



STRATÉGIE NATIONALE SUR L'AUTODÉPISTAGE DU VIH (ADVIH) AU SÉNÉGAL



SOMMAIRE

Avant-propos	4
Définitions des termes principaux	5
Abréviations et Acronymes	7
1. INTRODUCTION	8
1.1. Contexte épidémiologique	8
1.2. L'ADVIH en Afrique subsaharienne	11
1.3. Recommandations de l'OMS	12
1.4. Justification des directives nationales sur l'ADVIH au Sénégal	12
1.5. Public cible	13
1.6. Principes directeurs	13
2. MISE EN ŒUVRE DE L'ADVIH	14
2.1. Revue descriptive des modalités pratiques	14
2.2. Considérations relatives à la mise en œuvre	14
2.2.1. Populations prioritaires/cibles de l'ADVIH	14
2.2.2. Âge légal	16
2.2.3. Intégration de l'ADVIH dans l'algorithme national de dépistage du VIH	17
2.2.4. Modèles de dispensation	18
2.2.5. Stratégies pour faciliter le lien vers la confirmation, les services de prévention et de soins	20
2.3. Standards minimums de formation et messages clés des agents dispensateurs	21
2.3.1. Standards minimums de formation	21
2.3.2. Messages clés pour les agents dispensateurs	21
2.4. Sensibilisation et communication auprès des usagers et des communautés	21
2.4.1. Standards minimums de communication et de sensibilisation	21
2.4.2. Messages clés pour les usagers et la communauté	21
3. AUTOTESTS DE DIAGNOSTIC RAPIDE DU VIH	22
3.1. Approvisionnement et distribution	22
3.1.1. Secteur public	22
3.1.2. Secteur privé	22
3.2. Assurance qualité et surveillance post-commercialisation	22
3.2.1. Les kits d'ADVIH	23
3.2.2. Processus de l'ADVIH	24
4. SUIVI ET ÉVALUATION	25
4.1. Recueil et collecte des données de routine	25
4.2. Supervision	25
4.3. Évaluation	25
4.3.1. Indicateurs de suivi directs	25
4.3.2. Mesure de l'impact indirect de l'ADVIH	26
4.3.3. Triangulation des données	26
4.4. Autres systèmes pour le suivi, les plaintes, les effets secondaires et les cas de préjudice social	26
Références	27
Liste des tableaux	27
Liste des figures	27

AVANT-PROPOS

En 2019, l'ONUSIDA estime à près de 38 millions le nombre d'adultes et d'enfants qui vivent avec le VIH à travers le monde. Notre région de l'Afrique de l'Ouest et du Centre est l'une des régions les plus touchées par le sida. Et dans notre région, seules 64% des personnes qui vivent avec le VIH connaissent leur statut sérologique.

Au Sénégal, des efforts considérables sont déployés pour atteindre les 90-90-90 en 2020. En fin 2019, 81% des PVVIH connaissaient leur statut sérologique, 71% sont sous TARV et 57% ont une charge virale supprimée. Avec des gaps dans le dépistage chez les hommes de 48% et de 47% à 66% au niveau des populations clés les plus exposées, les performances sont loin d'être atteintes. Nous constatons que dans notre contexte, ces populations sont difficilement accessibles par les stratégies classiques de dépistage.

La réalisation des objectifs des 90-90-90 sera naturellement accompagnée de l'accélération de la mise en œuvre d'approches novatrices et différenciées de prévention et de traitement. L'autotest de dépistage du VIH, en plus de compléter la palette d'offres de services de dépistage, constitue un pertinent recours pour faciliter l'accès à des populations avec des besoins spécifiques.

L'autodépistage, utilisant les autotests, est une méthode par laquelle une personne collecte son propre échantillon (fluide oral ou sang), effectue son test, puis interprète le résultat, le plus souvent dans un cadre privé, seul ou avec une personne de confiance. Depuis sa recommandation par l'OMS, le Sénégal l'a adopté d'abord dans un projet pilote de recherche pour étudier son acceptation et ensuite comme une stratégie complémentaire d'offre des services de dépistage du VIH. Cette stratégie est mise en œuvre dans le cadre du projet ATLAS mis en œuvre par Solthis avec l'appui d'UNITAID au niveau des régions de Dakar, Thiès et Ziguinchor pour une durée de 3 ans.

Depuis sa mise en œuvre, en 2018, les résultats sont encourageants. Cette nouvelle approche d'autodépistage a permis de définir des orientations stratégiques adaptées à notre contexte ainsi que l'élaboration de la politique nationale. La stratégie nationale d'utilisation de l'autodépistage décrite dans ce présent document, a bénéficié de l'appui de l'OMS et de Solthis.

Ce document vient compléter celui de « Politique, Normes et Protocoles des services de dépistage du VIH de 2018 » ainsi que le « Guide d'utilisation de l'ADVIH au Sénégal », qui détaille les aspects opérationnels de cette nouvelle approche.

C'est donc avec grand plaisir que je le présente à l'ensemble des acteurs et partenaires de la riposte au sida au Sénégal, en espérant qu'il répondra à leurs attentes.

J'exprime au nom des Autorités du Sénégal notre profonde gratitude à tous les partenaires techniques et financiers, ainsi qu'aux acteurs qui ont appuyé son élaboration.

« Vaincre le Sida par Tous, une Riposte pour Tous »

Dr Safiatou Thiam
Secrétaire Exécutive



DÉFINITIONS DES TERMES PRINCIPAUX

Autodépistage du VIH (ADVIH) : processus par lequel une personne prélève son propre échantillon (fluide oral ou sang), effectue un test, puis interprète les résultats, souvent dans un cadre privé, seule ou avec une personne de confiance.

Autodépistage du VIH (ADVIH) avec assistance directe : situation dans laquelle une personne souhaitant effectuer un ADVIH bénéficie d'une démonstration en personne de la part d'un prestataire formé ou d'un pair, avant ou pendant le test, lui expliquant comment réaliser le test, comment interpréter les résultats et la conduite à tenir en fonction de chaque résultat.

Autodépistage du VIH (ADVIH) sans assistance directe : ADVIH réalisé à l'aide d'un kit d'ADVIH contenant une notice d'utilisation émise par le fabricant, ainsi que d'autres outils de supports complémentaires, tels que des brochures, vidéos de démonstration ou ligne d'assistance téléphonique.

Cas index : sujets contacts (partenaires sexuels, partenaire de drogue injectable et enfants biologiques) d'une personne infectée par le VIH.

Dispensation : Ensemble des actes qu'un professionnel de santé ou un éducateur pair formé effectue dans le contexte de la distribution de kits d'ADVIH, afin d'apporter un ensemble d'informations et de conseils pertinents.

Populations clés : groupes définis comme particulièrement exposés à un risque accru d'infection à VIH, indépendamment du type d'épidémie ou du contexte local. Les groupes suivants sont considérés comme des populations clés : hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes (HSH), consommateurs de drogues injectables (CDI), personnes vivant en milieu carcéral ou dans d'autres structures fermées, professionnel(le)s du sexe (PS) et personnes transgenres¹.

Algorithme de dépistage : combinaison et séquence d'épreuves spécifiques utilisées dans le cadre des stratégies de dépistage du VIH.

Épidémie concentrée : situation dans laquelle l'infection à VIH s'est propagée rapidement au sein d'une sous-population donnée (p. ex. hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, professionnel(le)s du sexe, consommateurs de drogues injectables), mais n'est pas bien établie dans la population générale. Ce type d'épidémie est révélateur de la présence de réseaux actifs de personnes ayant des comportements à haut risque au sein de la sous-population concernée. L'évolution future de l'épidémie dépend de la nature des liens existant entre les sous-populations à forte prévalence du VIH et la population générale. Mesure indirecte : la prévalence de l'infection à VIH est systématiquement supérieure à 5 % dans au moins une sous-population définie, mais est inférieure à 1% chez les femmes enceintes en consultation prénatale.

Fenêtre sérologique : période allant du moment où l'infection à VIH a lieu jusqu'au moment où les anticorps anti-VIH-1/2 sont détectés par des épreuves sérologiques, marquant la fin de la fenêtre sérologique de diagnostic et la fin de la séroconversion.

Mineur(e) émancipé(e) : personne qui n'est pas légalement adulte mais qui, parce qu'elle est mariée, est la mère/le père d'un enfant ou n'est plus à la charge de ses parents, peut ne pas avoir besoin d'une autorisation parentale pour des services de prévention ou de santé.

¹Personnes dont l'identité de genre et/ou l'expression de leur genre diffère des normes sociales par rapport à leur genre à la naissance

Préjudice ou préjudice social : toute cause, intentionnelle ou non, de souffrance physique, économique, psychologique ou psychosociale, auto-infligée ou infligée par une autre personne ou une institution, avant, pendant ou après un test de dépistage du VIH.

