

RÉPUBLIQUE DU CAMEROUN

PAIX – TRAVAIL – PATRIE

MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

SECRETARIAT GENERAL

**DIVISION DE LA RECHERCHE
OPÉRATIONNELLE EN SANTÉ**

REPUBLIC OF CAMEROON

PEACE – WORK – FATHERLAND

MINISTRY OF PUBLIC HEALTH

SECRETARIAT GENERAL

**DIVISION OF HEALTH
OPERATIONS RESEARCH**

**ÉTUDE DE LA FAISABILITÉ, ACCEPTABILITÉ ET UTILISABILITÉ
DE L'AUTOTEST SANGUIN DU VIH À YAOUNDÉ ET DOUALA AU
CAMEROUN**



Rapport final_10_2022



ÉQUIPE DE PILOTAGE

Équipe de supervision	
Coordinateurs	Pr ZOUNG-KANYI Anne Cécile BISSEK, DROS
	Dr BILLONG Serges Clotaire, GTC/CNLS
	Mme SALLA Annie Michelle MABALLY, ACMS
Superviseurs	M. NDIÉ Justin, DROS
	Mme NAAH TABALA Félicité, DROS
	Dr DJOMO NZADDI Audrey Raïssa, GTC/CNLS
	Dr DJOUKWE Rina Estelle, DPML
	M. TCHIKANGNI Gutenberg, ACMS
	M. NDINDJOCK IV Charles Baudelaire, ACMS
Équipe de rédaction	
	Pr ZOUNG KANYI Anne Cécile BISSEK, DROS
	M. NDIÉ Justin, DROS
	Dr ATEBA NDONGO Francis, DROS
	M. AWONO NOAH Jean-Pierre Yves, DROS
	M. BONYOHE Martial, DROS
	Mme DONGMO TEMGOUA Carole KITIO, DROS
	Mme DJOFANG YEPNDO Carelle, DLMEP
	M. MVILONGO Désiré, GTC/CNLS
	M. TCHIKANGNI Gutenberg, ACMS
	Mme MOUKAM Laure Vartan
	Mme YIMDJO SIMO Édith TCHOUAGA, DROS
Équipe de validation	
	Pr ZOUNG KANYI Anne Cécile BISSEK, DROS
	Pr ATEUDJIEU Jérôme, DROS
	Dr BILLONG Serges Clotaire, GTC/CNLS
	M. NDIÉ Justin, DROS
	Dr ATEBA NDONGO Francis, DROS
	M. AWONO NOAH Jean-Pierre Yves, DROS
	Mme DJOFANG Carelle YEPNDO, DLMEP
	Dr MBWE Maurice, DPML
	Dr BOUBA YAGAI Roméo, GTC/CNLS

	M. TCHIKANGNI Gutenberg, ACMS
	M. NDJOMO ANDJEMBE Jules Edgard, ACMS
	M. YONGWA ONESIMUS, ACMS
	M. SEUKAM Brice, ACMS
	Mme TCHOUAGA Édith Flore, DROS
Partenaire technique et financier	ACMS-Cameroun/PSI

SOMMAIRE

ÉQUIPE DE PILOTAGE.....	I
SOMMAIRE	III
LISTE DES ABRÉVIATIONS.....	IV
LISTE DES TABLEAUX.....	II
LISTE DES FIGURES.....	III
RÉSUMÉ EXÉCUTIF	III
ABSTRACT.....	VI
CHAPITRE 1 : CONTEXTE	1
1. Objectif général.....	3
2. Objectifs spécifiques.....	3
CHAPITRE 2 : REVUE DE LA LITTÉRATURE	4
CHAPITRE 3 : MÉTHODOLOGIE.....	12
CHAPITRE 3 : RÉSULTATS.....	23
CHAPITRE 4 : DISCUSSION	52
CONCLUSION	58
RECOMMANDATIONS.....	58
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	60
ANNEXES	I
TABLE DE MATIÈRES.....	II

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ACMS : Association Camerounaise pour le Marketing Social

ADVIH : Autodépistage du VIH

APS : Accompagnateur Psychosocial

ARV : Antirétroviral

ASPC : Agence de la santé publique du Canada

CHAMP : Continuum of Prevention, Care and Treatment (CoPCT) with most at risk Populations

CNERSH : Comité National d'Éthique de la Recherche pour la Santé Humaine

CNLS : Comité National de Lutte contre le Sida

DASRI : Déchets d'activités de soins à risque infectieux

DLMEP : Direction de la Lutte contre la Maladie, les Épidémies et les Pandémies

DPML : Direction de la Pharmacie, des Médicaments et Laboratoires

DROS : Division de la Recherche Opérationnelle en Santé

EDS : Enquête Démographique et de Santé

FDA : Food and Drug Administration

FOSA : Formation Sanitaire

FTS : Femme travailleuse de sexe

GTC : Groupe Technique Central

GTR : Groupe Technique Régional

HSH : Homme ayant des rapports sexuels avec des hommes

INS : Institut National de la Statistique

IST : Infection sexuellement transmissible

MINAS : Ministère des Affaires Sociales

MINPROFF : Ministère de la Promotion de la Femme et de la Famille

MINSANTE : Ministère de la Santé Publique

OBC : Organisation à Base Communautaire

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONUSIDA : Programme Commun des Nations Unies sur le VIH/Sida

PPE : Prophylaxie Post Exposition

PrEP : Prophylaxie préexposition

PSI : Population Service International

PSN : Plan Stratégique Nationale

PvVIH : Personne vivant avec le VIH

TDR : Test de diagnostic rapide

TS : Travailleuse de sexe

VIH : Virus de l'immunodéficience acquise

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Liste des OBC des TS et HSH par ville	12
Tableau II : Estimation de la taille minimale de l'échantillon selon les populations cibles (MINSANTE : PSN 21-23 et rapport annuel 2020).....	14
Tableau III : Répartition des différentes cibles obtenues par région.....	14
Tableau IV : Répartition des caractéristiques sociodémographiques par ville et par cible	23
Tableau V : Répartition des comportements à risque par ville et par cible	25
Tableau VI : Répartition des connaissances et pratiques relatives au dépistage du VIH par ville et par cible	26
Tableau VII : Répartition du lieu de réalisation du test de dépistage du VIH par ville et par cible	27
Tableau VIII : Répartition des types de tests choisis par ville et par cible	28
Tableau IX : Répartition du niveau de l'utilisabilité de l'autotest sanguin du VIH par ville et par cible	29
Tableau X : Répartition du niveau de l'utilisabilité du type d'autotest sanguin du VIH par ville et par cible	30
Tableau XI : Répartition du résultat final du type d'autotest sanguin du VIH par ville et par cible	32
Tableau XII : Répartition de l'interprétation des résultats du type de test par ville et par cible	33
Tableau XIII : Répartition de l'attitude à recommander l'autotest sanguin de dépistage du VIH à une tierce personne par ville et par cible	34
Tableau XIV : Répartition des niveaux difficultés à utiliser l'autotest sanguin de dépistage du VIH par ville et par cible.....	34
Tableau XV : Répartition des niveaux de difficulté à utiliser l'autotest sanguin de dépistage du VIH en fonction du type d'autotest utilisé par ville et par cible	35
Tableau XVI : Liste des variables non critiques et critiques ayant servi à la construction de la variable d'intérêt 'utilisabilité'	I

