

Faculté de santé publique

IMPLÉMENTATION DES AUTOTESTS VIH EN AFRIQUE SUBSAHARIENNE : EXPÉRIENCE DU PROJET ATLAS DANS LE DISTRICT DE BAMAKO au Mali

Mémoire réalisé par
SAHAROU DOUCOURE

Promoteur·rice(s)
Pr Marie DAUVRIN
Mr Trésors KOUADIO

Année académique 2023-2024
Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

REMERCIEMENTS

Je tiens à exprimer ma profonde gratitude à Dieu, source de toute sagesse et de toute force, pour m'avoir guidé et soutenu tout au long de ce voyage académique.

Je remercie Dieu pour m'avoir donné la clarté d'esprit, la détermination et la persévérance nécessaires pour achever ce travail. Je suis passé par des moments difficiles mais en lui j'ai pu tirer mes ressources. Je lui suis reconnaissant pour les ressources intellectuelles et spirituelles mises à ma disposition, ainsi que pour la guidance qu'il a fournie tout au long de ce parcours.

Je reconnais que sans la bénédiction divine, ce mémoire ne serait pas possible.

Que toute la gloire et la louange reviennent à Dieu.

A l'Université Catholique de Louvain (la Faculté de Santé Publique)

Merci de m'avoir accepté au sein de l'Université, merci pour cet accueil à travers son service de logement et son service d'aide, merci pour cet encadrement. Toutes mes attentes ont été comblées. Je remercie tout particulièrement le corps professoral de la faculté de santé publique pour son enseignement de qualité, sa patience envers un étudiant venant d'un contexte différent et pour tous ces échanges.

Au Pr. Marie DAUVRIN

Je tiens à exprimer ma sincère gratitude envers vous d'avoir accepté de diriger mon mémoire.

La confiance que vous avez placée en moi en acceptant de superviser mon mémoire a été une source d'inspiration majeure.

Votre disponibilité pour répondre à mes questions, discuter de mes idées et fournir des orientations précieuses ont été inestimables. Vous avez su créer un environnement de travail favorable à l'apprentissage et à la croissance intellectuelle.

Je suis reconnaissant d'avoir eu l'opportunité de travailler sous votre direction bienveillante, qui m'a permis de développer mes compétences en recherche et d'acquérir une compréhension plus profonde du sujet.

Ce mémoire est le fruit de votre confiance et de votre mentorat, et je tiens à vous remercier sincèrement pour votre précieuse contribution à cette réalisation académique.

A Mr. Trésors KOUADIO

Je vous exprime ma profonde reconnaissance, pour votre rôle essentiel dans la réalisation de ce mémoire. Vos contributions ont été inestimables et ont grandement enrichi ce projet.

Merci pour votre expertise complémentaire qui a renforcé la qualité de ce travail. Vos précieux commentaires, votre patience et vos conseils avisés ont contribué à façonner ce mémoire.

Je tiens à souligner la collaboration harmonieuse entre Pr Marie Dauvrin et vous, chose qui a créé un environnement de travail propice à la réussite de ce projet. Votre engagement conjoint a été un atout majeur.

Je suis reconnaissant pour le temps et l'effort déployés pour m'orienter, répondre à mes questions et m'encourager tout au long de ce parcours académique.

Ce mémoire est le fruit d'une collaboration fructueuse et d'un mentorat exceptionnel, et je tiens à vous remercier chaleureusement pour votre contribution précieuse à cette réalisation.

ENFIN.

A toi Emilie GERARD

Je tiens à t'exprimer ma profonde gratitude pour avoir été une source de soutien inestimable tout au long de mon parcours académique, en particulier lors de la réalisation de ce mémoire. Ta présence, ton encouragement et ton amitié ont été des piliers sur lesquels je me suis appuyé. Tu as été là pour m'écouter lorsque j'avais besoin de partager mes préoccupations, m'encourager lorsque je doutais de moi et célébrer avec moi lorsque j'ai atteint des étapes importantes. Ta patience, ton soutien inconditionnel et ton enthousiasme ont fait de cette aventure une expérience plus agréable et enrichissante.

Ton amitié a été un véritable trésor, et je suis reconnaissant d'avoir une personne aussi extraordinaire dans ma vie. Ton soutien a joué un rôle essentiel dans ma réussite, et je ne saurais assez te remercier pour tout ce que tu as fait.

Ce mémoire est le résultat de beaucoup de travail et d'efforts, mais il est également marqué par le soutien et l'amitié qui m'ont entouré tout au long de cette aventure. Merci du fond du cœur pour tout ce que tu as apporté à cette réalisation.

Avec toute ma gratitude et mon amitié.

A Mme Yassa SACKO

Je tiens à te dire merci pour tout ce que tu as fait pour moi.

Mes chers amis Ibrahima, Prisca, Selim, Philippe et Monica

Je tiens à exprimer ma profonde reconnaissance pour votre précieuse présence et votre soutien tout au long de mon parcours de master. Votre participation, vos encouragements et vos sourires ont été des sources d'inspiration constantes.

Votre présence à mes côtés, que ce soit lors de moments de réussite ou de défis, a rendu ce voyage académique plus significatif et m'a donné la force de persévérer. Votre amitié a été un pilier sur lequel j'ai pu m'appuyer.

Mon parcours de master a été une expérience enrichissante, en grande partie grâce à votre soutien indéfectible. Je suis reconnaissant d'avoir des amis et des proches aussi merveilleux.

Le plagiat

Je déclare sur l'honneur que ce mémoire a été écrit de ma plume, sans avoir sollicité d'aide extérieure illicite, qu'il n'est pas la reprise d'un travail présenté dans une autre institution pour évaluation, et qu'il n'a jamais été publié, en tout ou en partie.

Toutes les informations (idées, phrases, graphes, cartes, tableaux, ...) empruntées ou faisant référence à des sources primaires ou secondaires sont référencées adéquatement selon la méthode universitaire en vigueur. Je déclare avoir pris connaissance et adhéré au Code de déontologie pour les étudiants·e·s en matière d'emprunts, de citations et d'exploitation de sources diverses et savoir que le plagiat constitue une faute grave sanctionnée par l'Université Catholique de Louvain.

Table des matières

INTRODUCTION	12
I. Cadre théorique	15
1. VIH	15
2. La Stratégie de Prévention Combinée du VIH	15
3. Le cadre mondial de la prévention du VIH/SIDA.....	17
4. Épidémiologie du VIH au Mali	18
5. Le Projet Atlas (Autotest VIH : libre d'accéder à la connaissance de son statut sérologique).....	20
6. l'ADVIH comme nouvelle stratégie de dépistage	22
7. Contenu de la trousse d'autotest de dépistage du VIH (ADVIH)	25
8. Précautions à prendre avant l'utilisation de l'ADVIH	27
II. Question de recherche et objectifs	30
III. Méthodes	31
1. Type et Période d'étude	31
2. Population d'étude et stratégie mis en place pour la dispensation des tests	31
3. Dispensation des kits d'auto-dépistage du VIH.....	32
4. Présentation des Canaux de dispensation et stratégies pour atteindre les populations cibles	32
5. Collecte des données	35
6. Analyses statistiques.....	36
7. Considérations éthiques et réglementaires :	36
IV. Résultats	37
1. ADVIH Dispensé par canal et par année :	37
2. Dispensation dans le Canal Index (partenaire des PVVIH)	37
3. Dispensation dans le canal IST :	38
4. Dispensation dans le canal TDS	39
5. Dispensation dans le canal HSH.....	40
6. Enquête de satisfactions des prestataires et usagers :	40
V. Discussion	43
VI. Conclusion	49
Références Bibliographiques	50

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : prévision de la distribution par canal et par année

Tableau 2 : répartition des ADVIH distribués durant le projet

Liste des graphiques

Graph.1 : Situation de la prévalence VIH au Mali 2001-2012 (*enquête démographique et de santé du Mali 2001, 2006 et 2012/2013*).

Graph.2 : Prévalence du VIH par sexe et par âge

Graph.3 : principaux jalons chronologiques de l'introduction des ADVIH

Graph.4 : Tendance de la distribution des ADVIH dans le canal index par sexe et par tranche d'âge

Graph.5 : Tendance de la distribution des ADVIH dans le canal IST par sexe et par tranche d'âge

Graph.6 : Tendance de la distribution des ADVIH dans le canal TDS par Stratégie et par tranche d'âge

Graph.7 : Tendance de la distribution des ADVIH dans le canal HSS par Stratégie et par tranche d'âge

LISTE DES ABRÉVIATIONS

Abréviations	Significations
ADVIH	Auto-dépistage du VIH
AES	Accident d'exposition au sang
AIDS	acquired immune deficiency syndrome.
ARCAD	Association pour la recherche, la communication et l'accompagnement à domicile
ARV	Antirétroviral
ATLAS	Autotest VIH libre d'accéder à la connaissance de son statut
CEPED	Centre Population et Développement
CSLS-TBH	Cellule Sectorielle de Lutte contre le Sida – Tuberculose- Hépatites
DHIS2	District Health Information Système 2
EDSM	Enquête démographique et de santé Mali
HSB	Homme ayant un rapport sexuel avec d'autres hommes
IBBS	Enquête bio comportementale intégrée
INSPQ	Institut National de Santé Publique Du Québec
IRD	Institut de recherche pour le développement
ISBS	Etude Comportementale et Séroprévalence du VIH
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
OSC	Organisation de la société civile
PEP	Prophylaxie post-exposition
PrEP	Prophylaxie pré-exposition
PPM	Pharmacie populaire du Mali
PTME	Prevention de la Transmission Mère Enfant
PVVIH	Personnes vivant avec le VIH
PS	Professionnels du sexe
TDR	Test de diagnostic rapide
TDS	Travailleuse du sexe
UDI	Utilisateur de drogues injectables
VHB	Virus de l'hépatite B
VHC	Virus de l'hépatite C
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

INTRODUCTION

Malgré des efforts considérables depuis sa découverte, l'infection par le VIH demeure un problème de santé publique majeur. Selon les données de l'ONUSIDA, en 2021, environ 38,4 millions de personnes vivaient avec le VIH, parmi lesquelles 1,5 million de nouvelles infections ont été recensées. En 2021, on estime que seulement 85 % de toutes les personnes séropositives au VIH connaissaient leur statut sérologique (1). Pour véritablement influencer sur la chaîne de transmission du virus, il est impératif que toutes les personnes séropositives connaissent leur statut, aient accès au traitement, et maintiennent une charge virale indétectable.

En 2021, les populations clés, y compris les travailleuses du sexe (TDS), leurs clients, les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HSH), les usagers de drogues injectables ont été responsables de 70 % de toutes les nouvelles infections au VIH, dont 51 % étaient recensées en Afrique subsaharienne (1). Les femmes travailleuses du sexe encourrent un risque 30 fois plus élevé de contracter le VIH par rapport à d'autres femmes, tandis que ce risque est 28 fois plus élevé chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HSH) par rapport aux hommes hétérosexuels (1).

« L'Afrique subsaharienne est la région du monde la plus touchée par l'épidémie de VIH. La région de l'Afrique de l'Ouest et du Centre, qui comprend 25 pays, abrite 7 % de la population mondiale et 17 % (6,1 millions) de toutes les personnes infectées par le VIH (PVVIH) dans le monde » (2).

En 2016, l'ONUSIDA a pris un engagement visant à mettre un terme à l'épidémie du VIH d'ici 2020 en introduisant les objectifs 90-90-90, qui se résument ainsi : 90 % des individus séropositifs connaissent leur statut sérologique, 90 % de ceux qui sont dépistés comme étant infectés par le VIH entament un traitement antirétroviral à long terme, et 90 % des personnes sous traitement antirétroviral maintiennent une charge virale indétectable (3).

La cascade 90-90-90 nous indiquait, qu'en Afrique de l'ouest, 68% des personnes séropositives connaissaient leur statut sérologique, 58% avaient accès à un traitement antirétroviral (ARV) et seulement 45% vivaient avec une suppression virale (4).

Pour répondre au défi de réaliser le premier objectif des 90 % d'ici 2030, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) préconise depuis 2016 l'intégration de l'auto-dépistage du VIH (ADVIH) dans les stratégies nationales. Cette recommandation repose sur la conviction que l'ADVIH représente une approche complémentaire, discrète, largement acceptée, et favorisant l'autonomisation des individus (58).

Au Mali en 2012-2013 (avec une population de 14 528 662, recensement de 2009), la prévalence du VIH chez les adultes âgés de 15 à 49 ans était de 1.1% selon l'enquête démographique et de santé du Mali (5) avec un score 90- 90-90 de 57% - 79% - 26% (6).

Ce chiffre cache des disparités entre les zones géographiques (5). Aussi l'épidémie du VIH au Mali est largement concentrée parmi les populations clés qui ont besoin de services appropriés 24,2% pour les TDS (56), 13,7% pour les HSH (55) et 5,1% pour les utilisateurs de drogue injectable UDI (57).

En 2017, moins de la moitié 43 % des personnes vivant avec le VIH et 48% des HSH connaissaient leur statut VIH selon l'enquête bio comportementale au Mali 2014-2015. Il a également conclu que près du tiers n'avait jamais fait l'objet d'un test de dépistage du VIH (8). Les partenaires des personnes vivant avec le VIH (PVVIH), ainsi que les Hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres Hommes (HSH) et les Travailleuses du Sexe (TDS), constituent une population insuffisamment desservie en ce qui concerne les services de prise en charge, notamment le dépistage et le suivi, malgré leur exposition significative au risque d'infection par le VIH (9). Au Mali, on estime que seulement 42 % des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) ont partagé leur statut sérologique VIH avec leurs partenaires, ce qui démontre un taux relativement faible de divulgation du statut VIH aux partenaires (10).

Par conséquent, l'autotest de dépistage du VIH constitue une innovation qui renforce l'autonomie des individus, augmente le nombre de diagnostics positifs pour le VIH, et contribue à atteindre le premier objectif des 90-90-90.

Promouvoir l'utilisation de l'ADVIH incite les individus à se faire dépister pour la première fois, facilite le diagnostic des personnes séropositives non diagnostiquées, et encourage les individus constamment exposés au risque (qui devraient se faire dépister régulièrement). Cette approche a déjà été mise en œuvre dans de nombreux pays, en particulier en Afrique australe, grâce à des programmes tels que STAR financés par UNITAID (9).

Sous la coordination de Solthis, le projet ATLAS (Autotest VIH : libre d'accéder à la connaissance de son statut) avait pour objectif principal de faciliter l'accès au dépistage du VIH pour les populations clés, plus exposées aux risques d'infection. En outre, il visait à contribuer à la réduction de la morbidité et de la mortalité associées au VIH/sida en améliorant l'accessibilité au dépistage du VIH et en renforçant le lien vers les soins pour les personnes testées positives (11).

Atlas au Mali a mis en place 4 canaux pour rendre accessibles les autotests du VIH (le canal index pour les partenaires des personnes vivant avec le VIH, le canal IST, le canal HSH et le canal TDS).

