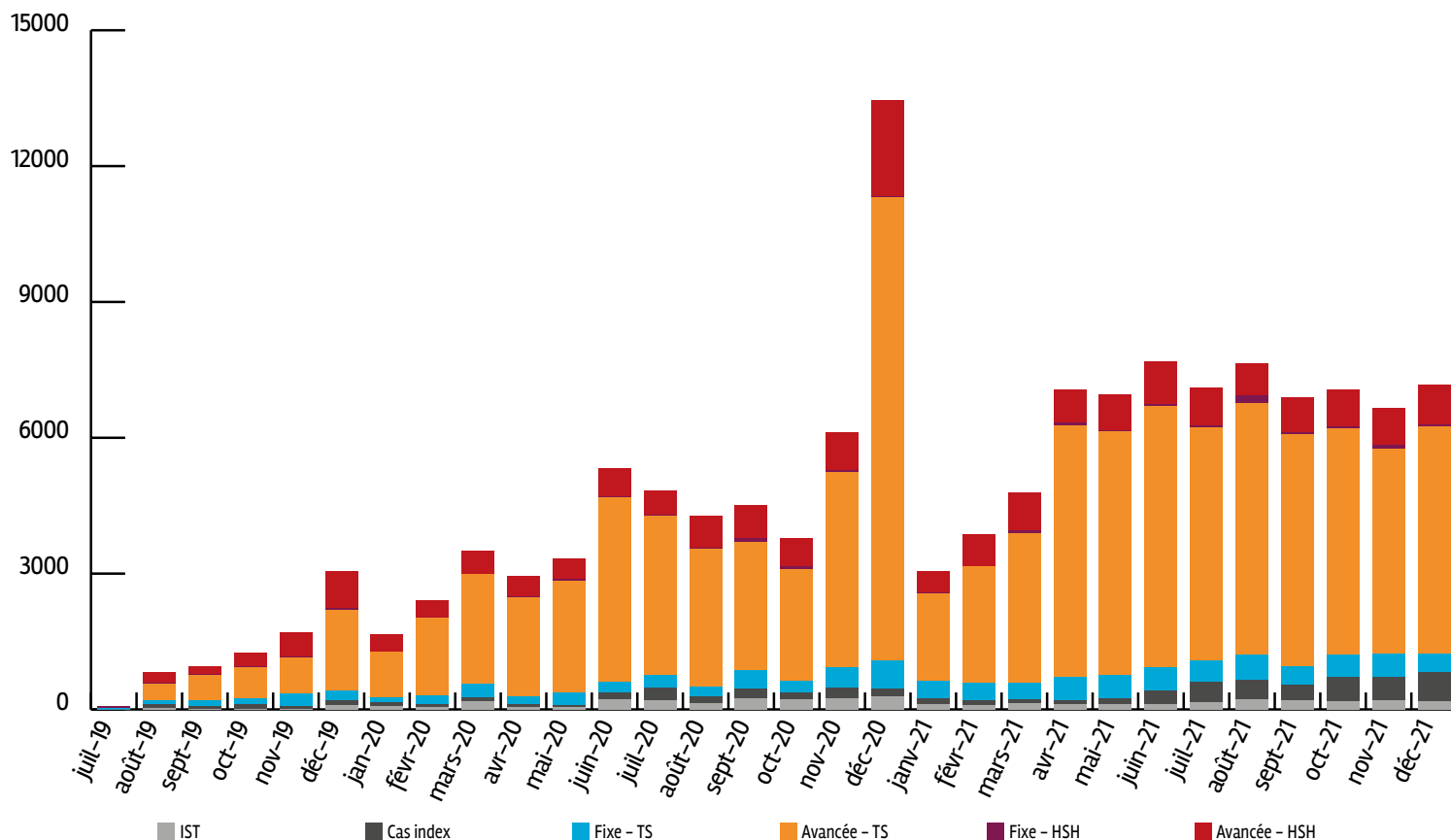
## Kits d'ADVIH dispensés dans le cadre d'ATLAS

Le projet ATLAS a commencé la dispensation des kits d'ADVIH mi-2019. On peut constater une augmentation progressive des activités sur 2019-2020, avec un ralentissement en mars-avril-mai 2020 en raison des mesures gouvernementales mises en place dans le cadre de la crise sanitaire liée au Covid-19.



© JC Frisque / Solthis

### Nombre d'ADVIH dispensés par mois et par canal (2019-2021)



### Nombre d'ADVIH dispensés par mois et par canal (2019-2021)

Canal de dispensation	2019	2020	2021	TOTAL
HSH - avancée	2 028	8 397	9 345	19 770
HSH - fixe	170	299	642	1 111
TS - avancée	4 193	40 322	54 879	99 394
TS - fixe	854	3 511	5 519	9 884
UD - avancée	0	0	0	0
UD - fixe	0	0	0	0
Consultations IST	184	1 983	1 926	4 093
Cas index	383	1 651	3 651	5 685
<b>Région</b>				
Bamako	2 409	14 314	18 372	35 095
Kayes	1 081	5 726	8 981	15 788
Koulikoro	1 584	9 014	10 732	21 330
Ségou	756	8 251	10 396	19 403
Sikasso	1 982	18 858	27 481	48 321
<b>TOTAL</b>	<b>7 812</b>	<b>56 163</b>	<b>75 962</b>	<b>139 937</b>

## Nombre moyen de kits d'ADVIH remis par contact, par canal et par année (2019–2021)

Canal de dispensation	2019	2020	2021
HSH – avancée	1,3	1,7	1,9
HSH – fixe	2,5	1,5	1,2
TS – avancée	1,2	1,6	1,7
TS – fixe	1,6	1,2	2,1
Consultations IST	1,2	1,2	1,1
Cas index	1,2	1,2	1,1

Une analyse de l'impact des mesures sanitaires liées à l'épidémie de Covid-19 sur la dispensation a été publiée. Voir Kra, Arsène Kouassi, Géraldine Colin, Papa Moussa Diop, Arlette Simo Fotso, Nicolas Rouveau, Kouakou Kouamé Hervé, Olivier Geoffroy, et al. 2021. « Introducing and Implementing HIV Self-Testing in Côte d'Ivoire, Mali, and Senegal: What Can We Learn From ATLAS Project Activity Reports in the Context of the COVID-19 Crisis? » *Frontiers in Public Health*, juillet, 114. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.653565>.



### Profil des utilisatrices et des utilisateurs

En l'absence de suivi systématique des kits ADVIH distribués, il est difficile de documenter le profil sociodémographique des utilisatrices et utilisateurs finaux, ainsi que leur historique de dépistage. Une enquête innovante (dite « enquête Coupons ») a donc été menée et conçue pour permettre la collecte de données sur la base de l'anonymat et de la participation volontaire grâce à la mise en place d'une plateforme téléphonique anonyme et gratuite dans les trois pays. Un flyer dédié était distribué avec les kits d'ADVIH et invitait les utilisatrices et utilisateurs à participer à l'enquête.

Entre mi-mars et mi-juin 2021, 20 268 flyers ont été distribués au Mali et 984 personnes ont complété un questionnaire (taux de participation de 4,8 %).

Sur les 984 personnes enquêtées au Mali, 335 (34 %) ont été recrutées via un canal HSH, 629 (64 %) via un canal TS et 20 (2 %) via un autre canal (cas index, patients IST). Cela reflète les volumes de dispensation du projet ATLAS.



© JC Frisque / Solthis

Parmi les personnes recrutées dans le canal HSH, 9 % étaient des femmes. Parmi les personnes recrutées dans le canal TS, 58 % étaient des hommes. Cela traduit la faisabilité de la distribution secondaire et la capacité de l'ADVIH d'atteindre les partenaires et clients des TS et les partenaires femmes des HSH. Par ailleurs, 49 % des hommes recrutés dans le canal HSH ont déclaré à l'enquêteur ne pas avoir de partenaires sexuels hommes, suggérant que l'on arrive à atteindre des hommes ne se reconnaissant pas comme HSH (« HSH cachés »).

Parmi les personnes enquêtées au Mali, 57 % n'avaient jamais fait de test VIH auparavant (primo-testeurs) et 15 % ont déclaré avoir déjà été testées pour le VIH mais leur dernier test remontait à plus d'un an.

La proportion de primo-testeuses parmi les femmes du canal TS était de 51 %. Parmi les hommes du canal HSH, la proportion de primo-testeurs était de 67 %, à comparer avec la proportion de 25 % observée parmi les HSH de l'enquête IBBS de 2015 et 17 % dans l'enquête Carto 2020. Il apparaît donc que l'ADVIH permet d'atteindre plus souvent des personnes qui ne s'étaient jamais dépistées pour le VIH.

Dans le cadre de l'enquête, les personnes ayant déclaré un autotest réactif ont été rappelées 3 à 6 mois plus tard pour documenter leur suivi. Les effectifs sont trop faibles pour permettre une analyse pays par pays. Pour l'ensemble des trois pays du projet ATLAS (Côte d'Ivoire, Mali, Sénégal), parmi les 27 personnes qui (i) avaient déclaré avoir vu deux traits sur leur autotest, (ii) avaient interprété le résultat comme réactif et (iii) ont pu être recontactées pour la seconde phase de l'enquête, 15 ont déclaré avoir fait un test de confirmation (soit 56 % avec une marge d'erreur comprise entre 36 % et 74 %). Douze nous ont dit avoir eu un test de confirmation positif (2 un test négatif et 1 a refusé de répondre) et toutes ont déclaré avoir initié un traitement antirétroviral.

## Retours d'utilisatrices et utilisateurs (populations clés)

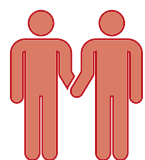


Les verbatims ci-après sont extraits d'entretiens qualitatifs menés dans le cadre d'une enquête auprès de contacts primaires et d'utilisateurs secondaires recrutés dans les canaux ciblant les populations clés.

Lorsque les kits d'ADVIH sont disponibles, leur redistribution est courante dans les milieux HSH et TS et les populations clés en font la promotion auprès de leur entourage. La distribution secondaire est acceptable et se fait plus aisément à l'endroit des pairs et des partenaires sexuels avec lesquels il n'y a pas d'utilisation de préservatif. Les réactions des bénéficiaires secondaires à la proposition de kit d'ADVIH sont globalement positives, avec peu de répercussions négatives. Les personnes qui reçoivent les kits en distribution secondaire ou tertiaire les utilisent seules ou avec l'aide des utilisateurs index, mais les outils de supports restent nécessaires.

« Mon fiancé même prend des kits avec moi souvent, je ne sais pas à qui il va donner, parce qu'il a vraiment apprécié l'autotest... je pense qu'il va donner à d'autres personnes, peut-être à ses partenaires sexuelles...une fois il m'a dit qu'il va donner à sa sœur... J'ai aussi un client chez qui je me rends dans son appartement, lui aussi, il prend avec moi... Je lui ai donné trois kits, parce qu'il m'a montré clairement qu'il a une autre partenaire. »

**Femme, 27 ans, TS, Mali**



« Il y a un même qui était malade, son déplacement même n'était pas facile, c'est un vieux aussi. Il était un peu âgé, il dit que ça fait longtemps qu'il n'avait pas le dépistage. Donc j'ai dit « Attends, j'ai l'autotest pour toi ». Je lui ai expliqué, j'ai joué la vidéo, je lui ai expliqué et il l'a fait, donc quand il l'a fait, il m'a dit le résultat parce que c'est un ami de longue date. »

**Homme, 35 ans, HSH, Mali**

Pour aller plus loin, voir Ky-Zerbo, Odette, Alice Desclaux, Alexis Brou Kouadio, Nicolas Rouveau, Anthony Vautier, Souleymane Sow, Sidi Cheick Camara, et al. 2021. « Enthusiasm for Introducing and Integrating HIV Self-Testing but Doubts About Users: A Baseline Qualitative Analysis of Key Stakeholders' Attitudes and Perceptions in Côte d'Ivoire, Mali and Senegal ». *Frontiers in Public Health* 9 (octobre). <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.653481>.

## Enjeux spécifiques dans les structures de santé

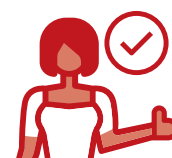


L'introduction de l'ADVIH est très appréciée par le personnel de santé en général aussi bien dans les consultations de personnes vivant avec le VIH, les consultations prénatales (CPN) que celles des patients présentant une Infection Sexuellement Transmissible (IST).

Cependant, des limites ont été soulignées concernant le caractère chronophage de la dispensation qui nécessitent une meilleure organisation du service incluant la **délégation des tâches**.

« Et puis voilà, seulement chacun se dit, compte tenu du nombre de charge, est-ce que je pourrais avoir le temps ? Parce que ce facteur disponibilité ça joue beaucoup. Le médecin et l'assistante sociale ça fait deux ; c'est complémentaire. Mais nous, nous avons beaucoup plus de temps d'entretiens, de discussions ; nous sommes plus à la disposition des patients que le médecin qui a 20 patients, qui attend. Le service social, nous, nous sommes là pour écouter. Le médecin il se dit, on n'a vraiment pas le temps de discuter. Discuter, discuter, ça prend du temps. Moi je suis là jusqu'à 18 heures ; ça ne me gêne pas parce que c'est le service social. »

**Femme, assistante sociale, Mali**





« Bon. C'est vrai ; c'est une charge de plus. Mais, vu l'objectif, on peut dire que ce n'est pas de trop. Mais, peut-être le temps de la visualisation de la vidéo et appuyé par des explications. Donc, vu le nombre des personnes en attente, c'est ça qui peut entraîner de petits désagréments au niveau de la file d'attente. Sinon par rapport au personnel de santé, nous apprécions le test à sa juste valeur. »

**Homme, médecin, Mali**

Le **partage du statut VIH** avec le partenaire sexuel est un enjeu crucial dans la dispensation des autotests tant du côté des prestataires que du côté des bénéficiaires.