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Circuit du participant de l'autotest sanguin du VIH durant l'étude	20
Figure 2 : Répartition des participants selon le canal d'information sur l'autotest du VIH ...	27
Figure 3 : Proportion des participants ayant accepté d'utiliser l'autotest sanguin du VIH	28
Figure 4 : Nuage de mots clés du discours des responsables des directions techniques et programmes du MINSANTE lié aux suggestions pour améliorer le cadre de dépistage du VIH	39
Figure 5 : diagramme en barre des principales thématiques abordées par les interviewés liées aux connaissances globales sur l'autotest du VIH	40
Figure 6 : Nuage de mots clés du discours des responsables des directions techniques et programmes du MINSANTE lié à la définition de l'autotest VIH	40
Figure 7 : Nuage de mots clés du discours des responsables des directions techniques et programmes du MINSANTE sur les cibles de l'autotest VIH.....	43
Figure 8 : Nuage de mots clés du discours des responsables des directions techniques et programmes du MINSANTE sur les facteurs facilitants la mise en œuvre d'une stratégie de dépistage utilisant l'autotest	43
Figure 9 : Nuage de mots clés du discours des interviewés sur les avantages liés à l'utilisation de l'autotest VIH	44
Figure 10 : Nuage de mots clés du discours des interviewés sur les inconvénients liés à l'utilisation de l'autotest VIH.....	46
Figure 11 : Nuage de mots clés du discours des interviewés sur les solutions pour pallier à l'inconvénient de l'autotest VIH	46
Figure 12 : Perceptions des responsables des directions techniques et programme du MINSANTE sur l'autotest VIH	48
Figure 13 : Nuage des mots clés des appréhensions des responsables des directions techniques et programmes du MINSANTE sur l'auto dépistage	50

RÉSUMÉ EXÉCUTIF

Contexte : Les autotests du VIH représentent une alternative au dépistage classique par sérologie sanguine ou test rapide. Au Cameroun, la faisabilité, l'acceptabilité et l'utilisabilité des autotests du VIH basés sur les échantillons de sang en soins communautaires chez certaines populations clés restent peu étudiées. Or, le dépistage du VIH auprès des Travailleuse de Sexe (TS) et les Hommes ayant des rapports Sexuels avec des Hommes (HSH) demeure une priorité compte tenu du contexte.

Objectif : La présente étude visait à évaluer la faisabilité, l'acceptabilité, l'utilisabilité de l'autotest sanguin du VIH à Yaoundé et à Douala au Cameroun

Méthodologie : Une étude transversale comportant un volet quantitatif et qualitatif a été menée de novembre 2021 à juillet 2022. La collecte des données s'est déroulée du 11 au 22 juin 2022 dans les Organisations à Base Communautaire (OBC) de Yaoundé et Douala et les directions techniques et programmes du Niveau Central du Ministère de la Santé Publique. La population de l'étude était constituée des Travailleuses de Sexe, des Hommes ayant des rapports Sexuels avec des Hommes âgés de 21 ans et plus et des responsables des Directions Techniques et d'un Programme de Santé ayant consenti de participer à l'étude. La collecte des données a été faite à l'aide d'un questionnaire et d'un guide d'entretien. Les HSH et les TS ont été recrutés de manière consécutive dans leurs OBC respectives jusqu'à l'atteinte de la taille de l'échantillon de chaque cible et les responsables des Directions Techniques et Programme ont été enrôlés par la méthode à choix raisonné dans leur structure. L'analyse des données quantitatives a été effectuée à l'aide des logiciels Excel 2016 et SPSS 22 et l'analyse des données qualitatives a été effectuée à l'aide du logiciel Atlas Ti 8.0.

Résultats : Au total, 825 participants dont 363(44%) HSH et 462(56%) TS ont été enrôlés. Respectivement, 56,4% et 43,6% participants étaient enrôlés à Douala et Yaoundé. L'âge médian était de 27(21-62) ans et la tranche d'âge la plus représentée était celle de 21-25 ans (39,0%). 58,6% des répondants avaient un niveau secondaire, 77,9% étaient célibataires et 43,0% étaient sans emploi.

Concernant les comportements à risque, 69,9% des TS avaient au moins 5 partenaires sexuels quotidiennement et 17,4% de HSH avaient eu au moins 5 partenaires sexuels au cours des six derniers mois précédant l'enquête. Les HSH (29,7%) utilisaient moins (jamais et rarement) le préservatif lors des rapports sexuels comparativement aux TS (17,1%). Globalement, 10,1% des participants, dont 18,2% chez les HSH et 3,7% chez les TS, n'avaient jamais été effectué un test de dépistage du VIH.

La grande majorité des TS (100%) et HSH (98,9%) avait accepté d'utiliser l'autotest sanguin de dépistage du VIH indifféremment du type d'autotest.

Dans l'ensemble, les HSH (68,9%) utilisaient correctement (bonne et très bonne utilisabilité) les dispositifs d'autotest sanguin du VIH comparativement aux TS (41,4%). En effet, l'utilisabilité était bonne pour 66,7% de HSH et 37,5% de TS. Par ailleurs, seulement 6,9% de HSH et 14,5% de TS respectivement, avaient une utilisabilité médiocre des autotests sanguins de dépistage du VIH.