Dans ce travail, nous visons à évaluer la distribution des autotests à travers les différents canaux. Nous allons l'aborder en fonction de 4 parties. Une première partie décrira la problématique du VIH, le projet Atlas et les ADVIH. Une deuxième partie traitera de la méthodologie pour la mise en œuvre du Projet Atlas (introduction des tests, distribution et collecte des données). Une troisième partie présentera les résultats pour répondre aux objectifs. Une quatrième partie qui ébauche la discussion entre les résultats et la littérature pour aboutir à une conclusion.

I. Cadre théorique

1. VIH

Le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) est un rétrovirus qui cible les cellules du système immunitaire, en particulier les lymphocytes T CD4, en les détruisant ou en les rendant non fonctionnelles (12). Au cours des trente-cinq dernières années, l'infection par le VIH est devenue une pandémie touchant des millions de personnes, dont plus de 70 % vivent en Afrique subsaharienne (12).

La transmission du VIH survient principalement lorsque le virus est transféré d'une personne infectée à une personne non infectée, et cela dépend de certaines conditions spécifiques (13). Il existe un risque de transmission lorsque les fluides corporels d'une personne infectée contiennent une quantité suffisamment élevée de virus pour être infectieux et qu'ils trouvent un point d'entrée, tel que les muqueuses, des lésions cutanées telles que des plaies ou des coupures, ou la voie sanguine, entre autres. Les fluides corporels potentiellement infectieux d'une personne atteinte par le VIH comprennent le sang, les sécrétions sexuelles (sperme, liquide séminal, sécrétions vaginales et anales), ainsi que le lait maternel.

Cependant que la salive, la sueur, les larmes et l'urine ne sont pas des fluides infectieux. Les trois seuls modes de transmission du VIH sont les suivants :

- La transmission sexuelle (rapports sexuels non protégés) ;
- La transmission sanguine (exposition au sang d'un individu séropositif) ;
- La transmission de la mère à l'enfant, pendant la grossesse, l'accouchement ou l'allaitement au sein.

2. La Stratégie de Prévention Combinée du VIH

La prévention du VIH auparavant était axée sur l'abstinence, l'utilisation du préservatif et la fidélité jusqu'en 2015 où l'ONUSIDA (64) a demandé d'accélérer la prévention combinée du VIH, stratégie d'intervention contre le VIH qui a démontré son efficacité (20) par ses multiples modes d'action, son adaptabilité aux besoins individuels, la réduction des barrières (visant à surmonter les barrières individuelles, culturelles, sociales et économiques qui pourraient limiter l'accès ou l'adhérence à une seule méthode préventive). Des études et des essais cliniques ont montré l'efficacité de la prévention combinée dans la réduction des taux d'infection au VIH dans diverses populations à risque (15).

La prévention combinée est un ensemble de stratégies de prévention du VIH qui peuvent être mises ensemble pour augmenter leur impact (19). Il s'agit de la capacité à utiliser plusieurs stratégies de prévention en fonction de sa situation, de ses besoins, de ses habitudes ou de son

mode de vie (20). Cette approche combine des mesures comportementales et biocliniques, se basant essentiellement sur le trio Préservatif-Dépistage-Traitement.

- Le Préservatif

Premier outil de prévention au début de l'épidémie, il reste d'actualité et protège à la fois du VIH que des infections sexuellement transmissibles. On distingue le préservatif interne et externe. Il est conseillé de l'utiliser en combinaison avec un lubrifiant à base d'eau.

- Le Dépistage

Considéré comme le deuxième pilier, la connaissance de son statut sérologique offre plusieurs avantages :

** En cas de résultat négatif, il permet de renforcer les mesures de prévention.

**En cas de résultat positif, il autorise une initiation précoce du traitement, atteignant une charge virale indétectable (CVI) et interrompant ainsi la chaîne de transmission. Cela garantit également une espérance de vie et une qualité de vie équivalente à celles d'une personne séronégative. Du point de vue de la santé publique, cela contribue à réduire le nombre de nouvelles infections par le VIH, car une personne consciente de sa séropositivité adaptera ses pratiques pour prévenir la transmission du virus (20).

- le Traitement

Les ARV interviennent comme moyen de prévention :

- d'une part du fait de l'atteinte de la Charge Virale Indétectable et donc empêcher une transmission du virus ;
- d'autre part dans le cas du Traitement Post Exposition, administré dans les 72h après un risque afin d'éviter tout risque de contamination
- dans le Traitement Pré exposition ou les ARV pris avant un rapport sexuel protègent de tout risque de contamination du VIH
- dans le cadre de la PTME

D'autres mesures comportementales comme la circoncision masculine volontaire et les mesures de réductions de risques peuvent aussi être utilisées.

3. Le cadre mondial de la prévention du VIH/SIDA

En décembre 2013, la Coordination du Programme de l'ONUSIDA a suggéré de soutenir les efforts entrepris par les pays et les régions pour élaborer de nouveaux objectifs visant à étendre l'accès au traitement du VIH au-delà de 2015 (6).

En réponse à cette demande, des consultations impliquant une variété d'acteurs ont été organisées à l'échelle mondiale dans toutes les régions du monde. Ces consultations ont couvert divers sujets, notamment la société civile, les laboratoires médicaux, le traitement du VIH chez les enfants, les adolescents, et d'autres enjeux cruciaux. Actuellement, il existe un élan significatif en faveur d'une nouvelle approche du traitement du VIH, visant en fin de compte une cible à la fois ambitieuse et atteignable dont les objectifs 3x90 cités précédemment.

Pour atteindre les objectifs fixés, il est impératif que chaque individu accorde une importance à la connaissance de son statut sérologique VIH, ainsi que de celui de son partenaire. Les initiatives de dépistage et de prise en charge du VIH sont étendues pour garantir un accès généralisé au dépistage et améliorer la qualité de vie des personnes atteintes du VIH. Ces actions à fort impact sont susceptibles de diminuer la propagation du VIH, ainsi que ses répercussions sur la santé et la mortalité liée à cette maladie (14).

Ces quinze dernières années, les efforts de dépistage du VIH ont été intensifiés dans le monde. En 2005, seulement 10 % des personnes vivant avec le VIH en Afrique subsaharienne connaissaient leur sérologie VIH, dans le monde, seules 12 % des personnes désirant se faire dépister avaient réellement cette opportunité (1). Les données indiquent des avancées significatives dans l'avancée vers les objectifs 3x90 (3), car environ 70 % des personnes séropositives étaient conscientes de leur statut sérologique en 2016 (1). Ces réalisations ont été rendues possibles grâce à l'utilisation répandue de traitements antirétroviraux efficaces et à la large disponibilité de tests de diagnostic rapide (TDR) abordables. L'augmentation de la disponibilité et de l'utilisation des TDR a encouragé la délégation des tâches, permettant à des prestataires de soins non professionnels d'effectuer des dépistages dans divers contextes, que ce soit dans des établissements de santé pratiquant un dépistage systématique ou des services communautaires.

Malgré les efforts fournis, d'importantes lacunes persistent dans le domaine du dépistage. Près de 8 millions de personnes vivant avec le VIH ignoraient toujours leur statut sérologique en 2016(1). En Afrique de l'Ouest et du Centre, la prise de conscience du statut VIH parmi les personnes vivant avec le VIH augmente progressivement, mais le rythme de cette augmentation s'avère insuffisant pour atteindre l'objectif de 90 % d'ici 2020 (3). En 2017, seulement 48 % des

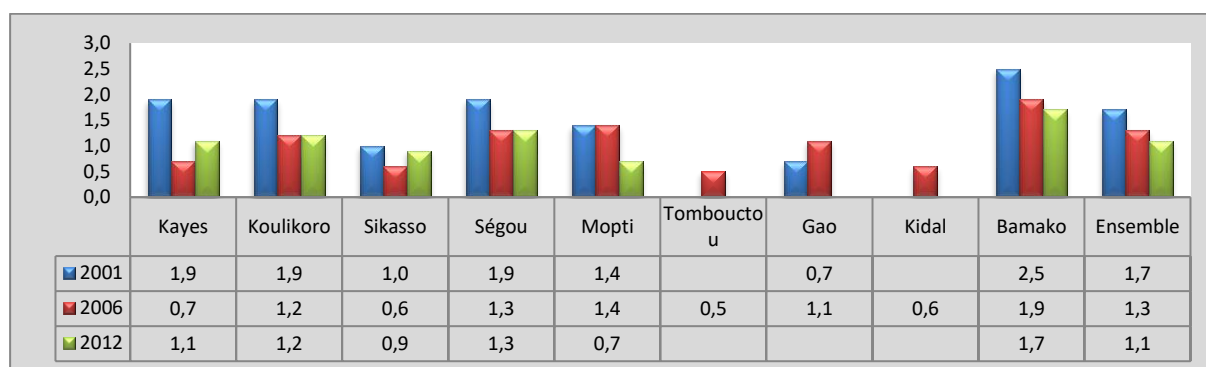
personnes séropositifs dans cette région connaissaient leur statut VIH. Ce chiffre est à comparer aux 38 % en 2015 et aux 43 % en 2016 parmi les personnes vivant avec le VIH dans la même région (1).

La promotion de l'autotest VIH contribue à la réalisation de ces objectifs mondiaux en encourageant divers groupes, y compris ceux qui se font dépister pour la première fois, les personnes porteuses du VIH non diagnostiquées et celles exposées de manière récurrente au risque d'infection. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a émis une recommandation officielle en faveur de l'intégration de l'autotest de dépistage du VIH en tant qu'approche complémentaire aux services de dépistage du VIH (14).

Cet outil a été mis en essai/introduit dans de nombreux pays à travers le monde, y compris en Europe, aux États-Unis, au Canada, en Afrique australe (grâce au programme STAR soutenu par UNITAID) (59), en Afrique de l'Est (notamment au Kenya et en Ouganda) (60), ainsi qu'en Asie, notamment au Vietnam.

4. Épidémiologie du VIH au Mali

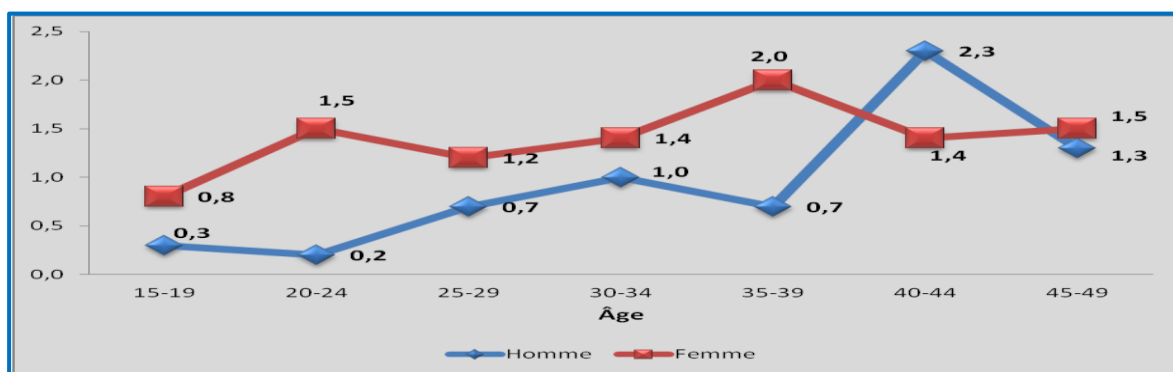
Selon les données de la dernière enquête démographique et de santé, la prévalence du VIH au sein de la population générale au Mali s'élève à 1,1 %, classant ainsi le Mali parmi les pays de l'Afrique subsaharienne présentant une faible prévalence du VIH (5). Il est important de noter une variation régionale significative de cette prévalence, allant de 1,7 % à Bamako à 0,7 % à Mopti, bien que des informations fassent défaut pour les zones en situation de conflit en 2012, telles que Tombouctou, Kidal et Gao (5). Le graphique ci-dessous illustre cette situation.



Graph.1 : Situation de la prévalence VIH au Mali 2001-2012 (*enquête démographique et de santé du Mali 2001, 2006 et 2012/2013*).

L'analyse des données montre également une disparité de l'épidémie selon l'âge et le sexe avec une séroprévalence nettement plus élevée chez les femmes que chez les hommes (exception faite de la tranche d'âge de 40-44 ans). Selon l'EDSM V, la prévalence chez les femmes de 15-

49 ans était estimée à 1,5% contre 1,3% chez les hommes du même groupe d'âges. Les données présentées dans le graphique ci-dessous confirment la féminisation de l'épidémie.



Graph.2 : Prévalence du VIH par sexe et par âge

On estime que le nombre total de travailleurs du sexe dans le pays se situe entre 35 903 et 49 128. Le plus grand nombre de TS est concentré dans la région de Bamako (moyenne = 7027), suivie de Sikasso (moyenne = 5819), Koulikoro (moyenne = 5437) et Ségou (moyenne = 5236). Le nombre estimé de HSH au Mali se situe entre 26 754 et 37 414 selon le mapping réalisé par Plan en 2015 (7).

- Dépistage des populations clés

Les populations clés désignent selon le Fonds mondial « des groupes fortement touchés par l'impact épidémiologique d'une maladie, ayant également un accès moindre aux services et appartenant à des populations criminalisées ou marginalisées » (22). L'ONUSIDA regroupe dans les « populations clés à plus forts risques » les usagers de drogues par voie intraveineuse (UDI), les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH), les professionnels(les) du sexe (PS) et leurs clients, ainsi que les prisonniers.

Au Mali, elles sont représentées par les HSH, les TS, les partenaires des PVVIH et les patients atteints d'IST et leurs partenaires (11). Elles représentent 28.35% de la population totale dépistée.

Les Travailleurs du Sexe (TDS) constituent 19,86 % des individus dépistés pour le VIH par le biais des organisations non gouvernementales (ONG) telles qu'AMPROD-Sahel, Soutoura, ASDP, ARCAD-Sida, DANAYA SO, CERKES PSI-Mali et MSI Mali. En revanche, les Hommes ayant des Rapports Sexuels avec d'Autres Hommes (HSH) ne représentent que 2,15 % des personnes dépistées, avec un dépistage réalisé par Soutoura et ARCAD SIDA.

Plusieurs facteurs font que les populations vulnérables à Bamako peuvent varier (le sexe, l'âge, la profession, et les comportements à risques). Selon les définitions du fonds mondial et de l'ONUSIDA, le Mali a retenu comme populations vulnérables :

Les Travailleuses du sexe :

« Une travailleuse du sexe est une personne de sexe féminin ou masculin qui échange des services sexuels contre de l'argent, des biens, des services ou une substance. Le terme couvre un large éventail de personnes, y compris les professionnelles du sexe, les travailleuses du sexe de rue, les travailleuses du sexe dans les maisons closes, les travailleuses du sexe à domicile, les escortes, les danseuses exotiques, les prostituées, les travailleuses du sexe migrantes, les travailleuses du sexe transgenres, et d'autres personnes qui sont engagées dans des activités sexuelles rémunérées de manière occasionnelle ou régulière » (61).