### Extrait échange médecin/patiente lors d'une consultation Mali en 2019 au début du projet ATLAS

**Le médecin :** ton mari est là ?

**La dame :** oui il est à la maison.

**Le médecin :** est-il sous traitement ?

**La dame :** non.

**Le médecin :** est-ce que tu as partagé ton statut avec lui ?

**La dame :** non. J'ai très peur.

**Le médecin :** ok. Mais vas-tu lui dire un jour ?

**La dame :** non (tout en baissant sa tête).

**Le médecin :** pourquoi ? Et pourtant cela fait 14 ans que tu es suivie ici.

**La dame :** j'ai très peur. Je voudrais bien qu'il l'apprenne par moi un jour ; mais j'ai très peur.

**Le médecin :** ok. Mais cela ne pourrait pas continuer ainsi. Tu ne pourrais pas le lui cacher éternellement.

**La dame :** oui je le sais.

**Le médecin :** si on te donne quelque chose, pourrais-tu le lui faire parvenir pour qu'il fasse son test ?

**La dame :** non je ne peux pas (tout en baissant sa tête).

**Le médecin :** donc il va te demander si tu l'as fait aussi ?

**La dame :** oui.



Pour aller plus loin, voir Boye, Sokhna, Seydou Bouaré, Odette Ky-Zerbo, Nicolas Rouveau, Arlette Simo Fotso, Marc d'Elbée, Romain Silhol, et al. 2021. « Challenges of HIV Self-Test Distribution for Index Testing When HIV Status Disclosure Is Low: Preliminary Results of a Qualitative Study in Bamako (Mali) as Part of the ATLAS Project ». *Frontiers in Public Health* 9 (mai). <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.653543>.



## Impact populationnel de la stratégie ATLAS

Pour estimer l'impact populationnel du projet ATLAS, nous avons croisé les données programmatiques collectées par le PEPFAR et les données programmatiques du projet ATLAS. Les résultats présentés ici sont ceux de la Côte d'Ivoire où l'étude a été réalisée.

Nous avons utilisé les données entre le troisième trimestre 2019 et le premier trimestre 2021 (trimestres calendaires) de 78 districts sanitaires, dont 9 districts couverts par le projet ATLAS. Les données étaient agrégées par district sanitaire et par trimestre. Nous avons développé un modèle pour rendre compte des évolutions temporelles et régionales des différents indicateurs et ainsi isoler l'effet des kits d'ADVIH distribués par le projet ATLAS.

Nous avons ainsi estimé que lorsque 1 000 autotests étaient distribués, cela diminuait d'environ 200 le nombre de tests conventionnels réalisés dans le même district et le même trimestre. Cela peut être interprété comme un effet de substitution : il s'agit de personnes dépistées par l'ADVIH qui, en l'absence d'ADVIH, auraient réalisé un test classique.



## Impact populationnel estimé au Mali pour 1 000 kits d'ADVIH distribués via ATLAS

Indicateur	Impact estimé pour 1000 ADVIH	Incertitude (intervalle de confiance à 95%)
Nombre de personnes dépistées	+589	entre +356 et +821
Nombre de tests conventionnels	-195	entre -427 et +38
Nombre de diagnostics (tests conventionnels positifs)	+8	entre 0 et +15
Nombre d'initiations de traitement ARV	-2	entre -8 et +5

Pour plus d'information, voir Fotso, Arlette Simo, Cheryl Johnson, Anthony Vautier, Konan Blaise Kouame, Papa Moussa Diop, Romain Silhol, Mathieu Maheu-Giroux, et al. 2022. « Using Routine Programmatic Data to Estimate the Population-Level Impacts of HIV Self-Testing: The Example of the ATLAS Program in Cote d'Ivoire ». medRxiv. <https://doi.org/10.1101/2022.02.08.22270670>.

## \$ Coûts de la dispensation (stratégies avancées)

Une analyse économique a été réalisée et a permis, d'une part, de mesurer les coûts unitaires (c'est-à-dire le coût moyen par kit d'ADVIH distribué) lors de la phase de démarrage du projet (2019-2020) et, d'autre part, d'estimer les coûts attendus lors du début du passage à l'échelle (2023).

### Coûts unitaires observés (2019-2020) et de mise à l'échelle (2023) en USD

Canal de dispensation	Coûts observés (2019-2020)	Coûts de mise à l'échelle (2023)
HSH - avancée	28 \$	16 \$
TS - avancée	16 \$	10 \$

Au début du projet ATLAS, les coûts unitaires de dispensation dans les stratégies avancées étaient relativement élevés, en raison des coûts initiaux liés au développement d'un environnement favorable à l'ADVIH, à l'intégration progressive de l'ADVIH dans les activités des organisations communautaires et aux faibles volumes de dispensation en début de projet.

L'analyse des coûts suggère un grand potentiel d'économies d'échelle au fur et à mesure de la montée en puissance et de la maturation des programmes. Le passage à l'échelle de l'ADVIH serait ainsi soutenable.

L'analyse complète a été publiée. Voir Elbé, Marc d', Métogara Mohamed Traore, Kéba Badiane, Anthony Vautier, Arlette Simo Fotso, Odé Kanku Kabemba, Nicolas Rouveau, et al. 2021. « Costs and Scale-Up Costs of Integrating HIV Self-Testing Into Civil Society Organisation-Led Programmes for Key Populations in Côte d'Ivoire, Senegal, and Mali ». *Frontiers in Public Health* 9 (mai). <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.653612>.

## Contribution des différentes catégories de population à la dynamique épidémique



Un modèle mathématique a été développé pour modéliser la dynamique de l'épidémie de VIH au Mali. Cette simulation informatique a été calibrée à partir des données disponibles de plusieurs enquêtes réalisées au cours des vingt dernières années.

Ce modèle permet de diviser la population totale en 5 sous-groupes : les TS, les clients des TS, les HSH, les autres femmes (non-TS) et les autres hommes (non-HSH, non client). Le modèle prend en compte les différentes estimations disponibles de taille de population ou encore de prévalence du VIH. Cependant, comme tout modèle, les résultats doivent être interprétés avec précaution, notamment en tenant compte des marges d'incertitude.

Le modèle permet d'estimer qu'entre 2020 et 2029, 82 % des nouvelles infections seront le fait de personnes vivant avec le VIH et ne connaissant pas leur statut (PVVIH non diagnostiquées). La marge d'incertitude est comprise entre 77 et 89 % (intervalle de confiance à 95 %). Ce résultat montre l'importance du dépistage, première étape du parcours de soins, car les personnes diagnostiquées et sous traitement antirétroviral ne transmettent pas le virus.

Au Mali, les estimations doivent être interprétées avec précaution concernant les clients de TS en l'absence d'enquête spécifique. Cependant, les résultats suggèrent que le travail du sexe serait un élément majeur de la dynamique épidémique. Le nombre de nouvelles infections serait réduit de 18 % si les TS ne contribuaient plus à la transmission et de 41 % si c'était les clients de TS. De manière simplifiée, la dynamique de l'épidémie au Mali serait alimentée pour moitié par les populations clés (dont les clients) et pour moitié par la population générale.

En termes de retard au dépistage, les TS et les HSH représenteraient 7 % des PVVIH non diagnostiquées, les clients de TS et les autres hommes de la population générale 42 %, et la moitié serait des femmes en population générale.

Ces résultats soulignent l'importance des programmes de dépistage, de prévention et de prise en charge auprès des populations clés et le besoin, en parallèle, d'un renforcement du dépistage en population générale.

### Proportion de la contribution de chaque groupe au nombre de nouvelles infections VIH (directes et indirectes) au cours de la période 2020–2029

Sous-groupe	Contribution (tPAF)	Incertitude (intervalle de confiance à 95%)
Travailleuses du sexe (TS)	18%	8% à 38%
Clients des travailleuses du sexe	41%	25% à 60%
HSH	5%	2% à 11%
Femmes hors population clés	27%	18% à 37%
Hommes hors population clés	23%	9% à 39%

Si l'on faisait l'hypothèse que les TS ne transmettaient plus le VIH, alors le nombre de nouvelles infections serait réduit de 18 %, en tenant compte à la fois des transmissions directes évitées (d'une TS à un partenaire ou à un client) mais également des transmissions indirectes (ce partenaire ou client ne contaminant pas à son tour une autre personne). Cet indicateur s'appelle le tPAF ("transmission population attribuable fraction" en anglais). Du fait de son mode de calcul, la somme des tPAF n'est pas égale à 100 %.

### Répartition par sous-groupe de la population de PVVIH non diagnostiquées

Sous-groupe	Poids du sous-groupe dans la population des personnes vivant avec le VIH ne connaissant pas leur statut	Incertitude (intervalle de confiance à 95%)
Travailleuses du sexe (TS)	4%	2% à 8%
Clients des travailleuses du sexe	20%	10% à 33%
HSH	3%	2% à 6%
Femmes hors population clés	50%	41% à 59%
Hommes hors population clés	22%	15% à 30%
<b>TOTAL</b>	<b>100%</b>	<b>100% à 100%</b>

[contact@solthis.org](mailto:contact@solthis.org) - <https://atlas.Solthis.org>



Mai 2022

# Principaux résultats du projet ATLAS Sénégal

Au-delà des activités opérationnelles de mise en œuvre, le projet ATLAS comportait une composante recherche, dont l'objectif principal est de décrire et comprendre les effets sociaux, sanitaires, épidémiologiques et économiques de l'introduction de l'autodépistage du VIH (ADVIH).



Pour y répondre, ATLAS a réalisé plusieurs enquêtes :

- une enquête qualitative axée sur les canaux ciblant les populations clés et basée sur des entretiens qualitatifs individuels et collectifs avec les principaux responsables de la mise en œuvre, les membres des communautés de populations clés et les utilisateurs et utilisatrices de l'ADVIH ;
- une ethnographie sur l'intégration de l'ADVIH dans des structures publiques de santé (canaux partenaires de PvVIH et consultations IST) ;

- une enquête téléphonique anonyme auprès d'utilisateurs et utilisatrices d'ADVIH recrutés par le biais d'une invitation à appeler un numéro gratuit figurant sur les kits d'ADVIH ;
- un volet économique sur l'intégration de l'ADVIH dans les activités de dépistage du VIH, avec collecte des coûts auprès d'un échantillon de sites de distribution d'ADVIH et une étude des temps et mouvements ;
- une modélisation épidémiologique (modèle dynamique compartimental) des trois pays et des impacts sanitaires et économiques de différents scénarios de mise à l'échelle.

Ont également été réalisées des analyses secondaires des données programmatiques collectées dans le cadre des activités de routines :

- les données quantitatives de dispensation des partenaires de mise en œuvre, rapportées mensuellement par site et par canal via une plateforme en ligne dédiée ;
- des entretiens de groupes réalisés annuellement, dans le cadre du suivi-évaluation, dans chaque pays, avec des agents dispensateurs.

**Ce document liste les principaux résultats au Sénégal de chacun des volets de recherche ATLAS à date. Pour une interprétation plus fine de ces résultats, voir les publications scientifiques et les notes de recherche indiquées dans les encadrés.**

Le protocole complet des activités de recherche d'ATLAS est disponible sur <https://atlas.solthis.org>.

Une version courte a été publiée : Rouveau, Nicolas, Odette Ky-Zerbo, Sokhna Boye, Arlette Simo Fotso, Marc d'Elbée, Mathieu Maheu-Giroux, Romain Silhol, et al. 2021. « Describing, analysing and understanding the effects of the introduction of HIV self-testing in West Africa through the ATLAS programme in Côte d'Ivoire, Mali and Senegal ». *BMC Public Health* 21 (1): 181. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-10212-1>.

La dispensation des autotests est venue s'inscrire en complément des stratégies existantes de dépistage du VIH et a été réalisée par les acteurs de terrain déjà en charge des activités de dépistage. Les différents canaux de dispensation et de populations cibles ont été élaborés avec les parties prenantes.

La dispensation d'autotests du VIH dans le cadre d'ATLAS est organisée autour de 8 canaux de dispensations. Cinq canaux correspondent à des stratégies fixes, au sein de structures de santé : des services de prise en charge des **Personnes vivant avec le VIH** (PvVIH) (l'autodépistage y est alors proposé pour le dépistage des partenaires de PvVIH, on parle communément de « dépistage des cas index » ou *index testing*) ; dans des consultations pour les patients IST ; et dans des cliniques communautaires recevant des TS (travailleuses du sexe), des HSH (hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes) et/ou des UD (usagères et usagers de drogues).

L'ADVIH est également intégré dans des activités de dépistage en stratégie avancée à destination des populations clés (TS, HSH, UD). Cela peut correspondre à la fois à des activités menées en groupe (causeries, groupes d'autosupport, visites de nuit, événements sociaux, maraudes...) ou à des activités en face à face (comme des visites à domicile).



