



Centre Population
et Développement

WORKING PAPER

53



Défis de la distribution des autotests VIH pour le dépistage des cas index lorsque le partage du statut VIH est faible : résultats préliminaires d'une étude qualitative à Bamako (Mali) dans le cadre du projet ATLAS

Sokhna Boye, Seydou Bouaré, Odette Ky-Zerbo, Nicolas Rouveau, Arlette Simo Fotso, Marc d'Elbé, Romain Silhol, Mathieu Maheu-Giroux, Anthony Vautier, Guillaume Breton, Abdelaye Keita, Anne Bekelynck, Alice Desclaux, Joseph Larmarange, Dolorès Pourette pour l'équipe ATLAS

Contact Corresponding Author

Sokhna Boye

Sokhna.boy@ceped.org

ORCIDiS

- > Sokhna Boye : <https://orcid.org/0000-0002-8433-0992>
- > Seydou Bouaré : <https://orcid.org/0000-0002-0798-7499>
- > Odette Ky-Zerbo : <https://orcid.org/0000-0002-0018-1580>
- > Nicolas Rouveau : <https://orcid.org/0000-0002-5621-4230>
- > Arlette Simo Fotso : <https://orcid.org/0000-0002-5006-8105>
- > Marc d'Elbée : <https://orcid.org/0000-0002-8827-019X>
- > Romain Silhol : <https://orcid.org/0000-0002-5750-7609>
- > Mathieu Maheu-Giroux : <https://orcid.org/0000-0002-8363-4388>
- > Anthony Vautier : <https://orcid.org/0000-0001-8039-6479>
- > Guillaume Breton : <https://orcid.org/0000-0002-7980-3919>
- > Abdelaye Keita : <https://orcid.org/0000-0003-1220-4417>
- > Anne Bekelync : <https://orcid.org/0000-0003-0396-8626>
- > Alice Desclaux : <https://orcid.org/0000-0002-4268-2818>
- > Joseph Larmarange : <https://orcid.org/0000-0001-7097-700X>
- > Dolorès Pourette : <https://orcid.org/0000-0002-3599-8806>

Publication originale Original paper

Ce *working paper* est une traduction en français de l'article suivant :

Boye S, Bouaré S, Ky-Zerbo O, Rouveau N, Simo Fotso A, d'Elbée M, Silhol R, Maheu-Giroux M, Vautier A, Breton G, Keita A, Bekelync A, Desclaux A, Larmarange J and Pourette D (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. *Front. Public Health* 9:653543. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.653543>

Citation recommandée Recommended citation

Boye S, Bouaré S, Ky-Zerbo O, Rouveau N, Simo Fotso A, d'Elbée M, Silhol R, Maheu-Giroux M, Vautier A, Breton G, Keita A, Bekelync A, Desclaux A, Larmarange J and Pourette D pour l'équipe ATLAS, « Défis de la distribution des autotests VIH pour le dépistage des cas index lorsque le partage du statut VIH est faible : résultats préliminaires d'une étude qualitative à Bamako (Mali) dans le cadre du projet ATLAS », *Working Paper du Ceped*, n°53, Ceped (UMR 196 Université de Paris IRD), Paris, Juillet 2022. Disponible sur <http://www.ceped.org/wp>, DOI : <https://doi.org/10.5281/zenodo.6861911>

Ceped Centre Population et Développement

UMR 196 Université Paris Cité IRD

45 rue des Saints-Pères 75006 PARIS, France

<http://www.ceped.org/> • contact@ceped.org

Les Working Papers du Ceped constituent des **documents de travail** portant sur des recherches menées par des chercheurs du Ceped ou associés. Rédigés pour une diffusion rapide, ces papiers n'ont pas été formellement relus et édités. Certaines versions de ces documents de travail peuvent être soumises à une revue à comité de lecture. **Les droits d'auteur sont détenus par les auteurs.**

Ceped Working Papers are **working papers** on current research conducted by Ceped-affiliated researchers. Written for timely dissemination, these papers have not been formally edited or peer reviewed. Versions of these working papers are sometimes submitted for publication in peer-reviewed journals. **Copyrights are held by the authors.**



Le programme ATLAS (2019-2021) vise à promouvoir et à déployer l'autodépistage du VIH en Côte d'Ivoire, au Mali et au Sénégal.

Il prévoit la distribution de près de 400 000 autotests VIH à travers différents canaux de dispensation, visant en particulier les populations clés (travailleuses du sexe, hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, usager·e·s de drogues), les partenaires des personnes vivant avec le VIH (PvVIH) et les patient·e·s atteint·e·s d'une infection sexuellement transmissible. La dispensation des kits d'autodépistage est réalisée en soins courants, dans le cadre des stratégies nationales de lutte contre le sida des trois pays et de manière intégrée aux politiques de dépistage déjà en place, à travers huit canaux de dispensation combinant des stratégies fixes et des stratégies avancées, une distribution primaire et une distribution secondaire.

L'autotest VIH est recommandé par l'OMS depuis 2016, car il apporte discrétion, acceptabilité, et *empowerment* à celles et ceux qui l'utilisent. C'est une approche innovante pour améliorer le diagnostic des personnes vivant avec le VIH. L'autotest n'a pas vocation à remplacer les stratégies de dépistage existantes mais à les compléter pour parvenir à toucher les populations difficiles à atteindre et qui ne se dépistent pas aujourd'hui.

Le projet ATLAS est géré par un consortium Solthis-IRD, dont Solthis est le chef de file. Solthis assure la mise en oeuvre des activités en partenariat avec les conseils/programmes nationaux de lutte contre le sida de chacun des trois pays (Côte d'Ivoire, Mali, Sénégal) et les ONGs locales déjà en charge de la réponse à l'épidémie.

L'IRD est en charge de la mise en oeuvre des activités d'évaluation et de recherche du projet. Ce volet comporte un ensemble d'enquêtes observationnelles visant à décrire, analyser et comprendre les effets sociaux, sanitaires, épidémiologiques et économiques de l'introduction de l'autodépistage du VIH en Côte d'Ivoire, au Mali et au Sénégal pour améliorer l'offre de dépistage (accessibilité, efficacité et éthique).

Le protocole ATLAS a été examiné et approuvé par les comités d'éthique suivants :

- > Comité d'éthique de la recherche de l'Organisation mondiale de la santé (ERC 0003181, 7 août 2019),
- > Comité National d'Éthique des Sciences de la vie et de la santé de Côte d'Ivoire (réf : 049-19/MSHP/CNESVS-kp, 28 mai 2019),
- > Comité d'Éthique de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de l'université de Bamako Mali (réf : 2019/88/CE/FMPOS, 14 août 2019),
- > Comité National d'Éthique pour la Recherche en Santé du Sénégal (réf : SEN19/32, 26 juillet 2019),
- > LSTHM IRB (réf : 17141, 25 avril 2019).

Le protocole complet et l'ensemble des résultats sont disponibles sur <https://atlas.solthis.org/recherche/>.

Le projet ATLAS est financé par Unitaid (*grant number* 2018-23-ATLAS), avec un appui supplémentaire de l'AFD.

Pour plus d'information sur l'étude : <https://atlas.solthis.org/>



Consortium



Bailleurs



Partenaires de mise en œuvre

Côte d'Ivoire

Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique
PNLS



Alliance CI
Aprosam
Arc en Ciel +
Ariel Glaser
Blety
Eloé
Espace Confiance
Heartland Alliance
Orasur
Ruban Rouge

Mali

Ministère de la Santé et des Affaires sociales
HCNLS



AKS
Amprode Sahel
ARCAD Santé PLUS
Danayaso
FHI 360
Plan International
PSI
Soutoura

Sénégal

Ministère de la Santé et de l'Action Sociale
CNLS



CTA
CEPIAD
Enda Santé

Partenaires de recherche



Projets partenaires



Défis de la distribution des autotests VIH pour le dépistage des cas index lorsque le partage du statut VIH est faible : résultats préliminaires d'une étude qualitative à Bamako (Mali) dans le cadre du projet ATLAS

Sokhna Boye^a, Seydou Bouaré^b, Odette Ky-Zerbo^c, Nicolas Rouveau^a, Arlette Simo Fotso^a, Marc d'Elbée^d, Romain Silhol^e, Mathieu Maheu-Giroux^f, Anthony Vautier^g, Guillaume Breton^h, Abdelaye Keitaⁱ, Anne Bekelync^j, Alice Desclaux^c, Joseph Larmarange^a, Dolorès Pourette^a pour l'équipe ATLAS team^k

Résumé

Contexte : Le taux de partage du statut VIH aux partenaires est faible au Mali, un pays d'Afrique de l'Ouest avec une prévalence nationale du VIH de 1,2%. L'autodépistage du VIH (ADVIH) pourrait augmenter la couverture du dépistage chez les partenaires des personnes vivant avec le VIH (PVVIH). Le programme AutoTest-VIH, Libre d'accéder à la connaissance de son Statut (ATLAS) a été lancé en Afrique de l'Ouest avec l'objectif de distribuer près d'un demi-million d'autotests VIH de 2019 à 2021 en Côte d'Ivoire, au Mali et au Sénégal. Le programme ATLAS intègre plusieurs activités de recherche. Cet article présente les résultats préliminaires de l'étude qualitative du programme ATLAS au Mali. Cette étude vise à améliorer notre compréhension des pratiques, des limites et des enjeux liés à la distribution des autotests VIH aux PVVIH afin qu'elles puissent proposer ces tests à leurs partenaires sexuels.