Au total, 22,6% des participants avaient un résultat de test réactif et la proportion des autotests réactifs chez les HSH (23,2%) était légèrement supérieure à celle des TS (22,1%). Seulement, 2,9% des autotests (Abbott, Chembio ou Mylan) ayant un résultat invalide avaient été dénombrés. Aussi, 7,8% des participants ayant fait leur autotest VIH avaient une mauvaise interprétation de leurs résultats dont 8,9% chez les TS et 6,3% chez les HSH. 88,2 %, 85,4 % et 87,16 % des participants qui avaient utilisé les autotests Abbott, Chembio et Mylan respectivement, avaient déclaré que les instructions sur la façon d'utiliser l'autotest sanguin du VIH étaient faciles.

De tous les participants ayant fait leur autotest sanguin VIH avec Abbott, Chembio ou Mylan, 96% (791) avaient déclaré qu'ils recommanderaient ce type d'autotest à une tierce personne dont 97,5% chez les HSH et 94,8% chez les TS.

Les responsables du Ministère de la Santé Publique ont affirmé que l'autodépistage sanguin et salivaire reste une alternative sûre et faisable pour les populations en général et les populations clés spécifiquement, qui ont un accès difficile aux soins de santé. Ils s'accordent sur le fait que les normes et directives nationales en matière d'autodépistage du VIH doivent être revues. De même que les instructions d'utilisation des autotests sanguins. Par ailleurs, la gestion des déchets issus de l'autodépistage sanguin potentiellement infectieux doit être clairement définie.

Conclusion et recommandations : L'autotest du VIH basé sur le sang est acceptable et utilisable par les populations clés au Cameroun. La diversification des stratégies de dépistage du VIH reste essentielle pour atteindre les 95 cibles et fournir des points d'entrée essentiels pour les interventions de prévention du VIH. Ainsi, il est impératif de combiner l'autotest à base de sang et l'autotest à base de liquide oral avec les stratégies de dépistage du VIH conventionnelles fournies par les prestataires au Cameroun. Aussi, l'intensification de la sensibilisation et la mobilisation des populations clés (HSH, TS, etc.) par les pairs permettra d'accroître significativement le taux de dépistage du VIH auprès cette population à accès difficile aux formations sanitaires.

Mots-clés : VIH, autodépistage, autotest sanguin du VIH, HSH, TS, Douala, Yaoundé, Cameroun

ABSTRACT

Background : HIV self-tests are an alternative to conventional blood screening or rapid testing. In Cameroon, the feasibility, acceptability and usability of HIV self-tests based on blood samples in community care among certain key populations remains poorly studied. However, HIV testing among female sex workers (FSWs) and men who have sex with men (MSM) remains a priority given the context.

Objective : This study aimed to assess the feasibility, acceptability and usability of HIV blood self-testing in Yaoundé and Douala in Cameroon.

Methodology : A cross-sectional study with a quantitative and qualitative component was conducted from November 2021 to July 2022. Data collection took place from 11 to 22 June 2022 in the Community Based Organisations (CBOs) of Yaoundé and Douala and the technical directorates and programmes of the central level of the Ministry of Public Health. The study population consisted of Female Sex Workers, Men who have Sex with Men aged 21 years and above, and technical and programme managers who agreed to participate in the study. Data collection was done using a questionnaire and an interview guide. MSM and FSWs were recruited consecutively in their respective CBOs until the sample size of each target was reached, and technical and programme managers were recruited by the purposive method in their facility. Quantitative data analysis was carried out using Excel 2016 and SPSS 22 software and qualitative data analysis was carried out using Atlas Ti 8.0 software.

Results : A total of 825 participants, including 363 (44%) MSM and 462 (56%) SWs, were enrolled. Respectively, 56.4% and 43.6% of the participants were enrolled in Douala and Yaounde. The median age was 27 (21-62) years and the most represented age group was 21-25 years (39.0%). 58.6% of the respondents had a secondary school education, 77.9% were single and 43.0% were unemployed.

Regarding risk behaviors, 69.9% of FSW had at least 5 sexual partners daily and 17.4% of MSM had at least 5 sexual partners in the last six months before the survey. MSM used condoms less (never and rarely) during sex (29.7%) compared to FSW (17.1%). Overall, 10.1% of participants, including 18.2% of MSM and 3.7% of FWS, had never been tested for HIV.

The vast majority of the FWS (100%) and MSM (99%) had agreed to use the HIV blood self-test regardless of the type of self-test.

Overall, MSM (68.9%) used the HIV blood test devices correctly (good and very good usability) compared to FSW (41.4%). Indeed, usability was good for 66.7% of MSM and 37.5%

of FSW. On the other hand, only 6.9% of MSM and 14.5% of FSW respectively had poor usability of HIV blood self-tests.

In total, 6.8% of participants had a reactive test result and the proportion of reactive self-tests among MSM (9.8%) was double that of FSW (4.4%). Only 1.7% of self-tests (Abbot, Chembio or Mylan) with an invalid result were counted. Also, 7.8% of the participants who had done their HIV self-test had a wrong interpretation of their results including 8.9% among FSW and 6.3% among MSM. 88.2%, 85.4% and 87.16% of the participants who had used Abbott, Chembio and Mylan self-tests, respectively, reported that the instructions on how to use the HIV blood self-test were easy.

Of all participants who had done their HIV blood self-testing with Abbot, Chembio, or Mylan, 96% (791) said they would recommend this type of self-testing to someone else, including 97.5% of MSM and 94.8% of FSW.

Ministry of Public Health officials affirmed that blood and saliva self-testing remains a safe and feasible alternative for populations in general and key populations specifically, who have difficult access to health care. They agreed that national standards and guidelines for HIV self-testing should be reviewed. Instructions for the use of blood self-tests should also be reviewed. In addition, the management of potentially infectious waste from blood self-testing needs to be clearly defined.

Conclusion and recommendations : Blood-based HIV self-testing is acceptable and easily used by key populations in Cameroon. Diversification of HIV testing strategies remains essential to reach the 95 targets and provide critical entry points for HIV prevention interventions. For example, it is imperative to combine blood-based and oral fluid-based self-testing with conventional HIV testing strategies provided by providers in Cameroon. Also, intensified peer outreach and mobilization of key populations (MSM, SWs, etc.) will significantly increase the rate of HIV testing among this hard-to-reach population.

Keywords : HIV, self-testing, HIV blood self-testing, MSM, FSW, Douala, Yaounde, Cameroon

CHAPITRE 1 : CONTEXTE

La question de la faisabilité, acceptabilité et utilisabilité de l'autotest sanguin du VIH se pose dans un grand nombre de pays développés. En effet, tous sont soucieux d'accroître le dépistage du VIH auprès de certaines populations cibles prioritaires ayant un accès limité au système de santé.