En raison de leur fréquente exposition à des partenaires sexuels multiples et de l'accès limité aux services de prévention et de soins, les travailleuses du sexe sont souvent perçues comme l'un des groupes les plus vulnérables au VIH (49).

Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) :

« Les Hommes ayant des Rapports Sexuels avec d'Autres Hommes (HSH) sont définis comme des hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes, indépendamment de leur statut marital ou relationnel, de leur orientation sexuelle ou de leur identité de genre. Le terme HSH englobe un large éventail de comportements sexuels entre hommes, englobant des hommes s'identifiant comme homosexuels, bisexuels, hétérosexuels ou autres » (62).

A Bamako, Les HSH sont fortement vulnérables au VIH en raison de la stigmatisation et de la discrimination qui limitent leur accès aux services de prévention et de soins (23).

Partenaires des Personnes vivant avec le VIH (PVVIH) :

Les partenaires des PVVIH sont très vulnérables au VIH surtout lorsque le partage du statut sérologique n'est pas effectif dans le couple, le partenaire infecté n'est pas suivi sous traitement ou à une mauvaise observance au traitement avec une charge virale détectable. Le partage du statut à Bamako reste encore un problème dont le système de santé est confronté avec comme raisons possibles la stigmatisation, la discrimination, le divorce etc...

5. Le Projet Atlas (Autotest VIH : libre d'accéder à la connaissance de son statut sérologique)

C'est un projet de lutte contre le VIH/Sida coordonné par Solthis (Solidarité thérapeutique et initiatives pour la santé) en collaboration avec l'IRD (Institut de Recherche pour le Développement). Il est réalisé en partenariat avec plus de 30 organisations et dispose d'un

budget global d'environ 15 millions de dollars, financé par Unitaid (une organisation internationale d'achats de médicaments), avec un soutien financier supplémentaire de l'Agence Française de Développement (AFD).

Le projet Atlas est actif dans trois pays, à savoir le Mali, le Sénégal et la Côte d'Ivoire, et opère dans 13 régions de ces pays. Dans ses projections, le projet visait à distribuer près de 400 000 kits d'ADVIH via plus de 200 sites de distribution sur une période s'étendant de mi-2018 à mi-2022, soit sur une durée de quatre ans (9).

Le projet Atlas vise à réduire la morbidité et la mortalité liées au VIH/Sida grâce à trois objectifs principaux, qui consistent à faciliter l'accès à l'autotest du VIH et à promouvoir le lien avec les soins de la manière suivante :

- Contribuer à l'introduction et à la mise en place à grande échelle de l'autotest du VIH.
- Diversifier les canaux de distribution afin d'atteindre les populations cibles du projet, tout en encourageant les tests de confirmation et l'accès aux traitements.
- Générer des données probantes sur les résultats et l'impact des interventions par le biais d'études scientifiques et promouvoir leur diffusion.

Pour la bonne marche du projet, il s'est greffé au système national de santé des différents pays en termes de stratégies d'intervention, de suivi-évaluation et d'approvisionnement en lien avec les programmes déjà sur place et en partenariat avec les acteurs clés.

Il a mis en place :

- Des lignes directrices dédiées ;
- Un système de suivi évaluation des activités ;
- La disponibilité des ressources adéquates pour :
 - ✓ La formation des agents ;
 - ✓ L'existence des supports adaptés ;
 - ✓ L'extension des stratégies de création de la demande.

Le projet Atlas a fourni aux prestataires un ensemble complet d'outils essentiels pour la distribution. Des supervisions conjointes sont menées en parallèle avec la distribution des tests, et des sessions de révision des stratégies sont organisées, en particulier pendant la période de la pandémie de Covid-19. Les prestataires chargés de la distribution bénéficient des formations régulières et d'outils de soutien adaptés aux besoins des bénéficiaires.

Le choix du projet Atlas a porté sur l'autotest Oraquick (Oraquick HIV Self-Test® de la société OraSure Technologies, LLC Bethlehem) qui étaient préqualifiés par l'OMS et validés par le pays.



https://pharmacie.medisur.fr/wp-content/uploads/2023/01/autotest-vih-gingival-oraquick-medisur_-contenu-scaled.jpg

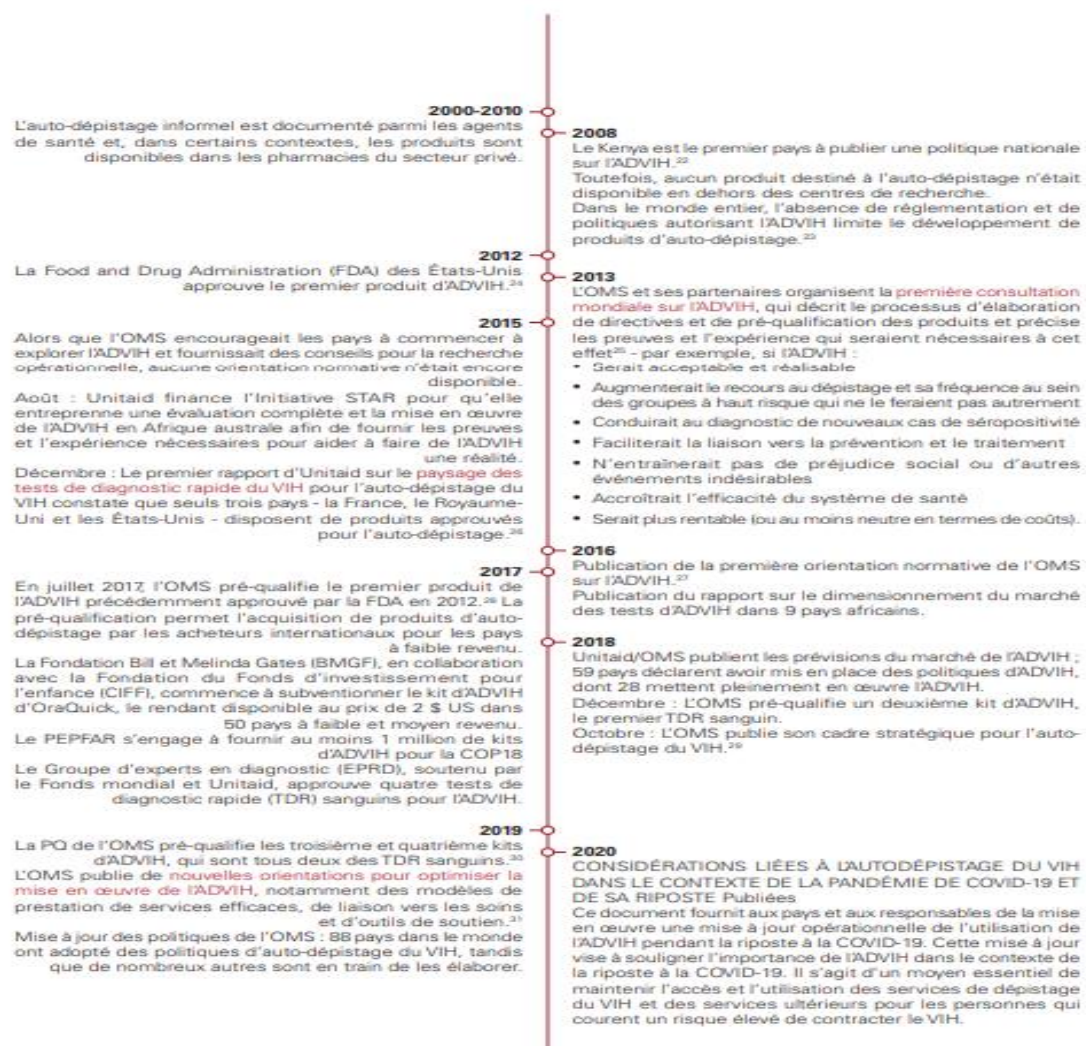
6. l'ADVIH comme nouvelle stratégie de dépistage

L'autotest VIH vient en complément des méthodes de dépistage traditionnelles, ce qui signifie qu'il peut toucher des populations qui, jusqu'à présent, n'avaient pas la possibilité de se faire dépister en raison de divers obstacles à l'accès aux soins de santé, tels que la discrimination, la stigmatisation, la distance géographique ou le coût (58).

Les ADVIH sont des tests de dépistage rapide de la 3e génération, pour lesquels la collecte des échantillons et l'interprétation des résultats sont auto-réalisées et ne nécessitent pas d'équipement spécifique en dehors de ce qui est fourni dans le kit. Ils peuvent être réalisés en utilisant soit du sang total (obtenu par une piqûre au bout du doigt), soit du fluide gingival (le liquide sécrété par le tissu conjonctif gingival) (24).

➤ Chronologie de l'ADVIH

La dynamique de mise en œuvre des ADVIH est très récente mais l'ADVIH en tant que méthode de dépistage est non récente. Ce tableau résume les principales étapes chronologiques qui l'ont introduit comme composante innovante dans les stratégies de dépistages efficaces (29).



Graph.3. : principaux jalons chronologiques de l'introduction des ADVIH

Le guide élaboré par l'OMS en 2016 met en lumière les éléments suivants, tirés des différentes expériences menées :

- Pour de nombreux utilisateurs, l'autotest VIH est apprécié pour sa discrétion et est largement accepté, en particulier parmi les populations clés, les hommes, les jeunes, les prestataires de soins, les femmes enceintes et leurs partenaires masculins, les couples et la population en général (26).
- L'autotest VIH représente un progrès pour renforcer l'autonomie des individus, décentraliser les services de dépistage et stimuler la demande de dépistage du VIH au sein des populations qui n'ont pas accès aux services existants. (27)
- L'autotest VIH peut produire des résultats aussi précis que lorsqu'il est administré par un professionnel qualifié, pourvu que les produits utilisés respectent les normes de qualité, de sécurité et de performance, comme c'est le cas pour le test Oraquick, qui a reçu une préqualification de l'OMS. En outre, des démonstrations en personne et la

disponibilité de ressources informatives supplémentaires, telles que des vidéos, peuvent également contribuer à améliorer l'efficacité des autotests VIH (28).

L'ADVIH est bien acceptée (29) (34), fiable et peut être précise (30) (31) (32).

Cependant, nombreux arguments en faveur et contre l'auto-dépistage du VIH sont pris en compte par les agences qui approuvent les tests et par les utilisateurs (35) :

Les ADVIH peuvent être disponibles de différentes manières, que ce soit dans le secteur public ou privé, à l'échelle communautaire, au sein des établissements de santé ou même en ligne. De plus, les utilisateurs ont parfois la possibilité de choisir entre un autotest oral ou sanguin pour réaliser leur auto-dépistage du VIH (36).

De plus, les expériences démontrent que l'autotest VIH :

- Double pratiquement (37) le taux de dépistage du VIH chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes ;
- Peut identifier un pourcentage équivalent, voire supérieur, de personnes porteuses du VIH.
- Ne conduit pas à une augmentation des comportements à risque (39), tels que les rapports anaux non protégés, ni du nombre d'infections sexuellement transmissibles (IST).
- N'affecte pas négativement le recours ou la fréquence du dépistage des IST.
- Ne provoque pas de conséquences sociales négatives ni de comportements indésirables.
- Fournit des résultats aussi fiables qu'un test de dépistage du VIH réalisé et interprété par un professionnel de la santé qualifié (40)(41).

En résumé, les avantages de l'autotest sont :

- Rapide : donne le résultat en 20 minutes
- Pratique : pas besoin de se déplacer en centre de santé
- Favorise l'autonomisation (empowerment) des personnes
- Discretion – réduit la peur de la stigmatisation
- Forte acceptabilité (population générale et populations-clés)
- Efficace et fiable
- Permet de créer la demande pour le dépistage VIH chez les populations qui n'ont pas accès aux services actuels

Arguments contre l'auto-dépistage du VIH :

Malgré sa bonne acceptabilité, l'accès aux autotests reste un problème majeur dans les pays.

Des obstacles persistent (35), le coût des tests est sûrement restrictif pour de nombreuses personnes. Une étude réalisée par Delaney et al, publiée dans le Journal of Clinical Microbiology a révélé que les autotests VIH ont une sensibilité réduite dans les premières semaines après l'infection, augmentant le risque de faux négatifs (42). Les autotests VIH peuvent donner de faux résultats négatifs, en particulier lorsqu'ils sont utilisés trop tôt après une exposition au VIH, ce qui peut entraîner une fausse sécurité. L'utilisateur de l'autotest VIH peut ne pas être préparé pour faire face à un résultat positif par manque de conseil pré test et de soutien post test entraînant un impact sur la santé mentale (43). Les autotests sont garantis par une certaine confidentialité mais il est toujours présent un certain risque que les résultats soient découverts par autrui entraînant la stigmatisation (44). Il est toujours nécessaire de faire confirmer les résultats d'un autotest VIH par un test au laboratoire. Le non-respect des instructions du test peut entraîner des résultats inexacts.

7. Contenu de la trousse d'autotest de dépistage du VIH (ADVIH)

L'autotest VIH est un dispositif médical de diagnostic in vitro (DIV) utilisé pour la détection des anticorps dirigés contre le VIH-1 et le VIH-2, que ce soit dans le liquide buccal ou dans le sang. Son objectif est d'identifier les anticorps anti-VIH-1 et 2 chez les personnes infectées par le virus (63).

Composition de la trousse : Le contenu de la trousse, fourni par le fabricant, peut varier en fonction du type de test (oral ou sanguin) et peut différer d'un fabricant à l'autre. En règle générale, il comprend :

- Pour un test oral, il s'agit d'une pochette comprenant un autotest à usage unique, un absorbant d'humidité (à éliminer), un flacon contenant la solution de révélation, un dispositif de support pour le test, ainsi qu'un guide d'utilisation.
- Pour un test sanguin, le kit est composé d'une pochette incluant un autotest à usage unique, un flacon de diluant, un dispositif auto-piqueur ou vaccinostyle, un absorbant d'humidité (à jeter), un support pour le test, une lingette désinfectante, une compresse, ainsi qu'un guide d'utilisation.

Exemples de contenus de kits

a) Test oral



Contenu de la pochette



Notice d'information

b) Test sanguin

CONTENU DU KIT



Contenu de la pochette



Notice du fabricant

Le kit peut contenir une brochure supplémentaire spécifiquement adaptée au contexte, rédigée en français et agrémentée de schémas explicatifs pour simplifier l'utilisation du test et l'interprétation correcte des résultats, tout en offrant des informations pour orienter les utilisateurs vers les services de dépistage et de prise en charge. Il est envisageable d'intégrer cette brochure directement dans le kit lors d'une éventuelle mise à jour. Cette brochure doit au moins comporter les informations suivantes :

- Le numéro de la ligne d'assistance téléphonique anonyme et gratuite ;
- Une liste des principaux centres agréés VIH ;

- Un lien vers une vidéo explicative (disponible en français, en Bambara ou dans toute autre langue locale appropriée en fonction du contexte) ;
- Des instructions relatives à la conduite à tenir en fonction du résultat obtenu (positif, négatif) et en cas d'invalidité du test ;
- L'âge légal requis pour l'utilisation du test ;
- Des directives concernant la gestion des déchets ;
- Les mesures de précaution à observer pour une réalisation adéquate du test ;
- Les avertissements spécifiques pour les individus sous traitement antirétroviral (TAR) ou sous prophylaxie pré-exposition (PrEP).