© B. Demeocq / Solthis

## Canaux de dispensation ATLAS pour atteindre les **populations clés** et autres **populations vulnérables**

Canal de dispensation	Stratégie	Point d'entrée	Dispensateur	Distribution primaire	Distribution secondaire
Dépistage des cas index	Fixe	Cliniques VIH (incl. PTME)	Professionnels de santé*	PvVIH	Partenaires de PvVIH
Consultations IST	Fixe	Centre de santé	Professionnels de santé	Patients IST	Partenaires de patient IST
Cliniques dédiées HSH	Fixe	Cliniques communautaires	Professionnels de santé*	HSH	Partenaires hommes
Stratégies avancées HSH	Avancée	Lieux de socialisation/rencontres	Pairs Éducateurs		Autres HSH
					Partenaires femmes
Cliniques dédiées TS femmes	Fixe	Cliniques communautaires	Professionnels de santé*	TS femmes	Autres TS
Stratégies avancées TS femmes	Avancée	Lieux de prostitution	Paires Éducatrices		Clients
					Partenaires TS
Cliniques dédiées UD	Fixe	Cliniques communautaires	Professionnels de santé*	UD	Autres UD
Stratégies avancées UD	Avancée	Lieux de consommation	Pairs Éducateurs		Partenaires UD

IST : infections sexuellement transmissibles  
 PTME : prévention de la transmission mère-enfant  
 PvVIH : personnes vivant avec le VIH

HSH : hommes ayant des rapports sexuels entre hommes (incluant les travailleurs du sexe masculins et les personnes transgenres / non binaires nées de sexe masculin)  
 TS : Travailleur-se-s du sexe / UD : usager-e-s de drogues

■ Populations clés  
■ Populations vulnérables

L'ensemble de ces canaux ont proposé de la distribution secondaire (des kits sont remis aux personnes pour qu'elles les redistribuent à leur entourage, partenaires sexuels, pairs...). Dès lors, les utilisatrices et utilisateurs finaux des kits d'ADVIH n'appartiennent pas forcément au même groupe de population que celle des contacts primaires visés. Par exemple, dans le canal TS, tous les utilisateurs finaux ne sont pas des travailleuses du sexe, les kits d'autodépistage pouvant être remis à des clients ou des partenaires réguliers.

Afin de respecter le caractère anonyme et confidentiel que peut procurer l'autodépistage, le projet ATLAS a fait le choix délibéré de ne pas suivre systématiquement (*systematic tracking*) les tests distribués. Les utilisatrices et les utilisateurs avaient toujours la possibilité, si et seulement s'ils le désiraient, d'obtenir un appui additionnel d'un-e pair-e-éducateur-ric(e) ou bien en appelant gratuitement et anonymement la ligne nationale d'informations sur le VIH.

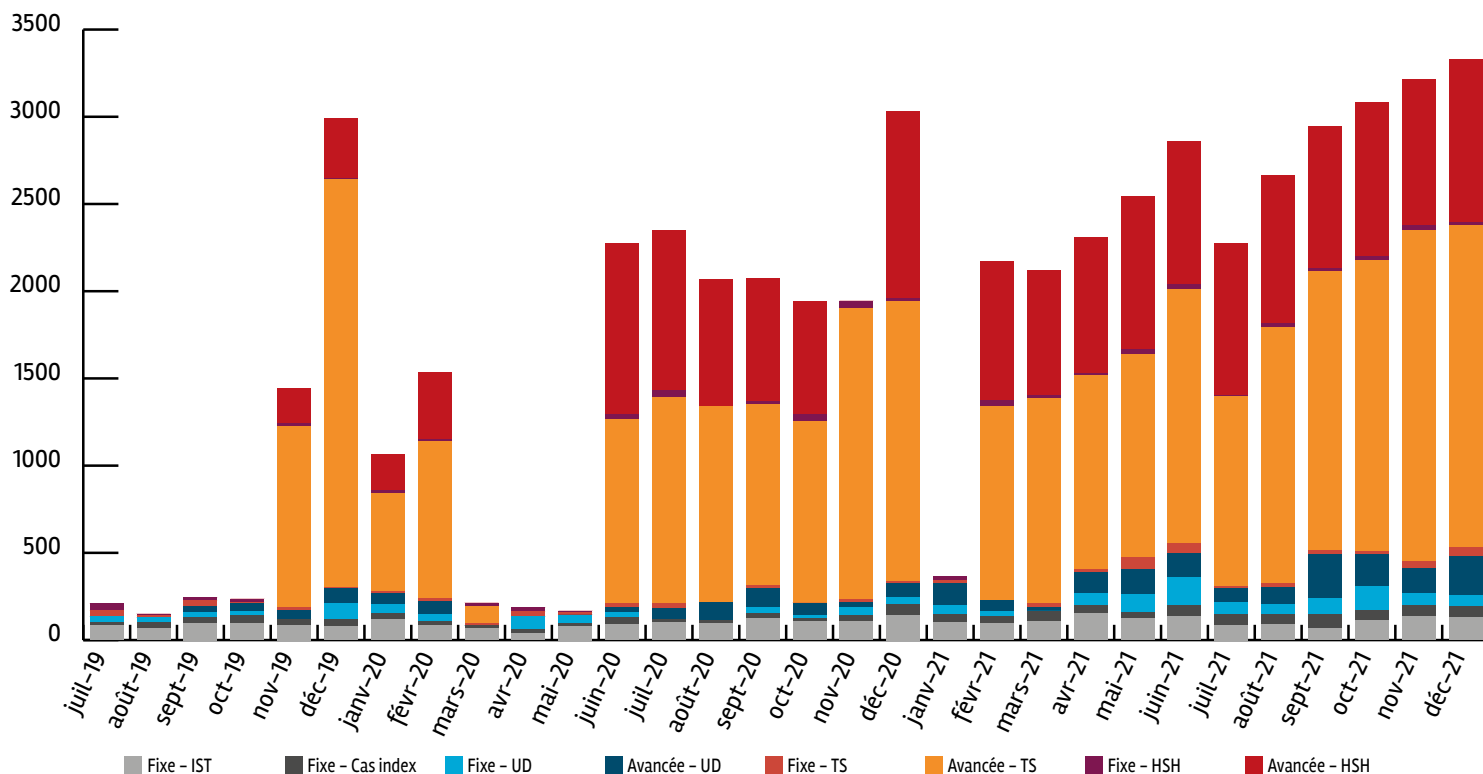
## Kits d'ADVIH dispensés dans le cadre d'ATLAS

ATLAS a commencé la dispensation des kits d'ADVIH en juillet 2019. On peut constater une augmentation progressive des activités sur 2019–2020, avec un ralentissement en mars–avril–mai 2020 en raison des mesures gouvernementales mises en place dans le cadre de la crise sanitaire liée au Covid-19.



© JC Frisque / Solthis

### Nombre d'ADVIH dispensés par mois et par canal (2019–2021)



### Nombre d'ADVIH dispensés par mois et par canal (2019–2021)

Canal de dispensation	2019	2020	2021	TOTAL
HSH – avancée	545	5 649	9 164	15 358
HSH – fixe	110	268	264	642
TS – avancée	3 381	10 271	15 600	29 252
TS – fixe	108	171	359	638
UD – avancée	213	624	1 563	2 400
UD – fixe	214	377	913	1 504
Consultations IST	511	1 153	1 331	2 995
Cas index	198	347	689	1 234
<b>Région</b>				
RM Dakar	3 641	12 175	19 456	35 272
RM Thiés	1 185	4 364	6 542	12 091
RM Ziguinchor	454	2 321	3 885	6 660
<b>TOTAL</b>	<b>5 280</b>	<b>18 860</b>	<b>29 883</b>	<b>54 023</b>

## Nombre moyen de kits d'ADVIH remis par contact, par canal et par année (2019–2021)

Canal de dispensation	2019	2020	2021
HSH – avancée	1,7	1,5	2,3
HSH – fixe	1,3	2,2	2,1
TS – avancée	2	1,6	2,4
TS – fixe	3,4	1,9	1,1
UD – avancée	1,2	1,3	1,6
UD – fixe	1,6	2	1,8
Consultations IST	1,2	1,2	1,1
Cas index	1,2	1,3	1,3

Une analyse de l'impact des mesures sanitaires liées à l'épidémie de Covid-19 sur la dispensation a été publiée.

Voir Kra, Arsène Kouassi, Géraldine Colin, Papa Moussa Diop, Arlette Simo Fotso, Nicolas Rouveau, Kouakou Kouamé Hervé, Olivier Geoffroy, et al. 2021. « Introducing and Implementing HIV Self-Testing in Côte d'Ivoire, Mali, and Senegal: What Can We Learn From ATLAS Project Activity Reports in the Context of the COVID-19 Crisis? » *Frontiers in Public Health*, juillet, 1 14. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.653565>.



## Profil des utilisatrices et des utilisateurs

En l'absence de suivi systématique des ADVIH distribués, il est difficile de documenter le profil sociodémographique des utilisatrices et utilisateurs finaux, ainsi que leur historique de dépistage. Une enquête innovante a donc été menée et conçue pour permettre la collecte de données sur la base de l'anonymat et de la participation volontaire grâce à la mise en place d'une plateforme téléphonique anonyme et gratuite dans les trois pays. Un flyer dédié était distribué avec les kits d'ADVIH et invitait les utilisatrices et utilisateurs à participer à l'enquête.

Entre mi-mars et mi-juin 2021, 7 341 flyers ont été distribués au Sénégal et 241 personnes ont complété un questionnaire (taux de participation de 3,3 %).

Sur les 241 personnes enquêtées au Sénégal, 42 (17 %) ont été recrutées *via* un canal HSH, 92 (38 %) *via* un canal TS et 107 (44 %) *via* un autre canal (UD, cas index, patients IST). Cela reflète les volumes de dispensation ATLAS.

Parmi les personnes recrutées dans le canal HSH, 2,4 % étaient des femmes. Parmi les personnes recrutées dans le canal TS, 13 % étaient des hommes. Cela traduit la faisabilité de la distribution secondaire et la capacité de l'ADVIH d'atteindre les partenaires et clients des TS et les partenaires femmes des HSH. Par ailleurs, 49 % des hommes recrutés dans le canal HSH ont déclaré à l'enquêteur ne pas avoir de partenaires sexuels hommes, suggérant que l'on arrive à atteindre des hommes ne se reconnaissant pas comme HSH (« HSH cachés »).



© JC Frisque / SoItthis

Parmi les personnes enquêtées au Sénégal, 31 % n'avaient jamais fait de test VIH auparavant (primo-testeurs) et 32 % ont déclaré avoir déjà été testés pour le VIH mais leur dernier test remontait à plus d'un an.

La proportion de primo-testeuses parmi les femmes du canal TS était de 25 %. À titre de comparaison, cette proportion était de seulement 21 % dans l'enquête JHU menée en 2020 auprès des TS. Dans le canal TS, il apparaît donc que l'ADVIH permet d'atteindre plus souvent des personnes qui ne s'étaient jamais dépistées pour le VIH.

Parmi les hommes du canal HSH, la proportion de primo-testeurs était de 25 %, à comparer avec la proportion de 42 % observée parmi les HSH de l'enquête ELIHoS de 2007 et 46 % dans l'enquête JHU de 2020. Il faut cependant noter qu'au moment de l'enquête, le Sénégal faisait face à une vague de violences homophobes. Le taux de participation dans le canal HSH au Sénégal n'a été que de 1,7 % contre 9,5 % en Côte d'Ivoire et 13,1 % au Mali. Il est donc probable que seuls les HSH les plus proches des services communautaires aient participé.

Dans le cadre de l'enquête, les personnes ayant déclaré un autotest réactif ont été rappelées 3 à 6 mois plus tard pour documenter leur suivi. Les effectifs sont trop faibles pour permettre une analyse pays par pays. Pour l'ensemble des trois pays ATLAS (Côte d'Ivoire, Mali, Sénégal), parmi les 27 personnes qui (i) avaient déclaré avoir vu deux traits sur leur autotest, (ii) avaient interprété le résultat comme réactif et (iii) ont pu être recontactées pour la seconde phase de l'enquête, 15 ont déclaré avoir fait un test de confirmation (soit 56 % avec une marge d'erreur comprise entre 36 % et 74 %). Douze nous ont dit avoir eu un test de confirmation positif (2 un test négatif et 1 a refusé de répondre) et toutes ont déclaré avoir initié un traitement antirétroviral.

## Retours d'utilisatrices et utilisateurs (populations clés)



Les verbatims ci-après sont extraits d'entretiens qualitatifs menés dans le cadre d'une enquête auprès de contacts primaires et d'utilisateurs secondaires recrutés dans les canaux ciblant les populations clés.

Lorsque les ADVIH sont disponibles, leur redistribution est courante dans les milieux HSH, TS et UD et les populations clés en font la promotion auprès de leur entourage. La distribution secondaire est acceptable et se fait plus aisément à l'endroit des pairs et des partenaires sexuels avec lesquels il n'y a pas d'utilisation de préservatif. Les réactions des bénéficiaires secondaires à la proposition de l'ADVIH sont globalement positives, avec peu de répercussions négatives. Les personnes qui reçoivent les kits en distribution secondaire ou tertiaire les utilisent seules ou avec l'aide des utilisateurs index, mais les outils de supports restent nécessaires.