Au Royaume Uni (Angleterre et pays de Galle), les personnes transgenres constituent une population clé dans la riposte contre le VIH et nécessitant le dépistage régulier du VIH. Cependant, il existe peu de données relatives aux approches et interventions visant à soutenir cette population (Witzel *et al.*, 2020 ; 2021).

En France, les autotests sanguins du VIH, en vente libre depuis septembre 2015, représentent une alternative aux tests de dépistage sérologiques classiques ou aux tests rapides d'orientation diagnostique (TROD). Leurs faisabilité et acceptabilité en soins primaires en France ont été peu étudiées (Touil *et al.*, 2021).

Le Canada, contrairement à d'autres pays du Groupe des 7 pays les plus avancées en économie (G7), n'enregistre pas de réduction du nombre total de nouvelles personnes diagnostiquées séropositives au VIH. Des données récentes de l'Agence de Santé Publique du Canada (ASPC) indiquent qu'environ 2 242 nouvelles infections au VIH se sont produites au Canada en 2018, comparativement à 2 165 en 2016, soit une augmentation de 3,6 %. Environ 13 % (soit près de 8000) des Personnes vivant avec le VIH (PvVIH) au Canada ne connaissent pas leur statut vis-à-vis du VIH (Public Health Agency of Canada, 2020). Cette situation a motivé le gouvernement canadien à autoriser depuis 2020 la stratégie d'autodépistage sanguin du VIH (Galli *et al.*, 2021).

En Afrique subsaharienne, les pays anglophones (Afrique du Sud, Kenya, Malawi, Nigéria, Rwanda, Zambie, Ouganda, Zimbabwe, Lesotho, Eswatini) ont été les premiers à tableur sur les questions de faisabilité, acceptabilité et utilisabilité de l'autotest sanguin du VIH, sous l'impulsion de la Fondation Bill et Melinda Gates et l'Initiative STAR (Smith, Wallace & Bekker, 2016 ; Lippman & *al.*, 2018 ; Harichund, Kunene & Moshabela, 2019 ; Harichund, Abdool Karim, Kunene, Simelane & Moshabela, 2019 ; Tiarney & *al.*, 2019, Tembo & *al.*, 2020 ; Shapiro & *al.*, 2020, Majam & *al.*, 2021a ; Majam & *al.*, 2021b). Les populations cibles visées comprenaient les Hommes ayant des Rapports Sexuels avec les Hommes (HSH), les Travailleuses de Sexe (TS), les adolescents, les étudiants, la population générale, etc. Il est à noter par exemple que moins de 20 % des adolescents africains connaissent leur statut vis-à-vis du VIH (UNAIDS, 2016b). Le dépistage du VIH, en tant que passerelle vers les soins, reste

déficient chez les adolescents âgés de 10 à 19 ans (OMS, 2015) dans ce continent. La faible utilisation des services de dépistage du VIH chez les adolescents résulte de multiples facteurs tels que la stigmatisation, la discrimination, les soucis de d'intimité et de confidentialité, l'âge minimum autorisé pour consentir individuellement au dépistage du VIH, etc. (Kalichman et Simbayi, 2003 ; Msellati, Ateba Ndongo, Hejoaka et *al.*, 2016 ; MacQueen, 2017). En Afrique du Sud, la distribution des kits d'autotests sanguins du VIH au sein de la communauté a permis d'accroître l'accès au dépistage du VIH. Le gouvernement kenyan a introduit les autotests sanguins qui sont disponibles dans les pharmacies et les niveaux d'acceptabilité, de performance, d'utilisabilité et de gestion adéquate des déchets se sont avérées satisfaisantes (Bwana, Ochieng et Mwau, 2018 ; Ndungu, Gichangi et Temmerman, 2020 ; Christian et al., 2020).

Cependant, en dehors de la République Démocratique du Congo (RDC), la République Centrafricaine (RCA) et le Bénin, très peu de pays d'Afrique francophone se sont intéressés aux autotests sanguins du VIH. En RDC, une politique de soutien à l'autotest sanguin du VIH a été élaborée (PNLS RDC, 2016) et des données probantes ont été produites en faveur de sa faisabilité et sa performance au sein de la population générale (Gresenguet et *al.*, 2017) et les populations clés telles que les TS (Tonon-Wolyec et *al.*, 2019a) et les adolescents (Tonon-Wolyec et *al.*, 2019b).

Au Cameroun, le Plan Stratégique National 2021-2023 (PSN 2021-2023) de la lutte contre le VIH, et les Infections Sexuellement Transmissibles (IST) prend en compte l'autodépistage du VIH adapté à travers des approches ciblées et de proximité dans les populations clés et vulnérables. Cette stratégie a été soutenue par un projet d'autodépistage du VIH au Cameroun : le projet « HIV Self-Testing Africa Initiative » (STAR) qui était financé par UNITAID. Le projet STAR a été exécuté de juin 2020 à juin 2022. L'objectif général de cette initiative était d'accroître l'accès à l'autodépistage du VIH afin d'éliminer les barrières liées au développement du marché de l'autodépistage volontaire du VIH jusqu'en juin 2022. L'introduction et le passage efficace à échelle des autotests sanguins du VIH au Cameroun, qui avait déjà validé des directives relatives à la mise en œuvre des autotests salivaires du VIH, nécessite au préalable des clarifications en termes de faisabilité, acceptabilité, utilisabilité et gestion des déchets issus de la procédure de réalisation de l'autotest sanguin du VIH. La disponibilité croissante des kits d'autotests sanguins du VIH pré-qualifiés par l'OMS constitue une opportunité pour réaliser une étude visant à évaluer l'acceptabilité, la faisabilité et l'efficacité de l'autodépistage sanguin du VIH au Cameroun.

1. Objectif général

Évaluer la faisabilité, l'acceptabilité, l'utilisabilité de l'autotest sanguin du VIH à Yaoundé et Douala au Cameroun.

2. Objectifs spécifiques

1. Déterminer le niveau d'acceptabilité de l'autotest sanguin du VIH chez les hommes entretenant des rapports sexuels avec des hommes et travailleuses de sexe à Yaoundé et Douala au Cameroun ;
2. Évaluer le niveau d'utilisabilité de l'autotest sanguins du VIH chez les hommes entretenant des rapports sexuels avec des hommes et travailleuses de sexe à Yaoundé et Douala au Cameroun ;
3. Analyser les perceptions des responsables du MINSANTE relatives à la faisabilité de l'autotest sanguin du VIH dans un contexte où l'autotest salivaire est disponible.