Méthodes : Cette étude qualitative a été menée en 2019 dans une clinique de prise en charge du VIH à Bamako. Elle a consisté en (i) des entretiens individuels avec 8 professionnels de santé impliqués dans la distribution des autotests VIH; (ii) 591 observations de consultations médicales, y compris de consultations de services sociaux, avec des PVVIH ; (iii) 7 observations de discussions de groupe de PVVIH animées par des pairs éducateurs, entretiens avec les professionnels de santé et les notes d'observation ont fait l'objet d'une analyse de contenu.

Résultats : L'ADVIH a été abordé dans seulement 9% des consultations observées (51/591). Lorsque l'ADVIH était abordée, la discussion était presque toujours initiée par le professionnel de santé plutôt que par la PVVIH. La discussion sur l'ADVIH était peu fréquente car, dans la plupart des consultations, il n'était pas approprié de proposer l'ADVIH au partenaire (par exemple, lorsque les PVVIH étaient veuves, n'avaient pas de partenaire ou avaient délégué quelqu'un pour renouveler leurs ordonnances). Certaines PVVIH n'avaient pas révélé leur statut VIH à leur partenaire. La distribution de l'ADVIH prenait beaucoup de temps, et les consultations médicales étaient très courtes.

Trois principaux obstacles à la distribution d'ADVIH lorsque le statut VIH n'avait pas été divulgué aux partenaires ont été identifiés : (1) la quasi-totalité des professionnels de santé évitaient de proposer l'ADVIH aux PVVIH lorsqu'ils pensaient ou savaient que les PVVIH n'avaient pas révélé leur statut VIH à leurs partenaires ; (2) les PVVIH étaient réticentes à proposer l'ADVIH à leurs partenaires s'ils ne leur avaient pas révélé leur séropositivité ; (3) l'utilisation des stratégies de soutien à la divulgation du statut VIH était limitée.

^a Centre Population et Développement (Ceped), Institut de Recherche pour le Développement (IRD), Université de Paris, Inserm, France

^b Institut de Pédagogie Universitaire (IPU), Bamako/Mali

^c Institut de Recherche pour le Développement, Transvihmi (IRD, INSERM, Université de Montpellier), Montpellier, France, CRCF Dakar, Sénégal.)

^d Department of Global Health and Development, Faculty of Public Health and Policy, London School of Hygiene and Tropical Medicine, London, United Kingdom,

^e UK Medical Research Council Centre for Global Infectious Disease Analysis, School of Public Health, Imperial College London, London, United Kingdom

^f Department of Epidemiology, Biostatistics, and Occupational Health, School of Population and Global Health, McGill University, Montreal, QC, Canada,

^g Solthis, Dakar, Sénégal

^h Solthis, Paris, France

ⁱ Institut National de Recherche en Santé Publique, Bamako-Mali

^j Programme PAC-CI, Site de recherche ANRS, CHU de Treichville.

^k La composition de l'équipe ATLAS est indiquée en annexe.

Conclusion : Il est essentiel de renforcer les stratégies de soutien à la révélation du statut VIH+. Il est nécessaire de développer une approche spécifique pour la mise à disposition des autotests VIH pour les partenaires des PVVIH en repensant l'implication des acteurs. Cette approche doit leur permettre de bénéficier d'une formation adaptée aux problématiques liées à la (non)divulgence du statut VIH et aux inégalités de genre, et d'améliorer le conseil aux PVVIH.

Mots-clés

Autodépistage du VIH, Dépistage cas index, Connaissance du statut VIH, Divulgence du statut VIH, Mali, Personnes vivant avec le VIH, Partenaires de PVVIH, Dépistage.

INTRODUCTION

Pour les personnes vivant avec le VIH (PVVIH), le dépistage du VIH est le point d'entrée pour recevoir un traitement et des soins vitaux. Le dépistage du VIH reste un pilier des réponses au VIH, car il permet également aux personnes dont le test est négatif d'établir un lien avec les services de prévention du VIH appropriés. En 2019, 81 % des PVVIH dans le monde connaissaient leur statut VIH ; cette proportion était estimée à seulement 64 % en Afrique de l'Ouest (1). Ces différences régionales reflètent les difficultés d'accès au dépistage, qui sont liées à la stigmatisation et à la discrimination des PVVIH (2). Cette crainte de stigmatisation entraînant des difficultés liées au partage du statut sérologique en général et au sein des couples a été rapportée dans cette région. Ceci a encouragé la mise en place de programmes de soutien à la divulgation de l'infection par le VIH. Cependant, peu d'études ont été réalisées pour évaluer l'impact de ces programmes (3-5).

Pour atteindre les populations considérées comme les plus vulnérables au VIH et dont l'accès ou le recours aux services de dépistage du VIH classiques sont limités (ce qui peut être dû à des obstacles structurels), l'Organisation mondiale de la santé (OMS) recommande depuis 2016 l'autodépistage du VIH (ADVIH) comme approche complémentaire. L'ADVIH est défini comme le 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 (6).

En Afrique orientale et australe, la *HIV Self-Testing Africa Initiative* (STAR), qui a été la première à distribuer des autotests dans cette région, a testé différents canaux de distribution communautaires

(porte-à-porte, au sein des couples, parmi les populations clés, etc.). Des études menées dans d'autres régions d'Afrique ont également confirmé l'efficacité, la facilité d'utilisation et l'acceptabilité de l'ADVIH (10-16).

Malgré le haut niveau d'acceptabilité de l'ADVIH, le dépistage en couple n'a suscité que peu d'intérêt, en particulier chez les hommes. Deux études menées au Malawi et en Afrique du Sud ont montré que les hommes craignent généralement d'être dans une relation sérodiscordante ou d'être jugés sur leur fidélité (17,18). Une étude menée en Ouganda auprès de femmes enceintes a montré la faisabilité et l'efficacité d'une distribution secondaire de l'ADVIH pour atteindre leurs partenaires masculins (c'est-à-dire donner des autotests à une femme enceinte pour qu'elle les distribue à son partenaire). Cette étude a également souligné l'importance du soutien pour minimiser le risque d'effets indésirables tels que la violence ou la rupture de la relation (19).

Après STAR, le programme *AutoTest-VIH, Libre d'accéder à la connaissance de son Statut* (ATLAS) a été lancé en Afrique de l'Ouest avec pour objectif de distribuer près d'un demi-million d'autotests VIH de 2019 à 2021 en Côte d'Ivoire, au Mali et au Sénégal. Ce programme a été initié par un consortium composé de l'organisation non gouvernementale (ONG) Solthis et de l'Institut de recherche pour le développement (IRD). Le programme ATLAS a introduit le dépistage du VIH en tant que stratégie supplémentaire en Afrique de l'Ouest et a été chargé d'organiser la distribution, l'intégration et la mise à l'échelle dans les systèmes nationaux. La distribution des autotests VIH a été mise en œuvre par le biais de 8 canaux de distribution et de populations prioritaires. Les plans de mise en œuvre ont été élaborés avec les parties

prenantes du pays (programmes/conseils nationaux de lutte contre le sida, institutions internationales, dont l'OMS, ONG internationales et nationales participant aux programmes locaux de lutte contre le VIH, société civile et représentants des communautés). Les groupes prioritaires comprennent les membres des populations clés (travailleuses du sexe, hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et consommateurs de drogues), les patients atteints d'infections sexuellement transmissibles (IST) et les partenaires des PVVIH.

Le programme ATLAS intègre plusieurs activités de recherche déjà décrites en détail ailleurs (20). Ce volet de recherche vise à générer et à diffuser des connaissances pour les trois pays et plus largement la région ouest-africaine. Le programme ATLAS comprend deux études qualitatives menées au Mali et en Côte d'Ivoire pour améliorer notre compréhension des pratiques, des limites et des problèmes liés à la distribution des autotests du VIH aux PVVIH pour leurs partenaires. Dans ces études, le terme

"partenaire " est défini au sens large, c'est-à-dire régulier ou occasionnel, récent ou ancien, formel ou informel, cohabitant ou non cohabitant. Cet article se concentre uniquement sur les données de la première étude menée au Mali dans une clinique de soins du VIH à Bamako. Les résultats de l'ensemble de l'étude, examinés sous un angle anthropologique, seront publiés ultérieurement.

L'objectif principal de cette étude était d'améliorer notre compréhension des pratiques, des limites et des défis liés à la distribution d'autotests du VIH aux PVVIH pour le dépistage des partenaires au Mali. La prévalence nationale estimée du VIH était de 1,2 % en 2019, et seulement 43% des PVVIH connaissaient leur statut VIH (1). Le taux de notification des partenaires et de divulgation du statut sérologique est faible au Mali, avec une estimation de 42 % des PVVIH n'ayant pas partagé leur statut VIH avec leurs partenaires en 2019 (21). Dans les prochaines sections, nous présentons les résultats d'une étude qualitative menée à Bamako, la capitale économique et politique du Mali.

MATÉRIAUX ET MÉTHODES

Cadre de l'étude

L'étude a été menée à Bamako dans une clinique VIH communautaire avec une file active de plusieurs milliers de patient·es VIH (adultes et enfants), dont plus de deux tiers de femmes au moment de l'étude. Cette clinique a une bonne expérience en matière de soutien communautaire. Depuis 2010, cette clinique accueille un programme d'autonomisation communautaire (Gundo-So : « Chambre des secrets » en bambara) pour les femmes vivant avec le VIH afin de les aider à faire des choix éclairés sur la divulgation de leur séropositivité pour réduire le poids du secret du VIH (22-24).

La clinique reçoit une centaine de patients par jour qui passent par le service d'accueil, lequel est ensuite chargé de trier et d'orienter les patients en fonction de l'objet de leur visite.

