

Pourquoi cette note ?

Depuis 2019, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) recommande de proposer les autotests du dépistage du VIH (ADVIH) dans le cadre des services de dépistage du VIH[1]. En 2020, 20 pays d'Afrique subsaharienne ont inclus l'ADVIH dans leur stratégie nationale de dépistage[2]. Néanmoins, les évidences sur la valeur ajoutée de cette stratégie et les conditions de son efficacité dans le contexte de l'Afrique de l'Ouest et centrale (AOC) restent peu nombreuses.

En AOC, le projet ATLAS, initié en 2018 au Mali, au Sénégal et en Côte d'Ivoire, représente la principale expérience de mise en oeuvre de l'ADVIH dans cette région. Dans ce cadre, ATLAS, piloté par le consortium Solthis-IRD, a souhaité mener un premier travail de capitalisation sur **l'approche retenue pour assurer l'intégration de l'ADVIH** au sein des systèmes de santé nationaux et des stratégies des trois pays d'intervention. Cette note vise à partager un premier **retour d'expérience des équipes d'ATLAS et de leurs partenaires** afin de faciliter **le passage à l'échelle** de l'ADVIH dans les pays d'intervention du projet **et son déploiement** dans d'autres pays en AOC.

ATLAS, en quelques mots

Aller vers les populations **les plus difficiles à atteindre...**

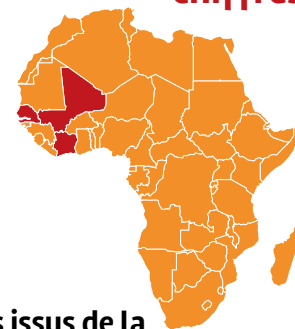
En AOC, selon l'ONUSIDA, près d'un tiers des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) ignorent leur statut[3]. L'épidémie de VIH dans cette région se caractérise par des taux d'infections élevés au sein de certains groupes très exposés (hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HSH), travailleur·euse·s du sexe (TS), usager·ère·s de drogues (UD), et leurs partenaires, pair·e·s et client·e·s). Au sein de ces populations, appelées populations clés, certain·e·s ont un accès plus restreint aux services de dépistage, du fait de barrières individuelles et structurelles, de la non adéquation entre l'offre de dépistage existante et les besoins de ces populations, et de la stigmatisation dont elles peuvent faire l'objet.

Pour atteindre ces populations, ATLAS a défini avec ses partenaires **8 canaux de dispensation**, en stratégie fixe ou avancée. L'une des particularités du projet est d'opter **majoritairement pour une stratégie de dispensation dite "secondaire"**, qui vise à dispenser l'ADVIH aux usager·ère·s finaux·ales (partenaires sexuelle·s, pair·e·s, client·e·s.) par l'intermédiaire des populations cibles en contact avec les programmes de prévention et de dépistage.

...et leur donner le pouvoir de choisir "où et quand" se tester

La force de l'ADVIH est de répondre aux besoins **de discrétion et de confidentialité** des usager·ère·s, tout en leur laissant **plus de liberté sur le choix du lieu et du moment** de la réalisation de leur test. Afin de garantir l'autonomie des usager·ère·s, le projet a développé un volet conséquent consacré à **l'adaptation aux différents contextes des matériels de formation, de supports d'utilisation et de dispositifs de soutien à distance** (ligne d'écoute téléphonique gratuite et anonyme). Ces outils viennent accompagner l'usager·ère dans la réalisation de son ADVIH, facilitent l'interprétation de son résultat et le lien vers les services adaptés.

ATLAS en quelques chiffres



27 partenaires issus de la société civile

sites de dispensation des ADVIH **138**

200 000* kits dispensés

30%



dispensation primaire

70%



dispensation secondaire

- Consultations IST**
- Dépistage cas
- index***



Partenaires de patient·e·s porteur·se·s d'une IST et partenaires PVVIH

- Cliniques dédiées et activités communautaires : HSH, UD et TS



Pair·e·s et partenaires (HSH,UD,TS) et client·e·s TS

[1]WHO recommends HIVS self-testing – evidence update and considerations for success. Policy Brief. OMS, 2019

[2] www.HIVST.org

[3] 2020 Global AIDS updates. ONUSIDA, 2020

(*) 199 728 à fin février 2021

(**) Infections Sexuellement Transmissibles

(***) Dépistage du VIH ciblé vers les membres de la famille, les partenaires sexuels des PVVIH.