CHAPITRE 2 : REVUE DE LA LITTÉRATURE

1. Recommandations pour l'évaluation de l'autotest VIH et lignes directrices

L'autotest du VIH a fait l'objet de plusieurs publications scientifiques au cours de la dernière décennie (Witzel, Weatherburn, Burns, Johnson, Figueroa & Rodger, 2017). Cependant, le concept d'autotest du VIH apparaît en 1996 aux États-Unis (USA), lorsque la Food and Drug Administration (FDA) avait autorisé des kits d'autotest du VIH comme « home-test ». Cette stratégie précoce permet à l'utilisateur de se prélever avec un dispositif de ponction puis de l'envoyer à un laboratoire agréé pour obtenir le résultat du test dès le jour ouvrable suivant (Myers, El-Sadr, Zerbe & Branson, 2013). En 2000, pour la première fois, l'ONUSIDA mentionnait l'autodépistage du VIH, insistant sur la nécessité de renforcer les contrôles de qualité et de se méfier des abus potentiels avant de commercialiser des kits de dépistage à domicile (UNAIDS, 2000). De 2003 à 2013, plusieurs autotests VIH non préqualifiés par l'OMS, étaient déjà disponibles à la vente illégale en ligne au Nigeria, en Namibie, en Afrique du Sud et en Tanzanie (UNAIDS, 2015 ; UNAIDS, 2016a ; Kalichman & Simbayi, 2003 ; Meiberg, Bos, Onya & Schaalma, 2008 ; OMS & UNITAID, 2016a). En 2017, l'OMS a préqualifié le premier kit d'autotest du VIH pour l'autotest, le kit d'autotest de salive, Orasure. En 2019, le premier produit VIHST à base de sang a été préqualifié par l'OMS, suivi de 4 autres produits à base de sang qui seront préqualifiés par l'OMS entre 2019 et 202. Depuis 2017, des réglementations formelles d'autodépistage du VIH existent dans de nombreux pays africains, tandis que dans d'autres pays, ces réglementations encore en cours d'élaboration ou même des politiques informelles d'autodépistage du VIH sont tolérées (OMS, 2017a ; OMS, 2017b). Depuis décembre 2016, l'OMS recommande désormais l'autodépistage du VIH comme outil complémentaire aux services de dépistage du VIH. Les personnes dont le résultat du test de dépistage du VIH est réactif doivent contacter les services nationaux de dépistage du VIH pour la confirmation du résultat et recevoir les soins appropriés (OMS & UNITAID, 2016b). Pour les personnes dont le résultat de l'autotest est négatif, l'autotest VIH est considéré comme faisant partie du « paquet » de prévention et participe ainsi à la stratégie d'interventions (OMS et UNITAID, 2016b).

Avant la commercialisation, l'autotest du VIH doit être évalué virologiquement et cliniquement. Aux États-Unis, la validation clinique de l'autotest VIH comportait schématiquement quatre phases selon la FDA (FDA, 2012) : (i) évaluation par des utilisateurs formés dans un environnement contrôlé ; (ii) évaluation basée sur l'observation d'utilisateurs non formés interprétant un panel de résultats de tests simulés dans un environnement contrôlé ; (iii) évaluation basée sur l'observation d'utilisateurs non formés à haut risque de VIH, réalisant le test et interprétant les résultats dans un environnement contrôlé ; et enfin (iv) l'évaluation des

performances d'autotest par des utilisateurs non formés dans des conditions réelles non contrôlées.

En 2018, l'OMS a présenté des recommandations modifiées et orientations sur l'autotest du VIH et la notification aux partenaires. Ces nouvelles lignes directrices abordent les questions liées à l'auto dépistage du VIH et à la notification assistée aux partenaires en tant que stratégies pouvant contribuer à combler les lacunes de dépistage et permettre d'atteindre les cibles 95 des Nations Unies et les objectifs mondiaux à l'horizon 2030. Ainsi, l'OMS préconise l'application de ces nouvelles directives parmi les groupes de population suivants : population générale ; femmes enceintes et femmes en période de postpartum ; couples et partenaires ; adolescents (10 à 19 ans) et jeunes adultes (15 à 24 ans) ; populations clés ; populations vulnérables. Ces lignes directrices attirent en outre l'attention sur l'existence d'un marché non réglementé d'autotests de dépistage du VIH, en pleine expansion dans certains pays à revenu faible et intermédiaire, conduisant souvent à l'utilisation de produits de qualité incertaine.

2. Clarification des concepts

➤ Autotest du VIH

Selon l'OMS, l'autotest du VIH est un test de diagnostic rapide (TDR) conçu pour un usage personnel et permettant de détecter l'infection par le VIH en moins de 20 minutes. L'individu qui désire connaître son statut sérologique peut effectuer lui-même un test du VIH, en prélevant son propre échantillon biologique (liquide gingival ou sang total capillaire prélevé au doigt) et en interprétant lui-même le résultat, généralement en privé ou avec une autre personne de confiance (OMS, 2016a ; OMS, 2016b). De plus, l'autotest du VIH ne nécessite pas d'instrumentation spécifique autre que les composants fournis dans l'emballage avec le dispositif de test (OMS & UNITAID, 2016a). Le résultat de l'autotest du VIH doit toujours être confirmé selon les algorithmes nationaux de dépistage du VIH (OMS, 2013). Chaque étape d'utilisation, depuis le prélèvement de l'échantillon jusqu'à l'interprétation finale du résultat, est essentielle afin d'obtenir un résultat valide (OMS et UNITAID, 2016a). L'auto dépistage du VIH est une stratégie de dépistage du VIH nouvelle et complémentaire, potentiellement intéressante pour la population générale et les populations « clés » à haut risque, telles que les professionnel(le)s du sexe et leurs clients, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et les jeunes (OMS, 2016b).

➤ Autotest du VIH avec assistance directe

Situation dans laquelle une personne souhaitant effectuer un autotest de dépistage du VIH bénéficie d'une démonstration de la part d'un prestataire formé ou d'un pair, avant ou pendant le test, lui expliquant comment réaliser le test et comment en interpréter les résultats.

Cette assistance s'ajoute aux informations figurant sur la notice d'utilisation fournie par le fabricant et les autres documents contenus dans les kits d'autotest (OMS, 2018).