Prestataire communautaire : toute personne qui exerce des fonctions liées à la prestation de soins de santé et qui a été formée à la prestation de ces services, mais ne possède pas de certificat professionnel ou para professionnel formel.

Sensibilité : probabilité qu'un test/un algorithme de dépistage du VIH parvienne correctement à identifier tous les échantillons contenant des anticorps anti-VIH-1/2 et/ou l'antigène p24 du VIH-1.

Services de notification aux partenaires : peut aussi être désigné par le terme de démarche du partage de statut ; processus volontaire dans le cadre duquel un.e prestataire de soins formé.e demande à une personne ayant reçu un diagnostic d'infection à VIH de lui donner des informations sur ses partenaires sexuels et/ou ses partenaires d'injection de drogue, puis, si la personne séropositive y consent, propose un dépistage du VIH à ces partenaires. La notification aux partenaires peut être effectuée selon une approche passive ou une approche assistée.

Spécificité : probabilité qu'un test/un algorithme de dépistage parvienne correctement à identifier tous les échantillons ne contenant pas d'anticorps anti-VIH-1/2 ou d'antigène p24 du VIH-1.

Test de diagnostic rapide : Ensemble des dispositifs diagnostiques médicaux utilisables de façon unitaire ou en petite série permettant de donner un résultat rapide sur la présence ou non d'anticorps ou d'antigènes du VIH et qui ne nécessite pas de procédure automatisée.

Valeur prédictive négative : Lors du dépistage du VIH, la probabilité, lorsqu'un test est non réactif, qu'un échantillon ne contienne effectivement pas d'anticorps anti-VIH.

Valeur prédictive positive : Lors du dépistage du VIH, la probabilité, lorsqu'un test est réactif, qu'un échantillon contienne réellement des anticorps anti-VIH.



Certifié ISO 9001 V2015

ABRÉVIATIONS ET ACRONYMES

ADVIH	Autodépistage du VIH
ARV	Antirétroviral
ATLAS	AutoTest VIH Libre d'Accéder à la connaissance de son Statut
CDI	Consommateur de Drogue Injectable
CDIP	Conseil et Dépistage à l'Initiative du Prestataire
CEPIAD	Centre de Prise en Charge Intégrée des Addictions de Dakar
CNLS	Conseil National de Lutte contre le Sida
DL	Direction des Laboratoires
DLSI	Division de Lutte contre le Sida et des IST
EDS	Enquête Démographique et de Santé
FDA	Food and Drug Administration
HSH	Hommes ayant des relations Sexuelles avec des Hommes
IBBS	Surveillance Bio-Comportementale Intégrée (Integrated HIV/STI Biological and Behavioral surveillance)
IHS	Institut d'Hygiène Sociale
IRD	Institut de Recherche et Développement
IRRESSEF	Institut de Recherche en Santé de Surveillance Epidémiologique et de Formation
IST	Infection Sexuellement Transmissible
LBV	Laboratoire de Bactério-Virologie
MSAS	Ministère de la Santé et de l'Action Sociale
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONUSIDA	Programme Commun des Nations unies sur le VIH/sida
PNA	Pharmacie Nationale d'Approvisionnement
PrEP	Prophylaxie Pré-Exposition
PRA	Pharmacie Régionale d'Approvisionnement
PS	Professionnelle du sexe
PSN	Plan Stratégique National
PTA	Pavillon de Traitement Ambulatoire
PvVIH	Personnes vivant avec le VIH
Sida	Syndrome d'Immunodéficience Acquis
Solthis	Solidarité Thérapeutique et Initiatives pour la Santé
STAR	HIV Self-Testing Africa
TasP	Traitement comme prévention (Treatment as Prevention)
TROD	Test rapide d'orientation diagnostique
USAID	Agence des États-Unis pour le développement international
UTA	Unité de Traitement Ambulatoire
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

1. INTRODUCTION

1.1. Contexte épidémiologique

Le nombre de personnes vivant avec le VIH (PvVIH) est estimé à 37,9 millions dans le monde fin 2018. L'Afrique de l'Est et australe (20,6 millions de PvVIH) et l'Afrique de l'Ouest et du Centre (5 millions de PvVIH) (ONUSIDA 2019) font partie des régions les plus touchées par l'épidémie.

Historiquement, l'Afrique de l'Ouest et du Centre a reçu moins de soutien que l'Afrique de l'Est et australe et les retards y sont plus prononcés : parmi les PvVIH en 2018, seulement 64% connaissaient leur statut sérologique, 51% étaient sous traitement antirétroviral (ARV) et 39% avaient une charge virale indétectable (virémie contrôlée), contre respectivement 85%, 67% et 58% en Afrique de l'Est et australe (ONUSIDA 2019). Ces résultats demeurent loin des objectifs fixés par Onusida pour 2020, qui visent à ce que 90% des PvVIH connaissent leur statut, que 90% de celles-ci soient sous ARV (81%) et que 90% de ces dernières aient une charge virale indétectable (73%) (ONUSIDA 2014). Première étape du parcours de soins, le dépistage est crucial dans la lutte contre les épidémies. L'atelier régional sur les approches différenciées des services de dépistage du VIH en Afrique de l'Ouest et du Centre organisé par l'OMS et l'Onusida à Dakar en novembre 2017 a mis en avant l'urgence d'accélérer les progrès sur le dépistage du VIH dans cette région et d'adopter des approches de dépistage innovantes et adaptées pour atteindre les PvVIH qui ne sont pas encore dépistés.

Au Sénégal, l'épidémie du VIH est de type concentré, c'est-à-dire que la prévalence en population générale est inférieure à 1%, estimée à 0,5% (EDS-Continue 2017), mais elle dépasse 5% dans des sous-populations dites « clés », telles que les professionnelles du sexe (PS) (6,6%) (ENSC2015)², les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HSH) (27,6%) (ECHSH 2017) et les consommateurs de drogues injectables (CDI) (5,2%) (UDSEN 2014)³. Le CNLS identifie d'autres sous-groupes de populations en contexte de vulnérabilité – en raison notamment de leur situation sociale, de leur statut ou de leur mobilité – tels que les militaires (0,3%) et les policiers (0,6%), les camionneurs (0,6%), les pêcheurs (0,6%), les orpailleurs (1,5%), les personnes handicapées (1,9%) et particulièrement les femmes handicapées (2,5%) (ENCS 2015).

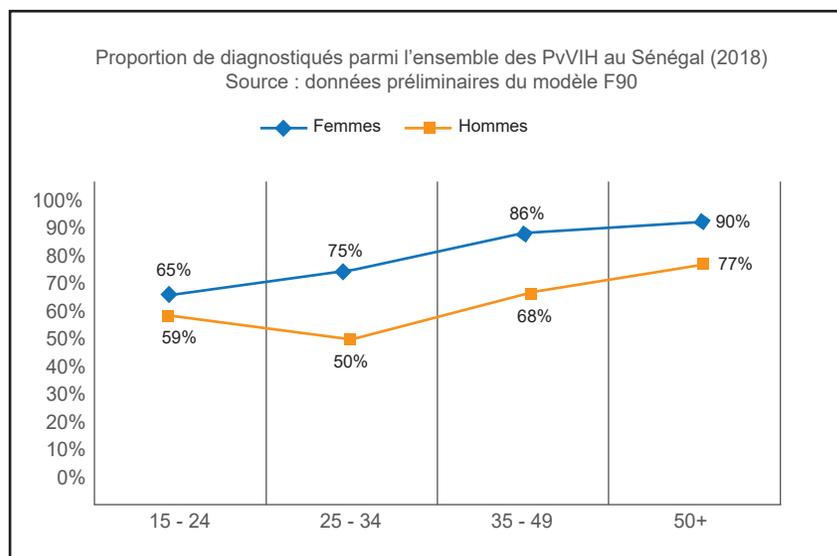
En 2014, les nouvelles infections se sont produites de manière décroissante chez les enfants (22,4%), les femmes de 25 à 49 ans (19,4%), les professionnelles du sexe (14,1%), leurs clients et populations mobiles (16,8%), les jeunes femmes (8,1%), les hommes âgés de 25 à 49 ans (6,9%), les HSH (5,3%), les CDI (0,5%) et les jeunes hommes (0,1%) (Optima 2016). Chez les femmes de 25 à 49 ans, la majorité des nouvelles infections (53,8%) reste attribuable au travail du sexe (Optima 2016). Aussi, la dynamique épidémique est nettement plus importante chez les populations clés, avec des taux d'incidence estimés à 1,54% chez les PS, 1,35% chez les HSH et 0,55% chez les CDI, comparativement à la population générale (0,03%).

