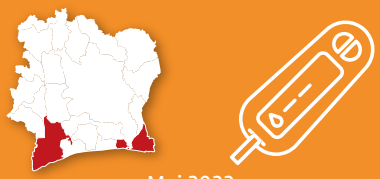
atlas
Savoir est une force
AutoTest VIH, Libre d'Accéder à la connaissance de son Statut
SÉNÉGAL - CÔTE D'IVOIRE - MALI



Mai 2022

Principaux résultats du projet ATLAS Côte d'Ivoire

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

Pour y répondre, ATLAS a réalisé plusieurs enquêtes :

- une enquête qualitative axée sur les canaux ciblant les populations clés et basée sur des entretiens qualitatifs individuels et collectifs avec les principaux responsables de la mise en œuvre, les membres des communautés de populations clés et les utilisateurs et utilisatrices de l'ADVIH ;

- une ethnographie sur l'intégration de l'ADVIH dans des structures publiques de santé (canaux partenaires de PvVIH et consultations IST) ;

- une enquête téléphonique anonyme auprès d'utilisateurs et utilisatrices d'ADVIH recrutés par le biais d'une invitation à appeler un numéro gratuit figurant sur les kits d'ADVIH ;

- un volet économique sur l'intégration de l'ADVIH dans les activités de dépistage du VIH, avec collecte des coûts auprès d'un échantillon de sites de distribution d'ADVIH et une étude des temps et mouvements ;

- une modélisation épidémiologique (modèle dynamique compartimental) des trois pays et des impacts sanitaires et économiques de différents scénarios de mise à l'échelle.

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

- les données quantitatives de dispensation des partenaires de mise en œuvre, rapportées mensuellement par site et par canal *via* une plateforme en ligne dédiée ;

- des entretiens de groupes réalisés annuellement, dans le cadre du suivi-évaluation, dans chaque pays, avec des agents dispensateurs.

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

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

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

Solthis · IRD Institut de Recherche pour le Développement FRANCE · AFD · Unitaid L'innovation pour la Santé mondiale

Stratégie ATLAS

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

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

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

Canaux de dispensation ATLAS pour atteindre les populations clès et autres populations vulnérables

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

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

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

Populations clés
Populations vulnérables

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

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

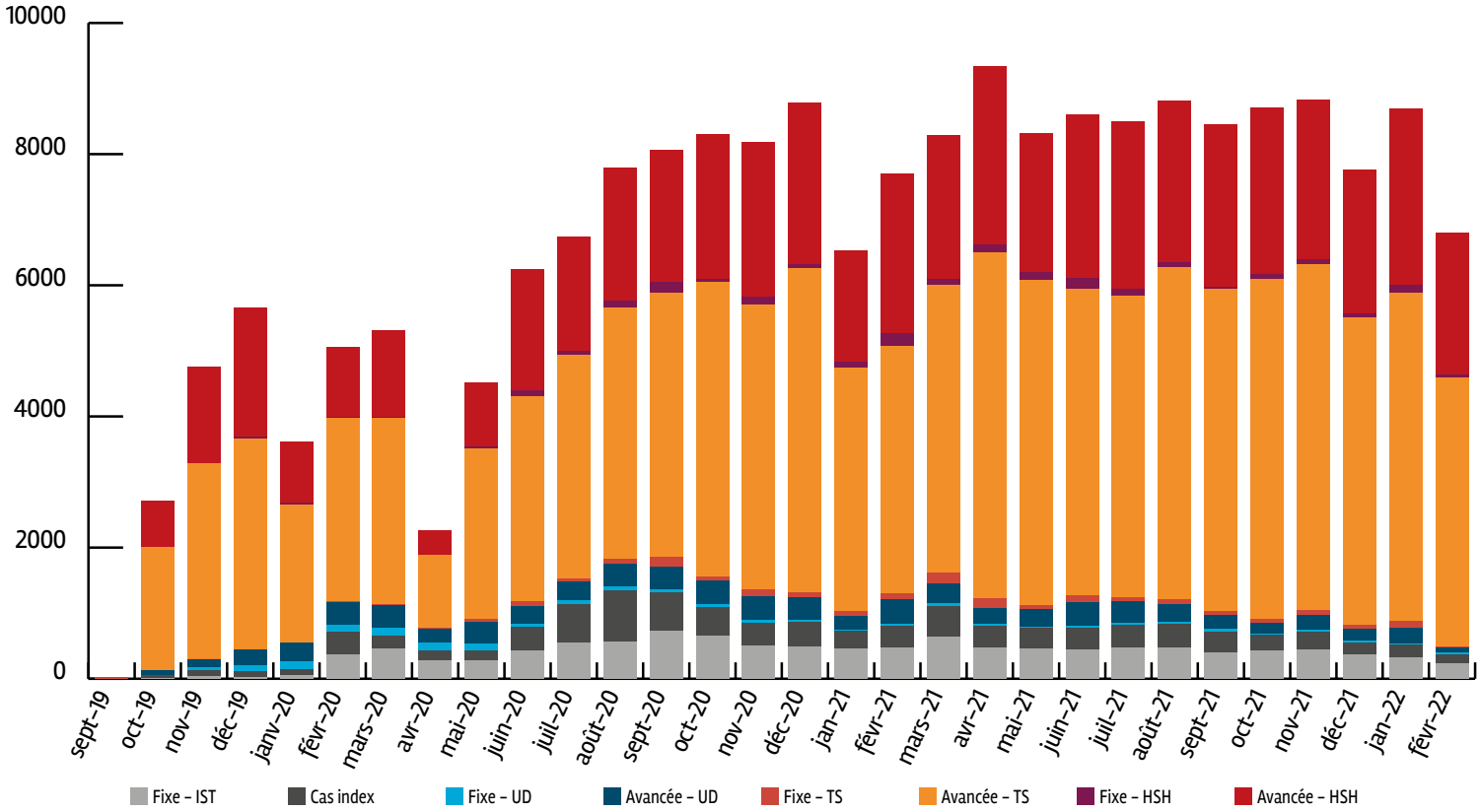
Kits d'ADVIH dispensés dans le cadre d'ATLAS