Dans une étude réalisée en RDC (Tonen-wolyec et *al.*, 2020b), dans le bras DAH, les participants ont regardé une démonstration en face à face de 10 min sur l'utilisation de l'autotest pour se familiariser avec le contenu de la trousse de l'autotest. Après cela, le participant a été invité à effectuer l'autotest VIH en salle privée supervisée par des assistants de recherche (superviseurs). Après avoir terminé le test, le participant a rempli un rapport de faisabilité à l'aide d'une fiche standardisée. Le superviseur a interprété les résultats et les demandes d'assistance verbale ont été enregistrées par le superviseur sur une fiche standardisée. Les superviseurs avaient reçu une formation sur la façon de parler aux participants lorsqu'ils ont demandé de l'aide verbale lors de la réalisation de l'autotest VIH (OMS, 2018).

➤ **Autotest non assisté du VIH**

Auto dépistage du VIH réalisé uniquement à l'aide d'un kit d'autotest contenant une notice d'utilisation émise par le fabricant. Comme pour tous les tests d'auto dépistage, des liens ou des coordonnées utiles pour accéder à d'autres sources de soutien (p. ex. permanence téléphonique, vidéos d'instruction) peuvent être fournis aux utilisateurs (OMS, 2018).

Dans l'étude de Tonen-wolyec et *al.*, (2020b), dans le bras UH, les participants ont été invités à effectuer l'autotest du VIH à domicile ou dans un endroit privé, puis à lire les résultats guidés uniquement par les instructions du test sans la démonstration de 10 min ou surveillance.

➤ **Acceptabilité de l'autotest du VIH**

Dans l'étude de Touil et *al.* (2021), le taux d'acceptabilité de l'autotest a été mesuré par le rapport du nombre de patients ayant accepté de réaliser l'autotest sur le nombre de patients inclus dans l'étude.

➤ **Utilisabilité de l'autotest du VIH**

Ce concept a été défini comme la performance réussie et l'interprétation correcte du résultat de l'autotest du VIH. Le résultat du test obtenu par le participant (utilisateur de l'autotest) est comparé au résultat du test obtenu par un prestataire qui effectue le test rapide de dépistage du VIH en parallèle au participant effectuant l'autotest (Tonen-wolyec et *al.*, 2020b).

➤ **Faisabilité de l'autotest VIH**

Pour Touil et *al.* (2021), la faisabilité de l'autotest du VIH a été définie comme le rapport du nombre de patients inclus sur le nombre moyen de patients adultes a priori séronégatifs vus par les médecins des centres investigateurs sur la période d'inclusion. Dans la présente étude, la faisabilité renvoie à tous les aspects administratifs, institutionnels, techniques et financiers qui concourent à la mise en œuvre de l'autotest du VIH.

3. Prototypes d'autotest sanguin du VIH à évaluer dans le cadre de cette étude

3.1. Mylan HIV Self-Test

L'autotest du VIH Mylan est un test immunologique qualitatif in vitro à flux latéral rapide pour la détection des anticorps anti-VIH de type 1 et de type 2, ne nécessitant qu'une seule goutte de sang. Le dispositif est actuellement approuvé pour une utilisation avec des échantillons de sang total prélevé soit par ponction veineuse, soit par phlébotomie au doigt. L'autotest du VIH Mylan a récemment reçu le marquage CE par un organisme notifié de l'Union européenne. Le test nécessite un minimum de 2 à 5 ul de sang. Le test est pré-qualifié (numéro de référence : PQDx 0320-090-00) par l'OMS (2019).



Données sur dossier

➤ Instructions d'utilisation de Mylan HIV Self-Test

Regardez la vidéo: <https://www.mylane2uz.com/>

Vous avez besoin de ces cinq éléments:

- Nom du test
- Résultats
- Puits
- Tube de sang
- Bouton gris
- Languette de stérilité verte
- Mouchoir ou lingette
- Minuteur
- Bouteille de liquide d'essai
- Lingette d'alcool

IMPORTANT: N'ouvrez pas l'emballage en aluminium avant d'avoir lu les instructions et d'être prêt à effectuer le test. Utilisez immédiatement à l'ouverture.

1 Lavez-vous et séchez-vous les mains. Vérifiez la date d'expiration avant d'ouvrir le sachet d'aluminium.

2 Massez votre doigt pendant 5 à 10 secondes.

3 Tournez doucement et retirez la languette verte, puis jetez-la.

4 Appuyez sur le bouton gris pour vous piquer le doigt.

IMPORTANT
Il ne pique qu'une seule fois!

5 Placez le test sur les instructions à côté des résultats.

6 Serrez fermement derrière le point de piqûre pour obtenir du sang.

7 Remplissez le tube de prélèvement sanguin avec du sang. Si le tube de prélèvement sanguin n'est pas plein, serrez le doigt et ajoutez plus de sang.

IMPORTANT
Faites entrer en contact le sang avec le bout du tube de prélèvement sanguin.
En cas de difficulté, essayez votre doigt et serrez à nouveau.

X MOITIÉ PLEIN
IMPORTANT
Le tube doit être plein

✓ PLEIN
Le tube de prélèvement sanguin a maintenant la bonne quantité de sang

8 Segure o teste na mesa. Agora, vire o tubo sanguíneo para o poço de amostra.

IMPORTANT
Vérifiez que le sang est passé du tube de prélèvement au puits.

9 Add 4 drops in the well.

IMPORTANT
4 gouttes

10 Attendez 15 minutes avant de lire le résultat. N'attendez pas plus de 20 minutes.

IMPORTANT

Résultats

Assurez-vous d'attendre les 15 minutes complètes.

Si votre doigt saigne toujours, utilisez un mouchoir ou une lingette.

Faites correspondre soigneusement votre résultat avec **⊖**, **?** les options, **+** et.

Pour plus de renseignements sur le VIH, tournez la page.

⊖ Séronégatif

Si une ligne apparaît au C, votre test VIH est négatif. Il ne doit y avoir aucune ligne au T.

Ceci est un test de dépistage.

Refaites le test après 3 mois.

Placez et laissez le test ici

IMPORTANT
Laissez le test ici, cela aide à remplir le tube de prélèvement sanguin

? Le test n'a pas marché

Si aucune ligne n'apparaît au C, le test n'a pas marché.

Ceci est un test de dépistage. Rendez-vous à une clinique pour des tests supplémentaires.