² La prévalence du VIH chez les PS est passée de 18,5% à 6,6% entre 2010 et 2015 (ENSC, 2010 et 2015). Selon la catégorie, la prévalence du VIH chez les Professionnelles du Sexe Officielles (PSO) est passée de 23,8% en 2010 à 8,7% en 2015, alors que chez les Professionnelles du Sexe Clandestines (PSC) elle est passée de 12,1% à 5,4% pour la même période (ENSC, 2010 et 2015). (Rapport annuel CNLS 2018)

³ La prévalence estimée du VIH dans la population d'usagers de drogues injectables se situe à 5,2%. Elle est plus élevée chez les femmes (13,0%) que chez les hommes avec 3,0% (UDSEN, 2011). Selon le mode de consommation des drogues, les injecteurs présentent les plus fortes prévalences avec 9,4% versus 2,5% pour les non-injecteurs*.

A l'instar de la communauté internationale, le Sénégal s'est engagé dans l'atteinte des 90-90-90 d'ici à 2020 dans l'optique d'une élimination de l'épidémie du sida à l'orée 2030. Cependant, d'importants efforts restent à fournir, puisque suivant la cascade des soins, 72% des PvVIH connaissent leur statut, 64% sont sous traitement, et 49% ont une charge virale contrôlée (GAM 2018). Au Sénégal, le recours au dépistage est particulièrement faible dans certaines populations clés, où la forte stigmatisation, voire l'illégalité et la criminalisation pour les HSH, constituent un important obstacle, conduisant à un fort risque de transmission. On estime que seuls 13% des HSH⁴ et 55% des travailleuses du sexe infectés par le VIH connaissent leur statut (Lyons et al 2017). Dans ce contexte, il est nécessaire de diversifier l'offre de dépistage pour toucher les populations hautement vulnérables.

Bien que l'épidémie du VIH soit concentrée au Sénégal, à groupe d'âge égal, le dépistage est moins important chez les hommes vivant avec le VIH que chez les femmes vivant avec le VIH. De même, les gaps de dépistage sont plus importants parmi les jeunes.



Source : Données issues du modèle Shiny90 de Maheu-Giroux et al. 2019

Depuis une décennie, avec la prise de conscience du caractère concentré de l'épidémie au Sénégal, le Conseil National de Lutte contre le Sida (CNLS) a développé de plus en plus d'actions ciblant spécifiquement les populations clés, appuyé par des bailleurs de fonds internationaux, principalement le Fonds mondial de lutte contre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme. Les activités communautaires améliorent l'accès au dépistage pour celles et ceux atteints par des pairs-éducateurs et éducatrices, en particulier les **PS** et les **HSH**, bien que freiné par des problèmes de stigmatisation socio-culturelle (notamment dans les services de santé), politique et légale.

⁴Concernant le dépistage chez les HSH, le rapport 2016 de l'ANCS montre que seuls 17,6 % ont fait le test et en connaissent le résultat (HSH général, pas que infectés) ; tandis que l'enquête Behavioral Surveillance (2018) estime que 63,4% des HSH connaissent leur statut.

Une part de ces populations clés reste difficile à atteindre, en raison de leur **caractère « caché » ou « périphérique »**. En effet, les catégories épidémiologiques ne correspondent pas parfaitement aux réseaux sexuels, aux groupes sociaux, aux individus touchés par les programmes publics ou communautaires, ou même aux individus touchés par les enquêtes. **Les Professionnelles du sexe clandestines (PSC) ou occasionnelles** sont ainsi moins touchées par les dispositifs de prévention mis en place. Certaines professionnelles du sexe restent dans la clandestinité en raison de l'âge minimum requis de 21 ans pour l'inscription au fichier sanitaire, des préjugés qui l'entourent ou de la méconnaissance, et demeurent par conséquent en marge des dispositifs de prévention et de soins. C'est également le cas des **HSH cachés**, qui sont généralement des hommes situés à la périphérie des réseaux sexuels, plus âgés (et plus infectés) ou qui ne se reconnaissent pas nécessairement dans une identité homosexuelle et donc sont moins touchés par les activités communautaires (Stahlman et al. 2016).

De plus, au-delà des populations clés « classiques », d'autres groupes ont un risque d'infection au VIH intermédiaire entre les populations clés et la population générale et contribuent à la dynamique épidémique. Ils peuvent être exposés soit directement du fait de leurs comportements (**clients de PS**), soit via leurs partenaires (**partenaires féminines de clients de PS, partenaires féminines d'HSH bisexuels qui ne connaissent généralement pas leurs pratiques (Enel et al 2009), partenaires masculins ou féminins de CDI**). Environ 30% des nouvelles infections surviendraient chez les personnes qui ont des comportements à faible risque mais qui ont des partenaires avec des comportements à risque élevé (ONUSIDA 2010). C'est ainsi qu'en nombre absolu, l'essentiel des PvVIH demeure en population générale au Sénégal, avec une estimation de 2.539 HSH et de 2.100 PS infectées au VIH sur les 42.434 PvVIH totales estimées (2018).

D'autres groupes peuvent également être plus à risque d'infection au VIH et rencontrer des difficultés à être dépistés, telles que **les personnes infectées par des IST⁵** pour lesquelles la proposition de dépistage n'est pas systématique (Kalichman, Pellowski, et Turner 2011; Inghels et al. 2020) ou les partenaires de PvVIH. Dans de nombreux couples, un ou les deux partenaires, ne connaissent pas son/leur statut sérologique, en raison de la difficulté à le partager, liée à la stigmatisation, ce qui se trouve exacerbé dans le contexte de polygamie courant au Sénégal (Sow 2013).

Les patients atteints de tuberculose sont généralement bien diagnostiqués pour le VIH (5% des cas de tuberculose sont co-infectés VIH), avec un taux de réalisation du test de 90%.

Les femmes enceintes qui ne se rendent pas en consultation prénatale (CPN) restent une préoccupation majeure, puisque seulement 67% des femmes enceintes (grossesses attendues) réalisent un dépistage – contre 88% pour les femmes vues en CPN (à Dakar, cela baisse à 64%), et que seulement 55% des femmes enceintes infectées sont mises sous ARV. C'est ainsi que 22% des nouvelles infections surviennent chez les enfants (0-14ans) (Optima 2016).

⁵ 136.062 cas notifiés en 2018 au Sénégal dont 83,3% chez les femmes

1.2. L'ADVIH en Afrique subsaharienne

L'autodépistage du VIH (ADVIH) est un processus par lequel l'utilisateur ou l'utilisatrice prélève lui/elle-même un échantillon (fluide oral ou sang), effectue le test pour le VIH, puis interprète seul(e) son résultat, souvent dans un cadre privé (OMS 2016).

Depuis les années 2010, l'ADVIH est mis à disposition essentiellement en Afrique de l'Est et australe, notamment au travers de l'initiative STAR financée par Unitaid, avec le Malawi, la Zambie et le Zimbabwe (1ère phase, 2015-2017), qui a inclus l'Afrique du Sud, le Lesotho et l'Eswatini pour la 2ème phase et qui projette de distribuer près de 5 millions de kits. D'autres initiatives ont donné lieu à des études, qui concluent généralement sur la valeur ajoutée des autotests.

L'ADVIH est sûr et précis. Les données obtenues en Afrique subsaharienne montrent une sensibilité et une spécificité acceptables de l'ADVIH qu'il soit oral ou sanguin, supervisé par un agent de santé formé ou non-supervisé. Cependant, des erreurs courantes ont été observées au niveau de la réalisation de l'autotest ou de l'interprétation du résultat, soulignant la nécessité d'un accompagnement spécifique et adapté.

L'ADVIH est acceptable pour de nombreux utilisateurs dans différents contextes et particulièrement auprès des populations clés et de celles qui ne se dépistent pas régulièrement, notamment en raison de sa discrétion et de son autonomie.

Par conséquent, l'ADVIH améliore l'accès au test du VIH et sa fréquence, en particulier parmi les populations vulnérables et à risque élevé de contracter le VIH, qui peuvent être moins susceptibles d'avoir accès au test ou de se dépister moins fréquemment que recommandé.

Des inquiétudes sont généralement formulées concernant les risques de préjudices sociaux (dépistage coercitif, violences interpersonnelles, suicides) causés par l'ADVIH, bien que peu de cas aient été rapportés par les études. Il est cependant indispensable que le système de suivi national permette de documenter tout effet indésirable potentiel, y compris sur le plan social.

Aussi, à l'instar de ce qui est observé avec les approches de dépistage du VIH classiques, la liaison avec les services de soins est souvent insuffisante. Il est ainsi nécessaire de développer des approches susceptibles de faciliter la liaison avec les services de soins et de prévention suite à l'autodépistage, en particulier parmi les populations clés, qui peuvent être moins enclines à accéder aux services.