© B. Demeocq / Solthis

« C'est discret, personne ne sera au courant de ça. C'est plus rassurant que le fait de se déplacer pour aller faire un dépistage sanguin... on peut y rencontrer quelqu'un qu'on ne voulait pas rencontrer même si on n'a rien [si on n'est pas infecté]. »

**Femme, 26 ans, TS, Sénégal**



« Ils [clients] me disaient qu'ils ne sont pas malades, alors je leur répondais que personne n'est malade. On fait juste le test pour connaître son statut ... Mais parfois des clients abordaient des sujets de conversation sur le sida avec moi et j'en profitais pour leur parler de l'autotest, jusqu'à arriver à les convaincre de le prendre pour aller le faire chez eux. »

**Femme, 32 ans, TS, Sénégal**

Pour aller plus loin, voir Ky-Zerbo, Odette, Alice Desclaux, Alexis Brou Kouadio, Nicolas Rouveau, Anthony Vautier, Souleymane Sow, Sidi Cheick Camara, et al. 2021. « Enthusiasm for Introducing and Integrating HIV Self-Testing but Doubts About Users: A Baseline Qualitative Analysis of Key Stakeholders' Attitudes and Perceptions in Côte d'Ivoire, Mali and Senegal ». *Frontiers in Public Health* 9 (octobre). <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.653481>.

## Enjeux spécifiques dans les structures de santé

L'introduction de l'ADVIH est très appréciée par le personnel de santé en général aussi bien dans les consultations de personnes vivant avec le VIH, les consultations prénatales (CPN) que celles des patients présentant une Infection Sexuellement Transmissible (IST). Les données présentées ici ont été collectées en Côte d'Ivoire et au Mali.

Cependant, des limites ont été soulignées concernant le caractère chronophage de la dispensation qui nécessitent une meilleure organisation du service incluant la **délégation des tâches**.



© B. Demeocq / Solthis

« Pour l'explication, ça peut prendre au moins, au moins 10 minutes hein (...) ça aussi, c'est une difficulté parce qu'il y a la quantité de personne qu'on doit recevoir et puis avec la situation du COVID, il faut prendre une personne dans le bureau. Donc si on doit prendre 10 minutes avec une personne pour expliquer l'autotest sans compter le rendez-vous pour lequel la personne même est venue, ça nous fait encore plus de temps. Sinon dans le temps, le patient doit finir avec nous, aller faire un autre rang chez le médecin. Souvent quand il arrive à la pharmacie, la pharmacie est fermée, on lui dit de revenir à 14h. Voilà et quand c'est comme ça, ce n'est pas facile. Donc quand on voit qu'il y a beaucoup d'hommes sur le banc, souvent il y a des personnes à qui on doit proposer mais qui nous échappent. »

**Femme, prestataire communautaire intervenant dans un service de prise en charge du VIH, Côte d'Ivoire**



« ...on se dit que c'est un ajout encore sur nos corvées et puis ça devient encore plus. »

**Femme, sage-femme, Côte d'Ivoire**

« Normalement si on a trop duré, si ce n'est pas une nouvelle personne, si elle est venue juste pour le renouvellement du rendez-vous, en dix minutes on a fini. Mais quand l'autotest vient s'y mettre, il faut lui expliquer qu'est-ce que l'autotest, comment ça se déroule. [...] oui, le registre il n'y a pas le nom, il y a le numéro, il y a le téléphone, le sexe, l'âge, le lieu d'habitation, le canal de distribution, le lot qu'on a sur le kit, nombre de kit dispensé, s'il y a un commentaire à faire tout et tout, en tout il y a quatorze colonnes à remplir. »

**Femme, sage-femme, Côte d'Ivoire**



« Je ne sais pas si on pouvait avoir un bureau spécial pour faire l'autotest si par exemple nous qui sommes en CPN nous dépistons, nous avons un cas d'IST si on pouvait avoir un bureau Annexe là comme ça quand nous on finit avec la dame vous partez avec la dame au bureau Annexe et puis là-bas on fait l'explication tout et tout comme ça nous on peut recevoir une autre dame parce que tant qu'elle est là on peut pas continuer notre consultation et dans ce cas même je pense que le cas de IST ne va pas nous échapper parce que dès que tu as, tu sais, que il y a quelqu'un qui va s'en occuper parce que la personne est là pour ça, spécialement c'est son travail donc toi de toutes les façons dans notre toucher on verra des cas IST, on fait notre ordonnance, ordonnance du conjoint, et puis on interpelle la dame celle qui est là pour l'autotest comme ça elle prend la dame et puis nous on prend la suivante et puis le travail continue. Le travail continue c'est comme s'il n'y a pas de stop, le travail continue. »

**Femme, sage-femme, Côte d'Ivoire**

« (...) Donc au contraire ça nous facilite la tâche, ça nous permet de régler les questions de dépistage. Lorsqu'on a en face de nous un patient qui résiste, qui ne veut pas se faire dépister sur place, vous voyez donc pour nous c'est un truc qui nous allège le travail parce que faire un post test, ça prend du temps pour que le patient accepte. Mais quand vous répondez à ces attentes, je suis pressé, laissez-moi du temps, le test oral lui est proposé, ça répond à ces attentes vous voyez. »

**Homme, médecin dans un dispensaire IST, Côte d'Ivoire**



« Sinon pour la dispensation, c'est un circuit qu'on a mis en place et je tiens à dire que c'est le même circuit pour les tests qu'on fait ici. »

**Homme, médecin dans un dispensaire IST, Côte d'Ivoire**



Le **partage du statut VIH** avec le partenaire sexuel est un enjeu crucial dans la dispensation des autotests tant du côté des prestataires que du côté des bénéficiaires.

« La difficulté, c'est l'ignorance du statut de la femme ; soit si elle n'a pas dit à son époux effectivement qu'elle est sous traitement ou bien elle prend les médicaments, c'est difficile vraiment (...). Donc ce qu'on fait, on trouve plutôt des stratégies pour le dépistage même du partenaire mais l'annonce-là, on leur laisse le libre choix de faire quand elles sont prêtes. Donc on ne les stresse pas vraiment pour l'annonce de leur statut à leurs partenaires (...). Celles qui posent beaucoup de questions, ce sont celles qui n'ont pas encore annoncé leur statut à leurs époux. Elles nous demandent « mon époux, il ne connaît pas mon statut, comment je fais pour lui donner ? Qu'est-ce que je lui dis avant de lui donner ? ». Et quand c'est comme ça, bon on leur donne des petites stratégies, comment faire pour lui donner, pour l'amener à faire son test. »  
**Femme, sage-femme, Côte d'Ivoire**



Pour aller plus loin, voir Boye, Sokhna, Seydou Bouaré, Odette Ky-Zerbo, Nicolas Rouveau, Arlette Simo Fotso, Marc d'Elbée, Romain Silhol, et al. 2021. « Challenges of HIV Self-Test Distribution for Index Testing When HIV Status Disclosure Is Low: Preliminary Results of a Qualitative Study in Bamako (Mali) as Part of the ATLAS Project ». *Frontiers in Public Health* 9 (mai). <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.653543>.

## Impact populationnel de la stratégie ATLAS



Pour estimer l'impact populationnel d'ATLAS, nous avons croisé les données programmatiques collectées par la DLSI et les données programmatiques d'ATLAS.

© JC Frisque / Solthis

Nous avons utilisé les données entre le troisième trimestre 2019 et le premier trimestre 2021 (trimestres calendaires) de 77 districts sanitaires, dont 17 districts couverts par ATLAS. Les données étaient agrégées par district sanitaire et par trimestre. Nous avons développé un modèle pour rendre compte des évolutions temporelles et régionales des différents indicateurs et ainsi isoler l'effet des kits d'ADVIH distribués par ATLAS.

Nous avons ainsi estimé que lorsque 1 000 autotests étaient distribués, cela diminuait d'environ 300 le nombre de tests conventionnels réalisés dans le même district et le même trimestre. Cela peut être interprété comme un effet de substitution : il s'agit de personnes dépistées par l'ADVIH qui, en l'absence d'ADVIH, auraient réalisé un test classique.

Malgré cet effet de substitution, nous observons un effet net positif sur le nombre de personnes dépistées, avec environ 500 personnes dépistées en plus entre le 3ème trimestre 2019 et le premier trimestre 2021, toutefois cet effet n'est pas significatif. Nous estimons également un effet positif sur le nombre de nouveaux diagnostics (+53).

Le nombre de points d'observations reste faible et les marges d'erreurs restent importantes. Il s'agit donc d'ordre de grandeur et non de mesures précises. Concernant les nouvelles initiations de traitement antirétroviral, nous observons 17 nouvelles initiations de traitement pour 1 000 autotests dispensés.

### Impact populationnel estimé au Sénégal pour 1 000 kits d'ADVIH distribués via ATLAS

Indicateur	Impact estimé pour 1000 ADVIH	Incertitude (intervalle de confiance à 95%)
Nombre de personnes dépistées	+453	entre -32 et +938
Nombre de tests conventionnels	-347	entre -828 et +138
Nombre de diagnostics (tests conventionnels positifs)	+53	entre +31 et +74
Nombre d'initiations de traitement ARV	+17	entre +9 et +25

Pour plus d'information, voir Fotso, Arlette Simo, Cheryl Johnson, Anthony Vautier, Konan Blaise Kouame, Papa Moussa Diop, Romain Silhol, Mathieu Maheu-Giroux, et al. 2022. « Using Routine Programmatic Data to Estimate the Population-Level Impacts of HIV Self-Testing: The Example of the ATLAS Program in Cote d'Ivoire ». medRxiv. <https://doi.org/10.1101/2022.02.08.22270670>.

## \$ Coûts de la dispensation (stratégies avancées)

Une analyse économique a été réalisée et a permis, d'une part, de mesurer les coûts unitaires (c'est-à-dire le coût moyen par kit d'ADVIH distribué) lors de la phase de démarrage du projet (2019–2020) et, d'autre part, d'estimer les coûts attendus lors du début du passage à l'échelle (2023).

### Coûts unitaires observés (2019–2020) et de mise à l'échelle (2023) en USD

Canal de dispensation	Coûts observés (2019–2020)	Coûts de mise à l'échelle (2023)
HSH – avancée	27 \$	22 \$
TS – avancée	17 \$	12 \$
UD – avancée	144 \$	48 \$

Au début d'ATLAS, les coûts unitaires de dispensation dans les stratégies avancées étaient relativement élevés, en raison des coûts initiaux liés au développement d'un environnement favorable à l'ADVIH, à l'intégration progressive de l'ADVIH dans les activités des organisations communautaires et aux faibles volumes de dispensation en début de projet.

L'analyse des coûts suggère un grand potentiel d'économies d'échelle au fur et à mesure de la montée en puissance et de la maturation des programmes. Le passage à l'échelle de l'ADVIH serait ainsi soutenable.

À noter que cela est moins vrai dans le canal UD en raison des faibles volumes d'ADVIH prévus, ne permettant pas de réelles économies d'échelle.

L'analyse complète a été publiée. Voir Elbé, Marc d', Métogara Mohamed Traore, Kéba Badiane, Anthony Vautier, Arlette Simo Fotso, Odé Kanku Kabemba, Nicolas Rouveau, et al. 2021. « Costs and Scale-Up Costs of Integrating HIV Self-Testing Into Civil Society Organisation-Led Programmes for Key Populations in Côte d'Ivoire, Senegal, and Mali ». *Frontiers in Public Health* 9 (mai). <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.653612>.



## Contribution des différentes catégories de population à la dynamique épidémique



Un modèle mathématique a été développé pour modéliser la dynamique de l'épidémie de VIH au Sénégal. Cette simulation informatique a été calibrée à partir des données disponibles de plusieurs enquêtes réalisées au cours des vingt dernières années.

Ce modèle permet de diviser la population totale en 5 sous-groupes : les TS, les clients des TS, les HSH, les autres femmes (non-TS) et les autres hommes (non-HSH, non client). Le modèle prend en compte les différentes estimations disponibles de taille de population ou encore de prévalence du VIH. Cependant, comme tout modèle, les résultats doivent être interprétés avec précaution, notamment en tenant compte des marges d'incertitude.

Le modèle permet d'estimer qu'entre 2020 et 2029, 74 % des nouvelles infections seront le fait de personnes vivant avec le VIH et ne connaissant pas leur statut (PVVIH non diagnostiquées). La marge d'incertitude est comprise entre 64 et 82 % (intervalle de confiance à 95 %). Ce résultat montre l'importance du dépistage, première étape du parcours de soins, car les personnes diagnostiquées et sous traitement antirétroviral ne transmettent pas le virus.

Au Sénégal, où la prévalence du VIH est relativement faible en population générale (0,3 %) et l'épidémie concentrée au sein des populations clés, les HSH sont affectés de manière disproportionnée. Si l'on parvenait à contrôler totalement la transmission du virus dans cette population, le nombre de nouvelles infections au niveau national pourrait être réduit de 47 %. Le travail du sexe (travailleuses du sexe et clients) contribue également de manière significative à la dynamique épidémique.

En termes de retard au dépistage, les HSH, les TS et les clients représentent 57 % des PVVIH ne connaissant pas leur statut.

Ces résultats soulignent l'importance de renforcer les programmes de dépistage, de prévention et de prise en charge à des destinations des populations clés.