Consultations médicales

Les consultations médicales sont assurées par 2 ou 4 professionnels de santé en fonction de leur

disponibilité. Les consultations ne sont pas fidèles, c'est-à-dire qu'un patient peut être pris en charge par tous les professionnels de santé en fonction de leur disponibilité. Les motifs de consultation sont divers et comprennent le renouvellement d'une ordonnance, les contrôles de suivi et, rarement, une consultation sans rapport avec le VIH. La plupart des consultations médicales ont lieu entre 8 h et 14 h et sont généralement très courtes, d'une durée moyenne de 5 minutes, la plupart des patientes et patients venant pour renouveler leurs ordonnances. Dans certains cas, le patient délègue une personne proche pour aller chercher les médicaments à sa place.

Activités du service social

Les activités du service social s'articulent autour du suivi psychosocial des patients et du dépistage général des personnes orientées par un autre établissement de santé ou se présentant pour un dépistage volontaire (conseil pré et post-test, communication des résultats, etc.) L'assistant social est assisté par un pair éducateur pour les

activités de dépistage du VIH et de suivi psychosocial. Les travailleurs sociaux reçoivent en moyenne 10 à 12 patients par jour. Les entretiens peuvent durer entre 10 et 30 minutes selon le motif de la visite (dépistage du VIH, suivi psychosocial, etc.).

Discussions de groupe

Tous les vendredis, des événements culinaires sont organisés, qui comprennent des discussions de groupe (causeries) animées par des pairs éducateurs. Ils sont suivis par environ 40 participantes et participants, dont deux tiers de femmes. Les discussions ont lieu avant les repas et durent en moyenne environ 30 minutes.

Introduction de l'ADVIH

Suivant l'exemple de la Côte d'Ivoire et du Sénégal, en juillet 2019, l'équipe de mise en œuvre de Solthis au Mali a organisé des sessions de formation qui visaient à transmettre des connaissances sur les stratégies et les méthodes de distribution de l'ADVIH avant l'introduction de celui-ci. La formation était axée sur le rôle des professionnels de santé, les ADVIH et les aspects pratiques de la distribution de l'ADVIH dans le cadre du projet ATLAS. Tous les professionnels de santé qui ont été formés ont reçu le matériel nécessaire à la distribution des autotests du VIH. Ce matériel comprenait des brochures descriptives pour la démonstration/utilisation du kit d'autotest et la promotion du test de confirmation et un support vidéo partageable (Youtube / WhatsApp) en français et traduit dans les principales langues locales (bambara et peul/fula).

Collecte des données

Nous avons adopté une méthode qualitative combinant observations et entretiens (25-27). La collecte des données a été faite entre septembre et novembre 2019, au tout début de la distribution de l'ADVIH dans l'établissement, qui a démarré en août 2019.

Les données ont été collectées au travers (i) des entretiens individuels semi-structurés avec des professionnels de santé directement ou indirectement impliqués dans la distribution des autotests VIH, (ii) l'observation des consultations cliniques des PVVIH et (iii) l'observation des groupes de parole animés par des pairs éducateurs (conseillers

psychosociaux) auxquels participent les PVVIH. La collecte des données a été réalisée par le premier auteur, qui est anthropologue, et le deuxième auteur, qui a joué le rôle d'assistant de recherche et d'interprète (français-bambara-français).

(i) Entretiens semi-structurés avec des professionnels de santé

Les entretiens individuels avec les professionnels de santé ont été réalisés en français à l'aide de guides d'entretien semi-structurés (voir annexe S1). Des questions ouvertes ont été posées sur les thèmes suivants : introduction à l'ADVIH, organisation de la distribution des autotests VIH, pratiques et perceptions liées à l'ADVIH.

(ii) Observations des consultations

Les observations des consultations comprenaient les consultations des PVVIH avec deux médecins, consultations avec une infirmière prescrivant des médicaments antirétroviraux et consultations avec le bureau du service social. Il s'agissait de consultations de routine. L'anthropologue et l'assistant de recherche ont assisté aux consultations des différents professionnels de santé avec l'aide d'une grille d'observation (voir annexe S3), ils ont observé les échanges entre les professionnels de santé et les patients, en documentant leurs attitudes et le contenu des discussions en ciblant spécifiquement les attitudes et le contenu liés à l'ADVIH. Pour tous les patients n'ont recueilli que la tranche d'âge et le sexe. Pour les 51 patients à qui l'ADVIH a été proposée ou dont l'ADVIH a été abordé lors de la consultation, le statut matrimonial, la tranche d'âge et le sexe ont été recueillis. Pour l'analyse, nous n'avons utilisé que les notes d'observation et les données des 51 patients.

(iii) Observations des discussions de groupe

Les discussions de groupe animées par les pairs éducateurs consistaient à réunir les PVVIH qui fréquentaient la clinique autour d'un repas pour discuter des avantages de la nourriture locale. A cette occasion, les participants ont discuté de divers sujets liés au VIH. Les discussions ont été menées en bambara (la langue locale la plus parlée à Bamako). A l'aide d'une grille d'observation (voir annexe S2), nous avons observé la manière dont les questions du VIH, du SIDA et de l'ADVIH

étaient abordées par les animateurs et les réactions des participants. Nous nous sommes positionnés en tant qu'observateurs pendant les étapes (ii) et (iii) et avons évité toute intervention. L'objectif était de voir comment les animateurs et les participants abordaient l'ADVIH.

Données collectées

Nous avons réalisé 8 entretiens individuels avec des professionnels de santé dont les caractéristiques sont résumées dans le tableau 1. Six des 8 professionnels de santé interrogés ont bénéficié des sessions de formation sur l'ATLAS. Les deux autres professionnels de santé (tous deux pairs éducateurs) n'ont pas bénéficié d'une formation spécifique sur l'ADVIH mais ont eu une formation sur le dépistage du VIH. Les autotests VIH n'ont été proposés que par deux médecins, l'infirmière et l'assistant social. Le troisième médecin, qui était le coordinateur de la clinique et était chargé de superviser les activités liées à l'ADVIH, n'a pas participé à la distribution des autotests VIH "par manque de temps", selon ses termes. Le pharmacien supervisait le stock d'autotests VIH. Les deux pairs éducateurs ont abordé la question de l'ADVIH lors des causeries et des discussions de groupe qu'ils délivraient lors des activités de cuisine appelées "repas communautaires".

Nous avons observé 556 consultations médicales avec les 2 médecins et l'infirmière, 35 consultations au bureau du service social et 7 discussions de groupe. Nous avons visité les bureaux du personnel de santé en charge de la distribution des autotests VIH pendant 1 à 5 jours par bureau ou selon la disponibilité des professionnels.

Parmi les 51 patients, âgés de 21 à 55 ans, avec lesquels l'ADVIH a été discutée et/ou proposée lors des consultations, la majorité étaient des femmes (42 femmes / 9 hommes); 36 étaient mariés (31 femmes / 5 hommes); 6 étaient en couple (3 femmes / 3 hommes); 3 étaient célibataires (2 femmes / 1 homme) et 5 étaient veuves (toutes des femmes), une seule a déclaré avoir un partenaire.

RESULTATS

Dans cette section, nous décrivons d'abord comment la question de l'ADVIH est abordée dans les consultations médicales, les consultations des

Analyse des données

Analyse des entretiens :

Tous les entretiens avec les professionnels de santé ont été enregistrés avec leur consentement. Ensuite, tous les entretiens enregistrés ont été transcrits avant d'être codés et analysés à l'aide du logiciel d'analyse de données qualitatives Dedoose (<https://www.dedoose.com/>).codes et sous-codes ont été définis sur la base des thèmes développés dans les guides d'entretien, puis affinés sur la base de l'analyse de contenu des données (28,29).

Analyse des observations :

Les notes d'observation prises lors des discussions de groupe ont été soumises à une analyse de contenu. En ce qui concerne les notes d'observation prises lors des consultations avec les professionnels de santé, seules celles où la séropositivité a été discutée et/ou proposée ont été prises en compte dans l'analyse de contenu (n=51).

L'analyse des données était basée sur une approche de théorie ancrée, c'est-à-dire une théorie développée par induction à partir d'un corpus de données (30). Une approche genrée a été utilisée pour tenir compte des effets du genre sur l'ADVIH dans l'analyse des données (31).

Approbations éthiques

Le protocole de l'étude, y compris les feuilles de consentement et les procédures, a été approuvé par le Comité d'éthique de la recherche de l'OMS (07 août 2019, référence : ERC 0003181), le Comité national d'éthique des sciences de la vie et de la santé de Côte d'Ivoire (28 mai 2019, référence : ERC 0003181 :) 049-19/MSHP/CNESVS-kp), le Comité d'éthique de la Faculté de médecine et de pharmacie de l'Université de Bamako, Mali (14 août 2019, référence : 2019/88/CE/FMPOS), et le Comité national d'éthique pour la recherche en santé du Sénégal (26 juillet 2019, protocole SEN19/32).

services sociaux et les discussions de groupe. Ensuite, nous présentons les raisons pour lesquelles il est difficile pour les professionnels de santé de

discuter ou de proposer l'ADVIH lors des consultations. Enfin, nous présentons trois barrières à la proposition de l'ADVIH lorsque la révélation du statut sérologique n'est pas faite au sein du couple.

La proposition de l'ADVIH

L'approche ou la présentation de l'ADVIH différerait d'un professionnel de santé à l'autre, même si tous les professionnels de santé utilisaient les mêmes outils (kits d'ADVIH avec mode d'emploi et vidéos décrivant comment utiliser l'ADVIH). Deux des professionnels de santé (1 médecin et 1 infirmière) ont utilisé à la fois la vidéo en bambara et le mode d'emploi pour présenter l'ADVIH aux PVVIH, tandis que les deux autres (1 travailleur social et 1 médecin) ne se sont appuyés que sur le mode d'emploi.

Les deux pairs éducateurs, quant à eux, se sont contentés de montrer le kit d'ADVIH sans entrer dans les détails de son utilisation.