Dans le cas de l'ADVIH oral, il est également essentiel de fournir une communication efficace et adaptée pour éviter les amalgames entre dépistage du virus par voie orale et transmission du virus par la salive ; ou bien, pour diminuer le risque de non crédulité dans le résultat donné par voie orale, dans un contexte où la plupart des individus ont assimilé que la transmission du virus se fait avant tout par voie sanguine.

1.3. Recommandations de l'OMS

L'ensemble de ces données a conduit l'OMS à publier ses premières recommandations et orientations mondiales relatives à l'ADVIH « Lignes directrices sur l'autodépistage et la notification aux partenaires », en tant que supplément au document intitulé « Lignes directrices unifiées sur les services de dépistage du VIH » (OMS 2016). L'ADVIH y était recommandé comme une approche innovante et complémentaire des services de dépistage existants pour atteindre les objectifs 90-90-90. Le « Guide pour la planification, la mise en place et l'intensification des services de dépistage du VIH » a fourni un cadre stratégique pour son opérationnalisation (OMS 2018).

En novembre 2019, l'OMS a mis à jour ses recommandations sur l'ADVIH au sein desquelles il n'est plus considéré comme une approche complémentaire, mais comme une composante à part entière des services de dépistage.

Recommandation OMS (2019)

L'autodépistage du VIH doit être offert comme une approche des services de dépistage VIH (**Recommandation forte, preuves de qualité moyenne**).

Remarques

- La mise en place de différentes options pour la prestation des services et le soutien des utilisateurs serait grandement souhaitable.
- Les communautés doivent être impliquées dans le développement et l'adaptation des services de l'ADVIH.
- L'ADVIH ne permet pas d'établir un diagnostic positif pour le VIH. Les individus avec un test réactif doivent recevoir des tests additionnels d'un professionnel formé à l'utilisation de l'algorithme national de dépistage du VIH.

1.4. Justification des directives nationales sur l'ADVIH au Sénégal

Pour le Sénégal, l'ADVIH représente une forte opportunité de diversifier les modes de proposition du dépistage et d'atteindre des personnes qui ne sont pas atteignables, par des modes « classiques » de dépistage, telles que les populations clés « périphériques » – PS, HSH, CDI - et les populations à risque intermédiaire, telles que les clients de PS, les partenaires féminines d'HSH, les partenaires de PvVIH, les patients infectés par une IST ou leurs partenaires.

En 2018, le Sénégal a révisé son document de Politique, Normes et Protocole du dépistage du VIH en y intégrant l'utilisation des autotests (DLSI/MSAS 2018). En juillet 2019, le projet ATLAS (Solthis, IRD), financé par Unitaid, a initié la dispensation d'autotests à échelle moyenne dans trois régions du Sénégal (Dakar, Thiès et Ziguinchor), avec un objectif de 63.200 autotests distribués sur trois ans. En 2019, le Fonds mondial, dans le cadre de ses fonds catalytiques, a financé la distribution des autotests sur l'ensemble du territoire du Sénégal (objectif d'environ 44.000 autotests dispensés sur deux ans) auprès des populations clés et leurs partenaires.

C'est dans ce contexte que l'élaboration d'une stratégie nationale a été pensée, afin d'harmoniser et d'encadrer les pratiques de dispensation des autotests au Sénégal.

Ce document vient en complément du document de Politique, Normes et Protocole du dépistage du VIH de 2018. Il s'intègre au PSN 2018-2022, qui identifie l'ADVIH comme une des stratégies qui permettra d'atteindre le 1er 90, ainsi que dans le Plan de rattrapage pour l'atteinte des 90-90-90 pour lequel le Sénégal s'est engagé en 2018, et particulièrement à deux des 11 interventions prioritaires, à savoir « le dépistage démedicalisé au niveau communautaire et au niveau des zones de haute vulnérabilité (hot spot) » et surtout « le passage à l'échelle des stratégies de dépistage et le développement de stratégies innovantes de dépistage ».

La présente stratégie nationale est accompagnée du « guide d'utilisation de l'ADVIH au Sénégal », plus détaillé dans les aspects opérationnels.

1.5. Public cible

Ce document s'adresse aux défenseurs des politiques, aux prestataires cliniques et non cliniques de dépistage du VIH, aux gestionnaires d'établissements de santé et aux prestataires de soins dans les établissements de santé privés et publics, aux organisations non gouvernementales (ONG), communautaires et confessionnelles impliquées dans le dépistage du VIH et la sensibilisation, aux fabricants de dispositifs, aux programmes en entreprise et aux institutions d'enseignement supérieur. Le ministère de la Santé, les services d'aide médicale, les ONG, les organisations communautaires et d'autres organisations doivent trouver un équilibre entre des décisions complexes concernant l'allocation des ressources, la rentabilité et l'accès élargi aux populations difficiles à atteindre.

1.6. Principes directeurs

Toutes les formes de dépistage du VIH, y compris l'ADVIH, devraient adhérer :

- Aux règles des « 5C » de l'OMS, à savoir : le consentement, la confidentialité, le conseil (allégé selon les recommandations sur le dépistage de 2019), les résultats corrects des tests et la connexion aux services de santé. Ces principes directeurs se trouvent dans le **Document de Politique, Normes et Protocole du dépistage du VIH du Sénégal de 2018**.
- À la Loi n° 2010-03 du 9 avril 2010 relative au VIH/sida, qui encadre notamment le dépistage du VIH.

2. MISE EN ŒUVRE DE L'ADVIH

2.1. Revue descriptive des modalités pratiques

La mise en place des services d'ADVIH suppose de prendre en compte les mesures ci-après :

- Procéder à une analyse de la situation des services de dépistage du VIH, des politiques, normes et procédures en vigueur sur le dépistage du VIH, ainsi que du cadre législatif (notamment en matière de discriminations).
- Élaborer une politique et une réglementation nationales en matière d'ADVIH.
- Sélectionner et acquérir les produits destinés à l'ADVIH.
- Identifier des approches pour la dispensation des kits d'ADVIH (canaux de distribution et stratégies d'accompagnement pour faciliter le lien vers les services de confirmation, de dépistage et de prise en charge).
- Identifier les principales considérations techniques pour la dispensation et les messages adressés aux fournisseurs, aux dispensateurs, aux utilisateurs et aux communautés.
- Mettre en place des systèmes d'assurance de la qualité.
- Mettre en place un système de suivi et évaluation.
- Suivre les effets indésirables et les préjudices sociaux.
- Finaliser les plans d'action et passer à la mise en œuvre.

2.2. Considérations relatives à la mise en œuvre

2.2.1. Populations prioritaires/cibles de l'ADVIH

✓ *Dans le cadre de la distribution gratuite des ADVIH*

- Cadre réglementaire et considérations générales

Les cibles prioritaires pour la distribution gratuite des kits d'ADVIH définies, s'intègrent dans la stratégie nationale de dépistage, notamment :

- **Le Plan stratégique national 2018-2022** recommande le développement et la systématisation du dépistage à l'initiative du soignant ou du prestataire pour certains groupes : patients ayant des signes et symptômes, ayant une tuberculose, une infection sexuellement transmissible (IST), femmes enceintes, populations clés (Professionnelles du sexe (PS), Hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH), Consommateurs de drogue injectables (CDI) et prisonniers).
- Le document de **Politique, Normes et Protocoles des services de dépistage du VIH** (CNLS, 2018) qui préconise que les ADVIH ciblent en priorité les populations clés, à savoir les HSH, les PS et les CDI, en raison de leur contexte épidémiologique et de leurs difficultés d'accès aux services de santé, tout en laissant la possibilité d'inclure d'autres populations vulnérables (p.27).

- **La Loi n° 2010-03 du 9 avril 2010 relative au VIH/sida** fixe notamment l'âge légal du dépistage du VIH à 15 ans.

L'ADVIH est une bonne option pour des populations à haut risque et qui n'ont pas ou peu accès aux services de dépistage du VIH existants.

L'ADVIH présente des spécificités (coût de l'intrant plus élevé, autonomie de l'utilisateur) qu'il faut prendre en considération dans l'identification des populations prioritaires. **Il ne doit en aucun cas se substituer aux stratégies de dépistage existantes en structures de santé ou communautaires.**

Les populations cibles identifiées sont distinguées en cibles prioritaires et cibles secondaires. **Une priorisation des populations cibles est effectuée par le Programme national en fonction des ressources disponibles.**

✓ Les cibles prioritaires

- **Les populations clés (PS, HSH, CDI, transgenres)**, avec un focus opéré sur les **populations clés difficiles à atteindre, appelées également « périphériques »**, peu atteintes par les offres de dépistage classiques, et que l'ADVIH permet de toucher, notamment à travers les pair(e)s.