8. Précautions à prendre avant l'utilisation de l'ADVIH

Avant d'utiliser les kits d'autotest VIH, il est essentiel que les utilisateurs prennent des mesures de précaution pour assurer la fiabilité du test. Ces mesures de précaution incluent à la fois des précautions générales valables pour tous les tests, ainsi que des précautions spécifiques applicables aux kits d'autotest VIH oral et sanguin. Dans tous les cas, il est recommandé que l'individu se réfère en premier lieu à la notice d'utilisation fournie par le fabricant.

8.1. Précautions générales

➤ Conservation de l'autotest

Pour conserver l'autotest, veuillez le maintenir dans son emballage d'origine, dans un lieu frais et sec, en respectant la plage de températures recommandée par le fabricant, généralement comprise entre 2 et 30°C, et en évitant l'exposition aux rayons directs du soleil.

➤ Vérification de l'état de l'autotest

- Évitez d'utiliser l'autotest après la date de péremption ;
- N'utilisez pas l'autotest si son emballage est ouvert, endommagé, ou si l'un des éléments contenus dans le kit est manquant, cassé, ou a été ouvert (ne déballez le kit que lorsque vous êtes prêt à effectuer le test) ;
- Ne mettez pas en usage le kit si celui-ci a été en contact avec des produits de nettoyage ménagers, tels que l'eau de Javel ;
- Ne réutilisez pas un test déjà utilisé : l'autotest est conçu pour un seul usage.

➤ Conditions et précautions concernant l'usager

- Évitez d'utiliser l'autotest si vous prenez des antirétroviraux (traitement ou PrEP) ;
- Pour obtenir des résultats fiables, l'autotest doit être utilisé au moins trois mois après la dernière situation à risque ;

- Il est essentiel de noter que l'autotest est exclusivement destiné à l'autodiagnostic du VIH à des fins privées et ne doit en aucun cas servir à un autre diagnostic ou à une autre utilisation ;
- La plupart des individus peuvent ressentir une légère appréhension lorsqu'ils réalisent un test de dépistage du VIH. Si vous éprouvez une grande nervosité à l'idée de faire ce test, il est possible d'attendre un moment de plus grande sérénité ou de solliciter l'aide d'un professionnel de la santé ou d'un membre de la communauté pour réaliser le test.

➤ **Précautions relatives à l'utilisation de l'ADVIH oral**

Avant de commencer le test, veuillez prendre en compte les consignes suivantes :

- Évitez de manger, de boire ou de mâcher un chewing-gum pendant au moins 15 minutes ;
- Abstenez-vous de vous brosser les dents ou d'utiliser des produits de nettoyage buccal pendant au moins 30 minutes ;
- Retirez tout ce qui se trouve dans votre bouche, comme les prothèses dentaires ou tout autre dispositif couvrant vos gencives, avant de prélever les échantillons de fluide oral.

➤ **Interprétation des résultats**

La lecture du résultat doit être réalisée dans la fenêtre de temps précisée par le fabricant, et elle implique l'observation des deux bandes présentes sur le test :

- La première bande, souvent désignée par "C," sert de contrôle et confirme la bonne exécution du test ;
- La deuxième bande, fréquemment identifiée par "T," révèle si le test est positif ou négatif.

Différents scénarios peuvent se présenter :

❖ **RESULTAT POSITIF**

Scénario 1 : Deux traits complets, qu'ils soient clairement visibles ou à peine perceptibles

- La détection de deux traits complets, qu'ils soient bien visibles ou à peine discernables, indique un résultat positif (il est probable que la personne soit séropositive).
- Il est impératif de confirmer la séropositivité au moyen d'un test de laboratoire standard.



❖ RESULTAT NEGATIF

Scénario 2 : Un trait en face de "C" et aucun trait en face de "T"

- Si seulement une ligne apparaît en face de "C" et aucune ligne en face de "T", cela signifie que le test n'est pas réactif, ce qui suggère très probablement que la personne est séronégative.
- Si moins de 3 mois se sont écoulés depuis la dernière exposition à un risque, il est recommandé d'attendre au moins 3 mois avant de réaliser un nouveau test.



❖ Test non valable

Scénario 3 : Obscurcissement du test par un fond rouge

- Si un fond rouge obscurcit le test, cela signifie que le test est défectueux et invalide. Il doit être répété.
- L'utilisateur devrait obtenir un nouvel autotest ou se rendre dans un centre de dépistage.



En résumé :

L'analyse des données collectées lors de la mise en œuvre du projet Atlas nous permettra sans doute de mesurer l'efficacité de ce programme. Cela nous aidera à comprendre dans quelle mesure le projet atteint ses objectifs en termes de portée et de sensibilisation à la prévention.

En examinant les données de distribution, on peut identifier les tendances en matière de demande d'autotests VIH dans les différents groupes cibles. Cela permet d'adapter les stratégies de distribution en conséquence.

Une analyse approfondie de ces données peut révéler des lacunes ou des obstacles dans la distribution des autotests VIH ce qui nous permettra de mettre en place des ajustements pour rendre la distribution plus efficace.

II. Question de recherche et objectifs

Comme présenté dans le cadre théorique, L'implémentation des autotests VIH s'ancre dans un cadre théorique complexe, intégrant des principes de santé publique, de promotion de la santé et d'autonomisation individuelle. Cette approche, visant à faciliter l'accès au dépistage du VIH et à renforcer l'engagement des individus dans leur propre santé, offre des opportunités significatives pour améliorer la prévention et le contrôle du VIH. Dans cette optique, ce mémoire s'articule autour de la question de recherche suivante :

Quelle est l'efficacité de la mise en œuvre du projet Atlas auprès de différents cibles à Bamako au Mali ?

Nous formulons différentes hypothèses :

- L'accessibilité aux autotests VIH grâce au projet Atlas à Bamako a conduit à une augmentation du taux de dépistage du VIH parmi la population cible ;
- La distribution des autotests VIH par le projet Atlas a contribué à réduire la stigmatisation associée au dépistage du VIH, favorisant ainsi une approche plus ouverte et proactive du dépistage ;
- Le dépistage des partenaires des personnes vivant avec le VIH ayant toujours été problématique est facilité par l'introduction des autotests VIH ;
- La dispensation secondaire des autotests par les cibles est un moyen efficace pour atteindre plus de personnes à risque ;

Pour répondre à cette question, l'objectif principal de ce mémoire est d'analyser la distribution des autotests VIH du projet ATLAS dans le district de Bamako au Mali. A côté de cet objectif principal, ce mémoire poursuit les objectifs secondaires suivants :

- Décrire la distribution des autotests VIH à travers les canaux de dispensation
- Déterminer l'efficacité des différents canaux de distribution des autotests VIH (canal index, canal IST, canal HSH, Canal TS) ;
- Déterminer l'efficacité des différentes stratégies de distribution (fixe et avancée) des autotests VIH dans le canal HSH et TS ;
- Analyser l'expérience des prestataires et des usagers des autotests ;

III. Méthodes

1. Type et Période d'étude

Il s'agit d'une étude rétrospective et analytique, qui a porté sur l'analyse des données recueillies lors de la mise en œuvre du projet Atlas à Bamako (juin 2018 à novembre 2021).

Les données portaient sur la distribution des autotests VIH dans 16 sites retenus à Bamako.

2. Population d'étude et stratégie mis en place pour la dispensation des tests

Cette phase d'introduction des tests a sélectionné les publics les plus exposés au VIH, à savoir les partenaires sexuels des personnes vivant avec le VIH, les patients qui se présentent dans les structures de santé avec comme plainte une infection sexuellement transmissible, les travailleuses du sexe et les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes.

Le projet a développé des instruments de suivi et d'évaluation des activités, et les indicateurs pour les autotests ont été intégrés dans les outils nationaux, tels que les registres de consultation et la plateforme DHIS2. Il est essentiel de noter que la distribution des autotests par le projet Atlas n'a pas remplacé les approches de dépistage traditionnelles. Au contraire, elle s'est inscrite en complément de ces stratégies de dépistage existantes et a été mise en œuvre par les acteurs de terrain déjà responsables des activités de dépistage financées par le Fonds Mondial ou le Pefar.

Toutes les parties prenantes (programmes/conseils nationaux de lutte contre le sida, institutions internationales dont OMS, ONG internationales et nationales engagées dans les programmes VIH locaux, société civile, acteurs communautaires) ont participé à l'élaboration des canaux de dispensation des tests et la sélection des bénéficiaires.

Le projet Atlas avait planifié la distribution de 51 659 autotests VIH via les quatre canaux de dispensation définis. Un canal spécifique avait été attribué à chaque groupe cible. Il est important de noter que les kits d'autotest VIH ont été remis exclusivement aux individus ayant atteint l'âge légal requis pour effectuer un dépistage du VIH par eux-mêmes, soit 18 ans au Mali.

Seize centres ont été retenus à Bamako pour la dispensation des autotests

- Canal index et canal IST : Hôpital du point G, Hôpital Gabriel Touré, Hôpital mère enfant le Luxembourg, les 06 centres de santé de référence de Bamako, l'Hôpital dermatologique de Bamako, le CESAC de Bamako, la clinique les Halles de Bamako.
- Canal TS et HSH : la clinique Soutoura, 03 cliniques communautaires Danaya SO.

3. Dispensation des kits d'auto-dépistage du VIH

Uniquement les autotests oraux (Oraquick HIV Self-Test® de la société OraSure Technologies, LLC Bethlehem) qui étaient préqualifiés par l'OMS et validés par le pays ont été employés.

Le tableau ci-dessous illustre les quatre canaux de distribution sélectionnés pour le programme ATLAS après des consultations avec les parties prenantes et des prévisions de distribution annuelles.

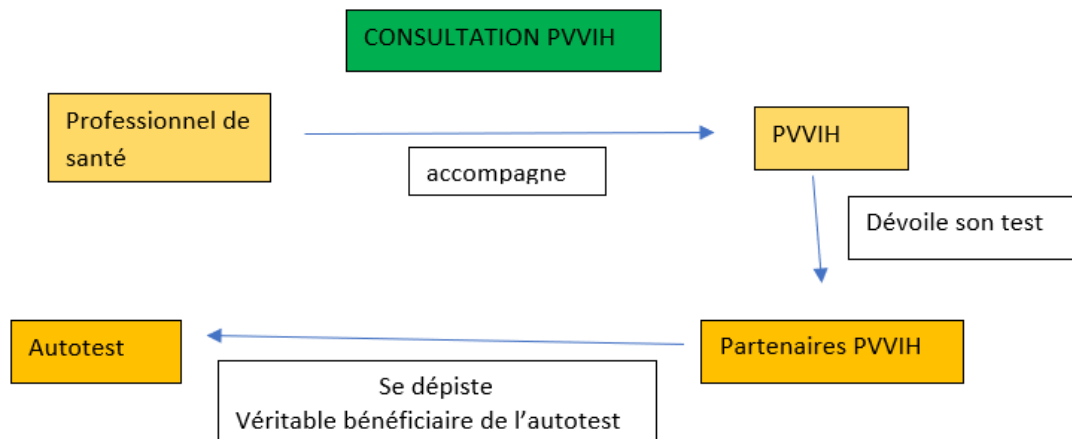
CIBLES		2019	2020	2021	TOTAL
HSH	FIXE	505	228	474	1207
	AVANCÉE	1190	4428	1850	7468
TS	FIXE	655	1764	792	3211
	AVANCÉE	2500	15900	9218	27618
CANAL IST		655	1764	792	3211
CANAL INDEX		2440	3468	3036	8944
TOTAL		7945	27552	16 162	51659

Tableau 1 : Prévision de la distribution par canal et par année

Des ressources contextualisées relatives aux autotests, telles que des manuels d'utilisation, des vidéos de démonstration et un site web, ont été conçues. En parallèle, les lignes téléphoniques gratuites fournissant des informations et un soutien sur le VIH ont été améliorées, offrant ainsi aux utilisateurs les informations nécessaires pour leur orientation. Des campagnes de sensibilisation et d'information sur les autotests VIH ont été menées à l'intention des publics cibles et du grand public.

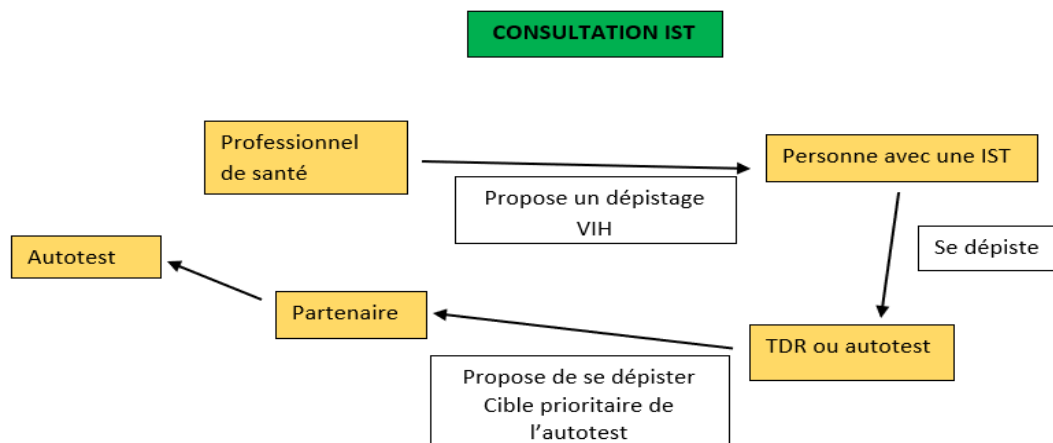
4. Présentation des Canaux de dispensation et stratégies pour atteindre les populations cibles

- a. Canal de dépistage des cas index : Distribution secondaire des autotests aux partenaires des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) :



Grâce aux consultations avec les personnes vivant avec le VIH (PVVIH), l'objectif est que les professionnels de la santé (dispensateurs dans le schéma) aident la PVVIH (distribution primaire dans le schéma) à révéler son statut à son ou à ses partenaires sexuels (distribution secondaire dans le schéma) et l'incitent à se faire dépister, en proposant notamment l'autotest. La PPVIH n'est celui à qui l'ADVIH est destiné.