La question de l'ADVIH a été abordée dans presque toutes les discussions (et les discussions de groupe).

La question de l'ADVIH a été soulevée dans presque toutes les sessions de discussion (6/7) auxquelles nous avons assisté, soit pour fournir des informations, soit pour rappeler l'existence de l'ADVIH, soit pour inviter les participants à parler des autotests du VIH ou à proposer le test à leurs partenaires.

« Je vous rappelle que nous avons discuté ici de l'existence d'une nouvelle technique de dépistage. Nous l'utilisons dans la bouche. » (un pair éducateur).

Les mentions du test VIH au cours des discussions ont toujours été suivies d'échanges avec les participants et de questions sur la manière dont les tests sont utilisés, notamment sur la manière dont ils pourraient être proposés aux partenaires lorsque le statut VIH n'a pas encore été révélé à son partenaire.

Les discussions sur l'ADVIH augmentent la durée des consultations médicales.

Les consultations au cours desquelles les autotests du VIH ont été dispensés duraient entre 10 et 30 minutes selon les professionnels de santé et les modalités de proposition des ADVIH aux patients pour qu'ils les proposent à leurs partenaires. Les

deux professionnels de santé (1 médecin et 1 infirmière) qui utilisaient à la fois la vidéo et le supports papier pour expliquer le mode d'utilisation du kit d'ADVIH consacraient en moyenne 20 à 30 minutes par personne, tandis que les deux autres (assistant social et 1 médecin) qui utilisaient le support papier consacraient moins de temps (10 à 15 minutes). Les consultations médicales duraient en moyenne 5 minutes, tandis que les consultations des services sociaux duraient entre 10 à 30 minutes.

Nous n'avons pas remarqué de différence dans la façon dont les autotests VIH étaient dispensés selon le sexe du professionnel de santé. Les échanges entre les professionnels de santé et les patients se faisaient majoritairement en bambara et rarement en français. Au cours des 591 consultations observées, dont environ 35 au bureau du service social, la plupart des PVVIH qui se sont présentées étaient des femmes (n = 450/591, 76 %).

La proposition du dépistage du VIH pourrait affecter la charge de travail des professionnels de santé, notamment lors des consultations médicales. Dans certains cas, la proposition de l'ADVIH a considérablement allongé les temps d'attente, et les patients se sont plaints de ces retards. Bien que ces délais n'aient pas été explicitement mentionnés par les professionnels de santé chargés de la dispensation des ADVIH comme l'une des raisons qui pourraient expliquer le faible taux de proposition de l'ADVIH, ils représentaient néanmoins un facteur non négligeable.

Enquêteur : *Combien de temps faites-vous [une consultation] ?* »

Professionnel de santé : *C'est plus de 30 minutes quand même.*

Enquêteur : *ounhoun (ok). Quand tu dois montrer la vidéo, ehh.*

Professionnel de santé : *Vous devez expliquer. Vous devez montrer la vidéo, vous devez expliquer. Cela prend au moins 30 minutes.*

Enquêteur : *Mais est-ce que cela change quelque chose dans votre travail ? Est-ce un travail supplémentaire ?*

Professionnel de santé : *Oui, oui. Parce qu'au tout début, cela peut souvent entraîner un ralentissement de votre travail. (...) souvent les malades vont crier au dehors...*

(Entretien avec un Professionnel de santé)

Les difficultés à discuter de l'ADVIH pendant les consultations observées.

Les résultats ont montré qu'il y avait des difficultés pour les professionnels de santé à discuter ou à proposer l'ADVIH pendant les consultations car la plupart des consultations n'y étaient pas appropriées.

En effet, d'après nos observations et les explications des professionnels de santé en charge de la dispensation des ADVIH, les 2 situations suivantes pourraient amener les professionnels de santé à éviter d'aborder la question de l'ADVIH ou de proposer aux PVVIH des kits ADVIH pour qu'ils les proposent à leurs partenaires :

1. Il n'était pas approprié de dispenser un autotest VIH lors de la consultation : par exemple, si un patient séropositif était représenté par un tiers pour renouveler ses ordonnances ou si le professionnel de santé savait à l'avance ou après avoir interrogé le patient qu'il était veuf ou célibataire (sans partenaire) ou que son partenaire recevait déjà des soins, la question de l'ADVIH n'était généralement pas abordée ou n'était que brièvement mentionnée.

Professionnel de santé : *Avez-vous un ou plusieurs partenaires ?*

Patient : *Non.*

Professionnel de santé : *si je t'ai demandé cela, c'est parce qu'il y a un nouveau test disponible chez nous. Il est en phase expérimentale.*

Patient : *OK*

(Extrait d'un échange entre un professionnel de santé et un patient lors d'une consultation où l'ADVIH n'a pas été proposé)

Professionnel de santé : *Votre mari a-t-il été testé ?*

Patient : *Oui. Il est même suivi ici à la XXX (clinique).*

Professionnel de santé : *si je te demande cela, c'est parce que nous avons maintenant un moyen qui permettrait aux personnes de faire elles-mêmes leurs tests de dépistage du VIH/Sida.*

Patient : *OK, j'ai entendu.*

(Extrait d'un échange entre un professionnel de santé et un patient lors d'une consultation où l'ADVIH n'a pas été proposé)

2. Lorsque le professionnel de santé savait que le

patient séropositif n'avait pas révélé son statut et qu'il ne souhaitait pas le faire, il évitait généralement de lui proposer un kit d'ADVIH pour son partenaire, considérant par exemple que cela pourrait « être compliqué ».

Professionnel de santé : *Êtes-vous marié ?*

Jeune homme : *Non.*

Professionnel de santé : *Avez-vous un ou plusieurs partenaires sexuels ?*

Jeune homme : *Oui*

Professionnel de santé : *A-t-elle été dépistée ?*

Jeune homme : *Pas encore. Elle le fera quand nous serons fiancés.*

Professionnel de santé : *Avez-vous partagé votre statut avec elle ?*

Jeune homme : *Pas encore.*

Professionnel de santé : *Ok. Nous avons un test pour cela, qui se fait dans la bouche. Mais comme vous n'avez pas encore partagé votre statut, cela va être compliqué.*

(Extrait d'un échange entre un patient et un professionnel de santé lors d'une consultation où l'ADVIH n'a pas été dispensé)

Globalement, l'ADVIH n'a été abordé qu'au cours de 51 consultations (42 femmes et 9 hommes) sur les 591 observées (9%) ; 49 fois à l'initiative du professionnel de santé, 2 fois à l'initiative des patients qui en avaient entendu parler avant. Dans les 49 consultations (40 femmes et 9 hommes) où la discussion a été initiée par le professionnel de santé, 6 PVVIH (5 femmes et 1 homme) n'avaient pas de partenaire, 5 (4 femmes et 1 homme) avaient des partenaires qui avaient déjà été testés ou suivis pour le VIH, 27 (22 femmes et 5 hommes) avaient révélé leur statut VIH à leurs partenaires et 11 (9 femmes et 2 hommes) n'avaient pas révélé leur statut VIH à leurs partenaires. Au total, 37 propositions de dépistage du VIH ont été faites aux PVVIH, dont 28 propositions (23 F et 5 H) ont été acceptées et 9 refusées (8 F et 1 H).

Les trois principaux obstacles à la dispensation des ADVIH

Les observations des consultations et des discussions de groupe avec les pairs éducateurs et les entretiens avec les professionnels de santé ont révélé trois principaux obstacles à la dispensation

des autotests du VIH dans un contexte de faible divulgation du statut VIH+.

Les professionnels de santé évitent de proposer l'autodépistage du VIH aux PVVIH qui n'avaient pas de partenaires ou qui ne voulaient pas révéler leur séropositivité à leurs partenaires.

Lors des entretiens, les 4 professionnels de santé en charge de la dispensation des autotests VIH ont considéré que la divulgation de sa séropositivité était un prérequis pour proposer le dépistage (et ainsi la dispensation des ADVIH) aux partenaires des PVVIH, comme l'illustre cet extrait d'entretien avec un professionnel de santé.

Professionnel de santé : (...) *ce sont des personnes qui sont suivies au niveau de la clinique et qui souhaitent dépister leurs partenaires. Maintenant, il faudrait que, tout d'abord, la personne partage son statut.*

Enquêteur : *Ounhoun (ok).*

Professionnel de santé : *Si ce n'est pas le cas, on propose à la personne de partager [son statut VIH avec son partenaire]. Car on ne peut pas simplement faire passer le test à quelqu'un qui n'a peut-être pas partagé son statut.*

Enquêteur : *Ok. Donc ça a été dit depuis la formation.*

Professionnel de santé : *Non, non, non. En termes pratiques.*

Enquêteur : *Mais en ce qui concerne la formation, ils n'ont pas exclu ce cas par exemple ?*

Professionnel de santé : *Non, non, non.*

Enquêteur : *Une personne qui n'a pas partagé [son statut], on ne peut pas lui proposer le test ? (...)*

(Entretien avec un professionnel de santé)

Dans nos observations, les quatre professionnels de santé qui ont distribué les tests ont évité de proposer des autotests VIH pour le dépistage des cas index lorsqu'ils savaient que le statut VIH de la personne n'avait pas été révélé à son partenaire. Dans deux cas, la proposition de l'autotest VIH a été retirée lorsque le professionnel de santé a réalisé que le patient n'avait pas révélé son statut - comme décrit dans l'extrait ci-dessous d'une note d'observation d'une consultation médicale.

