



Mai 2022



# Principaux résultats du projet ATLAS Sénégal

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 PVIH 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 au Sénégal 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>.

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 du VIH dans le cadre d'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 cliniques communautaires recevant des TS (travailleuses du sexe), des HSH (hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes) et/ou 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 nuit, événements sociaux, maraudes...) ou à des activités en face à face (comme des visites à domicile).



© B. Demeocq / Solthis

### Canaux de dispensation ATLAS pour atteindre les **populations clés** 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
Stratégies avancées HSH	Avancée	Lieux de socialisation/rencontres	Pairs Éducateurs		Autres HSH
					Partenaires femmes
Cliniques dédiées TS femmes	Fixe	Cliniques communautaires	Professionnels de santé*	TS femmes	Autres TS
Stratégies avancées TS femmes	Avancée	Lieux de prostitution	Paires Éducatrices		Clients
					Partenaires TS
Cliniques dédiées UD	Fixe	Cliniques communautaires	Professionnels de santé*	UD	Autres UD
Stratégies avancées UD	Avancée	Lieux de consommation	Pairs Éducateurs		Partenaires UD

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 sexuels, pairs...). 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 suivre systématiquement (*systematic tracking*) les 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 pair-e-éducateur-riche ou bien en appelant gratuitement et anonymement la ligne nationale d'informations sur le VIH.

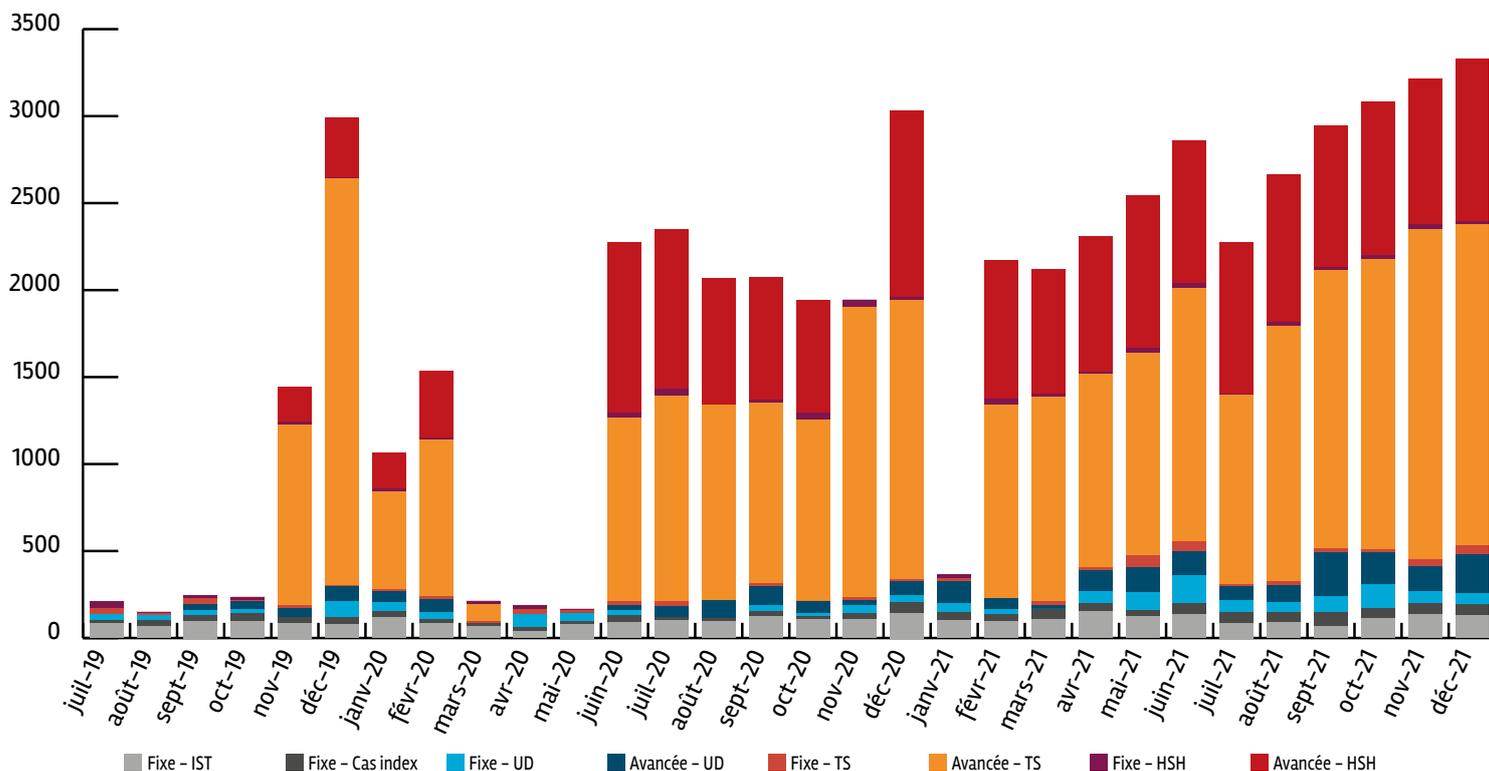
## Kits d'ADVIH dispensés dans le cadre d'ATLAS