- * **Pour les PS**, l'accent est mis sur les PS clandestines (PSC) et/ou occasionnelles, qui ont moins accès aux services de santé et qui sont plus vulnérables.
- * **Pour les HSH**, l'accent est mis sur les HSH cachés, notamment ceux qui ne se reconnaissent pas dans une « identité homosexuelle » ou les HSH « VIP » (position socio-économique élevée), peu atteints par les offres communautaires. Les jeunes HSH sont aussi particulièrement ciblés. Les HSH non cachés sont également ciblés, permettant notamment de faciliter l'acceptabilité de l'ADVIH dans cette sous population.
- * **Pour les CDI**, l'accent est mis sur les CDI cachés, notamment les jeunes peu impliqués et les femmes qui sont plus infectées et plus difficiles à atteindre.
- * **Pour les transgenres, c'est une population en exploration. Une étude est en cours qui permettra de les identifier ainsi que leurs facteurs de vulnérabilité.**

● **Les partenaires sexuel(le)s des populations clés (HSH, PS et CDI)**

- * **Pour les PS**, il s'agit de leurs partenaires stables (non monnayés) ou de leurs clients (réguliers ou non). Les stratégies déployées doivent tenir compte du contexte et du type de relations qui existe entre les PS et leurs clients. Une dispensation secondaire par la PS (cf infra) peut être proposée pour les clients réguliers envers qui une confiance a pu être instaurée. Pour les clients non réguliers, une proposition secondaire peut être faite au cas par cas, afin de prévenir tout risque de préjudice social ; d'autres stratégies de dispensation primaire peuvent être élaborées, afin de cibler directement les clients (et atteindre les clients non réguliers).

* **Pour les HSH**, il s'agit de leurs partenaires réguliers (hommes et/ou femmes). Des stratégies adaptées doivent être développées afin de lever toute crainte de dévoilement ou de suspicion de leurs pratiques sexuelles avec des hommes.

* **Pour les CDI**, il s'agit de leurs partenaires sexuel(le)s.

- Les partenaires sexuel(le)s des personnes vivant avec le VIH (PvVIH) ou « cas index ».

Cette proposition doit être accompagnée du partage du statut sérologique au partenaire. Celui-ci ne doit pas être obligatoire et doit être déterminé en fonction de la volonté du patient et de sa situation personnelle. **Les membres de la famille des PvVIH** qui ont un risque d'infection peuvent également être ciblés.

- Les patients des consultations IST et leurs partenaires sexuel(le)s.

✓ Les cibles secondaires

Avec le temps, selon les besoins et sur décision des autorités compétentes, les populations en contexte de vulnérabilité telles que définies dans le PSN 2018-2022 pourront être ciblées, à savoir :

- **Les militaires et policiers**
- **Les orpailleurs**
- **Les camionneurs**
- **Les personnes handicapées** (handicap moteur, sourds-muets, troubles de la communication), pour qui l'accès aux structures de santé est difficile et pour qui la présence d'un accompagnant nuit à leur autonomie.

Les personnes qui fréquentent les sites touristiques (guides, vendeurs ambulants, etc.) et marchés hebdomadaires (« louma ») pourront également être ciblées.

NB 1 : l'ADVIH apparaît peu adapté aux personnes aveugles ou avec une déficience mentale, dans la mesure où il est recommandé qu'il soit utilisé de manière autonome

NB 2 : l'ADVIH n'est pas adapté au contexte des prisons, en raison des conditions non appropriées et du manque de confidentialité

✓ Dans le cadre de la vente en pharmacie

Les kits d'ADVIH pourront être disponibles auprès de la **population générale** dans le cadre de leur vente libre en **pharmacie**, suivant les circuits réglementés par les autorités nationales compétentes.

2.2.2. Âge légal

Les kits d'ADVIH doivent être dispensés uniquement aux personnes ayant l'âge légal requis pour réaliser un dépistage du VIH par soi-même, soit 15 ans au Sénégal selon la Loi n° 2010-03 du 9 avril 2010 relative au VIH/sida et le **Document de Politique, Normes et Protocole du dépistage du VIH du Sénégal de 2018**, ou selon la réglementation en vigueur.

Une dérogation de l'âge légal pourra être faite pour les « mineurs émancipés ».

2.2.3. Intégration de l'ADVIH dans l'algorithme national de dépistage du VIH

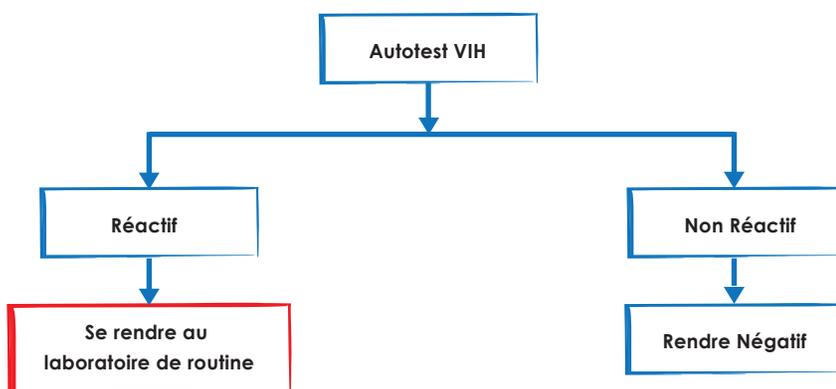
L'ADVIH est un test de triage, ce qui signifie qu'il ne délivre pas de diagnostic définitif de séropositivité au VIH. Les personnes ayant obtenu un résultat réactif doivent faire l'objet d'une confirmation dans un laboratoire selon l'algorithme national de dépistage en vigueur.

L'ADVIH n'est pas recommandé :

- Pour les personnes sous ARV (traitement ou PrEP) en raison de la possibilité de faux négatifs.
- Pour les enfants de moins de 12 ans⁴.

L'ADVIH est intégré dans l'algorithme national tel que défini dans le document Politique, Normes et Protocoles (DLSI/MSAS, 2018).

Figure 1 Algorithme ADVIH (TR0D)



Source : Politique, normes et protocoles des services de dépistage du VIH, 2018, p.55

Dans le cas où l'individu doit se rendre en laboratoire de routine ou autre service habilité pour confirmer le résultat, la procédure telle que définie par l'algorithme national à trois tests sera suivie (cf. Politique, normes et protocoles des services de dépistage du VIH, 2018).

Les **laboratoires de routine** font référence aux laboratoires des centres de soins.

✓ **Conduites à tenir en fonction de chaque résultat :**

- **En cas de test réactif**, l'individu doit être systématiquement référé vers une structure de confirmation. Si le résultat réactif est confirmé, le patient doit être orienté vers des services de prise en charge.
- **En cas de test non réactif :**
 - Dans tous les cas, les individus sont invités à se rendre dans des services de prévention adaptés à leur situation, pour garder un statut négatif.
 - Si l'individu est susceptible d'avoir été exposé au VIH (prise de risque) entre les 6 et 12 semaines précédentes, il devra effectuer un nouveau test, trois mois après la prise de risque.

⁴ Suivant les évaluations techniques actuelles

- Si l'individu appartient à un groupe à haut risque (populations clés), il devra lui être conseillé d'effectuer un dépistage tous les trois mois.

- **En cas de test invalide, l'individu doit refaire le test ou se rendre dans une structure de dépistage.**

2.2.4. Modèles de dispensation

Les modèles de dispensation des kits d'ADVIH sont divers. Le choix d'une des stratégies doit être défini en fonction du contexte, des populations ciblées – notamment des personnes difficiles à atteindre – ainsi que de la logique d'intégration et de complémentarité de l'ADVIH avec les autres stratégies de dépistage, telles que le conseil et dépistage à l'initiative du prestataire (CDIP) ou le dépistage à base communautaire (dépistage démedicalisé).

La dispensation de l'ADVIH peut être effectuée suivant deux modalités :

- **Avec assistance directe** : situation dans laquelle une personne souhaitant effectuer un autotest de dépistage du VIH bénéficie d'une démonstration en personne de la part d'un prestataire formé ou d'un pair formé, avant ou pendant le test, lui expliquant comment réaliser le test, comment interpréter les résultats et la conduite à tenir en fonction de chaque résultat.
- **Sans assistance directe** : ADVIH réalisé à l'aide d'un kit d'ADVIH contenant une notice d'utilisation émise par le fabricant et insérée dans le kit, ainsi que d'autres outils de supports complémentaires, tels que des brochures contenant des illustrations et du texte, vidéos de démonstration, ligne d'assistance téléphonique, boîtes à images ou application mobile sur l'ADVIH.

Les supports de communication (visuels, vocaux et en langue des signes) sont réalisés/traduits/sous-titrés en français et/ou en wolof ou toute autre langue locale selon les contextes ; les supports de communication écrits sont rédigés en français.