Professionnel de santé : *Votre mari a-t-il été testé ?*

Femme : *Il n'est pas infecté.*

Professionnel de santé : *A-t-il été testé ou non ?*

Femme : *Oui, il l'a fait, et il le renouvelle tous les trois mois.*

Professionnel de santé : *D'accord. La raison de ma question est que nous avons maintenant un "test" (en référence au kit d'autotest). Il se fait simplement avec de la salive, et le résultat peut être lu après 20 minutes.*

Femme : *Ok.*

Professionnel de santé : *Vous pouvez lui apporter pour qu'il fasse un test à domicile. Je vous montrerai une vidéo expliquant comment l'utiliser en bambara.*

Femme : *Ok.*

Professionnel de santé (après le visionnage) : *Avez-vous compris ?*

Femme : *Oui. Je peux le faire aussi ?*

Professionnel de santé : *Non. Ceux qui sont déjà séropositifs ne sont pas autorisés à le faire. Seul votre mari peut le faire.*

Femme : *D'accord. Mais je n'ai pas encore partagé mon statut avec mon mari.*

Professionnel de santé : *Ensuite, ça va être compliqué car il pourrait vous poser des questions sur la provenance du kit. Que pourriez-vous dire dans ce cas ?*

Femme : *Oh, c'est vrai. Je n'avais pas pensé à ça.*

Professionnel de santé : *Même si vous lui avez dit que cela venait d'un hôpital, il pourrait vous demander de préciser lequel ?*

Femme : *Oui, c'est ça.*

Professionnel de santé : *Où allez-vous partager votre statut avec lui maintenant ?*

Femme : *Pas du tout. [C'est quelqu'un] qui veut déjà divorcer, je ne vais pas en rajouter.*

Professionnel de santé : *Ok, je comprends. Alors je ne pourrai plus vous donner un kit d'autotest.*

Femme : *Ok.*

(Extrait d'un échange entre un professionnel de santé et un patient lors d'une consultation)

Les PVVIH étaient réticentes à proposer des autotests du VIH à leurs partenaires s'ils n'avaient pas partagé leur statut VIH.

Malgré la position des professionnels de santé à vouloir considérer la divulgation de son statut sérologique au partenaire comme un prérequis à la proposition d'un autotest VIH pour le partenaire, des propositions d'autotests VIH ont effectivement été faites à des personnes qui n'avaient pas partagé leur statut sérologique et ne souhaitaient pas le faire. Sur les 27 personnes qui avaient déjà partagé leur statut et qui se sont vu proposer un ADVIH, 26 (21 femmes et 5 hommes)

étaient d'accord, tandis que sur les 9 personnes qui n'avaient pas partagé leur statut, 7 (6 femmes et 1 homme) ont refusé de le faire, 6 (5 femmes et 1 homme) d'entre eux mentionnant explicitement ou laissant comprendre implicitement la non-divulgation comme principale raison de leur refus. Ce résultat montre que la divulgation de son statut sérologique à son partenaire est un facteur déterminant dans l'acceptation de la proposition de l'ADVIH aux PVVIH pour son partenaire.

Exemple 1

Professionnel de santé : *Votre mari est-il ici ?*

Femme : *Oui, il est à la maison.*

Professionnel de santé : *Est-il sous traitement ?*

Femme : *Non.*

Professionnel de santé : *Avez-vous partagé votre statut avec lui ?*

Femme : *Non. J'ai très peur*

Professionnel de santé : *D'accord. Mais allez-vous lui dire un jour ?*

Femme : *Non (en baissant la tête)*

Professionnel de santé : *Pourquoi ? Et pourtant, vous êtes suivi ici depuis 14 ans.*

Femme : *J'ai très peur. Je voudrais qu'il l'apprenne un jour par moi, mais j'ai très peur.*

Professionnel de santé : *Ok. Mais ça ne peut pas continuer comme ça. Tu ne peux pas le lui cacher pour toujours.*

Femme : *Oui, je le sais.*

Professionnel de santé : *Si on vous donnait quelque chose, pourriez-vous le lui envoyer pour qu'il le teste ?*

Femme : *Non, je ne peux pas. (avec sa tête baissée)*

Professionnel de santé : *Donc il va vous demander si vous l'avez fait aussi ?*

Femme : *Oui.*

(extrait d'un échange entre un professionnel de santé et un patient lors d'une consultation)

Exemple 2

Professionnel de santé : *Avez-vous partagé votre statut avec votre mari ?*

Femme : *Non.*

Professionnel de santé : *Pourquoi ?*

Femme : *Parce qu'il va dire à tout le monde. (...)*

Professionnel de santé : *Je vous conseille tout de même d'y penser car il serait préférable qu'il soit dépisté et même suivi si nécessaire.*

Femme : *Oui, c'est ça.*

Professionnel de santé : *Sinon, nous avons un moyen pour lui de le faire [le test] à la maison.*

Femme : *Non, c'est bon.*

(Extrait d'un échange entre un professionnel de santé et un patient lors d'une consultation)

Les stratégies de soutien à la divulgation de la séropositivité ont des limites.

La troisième barrière est liée aux limites des stratégies d'accompagnement au partage du statut lors de la proposition des ADVIH à des PvVIH qui n'ont pas annoncé leur statut sérologique à leur partenaire. Malgré la présence d'un programme d'accompagnement au partage comme « Gundo-So », les professionnels de santé et les patients se sentent démunis quand il s'agit d'articuler l'ADVIH et le dévoilement du statut.

Lors des entretiens, les professionnels de santé ont reconnu que le programme Gundo-So est utile mais qu'il présente des limites quant aux critères d'inclusion, notamment en termes de temporalité (seules les femmes ayant découvert leur séropositivité au cours des 6 derniers mois à 5 ans peuvent y participer). De plus, ce programme, basé sur des valeurs d'autonomie et d'empowerment, n'a pas pour but de forcer les femmes à révéler leur statut VIH, ce qui pourrait dans certains cas les mettre en danger, mais plutôt de les accompagner dans leur choix de partager ou non leur statut.

« *Gundo-So existe. Mais Gundo-So n'intervient pas directement pour dire à quelqu'un de partager. (...) Ils ne voulaient pas prendre tout le monde. Ils voulaient prendre les personnes qui ont divulgué récemment [6 mois à 5 ans].* »

(Entretien avec un professionnel de santé)

Lors des discussions de groupe dirigées par des pairs éducateurs pour les PVVIH, l'une des premières demandes des patients après la mention d'ADVIH était des conseils sur la façon de proposer des autotests du VIH pour un dépistage de cas index sans avoir à divulguer leur statut VIH.

Dans les 2 consultations où les autotests VIH ont été acceptés par des patients qui n'avaient pas encore révélé leur statut à leur partenaire, le professionnel de santé a laissé aux patients le soin de s'organiser et ne leur a pas proposé un accompagnement spécifique. Une patiente a donc proposé

une stratégie en demandant 2 kits de test afin qu'elle et son partenaire puissent faire le test simultanément (c'est-à-dire sans avoir à révéler son statut sérologique avant le test). Le professionnel de santé a accepté la demande en précisant à la patiente que l'autotest VIH serait probablement "insignifiant" (charge virale indétectable avec un traitement antirétroviral (ARV)). Au cours de la discussion qui a suivi, la jeune patiente a semblé très hésitante et anxieuse à l'idée de proposer l'autotest du VIH à son partenaire. Selon elle, son partenaire était très intelligent et ne manquerait pas de lui demander où elle avait reçu le test et pourquoi elle ne s'était pas testée en même temps que lui. Le professionnel de santé nous a expliqué que le cas de la patiente était un peu particulier puisqu'elle ne pouvait pas utiliser le kit ADVIH étant donné qu'elle était déjà séropositive et sous traitement ARV. En revanche, le professionnel de santé s'est dit obligé de lui donner les 2 kits d'ADVIH car la patiente considérait que c'était le

seul moyen pour que son partenaire accepte de se faire dépister. Après avoir montré la vidéo, le médecin a poursuivi comme suit :

Professionnels de santé : *Avez-vous reçu le message ?*

Femme : *Oui.*

Professionnel de santé : *Il faut donc le convaincre de le faire.*

Femme : *Ça ne va pas être facile. Il va me demander de l'utiliser d'abord. J'aurais donc besoin de deux kits pour cela.*

Professionnel de santé : *Ok. Je vais vous donner deux kits, mais vous devez savoir que votre résultat sera insignifiant pour nous.*

Femme : *Ok.*

Professionnel de santé : *Vous saurez comment le faire, n'est-ce pas ?*

Femme : *Oui. (souriant)*

(Échanges entre un médecin et une patiente)

DISCUSSION

En utilisant des méthodes d'enquête qualitatives, nous avons constaté plusieurs difficultés pour les professionnels de santé à proposer le test VIH à leurs patients et pour les PVVIH à accepter la proposition de test index dans le contexte de taux élevé de non-divulgence du statut sérologique VIH au sein des couples. Plus précisément, nous avons identifié trois principaux obstacles à la dispensation de l'ADVIH aux PVVIH pour qu'elles le proposent à leur partenaire. Premièrement, presque tous les professionnels de santé évitaient de proposer des autotests du VIH aux PVVIH lorsqu'ils pensaient ou savaient que celles-ci n'avaient pas partagé leur séropositivité avec leurs partenaires ou ne souhaitaient pas le faire. Deuxièmement, les PVVIH étaient réticentes à proposer des autotests du VIH à leurs partenaires si elles n'avaient pas révélé leur propre séropositivité. Troisièmement, il était difficile d'articuler la proposition de l'ADVIH et le partage du statut sérologique avec le/la partenaire pour les professionnels de santé comme pour les patients.

Les difficultés à proposer le dépistage du VIH aux partenaires des PVVIH exacerbées par la non-divulgence du statut VIH.