ATLAS a commencé la dispensation des kits d'ADVIH en juillet 2019. On peut constater une augmentation progressive des activités sur 2019–2020, avec un ralentissement en mars–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

### Nombre d'ADVIH dispensés par mois et par canal (2019–2021)



### Nombre d'ADVIH dispensés par mois et par canal (2019–2021)

Canal de dispensation	2019	2020	2021	TOTAL
HSH – avancée	545	5 649	9 164	15 358
HSH – fixe	110	268	264	642
TS – avancée	3 381	10 271	15 600	29 252
TS – fixe	108	171	359	638
UD – avancée	213	624	1 563	2 400
UD – fixe	214	377	913	1 504
Consultations IST	511	1 153	1 331	2 995
Cas index	198	347	689	1 234
<b>Région</b>				
RM Dakar	3 641	12 175	19 456	35 272
RM Thiés	1 185	4 364	6 542	12 091
RM Ziguinchor	454	2 321	3 885	6 660
<b>TOTAL</b>	<b>5 280</b>	<b>18 860</b>	<b>29 883</b>	<b>54 023</b>

## Nombre moyen de kits d'ADVIH remis par contact, par canal et par année (2019–2021)

Canal de dispensation	2019	2020	2021
HSH – avancée	1,7	1,5	2,3
HSH – fixe	1,3	2,2	2,1
TS – avancée	2	1,6	2,4
TS – fixe	3,4	1,9	1,1
UD – avancée	1,2	1,3	1,6
UD – fixe	1,6	2	1,8
Consultations IST	1,2	1,2	1,1
Cas index	1,2	1,3	1,3

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, 14. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.653565>.



## Profil des utilisatrices et des utilisateurs

En l'absence de suivi systématique des ADVIH distribués, il est difficile de documenter le profil sociodémographique des utilisatrices et utilisateurs 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, 7 341 flyers ont été distribués au Sénégal et 241 personnes ont complété un questionnaire (taux de participation de 3,3 %).

Sur les 241 personnes enquêtées au Sénégal, 42 (17 %) ont été recrutées *via* un canal HSH, 92 (38 %) *via* un canal TS et 107 (44 %) *via* un autre canal (UD, cas index, patients IST). Cela reflète les volumes de dispensation ATLAS.

Parmi les personnes recrutées dans le canal HSH, 2,4 % étaient des femmes. Parmi les personnes recrutées dans le canal TS, 13 % 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, 49 % 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 »).



© JC Frisque / SoItthis

Parmi les personnes enquêtées au Sénégal, 31 % n'avaient jamais fait de test VIH auparavant (primo-testeurs) et 32 % ont déclaré avoir déjà été testés 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 25 %. À titre de comparaison, cette proportion était de seulement 21 % dans l'enquête JHU menée en 2020 auprès des TS. Dans le canal TS, il apparaît donc que l'ADVIH permet d'atteindre plus souvent des personnes qui ne s'étaient jamais dépistées pour le VIH.

Parmi les hommes du canal HSH, la proportion de primo-testeurs était de 25 %, à comparer avec la proportion de 42 % observée parmi les HSH de l'enquête ELIHoS de 2007 et 46 % dans l'enquête JHU de 2020. Il faut cependant noter qu'au moment de l'enquête, le Sénégal faisait face à une vague de violences homophobes. Le taux de participation dans le canal HSH au Sénégal n'a été que de 1,7 % contre 9,5 % en Côte d'Ivoire et 13,1 % au Mali. Il est donc probable que seuls les HSH les plus proches des services communautaires aient participé.

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 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)



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 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.



© B. Demeocq / Solthis

« C'est discret, personne ne sera au courant de ça. C'est plus rassurant que le fait de se déplacer pour aller faire un dépistage sanguin... on peut y rencontrer quelqu'un qu'on ne voulait pas rencontrer même si on n'a rien [si on n'est pas infecté]. »

**Femme, 26 ans, TS, Sénégal**



« Ils [clients] me disaient qu'ils ne sont pas malades, alors je leur répondais que personne n'est malade. On fait juste le test pour connaître son statut ... Mais parfois des clients abordaient des sujets de conversation sur le sida avec moi et j'en profitais pour leur parler de l'autotest, jusqu'à arriver à les convaincre de le prendre pour aller le faire chez eux. »

**Femme, 32 ans, TS, Sénégal**

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

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). Les données présentées ici ont été collectées en Côte d'Ivoire et au Mali.