Il existe deux types de dispensation de l'ADVIH : la dispensation gratuite dans les secteurs public et communautaire et la vente dans le secteur privé.

✓ Dispensation gratuite

Dispensation primaire et secondaire

Pour chacun des canaux, la dispensation peut se faire de manière primaire ou secondaire, à l'exception des sites de prise en charge des PvVIH où elle est exclusivement secondaire.

La **dispensation primaire** d'un kit d'ADVIH est directement effectuée par un agent dispensateur formé (professionnel de santé, assistant social, pair éducateur, travailleur communautaire, pharmacien, etc.) auprès d'un usager.

La dispensation d'ADVIH ne doit pas se substituer à l'offre de dépistage existante, notamment dans les structures de santé où une proposition de test classique préalable est préférable, dans la mesure où il est disponible.

La **dispensation secondaire** d'un kit d'ADVIH est effectuée par une personne relais qui a reçu un ou plusieurs kits dans le cadre d'une dispensation primaire et qui le(s) distribue auprès de « contact(s) secondaire(s) » qui peu(ven)t être un(e) partenaire sexuel(le), un(e) pair(e), un(e) partenaire de drogue injectable, ou un membre de la famille.

En raison du contexte d'épidémie concentrée au Sénégal et de la difficulté à atteindre les populations clés « périphériques » et autres populations vulnérables avec les stratégies existantes, la dispensation « secondaire » est privilégiée.

- Stratégie fixe ou avancée

La dispensation des kits d'ADVIH peut se faire dans le cadre d'une stratégie fixe ou avancée.

Stratégie fixe d'ADVIH : la dispensation est effectuée à partir d'établissements ou d'autres postes fixes pour une utilisation ultérieure ou à l'intérieur des institutions. Des tests peuvent être remis à des clients séropositifs ou séronégatifs pour une dispensation secondaire.

- **Dans les structures de santé publique :**

- **Les consultations pour PVIH :** le personnel de santé propose à la personne infectée par le VIH de distribuer un kit d'ADVIH aux « cas index » (partenaire(s) sexuel(s) et/ou membres de la famille dans la limite de l'âge en vigueur) non atteint(s) par les services de dépistage classique, accompagné d'un service de notification au(x) partenaire(s).
- **Les consultations IST :** le personnel de santé propose un dépistage du VIH classique aux personnes diagnostiquées avec une IST et, en cas de refus, leur propose un ADVIH, comme offre alternative. Il propose également un ADVIH pour le/les partenaire(s) sexuel(s) non atteints par les services de dépistage classiques (dispensation secondaire).
- **Les consultations dédiées aux populations clés ou vulnérables** dans les centres de prise en charge (par exemple : DLSI, IHS, CEPIAD, UTA, PTA, etc.)

- **Dans les sièges d'organisations à base communautaire.**

- **Dans les structures de santé d'institutions (casernes militaires, brigades de police, universités, entreprises privées, etc).**

Stratégie avancée (ou mobile) de dépistage : la dispensation primaire est effectuée auprès des populations cibles et la dispensation secondaire auprès des partenaires sexuel(le)s, pair(e)s, partenaires de drogue injectable, membres de la famille. L'intégration aux programmes de tests communautaires existants peut améliorer l'efficacité et optimiser les ressources.

✓ Dispensation dans le secteur privé

Vente en pharmacie privée

Les kits d'ADVIH peuvent être vendus dans les pharmacies privées, suivant la réglementation en vigueur.

Cliniques et cabinets privés

Les kits d'ADVIH peuvent être dispensés dans des cliniques et cabinets privés, suivant un encadrement du Programme national.

Tableau 1 Stratégies de dispensation de l'autodépistage (ADVIH) au Sénégal

	Type de structure	Point d'entrée	Dispensation primaire	Dispensation secondaire
Stratégies fixes de dépistage	Structures de santé publiques	Consultations IST	✓	✓
		Consultations PvVIH	✓	✓
		Consultations dédiées aux populations clés ou vulnérables	✓	✓
		Consultations HSH, PS et CDI	✓	✓
	Cliniques communautaires	Consultations HSH, PS et CDI	✓	✓
Institutions (casernes militaires, brigades de police, universités, entreprises privées, etc.)	Centres de santé/infirmeries	✓	✓	
Stratégies avancées de dépistage	Organisation à base communautaire (PS)	Lieux de prostitution (PS)	✓	✓
	Organisation à base communautaire (HSH)	Lieux de sociabilité ou de rencontre (HSH)	✓	✓
	Organisation à base communautaire (CDI)	Lieux de fréquentation (CDI)	✓	✓
	Autre organisation à base communautaire	Lieux pertinents pour les autres populations vulnérables	✓	✓
Structure privée	Pharmacies privées	Conseils santé	✓ (vente)	✓ (vente)
	Cliniques et cabinets privés	Consultations	✓ (vente)	✓ (vente)

2.2.5. Stratégies pour faciliter le lien vers la confirmation, les services de prévention et de soins.

Il existe différentes stratégies pour favoriser la mise en relation vers le dépistage de confirmation (en cas de résultat réactif) et les services de prévention et de soins.

Dans le cas de la dispensation primaire :

- **Les agents dispensateurs** formés peuvent fournir (avant ou après) des conseils et une orientation vers un dépistage additionnel ou vers d'autres services, notamment les services de prévention, de soins et de traitement de l'infection à VIH. Ils sont invités à se mettre à disposition des usagers pour les assister dans la conduite à tenir suite au résultat obtenu. Pour autant, ils ne doivent pas chercher à connaître le résultat des utilisateurs si ceux-ci ne souhaitent pas le communiquer.

Dans tous les cas :

- La notice d'utilisation du fabricant est disponible dans le kit.
- **Des brochures complémentaires pourraient être mises à disposition** dans le kit, adaptées au contexte national.
- **Ligne d'écoute téléphonique anonyme et gratuite.** Les utilisateurs peuvent appeler avant, pendant ou après l'utilisation de l'ADVIH, afin de bénéficier d'une aide psychosociale et/ou technique. La ligne d'écoute peut également donner des services non médicaux, comme des programmes d'aide juridique ou d'aide aux victimes de violences.

- **Une vidéo de démonstration** en ligne est disponible via les réseaux sociaux et les sites internet de référence, informant de la manière de réaliser le test et des différentes conduites à tenir en fonction de chaque résultat.

2.3. Standards minimums de formation et messages clés des agents dispensateurs

2.3.1. Standards minimums de formation

Chaque agent dispensateur doit être formé.

Les agents dispensateurs comprennent : le personnel médico-social (médecins, infirmiers, sages-femmes, travailleurs sociaux, pharmaciens, biologistes...) des services de santé prioritaires (IST, prise en charge VIH), les agents communautaires (pairs éducateurs, médiateurs, personnel associatif) et le personnel de pharmacie chargé de la dispensation primaire des tests.

Ils doivent recevoir une formation sur l'intégration de l'autotest dans les services de dépistage du VIH ainsi que sur l'utilisation correcte des kits d'ADVIH, l'interprétation correcte des résultats et sur la nécessité du référencement vers les sites de confirmation, de prévention, de soins et de traitement du VIH.

2.3.2. Messages clés pour les agents dispensateurs

Les messages clés définis pour les agents dispensateurs permettent de leur montrer les avantages de l'ADVIH, de mieux expliquer leur utilisation, l'interprétation des résultats et la conduite à tenir après le test (**cf. Guide d'utilisation**).

2.4. Sensibilisation et communication auprès des usagers et des communautés

2.4.1. Standards minimums de communication et de sensibilisation

Des stratégies de communication et de sensibilisation doivent être mises en place afin d'accroître la demande de l'utilisation de l'ADVIH (sans pour autant créer une demande en population générale), de favoriser une bonne utilisation des kits et une interprétation correcte des résultats et d'encourager le lien vers des services de confirmation et de prise en charge.

Les stratégies de sensibilisation et de communication se déclinent sur deux niveaux :

Auprès des populations cibles de l'ADVIH, des stratégies adaptées à leurs spécificités :

- Promotion ciblée de l'ADVIH avec des outils tels que des affiches ou des vidéos faisant la promotion de l'ADVIH dans les salles d'attentes des consultations IST et PvVIH et des cliniques dédiées aux populations clés.
- Promotion ciblée de la ligne d'écoute téléphonique gratuite et anonyme comme stratégie de support aux usagers et de référencement vers les services de confirmation.

Auprès de la population générale :

- Promotion du dépistage du VIH (incluant les cibles de l'ADVIH).
- Diffusion de messages positifs sur la vie aujourd'hui avec le VIH et sur les bénéfices des des traitements ARV pour les personnes séropositives (TasP : traitement comme prévention) et leurs partenaires sexuels.