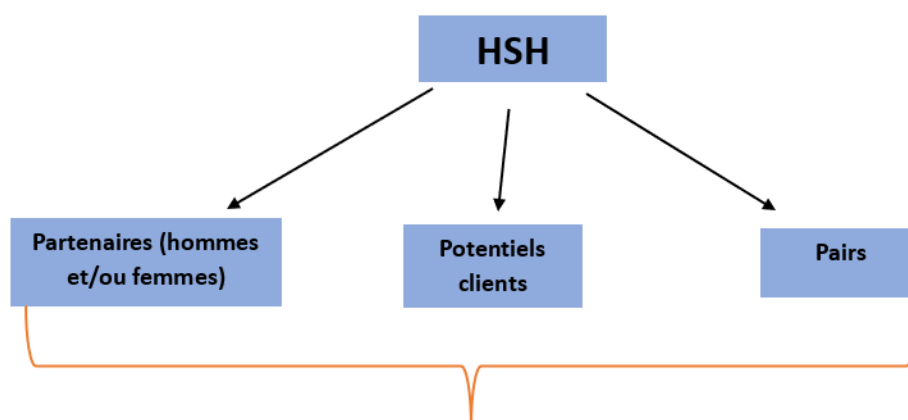
b. Dépistage lors des consultations IST : dispensation secondaire pour les partenaires des personnes diagnostiquées avec une IST, tout en offrant une option alternative de distribution primaire pour la personne atteinte d'une IST.



Lors d'une consultation, le prestataire de soins de santé (dispensateur dans le schéma) recommande un dépistage du VIH pour le partenaire de la personne diagnostiquée avec une IST (distribution primaire dans le schéma). Cette recommandation est basée sur des considérations médicales, car le risque d'infection par le VIH est plus élevé chez ces individus.

La cible prioritaire de l'ADVIH est donc le/la partenaire de la personne diagnostiquée avec une IST.

c. Dépistage des populations clés (Hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes)



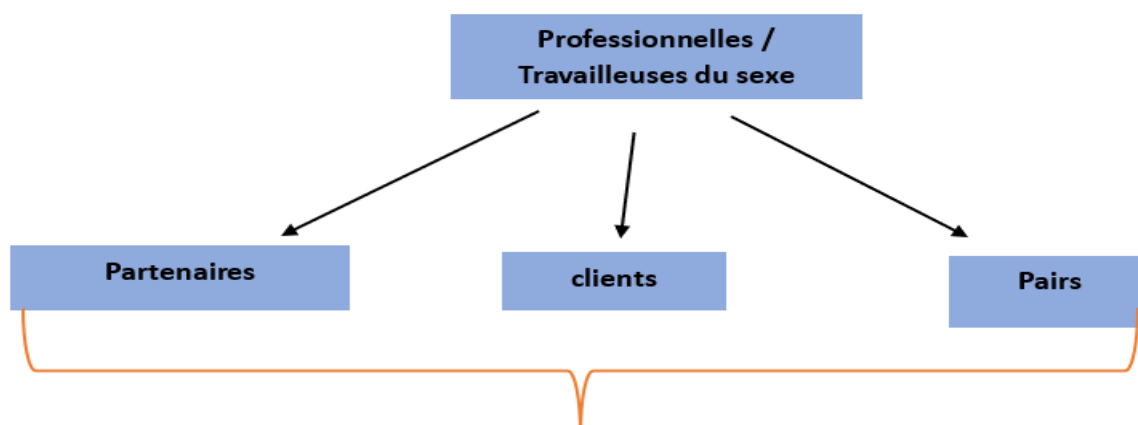
Cibles prioritaires du projet ATLAS en lien avec les HSH

Nous comprenons dans le cadre du projet ATLAS par HSH, les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (avec ou sans transaction financière) et les personnes transgenres.

Les cibles prioritaires du projet ATLAS en lien avec les HSH sont donc :

- Leurs partenaires (hommes et/ou femmes) ;
- Leurs potentiels clients (dans le cas où il y a des relations avec transaction) ;
- Leurs amis/pairs cachés ne fréquentant pas les associations communautaires ou les services de santé.

d. Dépistage des populations clés (travailleuses du sexe)



Cibles prioritaires du projet ATLAS en lien avec les TDS

Nous comprenons dans le cadre du projet ATLAS par TDS, les femmes ayant des relations sexuelles avec transaction (financière ou non). Cela comprend ainsi les travailleuses régulières

qu'elles soient déclarées et fixes ou qu'elles soient clandestines, que leur activité soit régulière ou occasionnelle (étudiantes etc...).

Les cibles prioritaires du projet ATLAS en lien avec les TS/PS sont donc :

- Leurs partenaires ;
- Leurs clients ;
- Leurs amis/pairs cachées ne fréquentant pas les associations communautaires ou les services de santé.

➤ **Stratégie Fixe pour les HSH, travailleuses du sexe :**

Au cours des consultations dans un centre communautaire pour les populations clés, les prestataires de soins de santé (dispensateurs) offriront aux populations clés (distribution primaire) la possibilité de distribuer des autotests à leurs partenaires, amis ou pairs qui ne sont pas affiliés à des associations communautaires ou à leur clientèle (distribution secondaire).

➤ **Stratégie Avancée pour les HSH, travailleuses du sexe :**

Lors de diverses activités communautaires telles que les discussions, les groupes de soutien, les événements sociaux, ou les points de rencontre (stratégie avancée), les éducateurs pairs (dispensateurs) offriront aux populations clés (distribution primaire) l'opportunité de distribuer des autotests à leurs partenaires, amis ou pairs qui ne sont pas affiliés à des associations communautaires ou à leur clientèle (distribution secondaire).

➤ **Modalités de dispensation pour les deux stratégies :**

L'autotest de dépistage du VIH vise principalement à **offrir l'opportunité** pour les partenaires et/ou pairs qui ne fréquentent pas les associations communautaires et/ou les clients de la personne consultée.

➤ **Les modalités de dispensation pour les deux stratégies sont les suivantes :**

L'autotest de dépistage du VIH vise principalement à fournir une opportunité aux partenaires, aux pairs ou aux personnes qui n'ont pas de lien avec des associations communautaires ou la clientèle de la personne consultée.

La personne relais (distribution primaire) sera également utilisée pour distribuer l'autotest à des cibles secondaires. Si la personne relais préfère ne pas se faire dépister dans un centre de santé ou lors de l'activité en utilisant les méthodes de dépistage traditionnelles (pour des raisons de confort ou de discrétion), elle se verra également offrir la possibilité d'utiliser l'autotest de dépistage du VIH.

5. Collecte des données

Les données collectées concernant les activités comprenaient :

- Le nombre de personnes avec lesquelles des contacts ont été établis pendant les activités.

- Le nombre de personnes ayant reçu un ou plusieurs kits d'ADVIH.
- Le nombre de tests qui ont été dispensés.

Ces données ont été segmentées par sexe, groupes d'âge, canal de distribution, public cible, ONG/clinique et district sanitaire. Elles ont ensuite été compilées dans un fichier Excel et sur la plateforme DHIS2.

En même temps que la distribution était réalisée, des évaluations de satisfaction ont été effectuées auprès des prestataires et les bénéficiaires (11)(50).

La collecte des données s'est déroulée de septembre à novembre 2019 (11) (50).

Les données ont été obtenues par le biais de trois méthodes¹ : 1-des entretiens individuels semi-structurés avec des professionnels de santé engagés dans la distribution des autotests VIH ; 2-l'observation des consultations médicales des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) ; 3-l'observation de discussions de groupe animées par des pairs éducateurs (conseillers psychosociaux), auxquelles ont participé des TS et HSH.

6. Analyses statistiques

Dans ce travail nous avons utilisé les logiciels Excel et EPI info pour le traitement de nos données quantitatives. Le test de Khi2 a été utilisé pour la comparaison des proportions.

Les discussions avec les professionnels de la santé, les bénéficiaires et les observations consignées ont été analysées en profondeur selon une méthodologie d'analyse de contenu.

Chaque entretien avec les professionnels de santé et bénéficiaires a été enregistré après avoir obtenu leur consentement. Ensuite, tous les enregistrements ont été transcrits avant d'être codifiés et analysés à l'aide du logiciel Dedoose pour l'analyse des données qualitatives (11) (50).

7. Considérations éthiques et réglementaires :

Tous les kits de dépistage du VIH distribués dans le cadre du programme ATLAS sont fournis lors d'activités de soins habituels approuvées par le Conseil national de lutte contre le sida du Mali. La participation aux entretiens individuels approfondis ainsi qu'aux discussions de groupe était basée sur le volontariat.

Chaque clinique envisagée pour l'enquête ethnographique a été contactée pour lui présenter les objectifs et les détails pratiques de l'étude. Une demande formelle d'autorisation est soumise à la direction de chaque clinique pour obtenir son accord préalable à la réalisation de l'étude.

La participation à cette étude sera basée sur le volontariat.

¹ Guide d'entretien disponible sur le site de Atlas : <https://atlas.solthis.org/ressources-atlas/>

IV. Résultats

Dans les tableaux suivants, nous vous présentons en fonction des cibles et des stratégies d'intervention, les résultats obtenus dans cette phase pilote

1. ADVIH Dispensé par canal et par année :

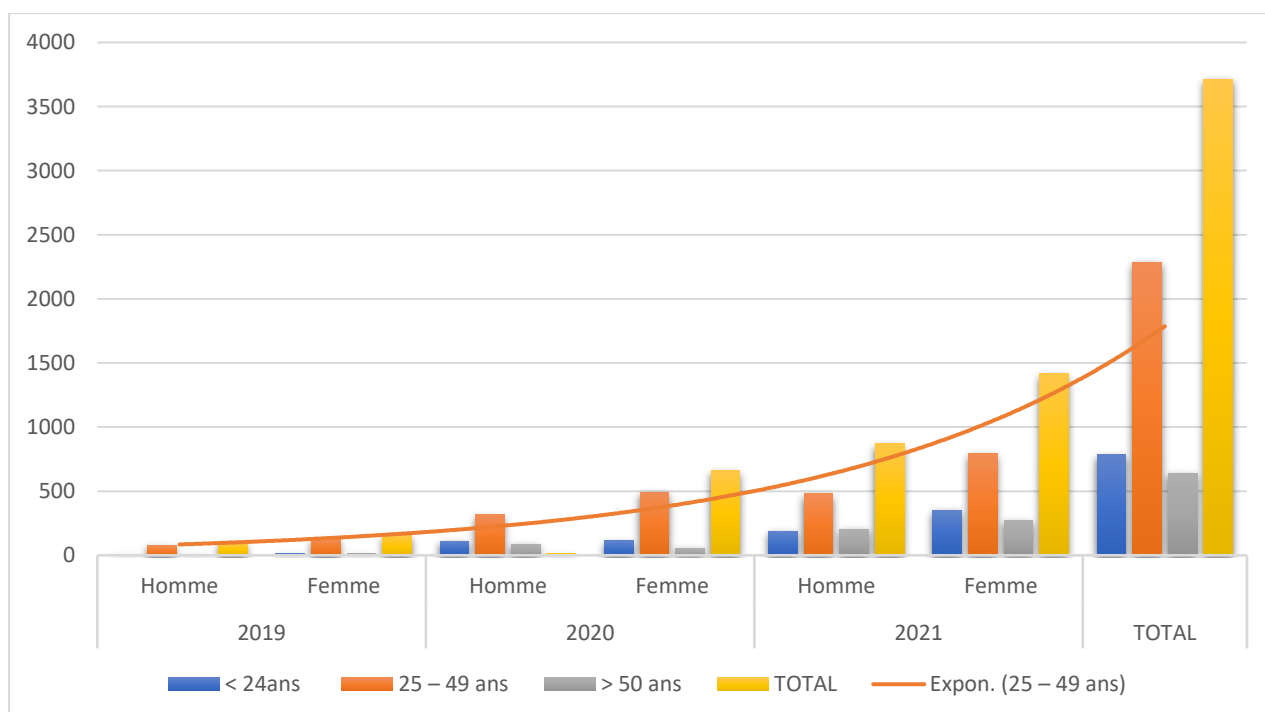
	2019	2020	2021	Total
Canal Index	251	1174	2287	3712
Canal IST	114	1301	1197	2612
Canal TDS	1471	9648	11991	23110
Canal HSH	573	2191	2897	5661
Total	2409	14314	18372	35095

Tableau 2 : répartition des ADVIH distribués durant le projet

Sur une prévision de 51659 tests, Le projet Atlas a pu dispenser 35095 tests sur les 16 sites retenus à Bamako avec une réalisation de 67.94%

52% des tests ont été distribués au courant de l'année 2021 dont 65.85% auprès des TDS.

2. Dispensation dans le Canal Index (partenaire des PVVIH)

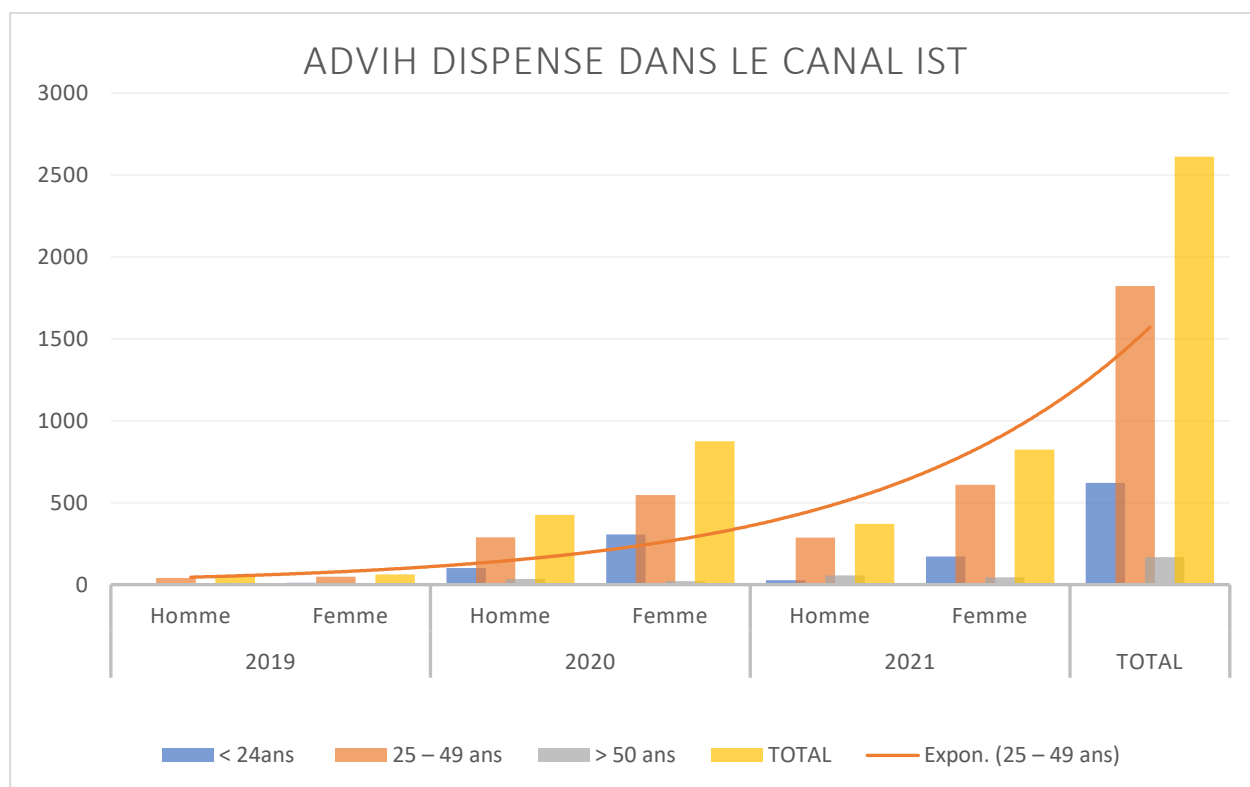


Graph. 4 : Tendance de la distribution des ADVIH dans le canal index par sexe et par tranche d'âge

Dans le canal index (partenaire des PVVIH), 3712 tests distribués sur une prévision de 8944 soit une réalisation de 42%.