Les difficultés pour les personnels de santé à discuter ou à proposer l'ADVIH aux PVVIH résultent, notamment du fait que la plupart des consultations n'étaient pas appropriées pour la proposition d'ADVIH au partenaire (par exemple, lorsque les PVVIH étaient veuves, n'avaient pas de partenaire ou avaient délégué quelqu'un pour renouveler leurs ordonnances). De plus, les professionnels de santé étaient réticents à discuter de l'ADVIH avec leurs patients lorsqu'ils savaient que ces derniers n'avaient pas révélé leur séropositivité à leur partenaire. D'autres facteurs, tels que la nature chronophage de la délivrance des autotests VIH, ne doivent pas être négligés parmi les raisons sous-jacentes qui expliqueraient la faible proportion d'autotests VIH dispensés en consultation.

Les craintes des PVVIH concernant les éventuelles conséquences négatives suite à la révélation de la séropositivité et les difficultés des professionnels de santé à accompagner les PVVIH dans ce processus ont été identifiées dans cette étude

comme des barrières importantes à la distribution secondaire des autotests VIH pour le dépistage des cas index. En Afrique de l'Ouest, les difficultés à révéler sa séropositivité à son partenaire résultent d'un problème structurel lié à une faible estime de soi et à la peur de la stigmatisation ou du rejet par le partenaire, surtout chez les femmes(32-35). Des études menées au Malawi et en Ouganda sur le dépistage au sein des couples à domicile ont attribué le faible recours au dépistage du VIH, surtout chez les hommes, à la peur de voir son infidélité révélée, à l'absence du domicile en raison de leurs activités professionnelles et à la crainte de la rupture du mariage(18,36). Au Burkina Faso, une analyse des effets du genre sur le dépistage a montré que si la peur du rejet par les partenaires, les amis ou les membres de la famille était citée comme une raison de ne pas recourir au dépistage en général, les femmes citaient également la peur de perdre leurs moyens de subsistance(37). La précarité et/ou la dépendance financière d'une femme est un facteur qui renforce sa vulnérabilité aux effets indésirables du partage du statut VIH au sein du couple(38). Pour cette raison, une étude menée au Mali dans le cadre du programme Gundo-So a souligné la nécessité de renforcer les programmes d'appui aux PVVIH et d'autonomiser les PVVIH afin qu'elles puissent prendre des décisions libres et éclairées quant à la divulgation de leur statut VIH(22).

L'ADVIH : une opportunité de partager le statut et de dépistage du partenaire mais limitée

L'autodépistage du VIH pourrait être considéré comme une occasion pour les PVVIH de divulguer leur statut à leurs partenaires. Des enquêtes menées auprès de couples homosexuels en Chine et en Afrique du Sud ont révélé une augmentation de la divulgation de la séropositivité au partenaire avant d'avoir des relations sexuelles ensemble, grâce à l'accès aux ADVIH (17,39). Cependant, cette constatation peut être spécifique au contexte conjugal et à la nature et la durée de ces relations. Nous n'avons pas trouvé d'étude spécifique qui documente le lien entre l'accès au dépistage du VIH et la divulgation du statut VIH chez les PVVIH.

Le projet ATLAS promeut le dépistage du VIH pour les partenaires des PVVIH, quel que soit leur

statut de divulgation, considérant que le dépistage du VIH pourrait représenter une opportunité de faciliter le processus de divulgation (et donc de réduire les barrières à l'accès au dépistage, comme la venue au centre de santé). Cependant, le projet reconnaît l'importance de la notification assistée pour promouvoir le dépistage des partenaires et a donc intégré ces éléments dans la définition des stratégies de dispensation, des programmes de formation et des outils mis à la disposition des agents de dispensation. Par exemple, l'un des messages clés du cours de formation était : "La notification assistée du partenaire améliore la prise en charge du dépistage et constitue un moyen simple et efficace d'atteindre le partenaire des PVVIH". (https://atlas.solthis.org/wp-content/uploads/2019/11/03_Manuel_Formateur_ProSante_M3_ML.pdf) (voir l'annexe 5).

Cependant, dans cette étude, alors que le projet ATLAS ne définissait pas la notification de sa propre séropositivité à son partenaire comme une condition de la proposition de l'ADVIH au partenaire de PVVIH, la divulgation était souvent considérée comme un prérequis par les professionnels de santé et par certaines PVVIH. L'attitude des professionnels de santé et des patients, face à la crainte de proposer un test d'ADVIH, pourrait être interprétée comme un désir d'anticiper d'éventuels effets indésirables au sein des couples, qui ne sont pas toujours justifiés (40).

Par ailleurs, l'attitude de la patiente qui a demandé deux kits d'ADVIH pour pouvoir effectuer un test de couple sans avoir à révéler sa séropositivité et l'acceptation de cette demande par le médecin qui l'a informée que le résultat serait « insignifiant » (un faux négatif) soulèvent un problème éthique qui pourrait être analysé.

Il est essentiel de renforcer les stratégies visant à soutenir la divulgation du statut VIH+, le dépistage du VIH chez les partenaires des PVVIH et le développement de programmes contre la stigmatisation afin d'améliorer la divulgation du statut VIH+ et le recours à l'autodépistage du VIH en général. Les expériences en matière de stratégies de dépistage en couple, notamment dans le cadre de la prévention de la transmission mère-enfant, pourraient être mobilisées pour atteindre davantage de partenaires non testés. En effet, l'efficacité des approches de dépistage en couple et du soutien

aux femmes a été démontrée dans de nombreuses études (41-43).

Au Mali, le dépistage global des partenaires des PVVIH ne peut être efficace sans améliorer le soutien à la divulgation du statut sérologique en prenant en compte la dimension genrée. Cependant, malgré l'existence d'un programme d'appui à la révélation du statut sérologique comme le Gundoso, l'impact de ce type d'intervention sur le partage du statut au sein du couple n'a guère été documenté, comme dans d'autres pays subsahariens, comme relèvent les revues systématiques (3-5). Par ailleurs, améliorer le soutien impliquerait de prendre en compte des programmes de soutien à l'autonomisation des femmes (22,44).

La délégation des tâches : une opportunité pour améliorer la dispensation des ADVIH

En plus de la non-divulgation du statut sérologique avec le/la partenaire, les difficultés de déploiement liées au fait que la sensibilisation et la dispensation des ADVIH aux PvVIH pour leurs partenaires étaient assurées en majorité par le personnel médical, lui-même déjà débordé par les « consultations normales » pourraient entraver la

dispensation des ADVIH (45). Or, de plus en plus, la question de la délégation des tâches, semble être une option privilégiée dans le suivi et l'accompagnement des PvVIH car ayant montré ses preuves dans la riposte contre le VIH (23). Dans le cadre de l'introduction des ADVIH, notamment par le biais du dépistage des cas index, l'implication de personnels non médicaux tels que les travailleurs sociaux, les pairs éducateurs ou autres acteurs communautaires pourrait favoriser une meilleure distribution car ces personnels non médicaux disposent de beaucoup plus de temps d'échange avec les patients et/ou de proximité avec les patients, ce qui réduirait le coût de la dispensation des ADVIH (45).

Limites de l'étude

Cette étude a été menée sur un seul site. Les résultats de cette étude s'appuient sur des données collectées 3 mois à peine après le début des activités de dispensation des autotests VIH au Mali. Des entretiens et observations supplémentaires dans le même établissement sont prévus avant la fin du projet en 2021 afin de documenter tout changement lié à la distribution des autotests VIH.

CONCLUSION

Les difficultés à proposer le dépistage du VIH aux partenaires des PVVIH soulèvent des enjeux fondamentaux autour du partage du statut VIH+ et de la dimension éminemment stigmatisante du VIH. Nos résultats soulignent le rôle potentiel des interventions visant à soutenir le dépistage des cas index qui ne repose pas sur la divulgation et qui est adapté aux contextes locaux pour améliorer le dépistage des partenaires des PVVIH qui ne sont pas atteints par les stratégies de dépistage classiques.

DECLARATION

Remerciements

Ce travail a été soutenu par Unitaid (numéro de subvention 2018-23-ATLAS) avec un financement supplémentaire de l'Agence française pour le développement (AFD). Les auteurs remercient tous les participants et l'agent de terrain opérationnel en Côte d'Ivoire, au Mali et au Sénégal.

Il est nécessaire de développer une approche spécifique pour la mise à disposition des autotests VIH pour les partenaires des PVVIH en repensant l'implication des acteurs (soignants, travailleurs sociaux, pairs éducateurs, etc.) Cette approche consisterait à revoir les rôles attribués à ces acteurs, à leur proposer des formations adaptées aux problématiques liées à la divulgation ou non de la séropositivité et aux inégalités de genre, et à améliorer le conseil aux PVVIH quelle que soit leur situation.

Conflit d'intérêts

Les auteurs déclarent que la recherche a été menée en l'absence de toute relation commerciale ou financière qui pourrait être interprétée comme un conflit d'intérêts potentiel.

Contributions des auteurs

JL, AD, DP, NR ont conçu et mis en œuvre l'étude ATLAS STUDY. SB (premier auteur), DP, JL ont conçu et réalisé l'analyse. SB et SB ont collecté les données. SB (premier auteur) a rédigé la première version du manuscrit. Tous les auteurs ont contribué à l'interprétation et à la présentation des résultats. Tous les auteurs ont approuvé la version finale du manuscrit pour soumission.

Disponibilité des données

Les ensembles de données de ce manuscrit ne sont pas accessibles au public en raison des conditions convenues avec les participants.

Financement

Ce travail a été soutenu par Unitaid (numéro de subvention 2018-23-ATLAS) avec un financement supplémentaire de l'Agence française pour le développement (AFD).