Créer un environnement favorable à l'intégration de l'ADVIH : approche & facteurs clés de succès

Prendre le temps pour assurer la concertation et l'appropriation

01

Le projet ATLAS a privilégié une approche intégrée (versus approche verticale) pour le déploiement de l'ADVIH dans les trois pays d'intervention. Cette approche a nécessité la **ré-actualisation** du plan opérationnel du projet, en **étroite collaboration** avec les institutions nationales, les partenaires techniques, associatifs et financiers des pays concernés ainsi que les usager·ère·s.

Derrière cette nécessité de temps suffisant avant le démarrage des activités de dispensation des ADVIH, se trouve un besoin de **créer des espaces de concertation réguliers** (ou d'investir ceux déjà en place). Ceux-ci favorisent **l'intégration de l'innovation** dans les systèmes de santé nationaux, **la participation effective** des acteurs communautaires, **et le leadership** des instances nationales en charge du VIH.

Préparer la transition dès le départ

02

Dans un souci d'intégration durable de l'ADVIH dans les stratégies de dépistage, des ressources ont été mobilisées pour **préparer la transition et le passage à l'échelle**, et cela, **dès le lancement du projet**. Le succès de la préparation de cette phase passe par trois étapes :

- la **mobilisation d'alliances techniques** (OMS, PSI/programme STAR*, ONUSIDA) au niveau régional et international afin de contribuer (i) au partage d'expériences sur l'ADVIH (ii) à l'élaboration de cadres techniques et de recommandations pour l'intégration de l'ADVIH dans les systèmes nationaux ;
- la **sécurisation de financements** à travers un appui technique aux acteurs institutionnels et associatifs lors de la rédaction de demandes de financement aux Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme et/ou PEPFAR ;
- la **mobilisation du secteur privé** dans la perspective d'un plus large accès aux autotests à un prix abordable.

(*) L'initiative STAR, pilotée par Population Services International, est à ce jour, la plus grande évaluation mondiale de l'ADVIH menée en Afrique de l'Est et Australe (AEA) : <https://www.psi.org/project/star/star-initiativeaids2020-virtual/>



Démonstration de l'utilisation d'un ADVIH oral, OraQuick®

Assurer les pré-requis institutionnels et techniques

Avant le démarrage des activités de dispensation des ADVIH, ATLAS s'est efforcé de mettre en place un certain nombre de **pré-requis** pour faciliter l'intégration et la complémentarité de l'ADVIH dans les programmes de dépistage existants.

Ces pré-requis ont été les suivants :

- intégration de l'ADVIH dans les **documents normatifs et stratégiques** ;
- **renforcement des compétences** aux niveaux national, local et communautaire : formation d'une équipe de formateur·rice·s nationaux·ales et élaboration de modules de formation avec l'OMS ;
- intégration d'indicateurs spécifiques à l'ADVIH dans les **systèmes d'information sanitaire** ;
- collaborations avec les pharmacies nationales et les districts sanitaires, afin d'assurer la **disponibilité et la qualité** des kits d'ADVIH au sein des circuits d'approvisionnement nationaux et locaux ;
- développement de **matériels de support à la dispensation** assurant un mode d'utilisation clair et adapté à chaque pays, et aux différents profils des usager·ère·s ;
- développement de **stratégies et d'outils de sensibilisation et de création de la demande**** ;
- **implication des acteurs** communautaires, personnels de santé, usager·ère·s et de chercheur·euse·s **dans la définition des canaux de dispensation**.

(**) Les stratégies et outils de création de la demande feront l'objet d'une autre note de capitalisation

Créer un environnement favorable à l'intégration de l'ADVIH : quels défis*?

Agir en contexte sensible et toucher les populations les plus difficiles à atteindre

Au regard de la forte stigmatisation dont font l'objet certains groupes de populations, en particulier les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, les travailleur·euse·s du sexe et les usager·ère·s de drogues, il est indispensable de **s'appuyer sur les acteurs et programmes de proximité déjà en lien** avec ces populations difficiles d'accès.

Il existe derrière ces populations "difficiles à atteindre", une grande hétérogénéité de situations individuelles en termes d'accès aux services de dépistage et d'exposition aux risques de transmission.

Cette diversité de profils associée à la "sensibilité" du contexte requiert :

- **de multiplier les canaux et stratégies de création de la demande** auprès des usager·ère·s ;
- **d'adopter des approches discrètes** afin de ne pas exposer les agents dispensateurs et les usager·ère·s à des formes de violences ou de répressions.