+ Séropositif

Si deux lignes apparaissent, même si elles sont floues, votre test VIH est positif.

Ceci est un test de dépistage. Rendez-vous à une clinique pour des tests supplémentaires.

Rapport_final

8

3.2.Chembio (Sure Check) HIV Self-Test

Le test SURE CHECK® HIV 1/2 de Chembio est un test immunochromatographique approuvé par la FDA qui détecte les anticorps dans le sang humain qui sont produits après une infection par le VIH. Le test est un dispositif de collecte et de test unique, facile à utiliser, autonome et à usage unique pour la détection rapide et visuelle des anticorps anti-VIH 1 et VIH 2. Le test a obtenu la préqualification (numéro de référence : PQDx 0054-006-01), de l'OMS (2019) 2019

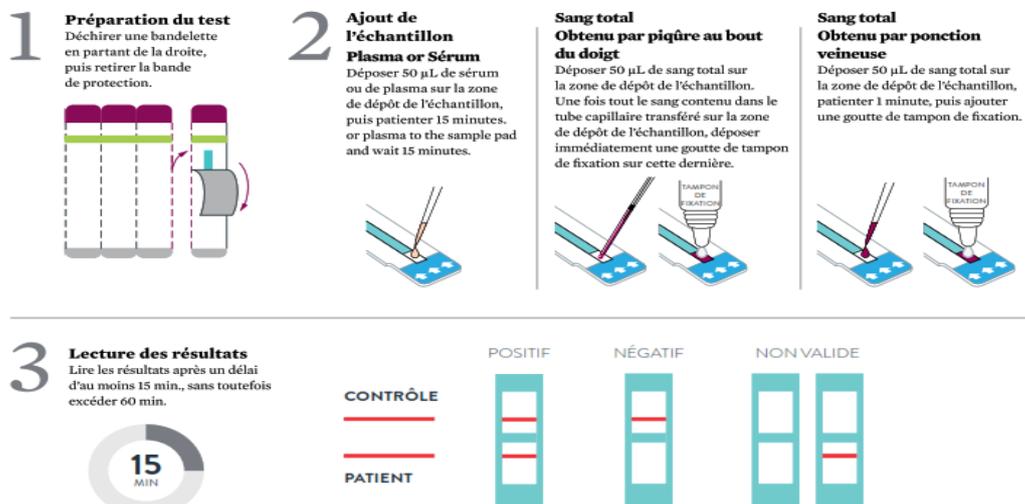
➤ Instruction d'utilisation



3.3.Abbott Check Now HIV Self-Test

L'autotest du VIH Check Now de Abbott détecte la présence d'anticorps anti-VIH 1 et/ou HIV 2 dans le sang. Avec sa procédure simple en une étape pour le sérum/plasma ou sa procédure en deux étapes pour le sang total, l'autotest est rapide et facile à utiliser, fournissant des résultats clairs et fiables en seulement 15 minutes.

➤ Instruction d'utilisation



4. L'état de la question de faisabilité, acceptabilité et utilisabilité de l'autotest sanguin du VIH

Les études identifiées traitant de cette question ont été effectuées selon différents design : les méta-analyses (Witzel & *al.*, 2020), les essais cliniques randomisés non aveugle (Witzela & *al.*, 2021 ; Tonen-Wolyec, Kayembe Tshilumba, Batina-Agasa, Djang'eing'a, Hayette & Belec, 2020b ; Shapiro, van Heerden, Krows, Sausi, Sithole, Schaafsma, Koole, van Rooyen, Celum & Barnabas, 2020 ; Lippman, Gilmore, Lane, Radebe, Chen, Mlotshwa, Maleke, Manyuchi & McIntyre, 2018), les études observationnelles (Touil, Majerholc, Zucman, Bouée, Livrozet & PrévotEAU du Clary, 2021 ; Tonen-Wolyec, Batina-Agasa, Muwonga, Fwamba N'kulu, Mboumba Bouassa & Belec, 2018 ; Grésengué, Longo, Tonen-Wolyec, Mboumba Bouassa & Belec, 2017 ; Longo, Diemer, Tonen-Wolyec, Mboumba Bouassa, Tépka, Grésengué & Bélec, 2018 ; Tonen-Wolyec, Batina-Agasa, Muwonga, Mboumba Bouassa, Kayembe Tshilumba & Bélec, 2019 ; Ndungu, Gichangi, Marleen & Temmerman, 2020 ; Tonen-Wolyec, Mboumba Bouassa, Batina-Agasa, Tagoto Tepungipame, Kayembe Tshilumba & Belec 2020a ; Tonen-Wolyec, Djang'eing'a, Batina-Agasa, Kayembe Tshilumba, Muwonga Masidi, Hayette & Bélec, 2021 ; Galli, Lo Hog Tian, Sumner-Williams, McBain, Stanizai, Tharao, Aden, Jamieson, Da Silva, Vassa, Guilbault, Ireland, Witges, King, Ametepee, Lachowsky, Pant Pai, Mazzulli & Rourke, 2021 ; Nash, Maffeo, Likatavicius, Cosmaro, Rudaitis, Lapsinov, Enayat, Delpech & Kall : 2021 ; Majam, Fischer, Rhagnath, Msolomba, Venter, Mazzola & Lalla-Edouard, 2021), les études qualitatives (Tafadzwa, Pirre & Rujeni, 2019 ; Tembo, Mutunga, Schwartz, Bassett, Polzer, Ngwato, Pakade & Van Rie, 2020), les études mixtes associant l'ECR à un volet qualitatif (Ritchwood, Selin, Pettifor, Lippman, Gilmore, Kimaru, Hove, Wagner, Twine & Kah, 2019 ; Bwana, Ochieng & Mwau, 2018 ; Harichund, Kunene & Moshabela, 2019).

Les prototypes d'autotest sanguin du VIH évalués durant ces études de faisabilité, acceptabilité et utilisabilité, variaient selon les pays : il s'agissait des prototypes Exacto Pro[®] et Triplex VIH/VHC/AgHBs[®] (Tonen-Wolyec & *al.*, 2018 ; 2019 ; 2020a ; 2020b) en RDC; Exacto Pro[®] (Grésengué & *al.*, 2017 ; Longo & *al.*, 2018) en RCA; Biosure[™] 2nd generation (Witzel & *al.*, 2021) au Royaume Uni et Pays de Galles; Exacto Pro[®] (Touil & *al.*, 2021) en France ; INSTI HIV1/2[®] (Bwana & *al.*, 2018) au Kenya ; INSTI HIV1/2[®] et Abbot-Check now[®] (Galli & *al.*, 2021) au Canada ; Mylan[®] HIV Self test (Nash & *al.*, 2021) en Ukraine et Italie ; AtomoRapid[®] HIV1/2, eGenie[®] HIV sel test, Biosure[®], INSTI HIV1/2[®] et Chembio Surecheck[®], (Lippman & *al.*, 2018 ; Harichund & *al.*, 2019 ; Majam & *al.*, 2021) en Afrique du Sud.