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**.



© B. Demeocq / Solthis

« 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 dispensaire 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 dispensaire IST, Côte d'Ivoire**

Le **partage du statut VIH** avec le partenaire sexuel est un enjeu crucial dans la dispensation des autotests tant du côté des prestataires que du côté des bénéficiaires.

« La difficulté, c'est l'ignorance du statut de la femme ; soit si elle n'a pas dit à son époux effectivement qu'elle est sous traitement ou bien elle prend les médicaments, c'est difficile vraiment (...). Donc ce qu'on fait, on trouve plutôt des stratégies pour le dépistage même du partenaire mais l'annonce-là, on leur laisse le libre choix de faire quand elles sont prêtes. Donc on ne les stresse pas vraiment pour l'annonce de leur statut à leurs partenaires (...). Celles qui posent beaucoup de questions, ce sont celles qui n'ont pas encore annoncé leur statut à leurs époux. Elles nous demandent « mon époux, il ne connaît pas mon statut, comment je fais pour lui donner ? Qu'est-ce que je lui dis avant de lui donner ? ». Et quand c'est comme ça, bon on leur donne des petites stratégies, comment faire pour lui donner, pour l'amener à faire son test. »  
**Femme, sage-femme, 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



Pour estimer l'impact populationnel d'ATLAS, nous avons croisé les données programmatiques collectées par la DLSI et les données programmatiques d'ATLAS.

© JC Frisque / Solthis

Nous avons utilisé les données entre le troisième trimestre 2019 et le premier trimestre 2021 (trimestres calendaires) de 77 districts sanitaires, dont 17 districts couverts par 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 ATLAS.

Nous avons ainsi estimé que lorsque 1 000 autotests étaient distribués, cela diminuait d'environ 300 le nombre de tests 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 500 personnes dépistées en plus entre le 3ème trimestre 2019 et le premier trimestre 2021, toutefois cet effet n'est pas significatif. Nous estimons également un effet positif sur le nombre de nouveaux diagnostics (+53).

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 observons 17 nouvelles initiations de traitement pour 1 000 autotests dispensés.

### Impact populationnel estimé au Sénégal 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	+453	entre -32 et +938
Nombre de tests conventionnels	-347	entre -828 et +138
Nombre de diagnostics (tests conventionnels positifs)	+53	entre +31 et +74
Nombre d'initiations de traitement ARV	+17	entre +9 et +25

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>.

## \$ 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	27 \$	22 \$
TS – avancée	17 \$	12 \$
UD – avancée	144 \$	48 \$

Au début d'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 d'ADVIH prévus, ne permettant pas de réelles économies d'échelle.

L'analyse complète a été publiée. Voir Elbé, 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



Un modèle mathématique a été développé pour modéliser la dynamique de l'épidémie de VIH au Sénégal. 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, 74 % 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 64 et 82 % (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.

Au Sénégal, où la prévalence du VIH est relativement faible en population générale (0,3 %) et l'épidémie concentrée au sein des populations clés, les HSH sont affectés de manière disproportionnée. Si l'on parvenait à contrôler totalement la transmission du virus dans cette population, le nombre de nouvelles infections au niveau national pourrait être réduit de 47 %. Le travail du sexe (travailleuses du sexe et clients) contribue également de manière significative à la dynamique épidémique.

En termes de retard au dépistage, les HSH, les TS et les clients représentent 57 % des PVVIH ne connaissant pas leur statut.

Ces résultats soulignent l'importance de renforcer les programmes de dépistage, de prévention et de prise en charge à des destinations des populations clés.

### 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)	8%	2% à 19%
Clients des travailleuses du sexe	16%	6% à 34%
HSH	47%	27% à 67%
Femmes hors population clés	8%	5% à 15%
Hommes hors population clés	7%	3% à 14%

Si l'on faisait l'hypothèse que les TS ne transmettaient plus le VIH, alors le nombre de nouvelles infections serait réduit de 8 %, 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 attribuable 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)	5%	2% à 10%
Clients des travailleuses du sexe	12%	6% à 23%
HSH	40%	22% à 61%
Femmes hors population clés	26%	16% à 37%
Hommes hors population clés	16%	7% à 27%
<b>TOTAL</b>	<b>100%</b>	<b>100% à 100%</b>

[contact@solthis.org](mailto:contact@solthis.org) - <https://atlas.Solthis.org>