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

© JC Frisque / Solthis

Une analyse de l'impact des mesures sanitaires liées à l'épidémie de Covid-19 sur la dispensation a été publiée. Voir Kra, Arsène Kouassi, Géraldine Colin, Papa Moussa Diop, Arlette Simo Fotso, Nicolas Rouveau, Kouakou Kouamé Hervé, Olivier Geoffroy, et al. 2021. « Introducing and Implementing HIV Self-Testing in Côte d'Ivoire, Mali, and Senegal: What Can We Learn From ATLAS Project Activity Reports in the Context of the COVID-19 Crisis? » *Frontiers in Public Health*, juillet, 1 14. https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.653565.

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



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

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

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

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

Profil des utilisatrices et des utilisateurs

© JC Frisque / Solthis

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

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

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

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

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

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

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

Retours d'utilisatrices et utilisateurs (populations clés)

© JC Frisque / Solthis

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

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

« Beaucoup avaient peur de l'aiguille, et j'ai préféré donner ça à quelqu'un aussi pour que lui aussi sache s'il est malade ou s'il n'est pas malade pour que moi aussi je prenne mes précautions, de ne pas être infecté de cette maladie aussi. Voilà puisqu'on est toujours ensemble. Voilà, je voulais prendre mes précautions moi-aussi. »
Homme, 44 ans, UD, Côte d'Ivoire

« … je le fais moi-même et puis je regarde mon résultat moi-même. Et si c'est positif, je me rends à l'hôpital toute seule. »
Femme, 26 ans, TS, Côte d'Ivoire

« Nous autres avons peur de nous faire piquer et pour cela on ne fait pas le test. Donc l'autotest aussi nous permet de faire notre test. »
Femme, 27 ans, TS, Côte d'Ivoire

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

Enjeux spécifiques dans les structures de santé

© JC Frisque / Solthis

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

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

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

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

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

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

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

« Sinon pour la dispensation, c'est un circuit qu'on a mis en place et je tiens à dire que c'est le même circuit pour les tests qu'on fait ici.»
Homme, médecin dans un service de santé dédié aux IST, Côte d'Ivoire

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

Impact populationnel de la stratégie ATLAS

© JC Frisque / Solthis

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

$ Coûts de la dispensation (stratégies avancées)

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

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

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

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

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

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

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

Contribution des différentes catégories de population à la dynamique épidémique

© JC Frisque / Solthis

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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