### Proportion de la contribution de chaque groupe au nombre de nouvelles infections VIH (directes et indirectes) au cours de la période 2020–2029

Sous-groupe	Contribution (tPAF)	Incertitude (intervalle de confiance à 95%)
Travailleuses du sexe (TS)	8%	2% à 19%
Clients des travailleuses du sexe	16%	6% à 34%
HSH	47%	27% à 67%
Femmes hors population clés	8%	5% à 15%
Hommes hors population clés	7%	3% à 14%

Si l'on faisait l'hypothèse que les TS ne transmettaient plus le VIH, alors le nombre de nouvelles infections serait réduit de 8 %, en tenant compte à la fois des transmissions directes évitées (d'une TS à un partenaire ou à un client) mais également des transmissions indirectes (ce partenaire ou client ne contaminant pas à son tour une autre personne). Cet indicateur s'appelle le tPAF ("transmission population attribuable fraction" en anglais). Du fait de son mode de calcul, la somme des tPAF n'est pas égale à 100 %.

### Répartition par sous-groupe de la population de PVVIH non diagnostiquées

Sous-groupe	Poids du sous-groupe dans la population des personnes vivant avec le VIH ne connaissant pas leur statut	Incertitude (intervalle de confiance à 95%)
Travailleuses du sexe (TS)	5%	2% à 10%
Clients des travailleuses du sexe	12%	6% à 23%
HSH	40%	22% à 61%
Femmes hors population clés	26%	16% à 37%
Hommes hors population clés	16%	7% à 27%
<b>TOTAL</b>	<b>100%</b>	<b>100% à 100%</b>

[contact@solthis.org](mailto:contact@solthis.org) - <https://atlas.Solthis.org>



**203 407**  
kits d'autodépistage  
dispensés par ATLAS  
en Côte d'Ivoire



# Investir davantage dans la mise à l'échelle de l'autodépistage du VIH en Côte d'Ivoire

L'expérience du projet ATLAS en Côte d'Ivoire a montré que l'autodépistage du VIH (ADVIH) est une stratégie acceptable, faisable et efficace. L'ADVIH permet d'augmenter la couverture du dépistage au sein des populations clés et d'éviter de nouvelles infections au-delà de ces populations. Selon le Plan Stratégique National de Lutte contre le Sida (PSN) 2021-2025, des investissements supplémentaires sont nécessaires pour assurer la mise à l'échelle de l'ADVIH. À ce jour, les financements à mobiliser représentent 50% des besoins estimés pour 2023 et 100 % de ceux pour 2024 et 2025.

## Contexte

En Côte d'Ivoire, depuis 2019, le projet ATLAS, en collaboration avec le Programme National de Lutte contre le Sida et 8 partenaires issus de la société civile\*, a accompagné l'introduction de l'ADVIH dans 7 régions sanitaires et son intégration dans les stratégies nationales de dépistage.

L'une des particularités du projet est d'opter majoritairement pour une dispensation des ADVIH dite "secondaire". Ce modèle vise à remettre des kits d'ADVIH aux populations clés déjà en contact avec les programmes de prévention et de dépistage afin qu'elles les redistribuent dans leurs réseaux (partenaires sexuelle-s, pair-e-s, client-e-s).

Les résultats du projet montrent que l'ADVIH a permis d'offrir une stratégie de dépistage complémentaire, efficace et anonyme, de manière intégrée aux systèmes de santé. Malgré des résultats prometteurs et des objectifs de mise à l'échelle ambitieux, les investissements actuels restent insuffisants pour couvrir les besoins en ADVIH identifiés par le PSN (environ 1,3 million de kits) pour la période 2023-2025.

Cette note présente les principales raisons qui justifient un investissement plus conséquent dans la mise à l'échelle de l'ADVIH en Côte d'Ivoire. Cet argumentaire s'appuie sur les résultats de recherches menées dans le cadre du projet ATLAS [1].



© JC Frisque / Solthis



## Messages clés

- Au-delà des populations clés, l'ADVIH permet de toucher également leurs réseaux (pair-e-s, partenaires sexuelle-s, client-e-s) à travers la dispensation secondaire.
- L'ADVIH permet d'atteindre des populations vulnérables n'ayant jamais été dépistées auparavant (primo-testant-e-s).
- Dans les zones où l'ADVIH a été dispensé, le projet ATLAS a démontré que l'ADVIH avait un impact positif (i) sur l'accès au dépistage (et ce sans réduire significativement le volume de dépistage conventionnel) et (ii) sur le diagnostic de nouvelles personnes séropositives.
- Si lors de sa phase d'introduction, l'ADVIH est plus coûteux que le dépistage classique, en raison des investissements initiaux, le coût unitaire diminuera lors du passage à l'échelle.

(\*) Aposam, Orasur, Bléty, Arc-en-Ciel Plus, RubanRouge, Espace Confiance, Heartland Alliance Côte d'Ivoire, Fondation Ariel Glaser

# Pourquoi investir dans l'ADVIH ?

## Avec l'ADVIH, on atteint des personnes qui n'avaient jamais été dépistées jusque-là ...

Selon une enquête téléphonique [2] menée en 2021 auprès d'utilisateur·rice·s d'ADVIH, 50 % des personnes enquêtées en Côte d'Ivoire se percevaient comme n'étant pas du tout exposé.e.s au risque du VIH et :



**32%** ne s'étaient jamais dépistés auparavant

«Il y avait une de mes paires, cela fait... huit ans que je travaille là, elle n'a jamais voulu se faire tester. Je l'ai appelée, je lui ai dit qu'il y avait un nouveau test (...) Elle m'a répondu "Comme on peut le faire chez soi, je vais me tester"».

Travailleuse du sexe, Côte d'Ivoire [3]



L'enquête montre que l'ADVIH atteint plus de primo-testant·e·s et de personnes de plus de 25 ans comparés aux personnes recrutées dans d'autres enquêtes menées dans les mêmes pays (visant à évaluer l'accès aux services de dépistage) auprès de travailleur·euse·s du sexe (TS) et d'hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH).

## ... et on touche les populations difficiles à atteindre à travers la dispensation secondaire

Près d'un·e utilisateur·rice sur trois (31%) ayant participé à l'enquête a reçu son ADVIH par la dispensation secondaire. Ce modèle de dispensation permet d'atteindre les réseaux des populations clés (par exemple partenaires sexuel·le·s, pair·e·s, client·e·s, réseau social, etc.). À titre d'illustration [2] :



**58%** des enquêté·e·s ayant reçu leur ADVIH par l'intermédiaire du réseau des TS sont des hommes



**10%** des enquêté·e·s ayant reçu leur ADVIH par l'intermédiaire du réseau HSH sont des femmes

## Les kits d'ADVIH sont plus chers que les tests classiques mais ...

- Une modélisation des coûts à échelle de l'ADVIH [4] permet de montrer que (voir tableau ci-après) lors du passage à l'échelle nationale, il y a des économies d'échelle substantielles et une réduction des coûts par kit dispensé.

	2019	2023
TS	13 \$	8 \$
HSH	15 \$	8 \$
Usager·ère·s de drogues	16 \$	13 \$

- Selon les modèles de dispensation, en structures fixes, l'ADVIH peut représenter une stratégie moins coûteuse que le dépistage classique si la dispensation est réalisée par un personnel non médical (délégation des tâches) [5].
- À moyen terme, les kits d'ADVIH devraient atteindre un coût équivalent à celui des autres tests de diagnostic rapide du fait du développement du marché.



## Recommandation

Un investissement plus important des partenaires techniques et financiers dans l'ADVIH est nécessaire afin d'accélérer l'atteinte du premier 95 en Côte d'Ivoire.



## En savoir plus

[1] Plus de détails sur le projet ATLAS et les résultats de recherche : <https://atlas.solthis.org>

[2] Enquête téléphonique menée auprès d'un échantillon de 2 615 utilisateur·rice·s. En cours de publication.

[3] Ky-Zerbo, Odette, et al. 2021. «Enthusiasm for Introducing and Integrating HIV Self-Testing but Doubts About Users: A Baseline Qualitative Analysis of Key Stakeholders' Attitudes and Perceptions in Côte d'Ivoire, Mali and Senegal». *Frontiers in Public Health* 9 (octobre). <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.653481>.

[4] Elbée, Marc et al. 2021. «Costs and Scale-Up Costs of Integrating HIV Self-Testing Into Civil Society Organisation-Led Programmes for Key Populations in Côte d'Ivoire, Senegal, and Mali». *Frontiers in Public Health* 9 (mai). <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.653612>.

[5] Elbée, Marc et al., poster INTEREST 2020



**54 000**

kits d'autodépistage  
dispensés par ATLAS  
au Sénégal



## Investir davantage dans la mise à l'échelle de l'autodépistage du VIH au Sénégal

L'expérience du projet ATLAS au Sénégal a montré que l'autodépistage du VIH (ADVIH) est une stratégie acceptable, faisable et efficace. L'ADVIH permet d'augmenter la couverture du dépistage au sein des populations clés et d'éviter de nouvelles infections au-delà de ces populations. Selon le Plan de transition et de passage à l'échelle, des investissements supplémentaires sont nécessaires pour assurer la mise à l'échelle de l'ADVIH. À ce jour, les financements à mobiliser représentent 50% des besoins estimés pour 2023 et 100 % de ceux pour 2024.

### Contexte

Au Sénégal, depuis 2019, le projet ATLAS, en collaboration avec le Conseil National de Lutte contre le Sida (CNLS), le Cepiad, le CTA et ENDA Santé, a accompagné l'introduction de l'ADVIH dans 3 régions sanitaires et son intégration dans les stratégies nationales de dépistage.

L'une des particularités du projet est d'opter majoritairement pour une dispensation des ADVIH dite "secondaire". Ce modèle vise à remettre des kits d'ADVIH, entre autres, aux populations clés déjà en contact avec les programmes de prévention et de dépistage afin qu'elles les redistribuent dans leurs réseaux (partenaires sexuel-le-s, pair-e-s, client-e-s).

Les résultats du projet montrent que l'ADVIH a permis d'offrir une stratégie de dépistage complémentaire, efficace et anonyme, de manière intégrée aux systèmes de santé. Malgré des résultats prometteurs et des objectifs de mise à l'échelle ambitieux, les investissements actuels restent insuffisants pour couvrir les besoins en ADVIH identifiés par le Plan Stratégique National (environ 136 250 kits) pour la période 2021-2023.

Cette note présente les principales raisons qui justifient un investissement plus conséquent dans la mise à l'échelle de l'ADVIH au Sénégal. Cet argumentaire s'appuie sur les résultats de recherches menées sur le projet ATLAS [1].



© JC Frisque / Solthis



### Messages clés

- Au-delà des populations clés, l'ADVIH permet de toucher également leurs réseaux (pair-e-s, partenaires sexuelle-s, client-e-s) à travers la dispensation secondaire.
- L'ADVIH permet d'atteindre des populations vulnérables n'ayant jamais été dépistées auparavant (primo-testant-e-s).
- Dans les zones où l'ADVIH a été dispensé, le projet ATLAS a démontré que l'ADVIH avait un impact positif (i) sur l'accès au dépistage (et ce sans réduire significativement le volume de dépistage conventionnel) et (ii) sur le diagnostic de nouvelles personnes séropositives.
- Si, lors de sa phase d'introduction, l'ADVIH est plus coûteux que le dépistage classique, en raison des investissements initiaux, le coût unitaire diminuera lors du passage à l'échelle.

## Pourquoi investir dans l'ADVIH ?

**Avec l'ADVIH, on atteint des personnes qui n'avaient jamais été dépistées jusque-là ...**

Selon une enquête téléphonique [2] menée en 2021 auprès d'utilisateur·rice·s d'ADVIH, 50 % des personnes enquêtées se percevaient comme n'étant pas du tout exposé·e·s au risque du VIH et :



**31%** ne s'étaient jamais dépistés auparavant

«C'est discret, personne ne sera au courant de ça. C'est plus rassurant que le fait de se déplacer pour aller faire un dépistage sanguin... on peut y rencontrer quelqu'un qu'on ne voulait pas rencontrer même si on n'a rien [si on n'est pas infecté].»  
Utilisateur d'un ADVIH, Sénégal [3]



L'enquête montre que l'ADVIH atteint plus de primo-testant·e·s et de personnes de plus de 25 ans comparés aux personnes recrutées dans d'autres enquêtes menées dans les mêmes pays (visant à évaluer l'accès aux services de dépistage) auprès de travailleur·euse·s du sexe (TS) et d'hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH).

**... et on touche les populations difficiles à atteindre à travers la dispensation secondaire**

Près d'un·e utilisateur·rice sur trois (31%) ayant participé à l'enquête a reçu son ADVIH par la dispensation secondaire. Ce modèle de dispensation permet d'atteindre les réseaux des populations clés (par exemple partenaires sexuel·le·s, pair·e·s, client·e·s, réseau social, etc.). À titre d'illustration [2] :



**13%**

des enquêté·e·s ayant reçu leur ADVIH par l'intermédiaire du réseau des TS sont des hommes



**2,5%**

des enquêté·e·s ayant reçu leur ADVIH par l'intermédiaire du réseau HSH sont des femmes

**Les kits d'ADVIH sont plus chers que les tests classiques mais ...**

• Une modélisation des coûts à échelle de l'ADVIH [4] permet de montrer que (voir tableau ci-après) lors du passage à l'échelle nationale, il y a des économies d'échelle substantielles et une réduction des coûts par kit dispensé.