60% des tests ont été distribués auprès des femmes vivant avec le VIH et la tranche d'âge 25-49 ans était majoritaire (62%).

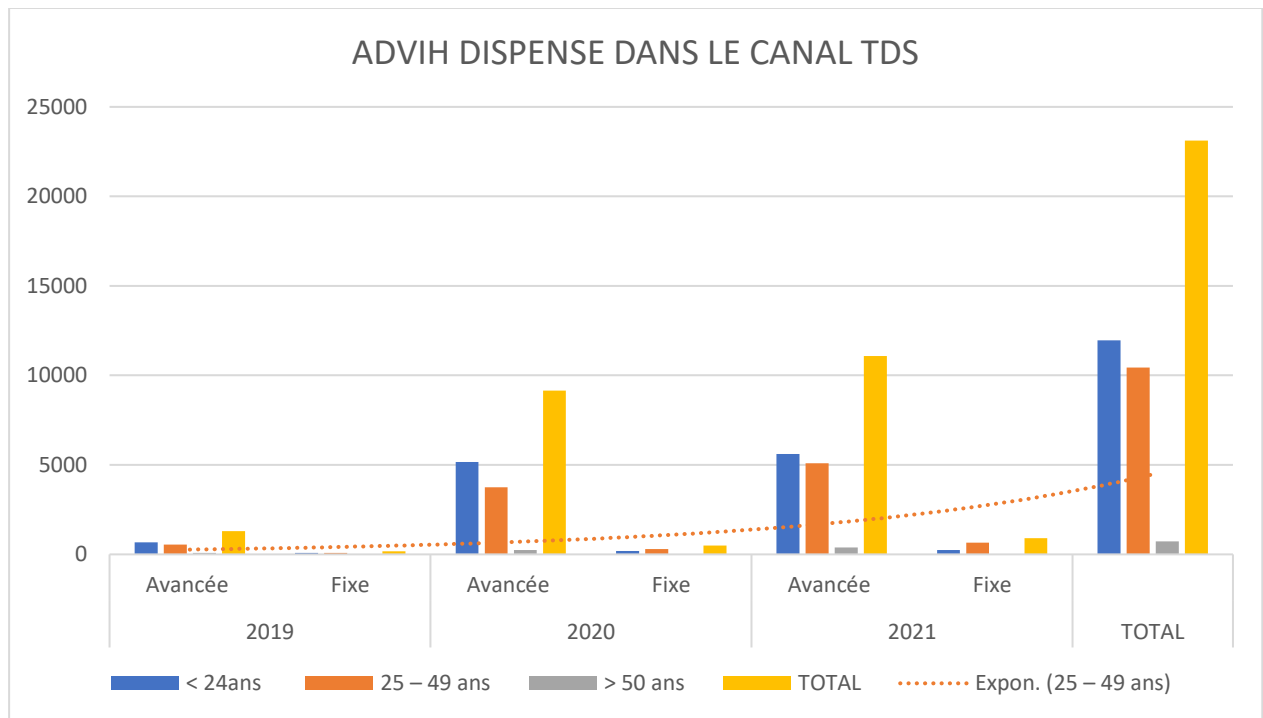
3. Dispensation dans le canal IST :



Graph.5 : Tendance de la distribution des ADVIH dans le canal IST par sexe et par tranche d'âge

Seulement 7.44% des tests ont été distribués auprès des patients se présentant dans les structures de santé retenues pour une IST. La tranche d'âge 25-49 ans était la plus réceptive avec 69.75% des cas et les femmes représentaient 67.50% des cas.

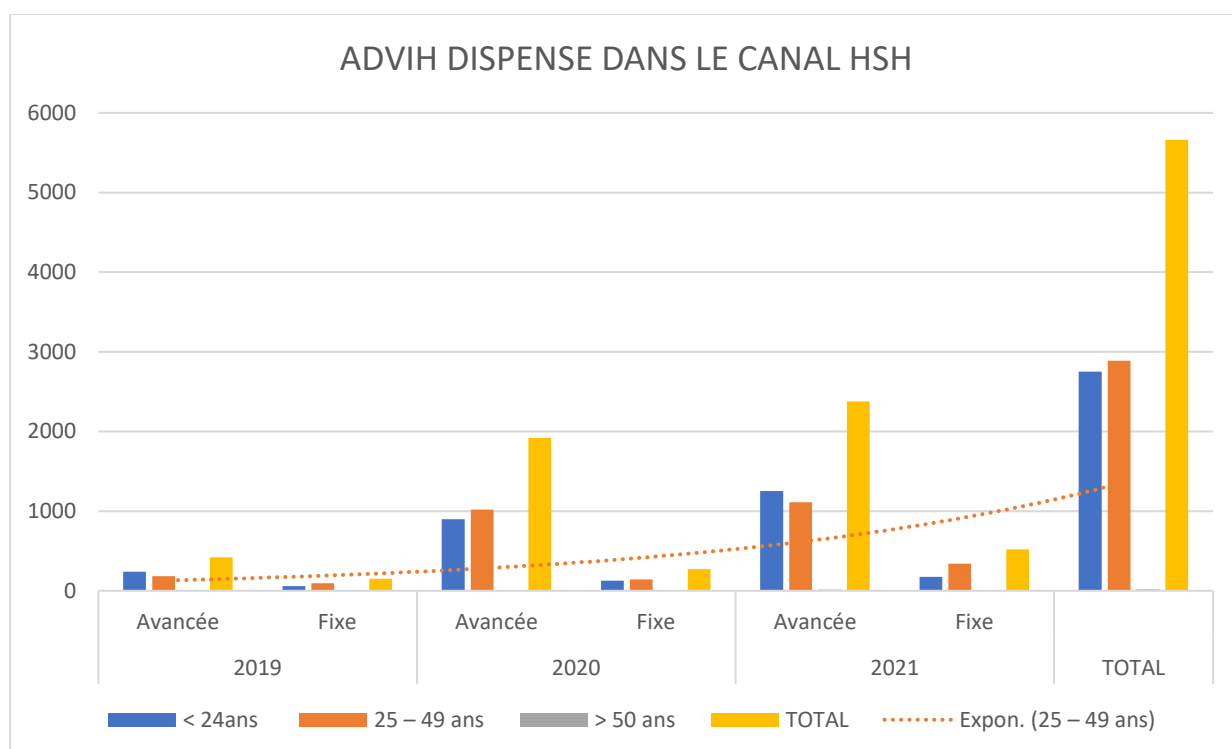
4. Dispensation dans le canal TDS



Graph. 6 : Tendence de la distribution des ADVIH dans le canal TDS par Stratégie et par tranche d'âge

Sur une prévision de 30829 tests, 23110 ont été distribués soit une réalisation de 75%. Les TDS de la tranche d'âge inférieur à 24 ans ont été majoritaires à recevoir les ADVIH avec 51.76%. Dans ce canal, 93,21% des tests ont été distribués par stratégie avancée (les activités de terrain auprès des TDS).

5. Dispensation dans le canal HSH



Graph.7 : Tendance de la distribution des ADVIH dans le canal HSS par Stratégie et par tranche d'âge

Parmi les 8 675 tests prévus pour la distribution, 5 661 ont effectivement été réalisés, ce qui représente une réalisation de 65 %.

En ce qui concerne les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, ils ont bénéficié de 16,13 % des tests distribués par le projet Atlas, et 83,32 % de ces tests ont été distribués dans le cadre de la stratégie avancée. La tranche d'âge de 25 à 49 ans a représenté 51,05 % des tests distribués via cette stratégie.

6. Enquête de satisfactions des prestataires et usagers :

Avis des prestataires et usagers par rapport à l'impact des ADVIH sur la stigmatisation et la discrimination

Les agents de santé et usagers interrogés ont perçu l'introduction de l'ADVIH comme un outil visant à renforcer l'anonymat et garantir la confidentialité. La majeure partie des agents de santé interrogés ont déclaré que les populations clés surtout les HSH et TDS craignent la stigmatisation dans les centres de santé en raison de leur orientation sexuelle, leur identité et leur comportement généralement non accepté dans la communauté. L'ADVIH pourrait être une solution à ces obstacles.

« Très souvent, en se présentant dans les centres de santé pour se faire dépister, tous les renseignements sur les gens sont demandés. Ils ne respectent pas l'anonymat des gens. Avec les autotests on est plus sécurisé. (Un pair éducateur HSH) ».

En outre, grâce aux ADVIH, il pourrait être possible de mieux protéger les réseaux sexuels des membres des populations clés, dans la mesure où ils interagissent eux-mêmes avec leurs partenaires pour une distribution secondaire sans l'intervention des prestataires.

L'ADVIH donne plus accès aux populations clés que les stratégies de dépistage classique

Selon les prestataires et les usagers, un grand avantage est que l'ADVIH offre la possibilité d'une distribution secondaire. Ça permet d'atteindre les clients des travailleurs de sexe, leur boy-friend ainsi que les HSH qui ont un âge avancé qui ne fréquentent pas les services de santé dû à la stigmatisation et discrimination ou qui ne s'apparentent pas à une population clé ;

« Une travailleuse du sexe qui vient pour le dépistage, si elle déclare qu'elle a un boy-friend, on propose le dépistage de celui-ci. Très généralement, elles disent que le boy-friend ne va pas accepter de venir. Mais on peut donner à la TDS en distribution secondaire pour son copain. (Prestataire de santé) ».

Il existe des HSH âgés ou qui sont socialement très connus pour s'exposer ou qui sont mariés avec une femme qui, malgré leur exposition, ne fréquenteront pas les services de dépistages.

« Il existe des HSH qui ont l'âge de notre père et qui ont des femmes et enfants à la maison ou des grands commerçants qui sont connus dans la ville qui ne vont jamais accepter de venir avec nous pour se faire dépister chez le médecin. (HSH dans un centre) ».

Avis des prestataires et usagers par rapport à l'impact des ADVIH sur la facilité d'accès au service

Tous les participants ont déclaré que les ADVIH facilitent aux populations ou les évite de se déplacer vers les centres de santé et leur permet de gagner en temps et pas de frais de déplacement.

« S'ils veulent venir dans un centre pour leur dépistage, ils se déplacent. Ce déplacement demande un coût et leur retour aussi, ce déplacement demande aussi du temps. Avec l'ADVIH, ils n'auront plus besoin de se déplacer et peuvent faire leur test avec leur partenaire à la maison. (Responsable d'ONG) »

En outre de gagner du temps, l'ADVIH réduit le temps d'attente dans les structures de santé pour faire un test ou attendre le résultat. Du point de vue des usagers, ceci est un avantage capital des ADVIH.

« Un matin je suis allé faire mon dépistage, ça m'a pris plus de 2 heures pour le processus. La journée est précieuse pour nous. On travaille toute la nuit et la journée nous devons dormir pour récupérer. (Travailleuse Du Sexe) ».

L'ADVIH en complément au dépistage classique disponible peut être une alternative.

Les prestataires de santé dans le secteur communautaire déclarent qu'il y a souvent des refus de dépistage lors des sensibilisations. Avoir une solution comme l'ADVIH pour les personnes fortement exposées - qui peuvent refuser le test - facilite le job des éducateurs pairs.

« Il nous arrive très souvent lors d'activités en Outreach, d'être confronté à des cas de refus au dépistage pour plusieurs raisons. Avoir l'ADVIH pour pallier ces refus est une aubaine. (Prestataire de santé) ».

Malgré les avantages approuvés par les prestataires et les usagers, des doutes planent toujours autour des ADVIH.

Au niveau des prestataires de santé, les grandes questions étaient : vont-ils utiliser les tests ? Vont-ils donner le test à leur partenaire ? Les autotests arriveront-ils aux vrais bénéficiaires ? Pourront-ils correctement utiliser les tests ? Sont-ils capables d'interpréter correctement le résultat du test ? Quelle serait leur réaction quand le résultat serait positif ? Ceux qui auront un test réactif sont-ils à mesure de se rendre dans un centre pour la confirmation du résultat ?

« Même si on distribue correctement, ils nous disent que le processus est complexe ; déballer le paquet, mélanger les tubes, prendre la salive, bref ils sont souvent perdus (Médecin) »

Sans un suivi et un accompagnement, la dispensation secondaire peut-elle fonctionner ?

Un ou plusieurs ADVIH sont dispensés aux populations clés qui peuvent redonner à leurs partenaires. Certains intervenants ont manifesté leur doute sur la capacité de redistribution. Il est primordial d'avoir une bonne information sur le VIH pour faire un dépistage. La crainte vient du fait que certains distributeurs primaires n'arrivent pas à assimiler toutes les informations pour redonner le test.

« Je suis préoccupé par les cibles secondaires. Toutes les populations clés (TDS ou HSH) ne seront pas à mesure de remonter les informations aux usagers secondaires (médecin) ».

V. Discussion

L'objectif global du projet Atlas (Autotest VIH : libre d'accéder à son statut sérologique) était de promouvoir l'accès au dépistage du VIH, en particulier par le biais d'autotests VIH, dans le but de réduire la transmission du VIH et d'améliorer la prise en charge des personnes vivant avec le VIH.

L'analyse des résultats qualitatifs et quantitatifs recueillis dans le cadre de notre étude démontre que le projet de mise en œuvre des autotests VIH a partiellement atteint les objectifs définis. Il a réussi à élargir l'accès au dépistage, à réduire la stigmatisation et la discrimination parmi des populations qui pourraient hésiter à se faire dépister par des méthodes traditionnelles. De plus, il a encouragé un dépistage précoce du VIH, ce qui revêt une grande importance pour un démarrage précoce du traitement antirétroviral en cas de séropositivité, contribuant ainsi à améliorer la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH. En outre, il a promu l'autonomie en matière de santé en offrant aux individus la possibilité de connaître leur statut sérologique, favorisant ainsi des décisions éclairées concernant la prévention et la gestion du VIH.