2.4.2. Messages clés pour les usagers et la communauté

Des messages clés sont définis pour permettre aux usagers et à la communauté de comprendre l'importance de l'ADVIH, ses avantages par rapport aux tests classiques et de mieux maîtriser la procédure de réalisation du test, son interprétation et les considérations éthiques et de confidentialité (**cf. Guide d'utilisation**).

3. AUTOTESTS DE DIAGNOSTIC RAPIDE DU VIH

3.1. Approvisionnement et distribution

3.1.1. Secteur public

L'approvisionnement et la distribution des kits d'ADVIH sont effectués suivant la réglementation en vigueur au Sénégal.

Il existe deux circuits d'approvisionnement en réactifs, notamment pour les autotests sur la base des besoins exprimés par une institution nationale ou internationale :

- Acquisition d'intrants par la Pharmacie Nationale d'Approvisionnement (PNA) qui lance un appel d'offre avec les spécifications techniques. Après dépouillement et sélection du fournisseur, la PNA achète les intrants.
- Achat direct des intrants par une institution nationale ou internationale (CNLS, ONG, etc.) qui se charge de la réception et les confie à la PNA.

Dans les deux cas, la PNA se charge de réceptionner, de stocker et de distribuer les intrants aux niveaux des hôpitaux, districts et autres sites de dépistage du VIH à travers les Pharmacies régionales d'approvisionnement (PRA).

Dans le cadre d'une stratégie nationale d'utilisation des autotests, la première option d'approvisionnement est recommandée.

3.1.2. Secteur privé

Pour que la Pharmacie Nationale d'Approvisionnement (PNA) puisse gérer l'approvisionnement des kits d'ADVIH pour les structures privées (officines, cliniques et cabinets) une autorisation préalable du Ministère de la santé et de l'action sociale (MSAS) pour l'intégration des autotests dans la liste des produits essentiels est nécessaire.

L'approvisionnement et la distribution des kits d'ADVIH passent par des distributeurs agréés. Après acquisition des produits, la PNA peut procéder à leur distribution auprès des distributeurs agréés qui, à leur tour, se chargent de l'acheminement au niveau des officines privées. Les modalités d'obtention, d'achats ou de ventes des kits d'autotests à différents niveaux seront déterminées par le ministère de la Santé à travers le CNLS et la DLSI et en collaboration avec les bailleurs.

3.2. Assurance qualité et surveillance post-commercialisation

L'assurance qualité débute depuis la réception des kits d'ADVIH jusqu'à l'obtention des résultats. Il s'agit de tout système ou méthode mis en place pour assurer la qualité des produits de dépistage et la fiabilité des résultats issus des tests réalisés.

Le contrôle qualité représente l'ensemble des procédures visant à surveiller les méthodes et les résultats de dépistage afin de garantir l'efficacité des systèmes de dépistage. Ces procédures consistent notamment à tester des produits de contrôle, à consigner les résultats, à les analyser pour identifier les sources d'erreurs éventuelles et à évaluer et consigner toute mesure corrective prise suite à cette analyse.

Le contrôle de la qualité et le suivi post commercialisation des kits d'ADVIH peuvent servir comme système d'assurance de la qualité du produit du test et du processus de l'ADVIH.

- À la réception des intrants, le contrôle (physique et technique) est sous la responsabilité de la PNA et des PRA, en collaboration avec les services techniques habilités et choisis au niveau national, afin de vérifier la qualité des nouveaux lots.
- Après leur distribution, au niveau des sites, le contrôle est sous la responsabilité de la DLSI en collaboration avec les services techniques nationaux habilités qui vont définir les modalités.

Tous les contrôles effectués sur les produits doivent être analysés et documentés, de même que les retours éventuels d'informations sur les tests effectués afin de mettre en place les actions correctives nécessaires si opportunes.

3.2.1. Les kits d'ADVIH

- **Critères pour la sélection des kits d'ADVIH**

L'adoption des kits d'ADVIH requiert un certain nombre de critères de sélection tels que la sensibilité, la spécificité, le conditionnement, l'utilisation, le temps d'obtention du résultat, conditions de stockage, durée de vie et prix (cf. guide d'utilisation).

- **Validation des kits d'ADVIH**

Tout kit d'ADVIH doit faire l'objet d'une validation dans un laboratoire de référence pour s'assurer qu'il satisfait aux caractéristiques définies au niveau national pour l'utilisation d'un test. Seuls les kits validés par l'un des organismes suivants - OMS, FDA, CEE, Fonds Mondial ou autre organisation reconnue au niveau international - peuvent faire l'objet d'une validation nationale.

- **Autorisation d'importation par les services compétents**

Tout kit d'ADVIH doit être validé et autorisé par les services réglementaires nationaux compétents avant d'être distribué sur le marché.

- **Validation lot par lot (voir la faisabilité)**

Tout acheteur (bailleurs, PNA) doit veiller à ce que tous les nouveaux lots de kits d'ADVIH entrant dans le pays soient évalués pour s'assurer que les produits livrés répondent aux critères de qualité et de performance. Seuls les lots dont les résultats sont satisfaisants devraient être distribués.

- **Surveillance après la mise sur le marché**

La surveillance après la mise sur le marché sera effectuée périodiquement par un organisme national autorisé afin d'évaluer la qualité et le rendement des kits utilisés, conformément aux normes établies.

3.2.2. Processus de l'ADVIH

Assurance qualité du processus de l'ADVIH

Elle requiert différentes actions :

- **S'assurer que le client a reçu le bon kit.**
- **S'assurer que le test donne de bons résultats.**
- **S'assurer que les besoins et les attentes des usagers et des communautés sont satisfaits en termes de dépistage du VIH.**
- **S'assurer que les bonnes informations ont été données et ont été comprises.**
- **Décrire comment le processus d'ADVIH et les mécanismes d'appui à la prestation de services peuvent être améliorés.**
- **S'assurer de la disponibilité des services de confirmation des tests réactifs ou douteux.**

Renforcement des capacités et sensibilisation sur l'ADVIH

Tous les agents dispensateurs de kits d'ADVIH devraient être informés des standards de formation sur l'ADVIH. Cela comprend le renforcement des capacités et des connaissances sur la façon d'effectuer les tests ainsi que le référencement des usagers vers des services de dépistage complémentaire, avec un soutien adapté à l'usager.

Disponibilité d'instructions d'utilisation

L'information sur l'ADVIH, y compris, mais sans s'y limiter, sur la façon d'effectuer un autotest du VIH et l'interprétation des résultats, devrait être facilement accessible à tous les usagers, avec des images pour les populations non alphabétisées. Tous les usagers devraient également être informés de la nécessité de confirmer tout résultat de test réactif conformément à l'algorithme national de test du VIH.

Infection, prévention et contrôle

Dans le cas de l'ADVIH sanguin, bien qu'il ait été démontré que le risque de transmission du VIH par le biais de l'autotest est minime, les usagers devraient être informés des bonnes pratiques en matière de prévention et de gestion des déchets pour minimiser les risques de contamination.

Orientation et liens

L'information sur le référencement vers les services appropriés en matière de VIH devrait être mise à la disposition de tous les usagers. Dans l'éventualité d'un résultat réactif à l'autotest du VIH, les usagers doivent être informés de l'endroit où un test de confirmation peut être effectué. Un répertoire de référence devrait être disponible pour le dépistage de confirmation du VIH et d'autres services.

4. SUIVI ET ÉVALUATION

Cette section décrit les exigences en matière de suivi et d'évaluation (S&E) pour informer de l'adoption et de l'utilisation de l'ADVIH.

Pour pouvoir suivre les résultats des programmes d'ADVIH mis en place, il sera nécessaire d'adapter le dispositif de suivi & évaluation des services de dépistage du VIH tel que décrit dans le document **Politique, normes et protocoles des services de dépistage du VIH (2018)**, ainsi que le **Guide de Suivi & Évaluation (CNLS)**, afin d'y inclure l'ADVIH.

Le dispositif est constitué :

- **Du recueil et de la collecte des données de routine.**
- **De la supervision.**
- **De l'évaluation.**

4.1. Recueil et collecte des données de routine

Les agents dispensateurs des kits d'ADVIH, les gestionnaires de données ou de pharmacie doivent utiliser des outils de standards nationaux et institutionnels spécifiques pour recueillir et collecter les données sur l'utilisation de l'ADVIH (cf. Guide d'utilisation).

4.2. Supervision

La supervision des services d'ADVIH suit les principes du document de Politique, normes et protocoles (2018), suivant lesquels une supervision systématique et régulière est garante de la qualité des services fournis et des données produites par les services de dépistage.

La supervision de l'ADVIH doit être intégrée à la supervision des services de dépistage du VIH (SDV). Elle comprend la supervision des activités de dispensation et la supervision technique et opérationnelle.