	Coûts observés 2019-2020	Coûts de mise à l'échelle 2023
TS	27 \$	22 \$
HSH	17 \$	12 \$
Usager·ère·s de drogues	144 \$	48 \$

- Selon les modèles de dispensation, en structures fixes, l'ADVIH peut représenter une stratégie moins coûteuse que le dépistage classique si la dispensation est réalisée par un personnel non médical (délégation des tâches) [5].
- À moyen terme, les kits d'ADVIH devraient atteindre un coût équivalent à celui des autres tests de diagnostic rapide du fait du développement du marché.



### Recommandation

Un investissement plus important des partenaires techniques et financiers dans l'ADVIH est nécessaire afin d'accélérer l'atteinte du premier 95 au Sénégal.



### En savoir plus

[1] Plus de détails sur le projet ATLAS et les résultats de recherche : <https://atlas.solthis.org>

[2] Enquête téléphonique menée auprès d'un échantillon de 2 615 utilisateur·rice·s. En cours de publication.

[3] Ky-Zerbo, Odette, et al. 2021. «Enthusiasm for Introducing and Integrating HIV Self-Testing but Doubts About Users: A Baseline Qualitative Analysis of Key Stakeholders' Attitudes and Perceptions in Côte d'Ivoire, Mali and Senegal». *Frontiers in Public Health* 9 (octobre). <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.653481>.

[4] Elbée, Marc et al. 2021. «Costs and Scale-Up Costs of Integrating HIV Self-Testing Into Civil Society Organisation-Led Programmes for Key Populations in Côte d'Ivoire, Senegal, and Mali». *Frontiers in Public Health* 9 (mai). <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.653612>.

[5] Elbée, Marc et al., poster INTEREST 2020



**5 685**

kits d'autodépistage  
dispensés par ATLAS  
auprès des partenaires  
de PvVIH au Mali



# L'autotest du VIH : une opportunité pour améliorer le dépistage des partenaires des personnes vivant avec le VIH au Mali

Au Mali, depuis 2018, le projet ATLAS [1] accompagne l'introduction de l'autotest du VIH (ADVIH) comme stratégie complémentaire au dépistage des partenaires de personnes vivant avec le VIH (PvVIH) dans 35 structures de santé. Si l'ADVIH représente une réelle opportunité d'accroître le dépistage des partenaires des PvVIH, sa valeur ajoutée est limitée par un accompagnement au partage du statut encore insuffisant. Cette note propose plusieurs recommandations visant à améliorer l'intégration de l'ADVIH dans les services de prise en charge des PvVIH au Mali.

## Contexte

Les partenaires des PvVIH représentent une population insuffisamment atteinte par les services de prise en charge malgré leur forte exposition au risque d'infection au VIH. Une recherche sur 14 pays d'Afrique subsaharienne a montré que chez les PvVIH qui sont en relation stable, plus de la moitié ont un·e partenaire infecté·e par le VIH. Au Mali, seules 43 % des PvVIH connaissent leur statut VIH et le taux de notification aux partenaires reste faible. On estime que 42 % des PvVIH n'ont pas partagé leur statut VIH avec leurs partenaires.

Dans les structures appuyées par ATLAS, des kits d'ADVIH sont proposés aux PvVIH pour qu'ils les apportent à leur(s) partenaire(s) sexuel·le(s) pour un test (de dépistage) hors de l'établissement de santé (modèle de dispensation secondaire). On montre aux PvVIH comment réaliser le test d'autodépistage et on leur remet du matériel d'information et des guides d'utilisation à remettre à leurs partenaires sexuel·le·s pour faciliter le processus d'autodépistage du VIH sans l'aide d'un prestataire formé.

Une étude ethnographique menée à Bamako auprès de PvVIH, de professionnel·le·s de santé et d'acteur·rice·s de la lutte contre le VIH / sida a permis d'analyser les limites et les défis entourant la dispensation de l'ADVIH dans un contexte de faible partage du statut VIH aux partenaires.



© JC Frisque / Solthis



## Messages clés

- L'ADVIH peut faciliter le dépistage des partenaires des PvVIH en réduisant les barrières liées aux enjeux d'anonymat et de confidentialité (choix du lieu et du moment de la réalisation de leur test).
- Les professionnel·le·s de santé ont une attitude favorable vis-à-vis de l'ADVIH, mais ils·elles sont réticent·e·s à proposer l'autotest en l'absence de partage du statut sérologique.
- L'implication de professionnel·le·s non médicaux (par exemple : assistant·e social·e, acteur·rice·s communautaires) favoriserait la dispensation des ADVIH et réduirait les coûts de mise en œuvre de cette stratégie.
- L'ADVIH n'est pas suffisant pour surmonter les obstacles liés au partage du statut. L'offre de services de soutien au partage du statut VIH reste insuffisante dans les services de prise en charge des PvVIH.





## Principaux résultats

### La dispensation secondaire : une stratégie pertinente, acceptable mais chronophage

Au niveau des professionnel-le-s de santé, l'ADVIH est en général très apprécié, mais la charge de travail supplémentaire associée à la sensibilisation et la dispensation de l'ADVIH représente une barrière considérable à la proposition de l'ADVIH en consultation.

«Bon. C'est vrai ; c'est une charge de plus. (...) le temps de la visualisation de la vidéo et appuyer par des explications. (...) C'est ça qui peut entraîner de petits désagréments au niveau de la file d'attente. Sinon par rapport au personnel de santé, nous apprécions le test à sa juste valeur.» Médecin, Mali [2]



### La délégation des tâches : une opportunité pour faciliter la dispensation secondaire et réduire les coûts

«Parce que ce facteur disponibilité ça joue beaucoup. Le médecin et l'assistance sociale ça fait deux ; c'est complémentaire. Mais nous, nous avons beaucoup plus de temps d'entretiens, de discussions ; nous sommes plus à la disposition des patients que le médecin qui a 20 patients qui attendent. Le service social, nous, nous sommes là pour écouter. (...) Moi je suis là jusqu'à 18 heures ; ça ne me gêne pas parce que c'est le service social.»

Assistante sociale, Mali [2]



Une étude de coûts réalisée au Mali montre qu'une organisation reposant sur une délégation des tâches vers du personnel non médical et une optimisation du temps dédié à la sensibilisation sur l'ADVIH réduiraient aussi le coût de cette stratégie par rapport au dépistage classique. [3]

### Le non partage du statut : un obstacle important à la dispensation secondaire

Les craintes des PvVIH concernant les conséquences négatives possibles suite à la révélation de leur

séropositivité et les difficultés des professionnel-le-s de santé à soutenir les PvVIH dans ce processus ont été identifiées dans cette étude comme des obstacles importants à la dispensation secondaire des autotests du VIH pour le dépistage des cas index.



## Recommandations

1. Poursuivre la formation des professionnel-le-s de santé non médicaux (par exemple médiateur-riche, aide infirmier-ère) afin de faciliter la délégation des tâches pour la promotion et la dispensation de l'ADVIH.
2. Promouvoir une plus forte intégration de messages d'information sur l'ADVIH en dehors du cadre de consultations médicales (p ex. en salle d'attente, lors d'activités communautaires, etc.) afin de faciliter la dispensation et raccourcir la durée du conseil en face à face.
3. Revoir ou renforcer les stratégies visant à soutenir le partage du statut (en prenant en compte les dimensions sexuées de la révélation du statut), à prévenir la violence entre partenaires intimes et favoriser le dépistage en couple.
4. Renforcer les initiatives visant à réduire la stigmatisation et la discrimination liées au VIH dans le contexte des structures sanitaires.



## En savoir plus

[1] Plus de détails sur le projet ATLAS et les résultats de recherche : <https://atlas.solthis.org>

[2] Boye, Sokhna, et al. 2021. « Challenges of HIV Self-Test Distribution for Index Testing When HIV Status Disclosure Is Low: Preliminary Results of a Qualitative Study in Bamako (Mali) as Part of the ATLAS Project ». *Frontiers in Public Health* 9 (mai). <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.653543>

[3] Elbée, Marc et al., poster AFRAVIH 2021 Organisation-Led Programmes for Key Populations in Côte d'Ivoire, Senegal, and Mali». *Frontiers in Public Health* 9 (mai). <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.653612>.

[5] Elbée, Marc et al., poster INTEREST 2020



**1 085**

kits d'autodépistage  
dispensés par ATLAS  
auprès des partenaires  
de PvVIH au Sénégal



# L'autotest du VIH : une opportunité pour améliorer le dépistage des partenaires des personnes vivant avec le VIH au Sénégal

Au Sénégal, depuis 2019, le projet ATLAS [1] accompagne l'introduction de l'autotest du VIH (ADVIH) comme stratégie complémentaire au dépistage des partenaires de personnes vivant avec le VIH (PvVIH). Si l'ADVIH représente une réelle opportunité d'accroître le dépistage des partenaires des PvVIH, sa valeur ajoutée est limitée par un accompagnement au partage du statut encore insuffisant. Cette note propose plusieurs recommandations visant à améliorer l'intégration de l'ADVIH dans les services de prise en charge des PvVIH au Sénégal.

## Contexte

Les partenaires des PvVIH représentent une population insuffisamment atteinte par les services de prise en charge malgré leur forte exposition au risque d'infection au VIH. Une recherche sur 14 pays d'Afrique subsaharienne a montré que chez les PvVIH qui sont en relation stable, plus de la moitié ont un partenaire infecté par le VIH. Au Sénégal, fin 2020, seules 87% des PvVIH connaissaient leur statut VIH et le taux de notification aux partenaires reste faible.

Dans les structures appuyées par ATLAS, des kits d'ADVIH sont proposés aux PvVIH pour qu'ils les apportent à leur(s) partenaire(s) sexuel(s) pour un test (dépistage) hors de l'établissement de santé (modèle de dispensation secondaire). On montre aux PvVIH comment réaliser le test d'autodépistage et on leur remet du matériel d'information et des guides d'utilisation à remettre à leurs partenaires sexuels pour faciliter le processus d'auto-dépistage du VIH sans l'aide d'un.e prestataire formé.e.

Une étude ethnographique menée à Bamako auprès de PvVIH, de professionnel.le-s de santé et d'acteur.rice-s de la lutte contre le VIH / sida a permis d'analyser les limites et les défis entourant la dispensation de l'ADVIH dans un contexte de faible partage du statut VIH aux partenaires.



© JC Frisque / Solthis



## Messages clés

- L'ADVIH peut faciliter le dépistage des partenaires des PvVIH en réduisant les barrières liées aux enjeux d'anonymat et de confidentialité (choix du lieu et du moment de la réalisation de leur test).
- Les professionnel.le-s de santé ont une attitude favorable vis-à-vis de l'ADVIH, mais ils-elles sont réticent.e-s à proposer l'autotest en l'absence de partage du statut sérologique.
- L'implication de professionnel.le-s non médicaux (par exemple : assistant.e social.e, acteur.rice-s communautaires) favoriserait la dispensation des ADVIH et réduirait les coûts de mise en œuvre de cette stratégie.
- L'ADVIH n'est pas suffisant pour surmonter les obstacles liés au partage du statut. L'offre de services de soutien au partage du statut VIH reste insuffisante dans les services de prise en charge des PvVIH.



## Principaux résultats

### La dispensation secondaire : une stratégie pertinente, acceptable mais chronophage

Au niveau des professionnel-le-s de santé, l'ADVIH est en général très apprécié, mais la charge de travail supplémentaire associée à la sensibilisation et la dispensation de l'ADVIH représente une barrière considérable à la proposition de l'ADVIH en consultation.

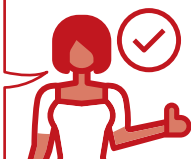
«Bon. C'est vrai ; c'est une charge de plus. (...) le temps de la visualisation de la vidéo et appuyer par des explications. (...) C'est ça qui peut entraîner de petits désagréments au niveau de la file d'attente. Sinon par rapport au personnel de santé, nous apprécions le test à sa juste valeur.» Médecin, Mali [2]



### La délégation des tâches : une opportunité pour faciliter la dispensation secondaire et réduire les coûts

«Parce que ce facteur disponibilité ça joue beaucoup. Le médecin et l'assistance sociale ça fait deux ; c'est complémentaire. Mais nous, nous avons beaucoup plus de temps d'entretiens, de discussions ; nous sommes plus à la disposition des patients que le médecin qui a 20 patients qui attendent. Le service social, nous, nous sommes là pour écouter. (...) Moi je suis là jusqu'à 18 heures ; ça ne me gêne pas parce que c'est le service social.»

Assistante sociale, Mali [2]



Une étude de coûts réalisée au Mali montre qu'une organisation reposant sur une délégation des tâches vers du personnel non médical et une optimisation du temps dédié à la sensibilisation sur l'ADVIH réduiraient aussi le coût de cette stratégie par rapport au dépistage classique. [3]

### Le non partage du statut : un obstacle important à la dispensation secondaire

Les craintes des PvVIH concernant les conséquences négatives possibles suite à la révélation de leur séropositivité et les difficultés des professionnel-le-s de santé à soutenir les PvVIH dans ce processus ont été identifiées dans cette étude comme des obstacles importants à la dispensation secondaire des autotests du VIH pour le dépistage des cas index.