Sur les deux années et demie du projet, plus de 67.94% des tests ont été distribués à travers les différents canaux. Plus de la moitié, ont été distribué lors de la dernière année. En effet, 52% des tests ont été distribués en 2021 malgré les obstacles liés à la pandémie de la Covid 19. Cependant, les débuts du projet ont été marqué par leur lot de difficulté et d'obstacle (la mise en place du projet, la validation par la comité d'éthique, le recrutement des ONG partenaires de mise et la contractualisation : ARCAD, DANAYASO, SOUTOURA, FHI360, AMPRODE Sahel ; La formation des agents de terrain : médecin, sage-femme, animateurs et paire éducateur, gestionnaires de stock, points focaux suivi évaluation ; Approvisionnement tardive des ADVIH ; l'approvisionnement des sites de dispensations en tests...).

En effet, le suivi et évaluation du projet a pu mettre en évidence, lors de la première supervision, que les tests n'étaient pas distribués par les agents prestataires. Une analyse des raisons a permis de mettre en avant les réticences de ceux-ci par rapport à la distribution des autotests. Premièrement, un manque d'accompagnement et de financement les ont amenés à considérer cette distribution comme une surcharge de travail. Deuxièmement, ils ont également montré un manque de convictions par rapport à la bonne utilisation des tests par les bénéficiaires, ainsi qu'une peur de voir les autotests remplacer les autres tests. La supervision a permis de réajuster les connaissances sur les objectifs du projet et leur connaissance sur les autotests VIH et de palier aux manquements. Il a en effet, fallu surtout convaincre les prestataires de la plus-value des autotests dans le ciblage du dépistage et pour atteindre les public clés vulnérables.

Ces mêmes difficultés ont été recensés lors de l'implémentation des autotests sur l'ensemble du Mali (49) et par l'étude de Sokhna Boye (50) qui a discuté des défis de la distribution des autotests VIH. Les résultats présentés par le projet Atlas au Sénégal et en Côte d'Ivoire démontre cette meme tendance par rapport aux difficultés au début du (51).

Si l'on compare les différents canaux de distribution entre eux, on se rend compte que 65% tests ont été distribués auprès des travailleuses du sexe. Ce résultat peut être, expliqué notamment par le fait qu'il s'agisse d'un public très nombreux, plus facile à atteindre et pour lequel il existe plus d'activités communautaires. Mais également qui s'est également montré plus réceptif par rapport à l'utilisation des autotests. Il semble qu'elles aient pu plus facilement trouver la plus-value que cela pouvait représenter pour elle, dans leur vie professionnelle (pour des clients qui réclament des rapports sans préservatif) ou dans leur vie intime (avec leurs partenaires). Il est par ailleurs important de constater l'importance d'accompagner la distribution des autotests de conseil et recommandation par rapport à un suivi régulier des IST. Concernant les enseignements tirés de l'analyse des résultats liés au canal Index (PVVIH et leurs partenaires), nous pouvons mettre en évidence le principal défi lié à la réticence à partager son statut VIH avec un ou plusieurs partenaires. Cette réticence a constitué un obstacle majeur à la mise en œuvre de la distribution secondaire (offrir des kits d'ADVIH aux PVVIH pour qu'ils les transmettent à leurs partenaires sexuels en vue d'un dépistage en dehors de l'établissement de santé). Au début du projet Atlas, en juillet 2019, le nombre de patients VIH suivis à Bamako était de 26 666. Cependant, seulement 2 000 tests ont été distribués par le biais de ce canal. Il est important de noter qu'aucune étude à ce jour n'a été réalisée à Bamako pour quantifier le partage du statut sérologique VIH avec les conjoints. De plus cette faible distribution des autotests VIH est confirmée par les résultats du projet au Sénégal et en Côte d'Ivoire (48). La distribution secondaire demeure une stratégie pertinente et acceptée, mais elle s'avère chronophage, car la charge de travail supplémentaire associée à la sensibilisation et à la distribution des ADVIH constitue un obstacle significatif à la proposition des ADVIH en consultation. Cette distribution secondaire a surtout été facilitée par la délégation des tâches des médecins et infirmiers aux personnels paramédicaux et aux patients experts qui travaillent dans les centres et qui possèdent une connaissance adéquate sur le sujet.

Pour le Canal HSH, ce sont les stratégies fixes (dans les centres de santé et centres communautaires) et avancées (Outreach à travers les paires éducateurs HSH dans les lieux de socialisation des cibles) avec dispensations secondaires qui ont été privilégié. L'objectif était qu'ils puissent donner les tests aux membres de leur réseau sexuel stratégie efficace comme l'indique une étude réalisée par (52).

Seulement 16,13 % des tests ont été distribué dans ce canal pour diverses raisons : des cibles pas assez nombreux ou non connu par le système de santé, difficile d'accès et peu d'interventions à leur endroit. Nombreux sont les prestataires de santé qui sont réfractaires à des interventions auprès de ces cibles en raison des convictions socio culturelles, convictions qui poussent ces cibles à une vie cachée et à des activités clandestines souvent à haut risques. 83,32% des tests distribués dans ce canal ont été donné à la tranche d'âge 25-49 ans, tranche d'âge qui s'assume le plus pour cette cible, qui a une estime de soi plus favorable (53). La stratégie avancée (en Outreach) a le plus marché pour ce canal avec 83% de la distribution. Le cible HSH est plus atteinte en stratégie avancée en raison de sa particularité : cible demandant de la discrétion et l'anonymat, évitant la stigmatisation et la discrimination, une cible avec des pratiques à risques spécifiques (54). Les résultats du projet Atlas au Sénégal et en Côte d'ivoire confirme ces résultats avec une distribution respective en Outreach de 88% et 91% (51).

Pour finir, le Canal IST avait pour objectif de mettre à disposition des structures de santé et communautaire des autotests à distribuer lors des consultations IST pour les personnes qui n'adhèrent pas au test de dépistage traditionnel ; ainsi que la possibilité d'une dispensation secondaire pour leurs réseaux sexuels. Cette distribution n'a pas atteint ces objectifs chiffrés. En effet, ce canal ne représente que 7% des tests distribués. Ce résultat peut en partie s'expliquer par un manque de données chiffrées correctes sur le nombre de personnes concernées par ce canal. En effet, l'équipe Atlas n'a pas réussi à avoir les chiffres de recensement et se sont donc retrouvé dans l'incapacité de produire une estimation correcte. De plus, les centres choisis pour la distribution sont des centres du secteur public ce qui a rendu difficile la responsabilisation des agents pour la gestion et la prestation. Cela s'explique notamment par un manque d'accompagnement et une réticence de la part des prestataires.

Notre étude, nous permet donc de mettre en avant un ensemble de défis à l'introduction des autotests du VIH selon la méthode définie par le projet, mais également des pistes d'amélioration pour le futur.

Les résultats obtenus grâce à la distribution des ADVIH dans divers canaux, ainsi que les conclusions de l'enquête qualitative menée auprès des prestataires de soins et des utilisateurs, qui démontrent une bonne acceptabilité des autotests tant par les populations cibles que par les prestataires, ont contribué à créer un contexte favorable à l'intégration des ADVIH dans les stratégies nationales de lutte contre le VIH.

Les ADVIH sont désormais intégrés dans le Cadre Stratégique National de lutte contre le VIH et le Sida au Mali, avec une mention dans les Politiques, normes et protocoles des services de dépistage du VIH dans le pays. Un groupe de travail national axé sur le dépistage à travers les

ADVIH a été établi au sein de la Cellule Sectorielle de lutte contre le Sida. Cette stratégie de prévention a également conduit à l'intégration d'indicateurs spécifiques liés aux ADVIH dans le système d'information en santé (DHIS2). Des stratégies de développement du dépistage communautaire ont été élaborées en mettant l'accent sur les ADVIH.

Les résultats du projet ATLAS offrent des pistes prometteuses pour des futures recherches ou interventions en santé :

- Ces résultats nous permettent de faire une optimisation de la prévention avec les ADVIH c'est-à-dire utiliser les données recueillies pour améliorer la stratégie de distribution des autotests VIH en identifiant les zones ou les groupes démographiques sous-représentés pour une meilleure couverture ;
- Poursuivre l'évaluation de l'efficacité des autotests VIH et des interventions connexes, en ajustant les stratégies en fonction des besoins et des retours des utilisateurs ;
- Renforcer les initiatives de sensibilisation et d'éducation sur le VIH, en se concentrant sur la réduction de la stigmatisation et en encourageant le dépistage précoce et régulier ;
- Explorer l'utilisation des technologies de santé telles que les applications mobiles ou les plateformes en ligne pour étendre la portée des interventions de prévention du VIH.

II. Limites

Limites du projet Atlas :

La mise en œuvre du projet bien que satisfaisant dans l'ensemble, elle a été confrontée à certaines difficultés telles que :

- L'incapacité d'avoir la situation des tests distribués en stratégie secondaire ;
- L'incapacité de savoir si les tests distribués sont utilisés ou non ;
- L'incapacité d'avoir un retour des usagers des tests malgré la mise en place d'une ligne téléphonique gratuite pour pouvoir communiquer avec les usagers ;
- La faible implication des structures publiques désignés pour la dispensation malgré le paiement des frais d'appuis spéciaux pour la remontée des données et l'appui institutionnel (fourniture matériel) ;
- Des difficultés dans la gestion des stocks (les centres de dispensation qui ne maîtrisaient pas leur stock donc avaient à chaque fois des retards dans la commande avec comme conséquence des ruptures fréquentes et la pharmacie populaire du Mali qui avait en charge la gestion globale du stock de base qui avait à chaque fois un retard dans la livraison des centre) ;
- Confronté à une mauvaise coordination et une absence de données sur la prise en charge des IST à Bamako, le projet a vu une faible dispensation dans le canal IST auprès de la population générale (dans les centres de santé de références et dans les hôpitaux) ;
- Avec l'avènement de la Covid-19 d'où les structures ont tous vues leur configuration d'intervention modifié, et chose non prévue par le projet, nous avons à un moment été confronté à une lenteur ou un arrêt des activités dans certains centre.
- Le projet a aussi été confronté à la mobilité de certains agents formés vers d'autres structures laissant la dispensation à l'arrêt.

Limites du mémoire :

Dans la réalisation de ce travail, je n'ai pas pu analyser les données collectées par la distribution secondaire, le projet avait cette possibilité d'offrir des ADVIH pour leur partenaire mais le projet n'avait aucun dispositif quant à la collecte des données lors de la distribution auprès de ces derniers.

Une question est de distribuer les tests, une autre est de savoir si les tests sont utilisés par les bénéficiaires. Une ligne verte a été mis à disposition des bénéficiaires, mais le projet n'a pas su collecter efficacement les données d'utilisations. Les données à disposition ne m'ont pas permis de m'énoncer quant à l'utilisation des tests distribués.

Les données que j'ai eu à analyser peuvent être biaisées en raison d'une sélection non aléatoire des participants ou des sites d'étude, ce qui pourrait limiter la représentativité des résultats.

L'analyse des données ne m'a pas permis de savoir si le taux de dépistage auprès des cibles a augmenté. Les tests ont été distribués mais qu'en est-il de l'utilisation.

Afin d'éviter ces limites rencontrées lors de la collecte et de l'analyse des données il faudrait :

- Mettre en place un système de suivi efficace pour suivre l'utilisation effective des autotests distribués lors de la distribution ;
- Mettre en place des mécanismes de suivi post-distribution pour recueillir des informations sur l'utilisation effective des autotests ;
- Étudier la faisabilité technique, logistique et financière pour élargir la distribution des autotests à grande échelle.

VI. Conclusion

La distribution des autotests VIH à Bamako, a été un pas important vers la promotion du dépistage du VIH, la réduction de la transmission du virus.

Cette initiative a été essentielle pour atteindre les populations à risque, en particulier les TDS (travailleur du sexe), les HSH (Hommes ayant des relations Sexuelles avec d'autres Hommes), et pour favoriser un accès plus large au dépistage du VIH. Atlas a été d'un immense apport pour : Augmentation de l'accès au dépistage du VIH, Confidentialité et autonomie en matière de santé des personnes stigmatisées et discriminées, Sensibilisation accrue à travers des campagnes de sensibilisation pour informer le public sur l'existence de ces tests et encourager leur utilisation. Cela a joué un rôle essentiel dans la promotion de la prévention du VIH.

L'utilisation de ces tests a un effet significatif sur la détection précoce et le démarrage rapide du traitement du VIH, ce qui a un impact positif sur la qualité de vie des personnes porteuses du VIH.

Bien que l'implémentation des autotests VIH présente de nombreux avantages, il reste encore des défis à relever, notamment **la pérennisation de ces actions, la garantie d'un suivi efficace pour les résultats positifs, et la réduction de la stigmatisation liée au VIH.**

Il est essentiel de garantir la continuité des services de dépistage, de prise en charge et de traitement du VIH à long terme pour que les avantages de la distribution des autotests VIH soient pleinement réalisés.