4.3. Évaluation

L'évaluation est basée sur l'analyse des indicateurs de suivi direct et de mesures de l'impact indirect de l'ADVIH.

4.3.1. Indicateurs de suivi directs

Au minimum, l'indicateur du nombre de kits individuels d'ADVIH distribués doit être communiqué au niveau national, tel que préconisé par l'OMS. Cet indicateur pourra être désagrégé par canal de dispensation, sexe, âge et site.

Des indicateurs complémentaires peuvent être identifiés et suivis (**cf. Guide d'utilisation**).

Dans la mesure où l'un des principaux avantages de l'ADVIH réside dans sa confidentialité, notamment pour les populations stigmatisées, la recherche d'indicateurs de manière systématique, tels que la déclaration d'utilisation de l'ADVIH et le résultat du test, pourrait être contre-productive.

Le respect de la confidentialité devra toujours primer sur l'obtention d'indicateurs d'efficacité auprès des usagers de l'ADVIH.

Les indicateurs ADVIH doivent être intégrés dans les systèmes d'information sanitaire (SIS) nationaux (DHIS2). L'analyse se fait en complémentarité avec les indicateurs nationaux VIH et de dépistage, notamment avec les indicateurs relatifs aux 3 *90 et ceux des résultats de dépistage.

4.3.2. Mesure de l'impact indirect de l'ADVIH

Comme **moyen de mesure indirecte**, des questions sur l'ADVIH peuvent également être incluses dans des enquêtes spéciales, telles que les enquêtes démographiques et sanitaires (EDS) ou la surveillance bio-comportementale intégrée (IBBS).

4.3.3. Triangulation des données

Des approches pragmatiques et la triangulation des données disponibles peuvent permettre de surveiller efficacement les résultats, d'évaluer l'impact de l'autodépistage du VIH, d'examiner les progrès accomplis et d'ajuster la prestation des services en conséquence.

4.4. Autres systèmes pour le suivi, les plaintes, les effets secondaires et les cas de préjudice social

Il est essentiel que le Programme national puisse suivre et documenter les éventuels préjudices sociaux ou conséquences négatives qui pourraient survenir lors de l'utilisation des kits d'ADVIH, afin de mettre en place des mesures correctives, le cas échéant.

Tous les efforts nécessaires doivent être déployés pour prévenir, contrôler et atténuer ces risques.

RÉFÉRENCES

- Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD), et ICF International (2017). « Enquête Démographique et de Santé Continue (EDS-Continue 2018) », Maryland, USA : ICF International Rockville.
- Agence Nationale de Recherche sur le VIH/sida (ANRS) (2014). « Étude ANRS 12243. Enquête de prévalence et de pratiques à risques d'infection à VIH, VHB et VHC chez les usagers de drogue dans la région de Dakar : Rapport du projet UDSSEN », Dakar.
- Agence pour la Promotion des Activités de Population - Sénégal (APAPS), et Institut de Recherche en Santé, de Surveillance Épidémiologique et de Formations (IRESSEF) (2017). « Enquête Nationale de Surveillance Combinée des IST et du VIH/sida (ENSC 2015) ».
- Conseil National de Lutte contre le Sida du Sénégal (2018). « Plan Stratégique National de Lutte contre le Sida 2018-2022 », Dakar : CNLS.
- Conseil National de Lutte contre le Sida du Sénégal (2019) « Global AIDS Monitoring (GAM) 2018 ».
- Conseil National de Lutte contre le Sida du Sénégal, Banque mondiale, et Optima (2016). « Optimiser les investissements pour une riposte durable et efficace au VIH au Sénégal : constats d'une étude de l'efficacité allocative de la riposte au VIH », Dakar : Gouvernement du Sénégal.
- Conseil National de Lutte contre le Sida du Sénégal (2017). Enquête combinée chez les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes (HSH) au Sénégal. Dakar : CNLS.
- Division de la Lutte contre le VIH/sida du Sénégal/ Ministère de la Santé et de l'Actions Sociale (2018). Politique, Normes et Protocole du dépistage du VIH. Dakar : DLSI/MSAS
- Enel, Catherine, Joseph Larmarange, Annabel Desgrées du Loû, et Abdoulaye Sidibé Wade (2009). « À propos des partenaires féminines des hommes ayant des pratiques homosexuelles au Sénégal ». *Autrepart* 49 : 103-16. <https://doi.org/10.3917/autr.049.0103>.
- Inghels, Maxime, Arsène Kra Kouassi, Serge Niangoran, Anne Bekelyncck, Séverine Carillon, Lazare Sika, Christine Danel, et al. (2020). « Cascade of Provider-Initiated Human Immunodeficiency Virus Testing and Counselling at Specific Life Events (Pregnancy, Sexually Transmitted Infections, Marriage) in Côte d'Ivoire ». *Sexually Transmitted Diseases* 47, no 1 (janvier): 54-61. <https://doi.org/10.1097/OLQ.0000000000001084>.
- Kalichman, Seth C., Jennifer Pellowski, et Christina Turner (2011). « Prevalence of Sexually Transmitted Co-Infections in People Living with HIV/AIDS: Systematic Review with Implications for Using HIV Treatments for Prevention ». *Sexually Transmitted Infections* 87, no 3 (avril): 183-90. <https://doi.org/10.1136/sti.2010.047514>.
- Larmarange, Joseph, Annabel Desgrées du Loû, Catherine Enel, Abdoulaye Sidibé Wade, et ELIHoS Group (2009). « Homosexualité et bisexualité au Sénégal : une réalité multiforme ». *Population* 64
- Lyons CE, Ketende S, Diouf D, Drame FM, Liestman B, Coly K, et al. (2017) Potential impact of integrated stigma mitigation interventions in improving hiv/aids service delivery and uptake for key populations in Senegal. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 1999 (74 Suppl 1):S52.
- Maheu-Giroux, Mathieu, Kimberly Marsh, Carla M. Doyle, Arnaud Godin, Charlotte Lanièce Delaunay, Leigh F. Johnson, Andreas Jahn, et al. (2019). « National HIV Testing and Diagnosis Coverage in Sub-Saharan Africa : A New Modeling Tool for Estimating the "first 90" from Program and Survey Data ». *AIDS (London, England)* 33 Suppl 3 (15 décembre): S255-69. <https://doi.org/10.1097/QAD.0000000000002386>.
- Organisation mondiale de la santé (OMS) (2019). Consolidated guidelines on HIV testing services for a changing epidemic. Genève : OMS
- Organisation mondiale de la santé (OMS) (2018). Cadre stratégique pour l'autodépistage du VIH : un guide pour la planification, la mise en place et l'intensification. Genève : 2018
- OMS (2016). « Lignes directrices sur l'autodépistage du VIH et la notification aux partenaires. » Genève : OMS.
- Organisation mondiale de la santé (OMS) (2015). Lignes directrices unifiées sur les services de dépistage du VIH. Genève : OMS
- Onusida (2014). « 90-90-90 - An ambitious treatment target to help end the AIDS epidemic », Geneva : Onusida
- Onusida (2019). « Fiche d'information - journée mondiale du sida 2019. Statistiques mondiales sur le VIH », Genève : Onusida
- Onusida (2010). « New HIV Infections by mode of transmission in West Africa : A Multi-Country Analysis », Genève: Onusida http://files.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/countryreport/2010/201003_MOT_West_Africa_en.pdf.
- Onusida (2019). « UNAIDS Data 2019 ». Genève: Onusida, 2019.
- Sow, Khoudia (2013). « Partager l'information Sur Son Statut Sérologique VIH Dans Un Contexte de Polygamie Au Sénégal (HIV Disclosure in Polygamous Settings in Senegal) ». *SAHARA-J: Journal of Social Aspects of HIV/AIDS* 10, no 1 (1 janvier): S28-S36-S36.
- Stahlman, Shauna, Lisa G. Johnston, Clarence Yah, Sosthenes Ketende, Sibusiso Maziya, Gift Trapence, Vincent Jumbe, et al. (2016). « Respondent-Driven Sampling as a Recruitment Method for Men Who Have Sex with Men in Southern Sub-Saharan Africa: A Cross-Sectional Analysis by Wave ». *Sexually transmitted infections* 92, no 4 (juin): 292-98. <https://doi.org/10.1136/sextrans-2015-052184>.

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Stratégies de dispensation de l'autodépistage (ADVIH) au Sénégal

20

LISTE DES FIGURES

Figure 1 Algorithme ADVIH

17



STOP SIDA

 Cnlssenegal

 @CnlsSenegal

 cnlssenegal

CHU FANN BP : 25927 Dakar - Sénégal
Tél : 33 869 09 09
Email : cnls@cnls-senegal.org

www.cnls-senegal.org