## Recommandations

1. Poursuivre la formation des professionnel-le-s de santé non médicaux (par exemple médiateur-riche, aide infirmier-ère) afin de faciliter la délégation des tâches pour la promotion et la dispensation de l'ADVIH.
2. Promouvoir une plus forte intégration de messages d'information sur l'ADVIH en dehors du cadre de consultations médicales (par ex. en salle d'attente, lors d'activités communautaires, etc.) afin de faciliter la dispensation et raccourcir la durée du conseil en face à face.
3. Revoir ou renforcer les stratégies visant à soutenir le partage du statut (en prenant en compte les dimensions sexuées de la révélation du statut), à prévenir la violence entre partenaires intimes et favoriser le dépistage en couple.
4. Renforcer les initiatives visant à réduire la stigmatisation et la discrimination liées au VIH dans le contexte des structures sanitaires.



## En savoir plus

[1] Plus de détails sur le projet ATLAS et les résultats de recherche : <https://atlas.solthis.org>

[2] Boye, Sokhna, et al. 2021. « Challenges of HIV Self-Test Distribution for Index Testing When HIV Status Disclosure Is Low: Preliminary Results of a Qualitative Study in Bamako (Mali) as Part of the ATLAS Project ». *Frontiers in Public Health* 9 (mai). <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.653543>

[3] Elbée, Marc et al., poster AFRAVIH 2021



**11 515**  
autotests dispensés  
par ATLAS  
en Côte d'Ivoire au sein  
des consultations IST



## Renforcer l'intégration de l'autodépistage du VIH dans les services de prise en charge des IST en Côte d'Ivoire

En Côte d'Ivoire, depuis 2019, le projet ATLAS [1] accompagne l'introduction et la mise à l'échelle de l'autodépistage du VIH (ADVIH) comme une stratégie complémentaire à l'offre existante au sein des services de prise en charge des infections sexuellement transmissibles (IST). L'expérience d'ATLAS a permis d'observer que l'ADVIH peut augmenter la couverture du dépistage chez les usager·ère·s des services IST et d'atteindre leurs partenaires. Cette note propose plusieurs recommandations visant à améliorer l'intégration de l'ADVIH dans les services de santé sexuelle en Côte d'Ivoire.

### Contexte

Les approches visant les nouvelles personnes diagnostiquées d'une IST ont montré leur efficacité pour conduire à de nouveaux diagnostics VIH. Toutefois, la proposition du dépistage du VIH dans les services IST (plus généralement dans l'offre de santé sexuelle) reste insuffisante en Afrique de l'Ouest et du Centre.

En Côte d'Ivoire, en 2017, seulement 28 % des hommes et femmes consultant un·e professionnel·le de santé pour une IST se voyaient proposer un test pour le VIH. Le projet ATLAS, en collaboration avec le Programme National de Lutte contre le Sida, a accompagné le déploiement de l'ADVIH dans 24 structures de prise en charge d'IST en Côte d'Ivoire. L'ADVIH est proposé comme une offre alternative et complémentaire du dépistage classique du VIH auprès des personnes diagnostiquées avec une IST. Il est également proposé aux patient·e·s de redistribuer un kit d'ADVIH à leurs partenaires (distribution secondaire).

Sur la base d'une enquête qualitative menée auprès des professionnel·le·s de santé et d'usager·ère·s des services de prise en charge des IST [1] et de données programmatiques, cette note présente les principaux résultats du projet. Des recommandations sont également formulées en direction des acteur·rice·s impliqué·e·s dans la prévention et la prise en charge des IST et du VIH en Côte d'Ivoire.



© JC Frisque / Solthis



### Messages clés

- Il existe une bonne perception de l'ADVIH chez les professionnel·le·s de santé et une bonne acceptabilité chez les patient·e·s atteint·e·s d'une IST et leurs partenaires.
- L'ADVIH favorise le dépistage des partenaires, en particulier masculins, qui refusent un dépistage en centre de santé.
- Lorsque la proposition de l'autotest est systématisée au cours des consultations, que le circuit des patient·e·s est bien défini avec une délégation des tâches, la dispensation est plus efficace.
- L'ADVIH ne peut, seul, résoudre les barrières organisationnelles ou socio-culturelles d'accès au dépistage du VIH auprès des usager·ère·s des services de santé sexuelle.



## Principaux résultats

### Une alternative acceptable, efficace et complémentaire au dépistage classique

Les professionnel-le-s de santé et les patient-e-s ont une attitude favorable vis-à-vis de l'ADVIH car (i) il répond aux besoins de certain-e-s patient-e-s en matière de préférence sur le choix du moment et du lieu de la réalisation du test et (ii) il permet aux partenaires d'éviter d'avoir à se rendre physiquement au centre de santé.

«Bien au contraire, ça nous facilite le travail, parce qu'avant on était coincé dans le dépistage. (...) On peut leur remettre un test oral via leurs partenaires mais nous, on s'est rendu compte que le test oral peut nous aider même pour les patients qui sont devant nous. (...) Lorsqu'on a en face de nous un patient qui résiste, qui ne veut pas se faire dépister sur place (...). Mais quand vous répondez à ses attentes, "je suis pressé, laissez-moi du temps", le test oral lui est proposé, ça répond à ses attentes vous voyez.»  
Entretien avec un médecin



### L'introduction de l'ADVIH s'est accompagnée d'une augmentation progressive du dépistage du VIH à l'initiative du prestataire.

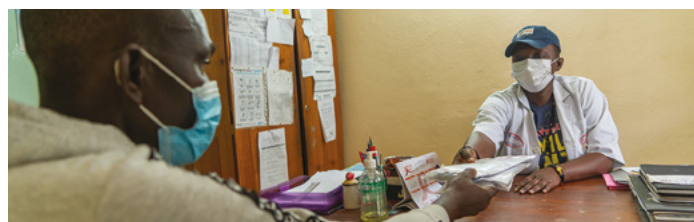
Entre fin 2019 (phase d'introduction de l'ADVIH) et fin 2021, on observe une augmentation de la proposition du dépistage (ADVIH ou test classique) tant pour le-la patient-e que pour le-la partenaire. Sur cette période, la proportion de consultations au cours desquelles un dépistage a été réalisé a été multipliée par près de 2,5. Celle dans lesquelles un ADVIH a été dispensé a été multipliée par plus de 7.

	4 <sup>ème</sup> trimestre 2019	4 <sup>ème</sup> trimestre 2021
% test classique réalisé	18,7 %	49,9 %
% ADVIH dispensé	7 %	52,8 %

Proportion calculée sur 16 088 consultations

### L'ADVIH ne peut à lui seul lever les freins à l'offre et la demande de dépistage dans les services de prise en charge des IST

- Au niveau des professionnel-le-s de santé, le manque de temps pour proposer l'ADVIH est cité comme le principal frein au dépistage des patient-e-s diagnostiqué-e-s avec une IST.
- Au niveau des usager-ère-s, la proposition de l'ADVIH au partenaire n'est pas toujours facile. Ces difficultés associées à la notification aux partenaires (démarche visant à informer ses partenaires suite à un diagnostic de VIH/IST) sont loin d'être spécifiques à l'ADVIH.



© JC Frisque / Solthis



### Recommandations

1. Intégrer de façon systématique la proposition de l'ADVIH auprès des nouvelles personnes diagnostiquées avec une IST (en cas de refus de l'offre classique) et auprès de leurs partenaires (à travers la dispensation secondaire).
2. Simplifier le circuit du/de la patient-e et intégrer la délégation des tâches (par ex. agents de santé communautaires, travailleur-euse-s sociaux-ales, etc.) permettent de minimiser l'impact de la dispensation de l'ADVIH sur la charge de travail des professionnel-le-s de santé.
3. Promouvoir le dépistage du VIH (en général, et de l'ADVIH en particulier) lors du temps d'attente des usager-ère-s avant la consultation permettra de faciliter la dispensation et de raccourcir la durée du conseil en face à face.
4. Renforcer les services d'accompagnement à la notification aux partenaires.



### En savoir plus

[1] Plus de détails sur le projet ATLAS et les résultats de recherche : <https://atlas.solthis.org>



**5 685**  
autotests dispensés  
par ATLAS  
au Mali au sein  
des consultations IST



## Renforcer l'intégration de l'autodépistage du VIH dans les services de prise en charge des IST au Mali

Au Mali, depuis 2019, le projet ATLAS [1] accompagne l'introduction et la mise à l'échelle de l'autodépistage du VIH (ADVIH) comme une stratégie complémentaire à l'offre existante au sein des services de prise en charge des infections sexuellement transmissibles (IST). L'expérience d'ATLAS a permis d'observer que l'ADVIH peut augmenter la couverture du dépistage chez les usager·ère·s des services IST et d'atteindre leurs partenaires. Cette note propose plusieurs recommandations visant à améliorer l'intégration de l'ADVIH dans les services de prise en charge des IST au Mali.

### Contexte

Les approches visant les nouvelles personnes diagnostiquées d'une IST ont montré leur efficacité pour conduire à de nouveaux diagnostics VIH. Toutefois, la proposition du dépistage du VIH dans les services IST (plus généralement dans l'offre de santé sexuelle) reste insuffisante en Afrique de l'Ouest et du Centre.

Le projet ATLAS, en collaboration avec la Cellule Sectorielle de Lutte contre le Sida, a accompagné le déploiement de l'ADVIH dans 35 structures de prise en charge d'IST au Mali. L'ADVIH est proposé comme une offre alternative et complémentaire au dépistage classique du VIH auprès des personnes diagnostiquées avec une IST. Il est également proposé aux personnes diagnostiquées avec une IST de redistribuer un kit d'ADVIH à leurs partenaires sexuel·le·s (distribution secondaire).

Sur la base d'une enquête qualitative menée auprès des professionnel·le·s de santé et d'usager·ère·s des services de prise en charge des IST [1] et de données programmatiques, cette note présente les principaux résultats du projet. Des recommandations sont également formulées en direction des acteur·rice·s impliqué·e·s dans la prévention et la prise en charge des IST et du VIH au Mali.



© JC Frisque / Solthis



### Messages clés

- Il existe une bonne perception de l'ADVIH chez les professionnel·le·s de santé et une bonne acceptabilité chez les patient·e·s atteint·e·s d'une IST et leurs partenaires.
- L'ADVIH favorise le dépistage des partenaires, en particulier masculins, qui refusent un dépistage en centre de santé.
- Lorsque la proposition de l'autotest est systématisée au cours des consultations, que le circuit des patients est bien défini avec une délégation des tâches, la dispensation est plus efficace.
- L'ADVIH ne peut, seul, résoudre les barrières organisationnelles ou socio-culturelles d'accès au dépistage du VIH auprès des usager·ère·s des services de santé sexuelle.



## Principaux résultats

### Une alternative acceptable, efficace et complémentaire au dépistage classique...

Les professionnel·le·s de santé et les patient·e·s ont une attitude favorable vis-à-vis de l'ADVIH car (i) il répond aux besoins de certain·e·s patient·e·s en matière de préférence sur le choix du moment et du lieu de la réalisation du test et (ii) il permet aux partenaires d'éviter d'avoir à se rendre physiquement au centre de santé.

«*Bien au contraire, ça nous facilite le travail, parce qu'avant on était coincé dans le dépistage. (...) On peut leur remettre un test oral via leurs partenaires mais nous, on s'est rendu compte que le test oral peut nous aider même pour les patients qui sont devant nous. (...) Lorsqu'on a en face de nous un patient qui résiste, qui ne veut pas se faire dépister sur place (...). Mais quand vous répondez à ses attentes, "je suis pressé, laissez-moi du temps", le test oral lui est proposé, ça répond à ses attentes vous voyez.*»  
Entretien avec un médecin



### ... mais l'ADVIH ne peut à lui seul lever les freins à l'offre et la demande de dépistage dans les services de prise en charge des IST

- Au niveau des professionnel·le·s de santé, le manque de temps pour proposer l'ADVIH est cité comme le principal frein au dépistage des patient·e·s diagnostiqué·e·s avec une IST.
- Au niveau des usager·ère·s, la proposition de l'ADVIH au partenaire n'est pas toujours facile. Ces difficultés associées à la notification aux partenaires (démarche visant à informer ses partenaires suite à un diagnostic de VIH/IST) sont loin d'être spécifiques à l'ADVIH.
- Les obstacles liés au manque de temps et à la charge de travail des professionne·le·s de santé pourraient être réduits à travers :
  - la délégation des tâches ;
  - la diffusion de messages de sensibilisation et du mode d'utilisation de l'ADVIH (par vidéo) en salle d'attente. Ceci pourrait simplifier le conseil pré-test et faciliter la proposition (voire la dispensation) des ADVIH en dehors du cadre des consultations médicales.



## Recommandations

### Aux autorités sanitaires :

1. Intégrer le dépistage du VIH comme une étape de l'algorithme de prise en charge des personnes diagnostiquées avec une IST.

### Aux gestionnaires des services et aux professionnel·le·s de santé :

2. Proposer systématiquement le dépistage du VIH (dont l'ADVIH) aux personnes nouvellement diagnostiquées avec une IST et à leurs partenaires sexuel·le·s.

3. Simplifier le circuit du/de la patient·e et intégrer la délégation des tâches (par ex. agents de santé communautaires, travailleur·euse·s sociaux·ales, etc.) afin de minimiser l'impact de la dispensation de l'ADVIH sur la charge de travail des professionnel·le·s de santé.