Références Bibliographiques

1. ONUSIDA O. Fiche d'information — Dernières statistiques sur l'état de l'épidémie de sida. 2021 [cité 25 déc. 2022]. Fiche d'information — Dernières statistiques sur l'état de l'épidémie de sida. Disponible sur : <https://www.unaids.org/fr/resources/fact-sheet>
2. Ekouevi DK, Bitty-Anderson AM, Gbeasor-Komlanvi FA, Coffie AP, Eholie SP. HIV self-testing: The key to unlock the first 90 in West and Central Africa. *Int J Infect Dis*. 1 juin 2020 ;95 :162 6.
3. ONUSIDA. 90-90-90 : traitement pour tous [Internet]. 2016 [cité 20 oct 2023]. Disponible sur : <https://www.unaids.org/fr/resources/909090>
4. Rouveau N, Ky-Zerbo O, Boye S, Simo Fotso A, d'Elbée M, Maheu-Giroux M, et al. Décrire, analyser et comprendre les effets de l'introduction de l'auto-dépistage du VIH en Afrique de l'Ouest à travers l'exemple du programme ATLAS en Côte d'Ivoire, au Mali et au Sénégal [Internet]. Paris : Ceped ; 2022 juill. [Cité 25 déc. 2022] p. 26. Report No. : 52. Disponible sur : <https://www.ceped.org/wp>
5. Cellule de Planification et de Statistique, Institut National de la Statistique, Centre d'Études et d'Information Statistiques, ICF International. Enquête Démographique et de Santé au Mali [Internet]. 2014 [cité 25 déc. 2022]. Disponible sur : https://www.instat-mali.org/laravel-filemanager/files/shares/pub/eds5-12-13_pub.pdf
6. ONUSIDA. Ce qu'il faut savoir à propos du dépistage du VIH. 2018 ;
7. Institut National de la Statistique, Cellule de Planification et de Statistique Secteur Santé-Développement Social et Promotion de la Famille, ICF International. 2019. Sixième Enquête Démographique et de Santé au Mali 2018 [Internet]. 2019 [cité 25 déc 2022]. Disponible sur : https://www.instat-mali.org/laravel-filemanager/files/shares/pub/eds6-18-ind-cle_pub.pdf
8. CSLS-TBH. Plan_Stratégique_National_Intégré_2021-2025_de_lutte_contre_le_VIH_sida_la_Tube.pdf [Internet]. 2020 [cité 27 févr. 2023]. Disponible sur : https://files.aho.afro.who.int/afahobckpcontainer/production/files/Plan_Strat%C3%A9gique_National_Int%C3%A9gr%C3%A9_2021-2025_de_lutte_contre_le_VIH_sida_la_Tube.pdf
9. Projet Atlas. 10 éléments clés pour l'introduction et la mise à l'échelle d'auto-dépistage du VIH [Internet]. 2019 [cité 26 déc. 2022]. Disponible sur : https://atlas.solthis.org/wp-content/uploads/2022/05/ATLAS_HIVST-in-WCA_Check-list_VFR.pdf
10. Projet Atlas. ATLAS Opportunité Auto-Dépistage-Partenaires-PVVIH ML.pdf [Internet]. 2021 [cité 27 févr. 2023]. Disponible sur : https://atlas.solthis.org/wp-content/uploads/2022/06/ATLAS_Opportunit%C3%A9-Autod%C3%A9pistage-Partenaires-PVVIH_ML.pdf
11. Atlas. Projet Atlas. 2018 [cité 26 déc. 2022]. Protocole Atlas. Disponible sur : <https://atlas.solthis.org/autotest-vih-atlas-le-projet/>
12. Barré-Sinoussi F, Chermann JC, Rey F, Nugeyre MT, Chamaret S, Gruest J, et al. Isolation of a T-lymphotropic retrovirus from a patient at risk for acquired immune deficiency syndrome (AIDS). *Science*. 20 mai 1983 ;220(4599) :868 71.
13. Bouchaud O, Ndour T. Prise en charge globale du VIH dans les pays à ressources limitées : guide de formation à l'usage des paramédicaux. Rueil-Malmaison : Doin ; 2011. (Formation VIH).

14. ONUSIDA/UNAIDS, Ending AIDS, Progress towards the 90-90-90 targets, 2017 et <http://aidsinfo.unaids.org/>
15. Desclaux A, Desgrées du Loû A. Les femmes africaines face à l'épidémie de sida. Popul sociétés. 2006 ;428(10) :1 、 4.
16. Karon S. vih.org. 2016 [cité 3 oct 2023]. Le risque de transmission par acte sexuel, évaluation 2015. Disponible sur : <https://vih.org/20160601/le-risque-de-transmission-par-acte-sexuel-evaluation-2015/>
17. Sida Info Service. Sida Info Service. 2016 [cité 3 oct 2023]. Y a-t-il un risque d'avoir le VIH quand on bénéficie d'une transfusion sanguine ? Disponible sur : <https://www.sida-info-service.org/vih-transfusion-risque/>
18. ONUSIDA. Sécurité transfusionnelle et SIDA [Internet]. 1997 [cité 3 oct 2023]. Disponible sur : https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/blood-pov_fr_0.pdf
19. INSPQ. Institut national de santé publique du Québec. 2018 [cité 20 oct 2023]. La prévention combinée | INSPQ. Disponible sur : <https://www.inspq.qc.ca/espace-itss/la-prevention-combinee>
20. Plateforme Prévention Sida P. La prévention combinée, c'est quoi ? | Plate-Forme Prévention Sida [Internet]. 2023 [cité 20 oct 2023]. Disponible sur : <https://preventionsida.org/fr/vih/la-prevention-combinee-cest-quoi/>
21. Pezeril C. Les nouveaux enjeux de la prévention combinée du VIH/sida : des apports scientifiques aux pratiques de terrain. 2015 [cité 20 oct 2023] ; Disponible sur : <https://dial.uclouvain.be/pr/boreal/object/boreal:165874>
22. Le Fonds Mondial. DONNER LA PAROLE AUX POPULATIONS CLÉS DANS LA RIPOSTE AU VIH/SIDA [Internet]. 2016 [cité 1 oct 2023]. Disponible sur : <https://www.expertisefrance.fr/documents/20182/248668/L%27initiative+5%25+et+les+populations+cl%C3%A9s/cf3dc3f8-ed20-432b-9838-902f12451348>
23. ONUSIDA. Accueil [Internet]. 2018 [cité 28 déc. 2022]. Disponible sur : <https://www.unaids.org/fr/Homepage>
24. HAS. Autotests de dépistage du VIH : Information à l'intention des professionnels de santé et des associations. Mars 2015.
25. World Health Organization. Consolidated guidelines on HIV testing services: 5Cs: consent, confidentiality, counseling, correct results, and connection 2015 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2015 [cité 29 sept 2023]. 163 p. Disponible sur: <https://iris.who.int/handle/10665/179870>
26. UNAIDS. Miles to go - Global AIDS update 2018 [Internet]. 2018 [cité 29 sept 2023]. Disponible sur : https://www.unaids.org/en/20180718_GR2018
27. UNAIDS. Understanding FastTrack. Accelerating action to end the AIDS epidemic by 2030 [Internet]. 2015 [cité 29 sept 2023]. Disponible sur : https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/201506_JC2743_Understanding_FastTrack_en.pdf
28. Stover J, Bollinger L, Izazola JA, Loures L, DeLay P, Ghys PD. What Is Required to End the AIDS Epidemic as a Public Health Threat by 2030? The Cost and Impact of the Fast-Track Approach. PloS ONE. 9 mai 2016;11(5): e0154893.

29. USAID. GUIDE OPÉRATIONNEL L'AUTO-DÉPISTAGE [Internet]. 2021 [cité 27 sept 2023]. Disponible sur : https://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PA00Z3M5.pdf
30. Napierala SM, Sibanda E, Mavengere Y, Hatzold K, Mugurungi O, Ncube G, et al. Supervised HIV self-testing to inform implementation and scale up of self-testing in Zimbabwe. 1 juill 2015 [cité 29 sept 2023] ; Disponible sur : <https://www.rti.org/publication/supervised-hiv-self-testing-inform-implementation-and-scale-self-testing-zimbabwe-0>
31. Choko AT, MacPherson P, Webb EL, Willey BA, Feasy H, Sambakunsi R, et al. Uptake, Accuracy, Safety, and Linkage into Care over Two Years of Promoting Annual Self-Testing for HIV in Blantyre, Malawi: A Community-Based Prospective Study. PLoS Med. Sept 2015;12(9): e1001873.
32. ZIMPHIA. ZIMPHIA-Final-Report_integrated_Web-1.pdf [Internet]. 2016 [cité 29 sept 2023]. Disponible sur : https://phia.icap.columbia.edu/wp-content/uploads/2019/08/ZIMPHIA-Final-Report_integrated_Web-1.pdf
33. OMS U. HIV and AIDS [Internet]. 2018 [cité 29 sept 2023]. Disponible sur : <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>
34. OMS. HIV and AIDS [Internet]. 2018 [cité 29 sept 2023]. Disponible sur : <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>
35. Wood BR, Ballenger C, Stekler JD. Arguments for and against HIV self-testing. HIVAIDS - Res Palliat Care. 2 août 2014; 6:117-26.
36. Paltiel AD, Walensky RP. Home HIV Testing: Good News but Not a Game Changer. Ann Intern Med. 20 nov. 2012;157(10):744-6.
37. Krause J, Subklew-Sehume F, Kenyon C, Colebunders R. Acceptability of HIV self-testing: a systematic literature review. BMC Public Health. 8 août 2013; 13:735.
38. Pai NP, Sharma J, Shivkumar S, Pillay S, Vadnais C, Joseph L, et al. Supervised and Unsupervised Self-Testing for HIV in High- and Low-Risk Populations: A Systematic Review. PLOS Med. 2 avr. 2013;10(4): e1001414.
39. Katz DA, Golden MR, Hughes JP, Farquhar C, Stekler JD. HIV Self-Testing Increases HIV Testing Frequency in High-Risk Men Who Have Sex with Men: A Randomized Controlled Trial. J Acquir Immune Defic Syndr 1999. 15 août 2018;78(5):505-12.
40. Bavinton BR, Brown G, Hurley M, Bradley J, Keen P, Conway DP, et al. Which gay men would increase their frequency of HIV testing with home self-testing? AIDS Behav. juill 2013;17(6):2084-92.
41. Myers JE, El-Sadr WM, Zerbe A, Branson BM. Rapid HIV self-testing: long in coming but opportunities beckon. AIDS Lond Engl. 17 juill 2013;27(11):1687-95.
42. Delaney KP, Branson BM, Uniyal A, Phillips S, Candal D, Owen SM, et al. Evaluation of the performance characteristics of 6 rapid HIV antibody tests. Clin Infect Dis Off Publ Infect Dis Soc Am. 15 janv. 2011;52(2):257-63.
43. Carballo-Diéguez A, Frasca T, Balan I, Ibitoye M, Dolezal C. Use of a rapid HIV home test prevents HIV exposure in a high-risk sample of men who have sex with men. AIDS Behav. oct 2012;16(7):1753-60.

44. Lippman SA, Moran L, Sevelius J, Castillo LS, Ventura A, Treves-Kagan S, et al. Acceptability and Feasibility of HIV Self-Testing Among Transgender Women in San Francisco: A Mixed Methods Pilot Study. *AIDS Behav.* 1 avr. 2016;20(4):928-38.
45. Commissioner O of the. Facts About In-Home HIV Testing. FDA [Internet]. 9 sept 2020 [cité 29 sept 2023] ; Disponible sur : <https://www.fda.gov/consumers/consumer-updates/facts-about-home-hiv-testing>
46. MacGowan RJ, Chavez PR, Borkowf CB, Owen SM, Purcell DW, Mermin JH, et al. Effect of Internet-Distributed HIV Self-tests on HIV Diagnosis and Behavioral Outcomes in Men Who Have Sex with Men: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Intern Med.* 1janv. 2020;180(1):117-25.
47. Ferreira A, Young T, Mathews C, Zunza M, Low N. Strategies for partner notification for sexually transmitted infections, including HIV. *Cochrane Database Syst Rev.* 3 oct 2013;2013(10):CD002843.
48. Atlas. Projet Atlas. 2022 [cité 5 oct 2023]. Résultats - Projet Atlas - Autotest de dépistage du VIH. Disponible sur : <https://atlas.solthis.org/autotest-vih-atlas-resultats/>
49. Haidara AC. Etude de la perception et de l'acceptation de l'autotest VIH par les professionnels de santé dans le district de Bamako [Internet] [Thesis]. Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako ; 2020 [cité 28 oct 2023]. Disponible sur : <https://www.bibliosante.ml/handle/123456789/4441>
50. Boye S, Bouaré S, Ky-Zerbo O, Rouveau N, Simo Fotso A, d'Elbée M, et al. 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* [Internet]. 2021 [cité 22 déc 2022] ;9. Disponible sur : <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpubh.2021.653543>
51. Atlas. Projet Atlas. 2022 [cité 5 oct 2023]. Résultats - Projet Atlas - Autotest de dépistage du VIH. Disponible sur : <https://atlas.solthis.org/autotest-vih-atlas-resultats/>
52. Wesolowski L, Chavez P, Sullivan P, Freeman A, Sharma A, Mustanski B, et al. Distribution of HIV Self-tests by HIV-Positive Men Who Have Sex with Men to Social and Sexual Contacts. *AIDS Behav.* 1 avr 2019 ;23(4) :893-9.
53. Dah TTE, Orne-Gliemann J, Guiard-Schmid JB, Becquet R, Larmarange J. Les hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes (HSH) et l'infection à VIH à Ouagadougou, Burkina Faso : connaissances, attitudes, pratiques et enquête de séroprévalence. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique.* 1 sept 2016 ;64(4) :295-300.
54. Phillips, A. N., Cambiano, V., Nakagawa, F., Brown, A. E., Lampe, F., Rodger, A., ... & Delpech, V. (2013). Increased HIV incidence in men who have sex with men despite high levels of ART-induced viral suppression: analysis of an extensively documented epidemic. *PLoS One*, 8(2), e55312.
55. ARCAD Sida, T. (2015). Enquête intégrée sur la prévalence et les comportements en matière d'IST/VIH. Bamako.

56. CSLS. (2015). Étude bio-comportementale sur les hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes à Bamako Mali. Bamako.
57. ISBS. (2009). Integrated STI and Behavioral Surveillance. Mali. Plan international M. Analyse de la situation des personnes transgenres au Mali. Bamako. Ministère de la Santé du Mali, Cellule de Coordination du Comité Sectoriel de Lutte contre le SIDA, Institut National de Recherche en Santé Publique, et al., Enquête intégrée sur la prévalence et les comportements en matière d'IST (ISBS) menée au Mali d'Avril à juin 2009.
58. OMS, Cadre stratégique pour l'ADVIH : Guide pour la planification, la mise en place et l'intensification
<https://www.afro.who.int/sites/default/files/201912/WHO%20Strategic%20Framework%20HIV%20FRENCH%20AW2%5B5%5D.pdf>
59. Choko AT, MacPherson P, Webb EL, Willey BA, Feasy H, Sambakunsi R, et al. Uptake, Accuracy, Safety, and Linkage into Care over Two Years of Promoting Annual Self-Testing for HIV in Blantyre, Malawi: A Community-Based Prospective Study. PLOS Medicine. 8 sept 2015;12(9): e1001873.
60. Masters SH, Agot K, Obonyo B, Mavedzenge SN, Maman S, Thirumurthy H. Promoting Partner Testing and Couples Testing through Secondary Distribution of HIV Self-Tests: A Randomized Clinical Trial. PLOS Medicine. 8 nov 2016;13(11): e1002166.
61. Drabo JY, Schmid JBG, Némandé S, Anoma C, Awondo P, Bassonon D, et al. Comprendre et travailler avec les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes: pour une prévention combinée et une prise en charge globale des IST et du VIH.
62. Canada A de la santé publique du. Estimations de l'incidence et de la prévalence du VIH, et des progrès réalisés par le Canada en ce qui concerne les cibles 90-90-90 pour le VIH [Internet]. 2018 [cité 6 nov 2023]. Disponible sur : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/maladies-et-affections/esume-estimations-incidence-prevalence-vih-progres-realises-canada-90-90-90.html>
63. ministère de la Santé, et de l'Action Sociale. GUIDE PRATIQUE DE L'AUTODÉPISTAGE DU VIH (ADVIH) AU SÉNÉGAL. 2019.

64. ONUSIDA. Accélérer la prévention combinée. 2015.
65. Grant et al., "Preexposure chemoprophylaxis for HIV prevention in men who have sex with men", New England Journal of Medicine, 2010).