MATÉRIEL SUPPLÉMENTAIRE

<https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpubh.2021.653543/full#supplementary-material>

RÉFÉRENCES

1. UNAIDS. 90–90–90: good progress, but the world is off-track for hitting the 2020 targets [Internet]. 2020 [cited 2020 Sep 22]. Available from: https://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2020/september/202009_21_90-90-90
2. Ekouévi KD, Delaporte E, Brücker G. Spécificités de l'épidémie VIH au Sud. In: Christine Katlama, Jade Ghosn et Gilles Wandeler, VIH Hépatites virales et santé sexuelle. Paris: EDP Sciences; 2020. p. 773–819.
3. Kennedy CE, Fonner VA, Armstrong KA, O'reilly KR, Sweat MD. Increasing HIV serostatus disclosure in low- and middle-income countries: a systematic review of intervention evaluations. *AIDS*. 2015 Jun;29(Suppl 1):S7–23.
4. Kennedy CE, Haberlen S, Amin A, Baggaley R, Narasimhan M. Safer disclosure of HIV serostatus for women living with HIV who experience or fear violence: a systematic review. *J Int AIDS Soc*. 2015 Dec 1;18(6Suppl 5).
5. Conserve DF, Groves AK, Maman S. Effectiveness of Interventions Promoting HIV Serostatus Disclosure to Sexual Partners: A Systematic Review. *AIDS Behav*. 2015 Oct;19(10):1763–72.
6. OMS. Lignes directrices sur l'autodépistage du VIH et la notification aux partenaires [Internet]. 2016 [cited 2020 Aug 18]. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272938/9789242549867-fre.pdf?ua=1>
7. Ingold H, Mwerinde O, Ross AL, Leach R, Corbett EL, Hatzold K, et al. The Self-Testing Africa (STAR) Initiative: accelerating global access and scale-up of HIV self-testing. *Journal of the International AIDS Society*. 2019;22(S1):e25249.
8. Hatzold K, Gudukeya S, Mutseta MN, Chilongosi R, Nalubamba M, Nkhoma C, et al. HIV self-testing: breaking the barriers to uptake of testing among men and adolescents in sub-Saharan Africa, experiences from STAR demonstration projects in Malawi, Zambia and Zimbabwe. *Journal of the International AIDS Society*. 2019;22(S1):e25244.
9. Neuman M, Indravudh P, Chilongosi R, d'Elbée M, Desmond N, Fielding K, et al. The effectiveness and cost-effectiveness of community-based lay distribution of HIV self-tests in increasing uptake of HIV testing among adults in rural Malawi and rural and peri-urban Zambia: protocol for STAR (self-testing for Africa) cluster randomized evaluations. *BMC Public Health*. 2018 Dec;18(1).
10. Lippman SA, Lane T, Rabede O, Gilmore H, Chen Y-H, Mlotshwa N, et al. High Acceptability and Increased HIV-Testing Frequency After Introduction of HIV Self-Testing and Network Distribution Among South African MSM: *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*. 2018 Mar;77(3):279–87.
11. Peck RB, Lim JM, van Rooyen H, Mukoma W, Chepuka L, Bansil P, et al. What Should the Ideal HIV Self-Test Look Like? A Usability Study of Test Prototypes in Unsupervised HIV Self-Testing in Kenya, Malawi, and South Africa. *AIDS and Behavior*. 2014 Jul;18(S4):422–32.
12. Figueroa C, Johnson C, Ford N, Sands A, Dalal S, Meurant R, et al. Reliability of HIV rapid diagnostic tests for self-testing compared with testing by health-care workers: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet HIV*. 2018 Jun;5(6):e277–90.
13. Bwana P, Ochieng' L, Mwau M. Performance and usability evaluation of the INSTI HIV self-test in Kenya for qualitative detection of antibodies to HIV. Ito E, editor. *PLOS ONE*. 2018 Sep 13;13(9):e0202491.
14. Krause J, Subklew-Sehume F, Kenyon C, Colebunders R. Acceptability of HIV self-testing: a systematic literature review. *BMC Public Health*. 2013 Dec;13(1).
15. Hector J, Davies M-A, Dekker-Boersema J, Aly MM, Abdalad CCA, Langa EBR, et al. Acceptability and performance of a directly assisted oral HIV self-testing intervention in adolescents in rural Mozambique. Yotebieng M, editor. *PLOS ONE*. 2018 Apr 5;13(4):e0195391.
16. Kalibala S, Tun W, Cherutich P, Nganga A, Oweya E, Oluoch P. Factors Associated with Acceptability of HIV Self-Testing Among Health Care Workers in Kenya. *AIDS and Behavior*. 2014 Jul;18(S4):405–14.
17. Chen Y-H, Gilmore HJ, Maleke K, Lane T, Zuma N, Radebe O, et al. Increases in HIV status disclosure and sexual communication between South African men who have sex with men and their partners following use of HIV self-testing kits. *AIDS Care*. 2020 Oct 6;0(0):1–8.
18. Kumwenda MK, Corbett EL, Chikovore J, Phiri M, Mwale D, Choko AT, et al. Discordance, Disclosure and Normative Gender Roles: Barriers to Couple Testing Within a Community-Level HIV Self-Testing Intervention in Urban Blantyre, Malawi. *AIDS and Behavior*. 2018 Aug;22(8):2491–9.
19. Matovu JKB, Kisa R, Buregyeya E, Chemusto H, Mugerwa S, Musoke W, et al. 'If I had not taken it [HIVST kit] home, my husband would not have come to the facility to test for HIV': HIV self-testing perceptions, delivery strategies, and post-test experiences among pregnant women and their male partners in Central Uganda. *Global Health Action*. 2018 Jan;11(1):1503784.

20. Rouveau N, Ky-Zerbo O, Boye S, Fotso AS, d'Elbée M, Maheu-Giroux M, et al. 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*. 2021 Jan 21;21(1):181.
21. Tubiana R, Cisse M, Fofana B, Diarra Z, Samaké M, Sidibe A, et al. Partage du diagnostic d'infection VIH et dépistage des partenaires de PVVIH au Mali : Enquête Séropart. Communication orale presented at: 10^{ème} conférence Francophone sur le VIH et les Hépatites virales (AFRAVIH); 2020 Nov 8; VIRTUEL.
22. Bernier A, Yattassaye A, Beaulieu-Prévost D, Otis J, Henry E, Flores-Aranda J, et al. Empowering Malian women living with HIV regarding serostatus disclosure management: Short-term effects of a community-based intervention. *Patient Education and Counseling*. 2018 Feb;101(2):248–55.
23. Coalition PLUS. GUNDO-SO: the chamber of confidentiality. A community-based project dealing with the issue of disclosing one's HIV status among women living with HIV in Mali [Internet]. Coalition PLUS. 2014 [cited 2020 Nov 25]. Available from: <https://www.coalitionplus.org/gundo-so-the-chamber-of-confidentiality-a-community-based-project-dealing-with-the-issue-of-disclosing-ones-hiv-status-among-women-living-with-hiv-in-mali/>
24. Richert M. Mali : les femmes vivant avec le VIH face à la question du partage du statut sérologique [Internet]. Coalition PLUS. 2019 [cited 2020 May 26]. Available from: <https://www.coalitionplus.org/mali-femmes-vih-partage-statut/>
25. Vidal L. Faire de l'anthropologie. Santé, science et développement [Internet]. Paris: La Découverte; 2010. 296 p. (Recherches / Terrains anthropologiques). Available from: <https://www.cairn.info/faire-de-l-anthropologie--9782707158857.htm>
26. Johnson TM, Sargent CF. *Medical Anthropology: A Handbook of Theory and Method*. New York: Greenwood Pub Group; 1990. 479 p.
27. Savage J. Ethnography and health care. *BMJ*. 2000 Dec 2;321(7273):1400–2.
28. Boychuk Duchscher JE, Morgan D. Grounded theory: reflections on the emergence vs. forcing debate. *J Adv Nurs*. 2004 Dec;48(6):605–12.
29. Elo S, Kyngäs H. The qualitative content analysis process. *J Adv Nurs*. 2008 Apr;62(1):107–15.
30. Glaser BG, Strauss AL. *La découverte de la théorie ancrée: stratégies pour la recherche qualitative*. Paris: Armand Colin; 2010. 409 p.
31. Scott JW. Gender: A Useful Category of Historical Analysis. *The American Historical Review*. 1986;91(5):1053–75.
32. Couterut J, Desclaux A. Le partage du statut sérologique avec l'entourage : Taverne B., Desclaux A., Sow P. S., Delaporte E., Ndoye I. Evaluation de l'impact bioclinique et social, individuel et collectif, du traitement ARV chez des patients VIH-1 pris en charge depuis 10 ans dans le cadre de l'ISAAR-Cohorte ANRS 1215. Rapport final. 2012. <halshs-00713030>.
33. Tijou Traoré, Annick. Pourquoi et comment en parler ? Dialogue conjugal autour de l'annonce de la séropositivité dans des couples sérodiscordants à Abidjan (Côte d'Ivoire). *Sciences sociales et santé*. 2006;24(2):43–67.
34. Collignon R, Gruénais M-E, Vidal L, editors. *L'annonce de la séropositivité au VIH en Afrique*. *Psychopathologie Africaine*. 1994;26(2):291.
35. Bott S, Obermeyer CM. The social and gender context of HIV disclosure in sub-Saharan Africa: a review of policies and practices. *SAHARA J*. 2013 Jul;10 Suppl 1:S5-16.
36. Matovu JKB, Wanyenze RK, Wabwire-Mangen F, Nakubulwa R, Sekamwa R, Masika A, et al. "Men are always scared to test with their partners ... it is like taking them to the Police": Motivations for and barriers to couples' HIV counselling and testing in Rakai, Uganda: a qualitative study. *J Int AIDS Soc*. 2014;17:19160.
37. Obermeyer CM, Sankara A, Bastien V, Parsons M. Genre et expérience du dépistage du VIH au Burkina Faso. In: *Les femmes à l'épreuve du VIH dans les pays du Sud : genre et accès universel à la prise en charge*. Paris: ANRS; 2011. p. 17–30. (Sciences Sociales et Sida).
38. Pourette D. Couple et sexualité des femmes d'Afrique subsaharienne vivant avec le VIH/sida en France. *Med Sci (Paris)*. 2008 Mar 1;24:184–92.
39. Tang W, Liu C, Cao B, Pan SW, Zhang Y, Ong J, et al. Receiving HIV Serostatus Disclosure from Partners Before Sex: Results from an Online Survey of Chinese Men Who Have Sex with Men. *AIDS Behav*. 2018 Dec 1;22(12):3826–35.
40. Issiaka S, Cartoux M, Ky-Zerbo O, Tiendrebéogo S, Meda N, Dabis F, et al. Living with HIV: women's experience in Burkina Faso, West Africa. *AIDS Care*. 2001 Feb;13(1):123–8.
41. Inghels M, Kouassi AK, Niangoran S, Bekelynyck A, Carillon S, Sika L, et al. 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. 2020 Jan;47(1):54–61.
42. Orne-Gliemann J, Tchendjou PT, Miric M, Gadgil M, Butsashvili M, Eboko F, et al. Couple-oriented prenatal HIV counseling for HIV primary prevention: an acceptability study. *BMC Public Health*. 2010 Apr 19;10(1):197.
43. Desgrées-du-Loû A, Orne-Gliemann J. Couple-centred testing and counselling for HIV serodiscordant heterosexual couples in sub-Saharan Africa. *Reprod Health Matters*. 2008 Nov;16(32):151–61.
44. Kabeer N. Resources, Agency, Achievements: Reflections on the Measurement of Women's Empowerment [Internet]. GSDRC. [cited 2020 Nov 3]. Available from: <https://gsdrc.org/document-library/resources-agency-achievements-reflections-on-the-measurement-of-womens-empowerment/>
45. D'Elbée M, Badiane K, Ky-Zerbo O, Boye S, Kabemba OK, Traore MM, et al. Can task shifting improve efficiency of HIV self-testing kits distribution? A case study in Mali [Internet]. Poster presented at: INTEREST 2020; 2020 Nov 25; INTEREST. Available from: <http://interestworkshop.org/wp-content/uploads/2020/11/Abstractbook-14th-INTEREST-2020.pdf>.