Assurer la qualité et adapter en continu les stratégies de dispensation

L'intégration de l'ADVIH dans les offres de dépistage existantes a posé quelques défis aux structures sanitaires et communautaires :

- au niveau des structures sanitaires, plusieurs questions se sont posées en liens avec **la délégation des tâches et l'organisation du circuit du patient** (qui peut informer/sensibiliser ? qui peut dispenser ? combien d'autotest par consultation ?, etc.). Un diagnostic du fonctionnement des services a permis d'optimiser au mieux l'intégration des autotests ;
- pour les acteurs communautaires, il s'agit de parvenir à développer des approches permettant (i) **d'accompagner au mieux les populations cibles à redistribuer de manière adaptée** les ADVIH à leurs partenaires, pair·e·s, client·e·s, (ii) de promouvoir le lien **vers les services de confirmation et l'insertion dans les soins** sans impacter l'autonomie des usager·ère·s et la confidentialité.

ATLAS organise, avec ses partenaires, des activités de supervision et d'évaluation (qualitative et quantitative) des stratégies de dispensation **afin d'assurer une adaptation continue du projet aux contextes** de mise en oeuvre.

Répondre aux enjeux de redevabilité et de production de données probantes

ATLAS a mis en place un dispositif de suivi-évaluation, cohérent avec les principes clés de l'ADVIH, à savoir la confidentialité, la discrétion et la liberté dans son utilisation. Ce dispositif est également réaliste au regard des volumes d'ADVIH dispensés et de la stratégie de dispensation secondaire.

Conformément aux recommandations de l'OMS, le projet **ne réalise pas un suivi obligatoire et systématique ("tracking") des résultats des dépistages** par les agents dispensateurs auprès des usager·ère·s. La mesure d'impact est assurée **par un dispositif combinant des données de routine et des données de recherche**, à travers (i) la notification du recours à l'ADVIH par l'usager·ère au moment de la confirmation, (ii) la triangulation des données au niveau des statistiques de dépistage, (iii) et la conduite d'une enquête téléphonique sur un échantillon représentatif d'usager·ère·s**.

Cette **disponibilité "indirecte"** d'informations susceptibles de guider des décisions stratégiques représentent **un changement de paradigme** pour les acteurs.



Démonstration de l'utilisation de l'ADVIH auprès d'un groupe de paires TS

(*) Un travail de capitalisation sur "le maintien de la dispensation de l'ADVIH en contexte Covid-19" est disponible, voir liens page 5

(**) Ce volet fait l'objet d'un travail de recherche coordonné par l'Institut de Recherche pour le Développement. Pour plus d'informations sur le volet recherche du projet ATLAS, voir liens page 5

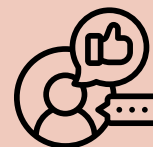
Créer un environnement favorable à l'intégration de l'ADVIH : leçons apprises



Donner du sens à la dispensation

1. La **qualité de la dispensation** (information, soutien, orientation) est **essentielle pour assurer le lien vers la confirmation et l'entrée dans les soins. Il ne peut s'agir d'une simple distribution.** La relation de confiance qui peut s'établir entre les agents dispensateur·trice·s et les usager·ère·s représente un facteur facilitant d'une part, le retour –volontaire– d'information sur le résultat du test, et d'autre part, la demande de services de confirmation et/ou de prévention ;
2. Le développement d'une **stratégie nationale spécifique à l'ADVIH et un guide opérationnel** à destination des acteurs est **indispensable** pour assurer une harmonisation des pratiques et des stratégies de dispensation, notamment dans une perspective de passage à l'échelle et d'une implication du secteur privé ;
3. **Donner le pouvoir aux usager·ère·s, démedicaliser les services de dépistage, ne pas mesurer l'impact directement et en routine représentent un changement de paradigme** pour les agents dispensateur·trice·s, les partenaires de mise en oeuvre et les programmes nationaux. Ce changement doit être accompagné par des actions de sensibilisation et de formation. **Des espaces d'échanges réguliers** doivent également être proposés afin de favoriser le **partage de bonnes pratiques**, d'assurer une **meilleure complémentarité** entre les différentes stratégies de dispensation et de **rappeler les recommandations internationales et les évidences existantes sur l'ADVIH.**

Accompagner l'innovation technique par des approches différenciées dans l'offre de services de dépistage