3. Promouvoir le dépistage du VIH (en général et de l'ADVIH en particulier) lors du temps d'attente des usager·ère·s avant la consultation permettra de faciliter la dispensation et de raccourcir la durée du conseil en face à face.

4. Renforcer les services d'accompagnement à la notification aux partenaires.



## En savoir plus

[1] Plus de détails sur le projet ATLAS et les résultats de recherche : <https://atlas.solthis.org>



**3 000**  
autotests dispensés  
par ATLAS  
au Sénégal au sein  
des consultations IST



## Renforcer l'intégration de l'autodépistage du VIH dans les services de prise en charge des IST au Sénégal

Au Sénégal, depuis 2019, le projet ATLAS [1] accompagne l'introduction et la mise à l'échelle de l'autodépistage du VIH (ADVIH) comme une stratégie complémentaire à l'offre existante au sein des services de prise en charge des infections sexuellement transmissibles (IST). L'expérience d'ATLAS a permis d'observer que l'ADVIH peut augmenter la couverture du dépistage chez les usager·ère·s des services IST et d'atteindre leurs partenaires. Cette note propose plusieurs recommandations visant à améliorer l'intégration de l'ADVIH dans les services de prise en charge des IST au Sénégal.

### Contexte

Les approches visant les nouvelles personnes diagnostiquées d'une IST ont montré leur efficacité pour conduire à de nouveaux diagnostics VIH. Toutefois, la proposition du dépistage du VIH dans les services IST (plus généralement dans l'offre de santé sexuelle) reste insuffisante en Afrique de l'Ouest et du Centre.

Le projet ATLAS, en collaboration avec la Cellule Sectorielle de Lutte contre le Sida, a accompagné le déploiement de l'ADVIH dans 35 structures de prise en charge d'IST au Sénégal. L'ADVIH est proposé comme une offre alternative et complémentaire au dépistage classique du VIH auprès des personnes diagnostiquées avec une IST. Il est également proposé aux personnes diagnostiquées avec une IST de redistribuer un kit d'ADVIH à leurs partenaires sexuel·le·s (distribution secondaire).

Sur la base d'une enquête qualitative menée auprès des professionnel·le·s de santé et d'usager·ère·s des services de prise en charge des IST [1] et de données programmatiques, cette note présente les principaux résultats du projet. Des recommandations sont également formulées en direction des acteur·rice·s impliqué·e·s dans la prévention et la prise en charge des IST et du VIH au Sénégal.



© JC Frisque / Solthis



### Messages clés

- Il existe une bonne perception de l'ADVIH chez les professionnel·le·s de santé et une bonne acceptabilité chez les patient·e·s atteint·e·s d'une IST et leurs partenaires.
- L'ADVIH favorise le dépistage des partenaires, en particulier masculins, qui refusent un dépistage en centre de santé.
- Lorsque la proposition de l'autotest est systématisée au cours des consultations, que le circuit des patients est bien défini avec une délégation des tâches, la dispensation est plus efficace.
- L'ADVIH ne peut, seul, résoudre les barrières organisationnelles ou socio-culturelles d'accès au dépistage du VIH auprès des usager·ère·s des services de santé sexuelle.





## Principaux résultats

### Une alternative acceptable, efficace et complémentaire au dépistage classique...

Les professionnel-le-s de santé et les patient-e-s ont une attitude favorable vis-à-vis de l'ADVIH car (i) il répond aux besoins de certain-e-s patient-e-s en matière de préférence sur le choix du moment et du lieu de la réalisation du test et (ii) il permet aux partenaires d'éviter d'avoir à se rendre physiquement au centre de santé.

«*Bien au contraire, ça nous facilite le travail, parce qu'avant on était coincé dans le dépistage. (...) On peut leur remettre un test oral via leurs partenaires mais nous, on s'est rendu compte que le test oral peut nous aider même pour les patients qui sont devant nous. (...) Lorsqu'on a en face de nous un patient qui résiste, qui ne veut pas se faire dépister sur place (...). Mais quand vous répondez à ses attentes, "je suis pressé, laissez-moi du temps", le test oral lui est proposé, ça répond à ses attentes vous voyez.*»  
Entretien avec un médecin



### ... mais l'ADVIH ne peut à lui seul lever les freins à l'offre et la demande de dépistage dans les services de prise en charge des IST

- Au niveau des professionnel-le-s de santé, le manque de temps pour proposer l'ADVIH est cité comme le principal frein au dépistage des patient-e-s diagnostiqué-e-s avec une IST.
- Au niveau des usager-ère-s, la proposition de l'ADVIH au partenaire n'est pas toujours facile. Ces difficultés associées à la notification aux partenaires (démarche visant à informer ses partenaires suite à un diagnostic de VIH/IST) sont loin d'être spécifiques à l'ADVIH.

- Les obstacles liés au manque de temps et à la charge de travail des professionnel-le-s de santé pourraient être réduits à travers :
  - la délégation des tâches ;
  - la diffusion de messages de sensibilisation et du mode d'utilisation de l'ADVIH (par vidéo) en salle d'attente. Ceci pourrait simplifier le conseil pré-test et faciliter la proposition (voire la dispensation) des ADVIH en dehors du cadre des consultations médicales.



## Recommandations

1. Poursuivre la formation des professionnel-le-s de santé non médicaux à l'utilisation de l'ADVIH (par exemple médiateur-riche, aide infirmier-ère) afin de faciliter la délégation des tâches pour la promotion et la dispensation de l'ADVIH.
2. Promouvoir le dépistage du VIH (en général et de l'ADVIH en particulier) lors du temps d'attente des usager-ère-s avant la consultation. Cela permettra de faciliter la dispensation et raccourcir la durée du conseil en face à face.
3. Renforcer les services d'accompagnement à la notification aux partenaires.



© JC Frisque / Solthis



## En savoir plus

[1] Plus de détails sur le projet ATLAS et les résultats de recherche : <https://atlas.solthis.org>

## Composition de l'équipe ATLAS

<b>Coordination scientifique</b>	
Larmarange Joseph	Centre Population et Développement, Institut de Recherche pour le Développement, Université de Paris, Inserm, Paris, France
<b>Équipe recherche ATLAS</b>	
Amani Elvis Georges	Programme PACCI, ANRS Research Site, Treichville University Hospital, Abidjan, Côte d'Ivoire.
Badiane Kéba	Solthis, Sénégal
Bayac Céline	Solthis, France
Bekelynck Anne	Programme PACCI, ANRS Research Site, Treichville University Hospital, Abidjan, Côte d'Ivoire
Boily Marie-Claude	Medical Research Council Centre for Global Infectious Disease Analysis, Department of Infectious Disease Epidemiology, Imperial College London, London, United Kingdom
Boye Sokhna	Centre Population et Développement, Institut de Recherche pour le Développement, Université de Paris, Inserm, Paris, France
Breton Guillaume	Solthis, Paris, France
d'Elbée Marc	Department of Global Health and Development, Faculty of Public Health and Policy, London School of Hygiene and Tropical Medicine, London, UK
Desclaux Alice	Institut de Recherche pour le Développement, Transvihmi (UMI 233 IRD, 1175 INSERM, Montpellier University), Montpellier, France/CRCF, Dakar, Sénégal
Desgrées du Loû Annabel	Centre Population et Développement, Institut de Recherche pour le Développement, Université de Paris, Inserm, Paris, France
Diop Papa Moussa	Solthis, Sénégal
Doumenc-Aïdara Clémence	Solthis, Dakar, Sénégal
Ehui Eboi	Directeur Coordonnateur, PNLs
Graham Medley	Department of Global Health and Development, Faculty of Public Health and Policy, London School of Hygiene and Tropical Medicine, London, UK
Jean Kévin	Laboratoire MESuRS, Conservatoire National des Arts et Métiers, Paris, France
Keita Abdelaye	Institut National de Recherche en Santé Publique, Bamako, Mali
Kouadio Brou Alexis	Assistant de recherche, Côte d'Ivoire
Kouassi Kra Arsène	Centre Population et Développement, Institut de Recherche pour le Développement, Université de Paris, Inserm, Paris, France
Ky-Zerbo Odette	TransVIHMI, IRD, Université de Montpellier, INSERM
Larmarange Joseph	Centre Population et Développement, Institut de Recherche pour le Développement, Université de Paris, Inserm, Paris, France
Maheu-Giroux Mathieu	Department of Epidemiology, Biostatistics, and Occupational Health, School of Population and Global Health, McGill University, Montréal, QC, H3A 1A2, Canada

Medley Graham	Department of Global Health and Development, Faculty of Public Health and Policy, London School of Hygiene and Tropical Medicine, London, UK
Moh Raoul	Programme PACCI, ANRS Research Site, Treichville University Hospital, Abidjan, Côte d'Ivoire. Department of Infectious and Tropical Diseases, Treichville University Teaching Hospital, Abidjan, Côte d'Ivoire. Medical School, University Felix Houphouet Boigny, Abidjan, Côte d'Ivoire
Ndour Cheikh Tidiane	Division de Lutte contre le Sida et les IST, Ministère de la Santé et de l'Action Sociale Institut d'Hygiène Sociale, Dakar, Sénégal
Pourette Dolorès	Centre Population et Développement, Institut de Recherche pour le Développement, Université de Paris, Inserm, Paris, France
Rouveau Nicolas	Centre Population et Développement, Institut de Recherche pour le Développement, Université de Paris, Inserm, Paris, France
Silhol Romain	Medical Research Council Centre for Global Infectious Disease Analysis, Department of Infectious Disease Epidemiology, Imperial College London, London, United Kingdom
Simo Fotso Arlette	Centre Population et Développement, Institut de Recherche pour le Développement, Université de Paris, Inserm, Paris, France
Terris-Prestholt Fern	Department of Global Health and Development, Faculty of Public Health and Policy, London School of Hygiene and Tropical Medicine, London, UK
Traore Métogara Mohamed	Solthis, Côte d'Ivoire
Vautier Anthony	Solthis, Dakar, Sénégal
<b>Équipe de coordination Solthis</b>	
Diallo Sanata	Solthis, Dakar, Sénégal
Gueye Papa Alioune	Solthis, Dakar, Sénégal
Geoffroy Olivier	Solthis, Abidjan, Côte d'Ivoire
Kabemba Odé Kanku	Solthis, Bamako, Mali
<b>Implémentation en Côte d'Ivoire</b>	
Abokon Armand	Fondation Ariel Glaser, Côte d'Ivoire
Anoma Camille	Espace Confiance, Côte d'Ivoire
Diokouri Annie	Fondation Ariel Glaser, Côte d'Ivoire
Kouame Blaise	Service Dépistage, PNLS
Kouakou Venance	Heartland Alliance, Côte d'Ivoire
Koffi Odette	Aprosam, Côte d'Ivoire
Kpolo Alain-Michel	Ruban Rouge, Côte d'Ivoire
Tety Josiane	Blety, Côte d'Ivoire
Traore Yacouba	ORASUR, Côte d'Ivoire
<b>Implémentation au Mali</b>	
Bagendabanga Jules	FHI 360, Mali
Berthé Djelika	PSI, Mali
Diakite Daouda	Secrétariat Exécutif du Haut Conseil National de Lutte contre le Sida, Mali

Diakité Mahamadou	Danayaso, Mali
Diallo Youssouf	CSLS/MSHP
Daouda Minta	Comité scientifique VIH
Hessou Septime	Plan Mali
Kanambaye Saidou	PSI, Mali
Kanoute Abdul Karim	Plan Mali
Keita Dembele Bintou	Arcad-Sida, Mali
Koné Dramane	Secrétariat Exécutif du Haut Conseil National de Lutte contre le Sida, Mali
Koné Mariam	AKS, Mali
Maiga Almoustapha	Comité scientifique VIH
Nouhoum Telly	CSLS/MSHP
Sanogo Abdoulaye	Amprode Sahel, Mali
Saran Keita Aminata	Soutoura, Mali
Sidibé Fadiala	Soutoura, Mali
Tall Madani	FHI 360, Mali
Yattassaye Camara Adam	Arcad-Sida, Mali
<b>Implémentation au Sénégal</b>	
Bâ Idrissa	CEPIAD, Sénégal
Diallo Papa Amadou Niang	CNLS, Sénégal
Fall Fatou	DLSI, Ministère de la Santé et de l'action sociale, Sénégal
Guèye NDèye Fatou NGom	CTA, Sénégal
Ndiaye Sidy Mokhtar	Enda Santé, Sénégal
Niang Alassane Moussa	DLSI, Ministère de la Santé et de l'action sociale, Sénégal
Samba Oumar	CEPIAD, Sénégal
Thiam Safiatou	CNLS, Sénégal
Turpin Nguissali M.E.	Enda Santé, Sénégal
<b>Partenaires</b>	
Bouaré Seydou	Assistant de recherche, Mali
Camara Cheick Sidi	Assistant de recherche, Mali
Eponon Ehua Agnes	Assistante de recherche, Sénégal
Kouvahe Amélé	Stagiaire IRD
Montaufray Marie-Anne	Stagiaire IRD
Mosso Rosine	ENSEA Ecole Nationale de Statistiques et d'Economie Appliquée, Abidjan, Côte d'Ivoire
Ndeye Pauline Dama	Chargée de l'enquête coupons, Sénégal
Sarrassat Sophie	Centre for Maternal, Adolescent, Reproductive and Child Health, London School of Hygiene and Tropical Medicine, London, UK
Sow Souleymane	Assistant de recherche, Sénégal