ÉQUIPE ATLAS

Équipe Recherche ATLAS	
Amani Elvis Georges	Programme PACCI, ANRS Research Site, Treichville University Hospital, Abidjan, Côte d'Ivoire.
Badiane Kéba	Solthis, Sénégal
Bayac Céline	Solthis, France
Bekelynck Anne	Programme PACCI, ANRS Research Site, Treichville University Hospital, Abidjan, Côte d'Ivoire
Boily Marie-Claude	Medical Research Council Centre for Global Infectious Disease Analysis, Department of Infectious Disease Epidemiology, Imperial College London, London, United Kingdom
Boye Sokhna	Centre Population et Développement, Institut de Recherche pour le Développement, Université de Paris, Inserm, Paris, France
Breton Guillaume	Solthis, Paris, France
d'Elbée Marc	Department of Global Health and Development, Faculty of Public Health and Policy, London School of Hygiene and Tropical Medicine, London, UK
Desclaux Alice	Institut de Recherche pour le Développement, Transvihmi (UMI 233 IRD, 1175 INSERM, Montpellier University), Montpellier, France/CRCF, Dakar, Sénégal
Desgrées du Loû Annabel	Centre Population et Développement, Institut de Recherche pour le Développement, Université de Paris, Inserm, Paris, France
Diop Papa Moussa	Solthis, Sénégal
Doumenc-Aïdara Clémence	Solthis, Dakar, Sénégal
Ehui Eboi	Directeur Coordonnateur, PNLS
Graham Medley	Department of Global Health and Development, Faculty of Public Health and Policy, London School of Hygiene and Tropical Medicine, London, UK
Jean Kevin	Laboratoire MESuRS, Conservatoire National des Arts et Métiers, Paris, France
Keita Abdelaye	Institut National de Recherche en Santé Publique, Bamako, Mali
Kouadio Brou Alexis	Assistant de recherche, Côte d'Ivoire
Kouassi Kra Arsène	Centre Population et Développement, Institut de Recherche pour le Développement, Université de Paris, Inserm, Paris, France
Ky-Zerbo Odette	TransVIHMI, IRD, Université de Montpellier, INSERM
Larmarange Joseph	Centre Population et Développement, Institut de Recherche pour le Développement, Université de Paris, Inserm, Paris, France
Maheu-Giroux Mathieu	Department of Epidemiology, Biostatistics, and Occupational Health, School of Population and Global Health, McGill University, Montréal, QC, H3A 1A2, Canada
Medley Graham	Department of Global Health and Development, Faculty of Public Health and Policy, London School of Hygiene and Tropical Medicine, London, UK
Moh Raoul	Programme PACCI, ANRS Research Site, Treichville University Hospital, Abidjan, Côte d'Ivoire. Department of Infectious and Tropical Diseases, Treichville University Teaching Hospital, Abidjan, Côte d'Ivoire. Medical School, University Felix Houphouët Boigny, Abidjan, Côte d'Ivoire
Ndour Cheikh Tidiane	Division de Lutte contre le Sida et les IST, Ministère de la Santé et de l'Action Sociale Institut d'Hygiène Sociale, Dakar, Sénégal
Pourette Dolorès	Centre Population et Développement, Institut de Recherche pour le Développement, Université de Paris, Inserm, Paris, France
Rouveau Nicolas	Centre Population et Développement, Institut de Recherche pour le Développement, Université de Paris, Inserm, Paris, France
Silhol Romain	Medical Research Council Centre for Global Infectious Disease Analysis, Department of Infectious Disease Epidemiology, Imperial College London, London, United Kingdom
Simo Fotso Arlette	Centre Population et Développement, Institut de Recherche pour le Développement, Université de Paris, Inserm, Paris, France

Équipe Recherche ATLAS

Terris-Prestholt Fern	Department of Global Health and Development, Faculty of Public Health and Policy, London School of Hygiene and Tropical Medicine, London, UK
Traore Métogara Mohamed	Solthis, Côte d'Ivoire
Vautier Anthony	Solthis, Dakar, Sénégal

Équipe de Coordination Solthis

Diallo Sanata	Solthis, Dakar, Sénégal
Gueye Papa Alioune	Solthis, Dakar, Sénégal
Geoffroy Olivier	Solthis, Abidjan, Côte d'Ivoire
Kabemba Odé Kanku	Solthis, Bamako, Mali

Mise en œuvre en Côte d'Ivoire

Abokon Armand	Fondation Ariel Glaser, Côte d'Ivoire
Anoma Camille	Espace Confiance, Côte d'Ivoire
Diokouri Annie	Fondation Ariel Glaser, Côte d'Ivoire
Kouame Blaise	Service Dépistage, PNLS
Kouakou Venance	Heartland Alliance, Côte d'Ivoire
Koffi Odette	Aprosam, Côte d'Ivoire
Kpolo Alain-Michel	Ruban Rouge, Côte d'Ivoire
Tety Josiane	Blety, Côte d'Ivoire
Traore Yacouba	ORASUR, Côte d'Ivoire

Mise en œuvre au Mali

Bagendabanga Jules	FHI 360, Mali
Berthé Djelika	PSI, Mali
Diakite Daouda	Secrétariat Exécutif du Haut Conseil National de Lutte contre le Sida, Mali
Diakité Mahamadou	Danayaso, Mali
Diallo Youssouf	CSLS/MSHP
Daouda Minta	Comité scientifique VIH
Hessou Septime	Plan Mali
Kanambaye Saidou	PSI, Mali
Kanoute Abdul Karim	Plan Mali
Keita Dembele Bintou	Arcad-Sida, Mali
Koné Dramane	Secrétariat Exécutif du Haut Conseil National de Lutte contre le Sida, Mali
Koné Mariam	AKS, Mali
Maiga Almoustapha	Comité scientifique VIH
Nouhoum Telly	CSLS/MSHP
Sanogo Abdoulaye	Amprode Sahel, Mali
Saran Keita Aminata	Soutoura, Mali
Sidibé Fadiala	Soutoura, Mali
Tall Madani	FHI 360, Mali
Yattassaye Camara Adam	Arcad-Sida, Mali

Mise en œuvre au Sénégal	
Bâ Idrissa	CEPIAD, Sénégal
Diallo Papa Amadou Niang	CNLS, Sénégal
Fall Fatou	DLSI, Ministère de la Santé et de l'action sociale, Sénégal
Guèye NDèye Fatou NGom	CTA, Sénégal
Ndiaye Sidy Mokhtar	Enda Santé, Sénégal
Niang Alassane Moussa	DLSI, Ministère de la Santé et de l'action sociale, Sénégal
Samba Oumar	CEPIAD, Sénégal
Thiam Safiatou	CNLS, Sénégal
Turpin Nguissali M.E.	Enda Santé, Sénégal

Partenaires	
Bouaré Seydou	Assistant de recherche, Mali
Camara Cheick Sidi	Assistant de recherche, Mali
Eponon Ehua Agnes	Assistante de recherche, Sénégal
Kouvahe Amélé	Stagiaire IRD
Montaufray Marie-Anne	Stagiaire IRD
Mosso Rosine	ENSEA Ecole Nationale de Statistiques et d'Economie Appliquée, Abidjan, Côte d'Ivoire
Ndeye Pauline Dama	Chargée de l'enquête coupons, Sénégal
Sarrassat Sophie	Centre for Maternal, Adolescent, Reproductive and Child Health, London School of Hygiene and Tropical Medicine, London, UK
Sow Souleymane	Assistant de recherche, Sénégal