4. Pour toucher les populations les plus difficiles à atteindre, il est nécessaire de développer **des stratégies de création de la demande qui soient sensibles** (i) **à la forte hétérogénéité des besoins** des populations clés, (ii) **à des contextes socio-culturels ou législatifs qui stigmatisent** certains sous-groupes et (iii) à la nécessité de **ne pas créer une demande auprès de la population générale** qui n'est pas ciblée par le projet.
5. Malgré son caractère innovant, l'introduction de l'ADVIH dans les stratégies de dépistage **ne suffira pas seule à lever l'ensemble des barrières d'accès au dépistage et au partage du statut sérologique.** L'intérêt autour de l'innovation biomédicale doit s'accompagner d'une dynamique favorisant des **approches différenciées du dépistage et des services centrés sur les besoins et les attentes des populations clés.** Ces approches différenciées doivent être réfléchies et conçues en impliquant les usager·ère·s.
6. **L'intégration durable d'une innovation requiert du temps.** Du temps pour se l'approprier, pour l'adapter collectivement au contexte, du temps pour démontrer sa valeur ajoutée* et enfin, du temps pour faciliter sa pérennité. Cette contrainte de temps pour les acteurs de terrain entre parfois en conflit avec les exigences de produire, à court terme, des preuves sur les impacts de l'intervention. Afin de parvenir à concilier au mieux ces deux temporalités, **la flexibilité, le dialogue et la concertation** doivent guider la relation entre les opérateurs techniques, institutionnels et les partenaires financiers. Il s'agit aussi d'**accepter de produire des résultats non immédiats et de respecter le temps nécessaire** à la production de données probantes.

(*) L'efficacité de l'ADVIH a été démontrée et les données actuellement disponibles représentent une base suffisante pour appuyer l'intégration de l'ADVIH dans les stratégies de prévention du VIH/sida. Néanmoins, les données existantes pour l'Afrique subsaharienne sont essentiellement issues d'études menées en Afrique de l'Est et Australe. Au regard, des différences (épidémiologique, socio-culturelle, politique) qui existent entre cette région et celle de l'AOC, il importe de produire des connaissances spécifiques aux contextes de l'AOC sur la mise en oeuvre opérationnelle des stratégies d'accès à l'ADVIH et leur efficacité.

PAROLES AUX PARTENAIRES

**Dr Bintou Dembélé Keita,
Directrice générale, ARCAD Sida, Mali**

“ Cette démarche rend la personne actrice de sa santé, c’est quelque chose qui est extrêmement important. La démedicalisation est une stratégie pour atteindre les 3 90. Ce test va s’ajouter à d’autres stratégies et donc élargir l’accès au dépistage. Nous, acteurs de la société civile, nous allons contribuer à ce que toutes ces personnes (les personnes qui ne se dépistent pas avec les stratégies classiques, NDLR) qui ont envie de savoir leur statut chez elles puissent accéder au test. ”



**Josiane Tété,
Directrice, Bléty, Côte d'Ivoire**

“ Il faut amener les services de soin, de dépistage vers la communauté, surtout celle des populations clés. ”

C’est ce qu’il manquait en fait ! Non seulement on va vers les populations pour leur proposer le dépistage mais en plus le projet ATLAS vient combler un gap. Malgré tout ce qui a déjà été fait, il y a une frange de la population qui était réticente au dépistage. ”



PAROLES AUX PARTENAIRES

Dr Safiatou Thiam, Secrétaire exécutive du Conseil National de Lutte contre le Sida, Sénégal

“ Le projet ATLAS a été une opportunité de développer et de mettre en œuvre un programme d'accès aux autotests et d'élargir la palette de dépistage. Avec l'OMS, le Projet ATLAS nous a accompagnés pour élaborer une stratégie nationale, car dès le début nous avons voulu passer à l'échelle. Ce projet répond à une demande des populations aujourd'hui où nous nous orientons vers des stratégies différenciées de dépistage pour toucher des populations difficiles à toucher. ”



EN SAVOIR PLUS

ATLAS

<https://atlas.solthis.org>

atlas@solthis.org



@ATLASProjet



@ATLASProjet



Projet ATLAS

Ressources sur l'ADVIH :

OMS : [HIV self-testing research and policy hub](#)

OMS : [Organisation Mondiale de la Santé : HIV Self-Testing](#)

OMS : [policy brief \(2019\)](#)

OMS : [Guide opérationnel \(2018\)](#)

[Projet ATLAS](#)

[ONUSIDA AIDS Info](#)

[Programme STAR](#)

LE CONSORTIUM ATLAS



NOS SOUTIENS