Parmi toutes les études sus mentionnées celle de Bwana, Ochieng et Mwau (2018) est la seule à avoir abordé la question de la gestion des déchets issus de la procédure d'auto dépistage.

Cependant, en ce qui concernent les aspects de faisabilité, acceptabilité et utilisabilité des autotests sanguins du VIH, les résultats des études sont concordants (évidence de faisabilité, acceptabilité et utilisabilité des autotests sanguins du VIH) et ce quel que soit le design de l'étude, la taille de l'échantillon, la technique d'échantillonnage et les cibles auxquelles l'étude a été adressée.

En Afrique du Sud, Ukraine, Italie, RDC, Benin, malgré une bonne acceptabilité (68% à 98,4%) et utilisabilité (78% à 96,1%), 50% à 100% des participants se sont dits préoccupés par le manque de conseils post-test, le préjudice social potentiel et les événements indésirables possibles associés à l'autotest sanguin du VIH, suggérant que des options pour le soutien psychologique devraient être inclus dans des futures interventions d'autotest (Tonen-Wolyec & al., 2018 ; 2019 ; 2020a ; 2020b; Dzinamarira, Pirre, Rujeni, 2019 ; Tembo & al., 2020 ; Nash & al., 2021). L'utilisabilité de l'autotest sanguin du VIH non assisté (86,9%) est inférieure à l'autotest sanguin du VIH avec assistance directe (93,2%). En RCA et au Kenya, l'acceptabilité et l'utilisabilité de l'autotest sanguin du VIH peut être globalement estimé comme élevé, malgré une hétérogénéité des réponses observée entre groupes cibles (Gresenguet et al., 2017 ; Longo et al., 2018 ; Ndungu, Gichangi et Temmeman, 2020). L'utilisabilité serait meilleure en zone urbaine qu'en zone rurale (Tonen-Wolen & al., 2021), les participants auraient préféré une notice en langue locale (Harichund, Kunene & Moshabela 2019). Il existerait un profil sociodémographique spécifique associé avec l'acceptation de l'autotest sanguin du VIH (Tonen-Wolyec & al., 2020a).

Cependant, lorsque le choix de l'autotest sanguin du VIH est opposé à celui de l'autotest oral du VIH, les résultats sont divergents. Au Kenya, la plupart des participants préféraient les autotests sanguins du VIH (59%) au détriment des autotests salivaires (Ndungu, Gichangi et Temmeman, 2020). En Afrique du Sud, dans l'étude de Ritchwood et al. (2019), lorsque la question du choix s'est posée, 80% des participants ont préféré l'autotest salivaire du VIH ; dans les études de Lippman et al. (2018) et Shapiro et al. (2020), la plupart des participants préféraient l'autotest sanguin du VIH.

La sensibilité des différents prototypes d'autotests sanguins du VIH variait de 98,99% à 100% et la spécificité de 96% à 99% (Bwana & al., 2018 ; Tonen-Wolyec et al., 2019 ; Galli et al., 2021, Majam et al., 2021). La sensibilité et la spécificité de chaque autotest du VIH ont été calculées en comparant les résultats du HIVST au « gold standard » - test sanguin de ELISA de quatrième génération. Pour l'autotest INSTI VIH 1/2, il a été observé un pourcentage de concordance positif de 100 % (5/5, IC à 95 % : 43,6–97,0 %) et un pourcentage de concordance négatif de 99,5 % (614/617, IC à 95 % : 98,6–99,8 %), concordance avec l'autotest sanguin du VIH Abbott.

CHAPITRE 3 : MÉTHODOLOGIE

1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude transversale analytique associée à un volet qualitatif.

2. Lieux de l'étude

L'étude a été menée au sein des Organisations à Base Communautaire des Travailleuses de Sexe et des Hommes ayant des rapports Sexuels avec des Hommes de Yaoundé et Douala (Tableau I) et dans les directions techniques et programmes du Ministère de la Santé Publique au Cameroun (DLMEP, DCOOP, DAJC, DPML, CNLS).

Tableau I : Liste des OBC des TS et HSH par ville

Villes	OBS TS	OBC HSH
YAOUNDÉ	ASEPT	CAMFAID
	HORIZON FEMMES	Humanity First
	NOLFOWOP	ASCAUPEV+
	EVICAM	JASVIC
		MOMINJEC
DOUALA		ALCONDOMS
	SWAA-Littoral	ALTERNATIVE Cameroun
	HORIZON FEMMES	AMAS+
	SASCO	SIDADO
		ACHREDO

3. Période de l'étude

L'étude s'est déroulée pendant 9 mois allant de novembre 2021 à juillet 2022 et incluant huit (08) jours de collecte de données.

4. Population de l'étude

❖ Volet quantitatif

La population de l'étude était constituée de :

- Hommes entretenant des rapports Sexuels avec des Hommes ;
- Travailleuses de Sexe.

4.1. Critères d'inclusion

- Être TS ou HSH ;
- Être âgé de 21 ans et plus ;

- Accepter de conduire jusqu'à terme, le processus de réalisation de l'autotest sanguin du VIH ;
- Consentir de participer à l'étude.

4.2. Critères d'exclusion

- Renoncer à terminer le processus de réalisation de l'autotest sanguin du VIH.

4.3. Critères de non inclusion

- Être une personne vivant avec le VIH (PvVIH) ;
- Être une personne sous traitement antirétroviral ;
- Refuser de participer à l'étude.

❖ Volet qualitatif

Les participants (informateurs clés) étaient recrutés parmi les responsables des directions techniques et programmes du Ministère de la Santé Publique (DLMEP, DCOOP, DAJC, DPML, CNLS).

4.4. Critères d'inclusion

- Être responsable de l'une des structures du niveau central du Ministère de la Santé Publique (CNLS, DLMEP, DCOOP, DAJC, DPML) ;
- Consentir à participer à l'étude.

4.5. Critères d'exclusion

Ont été exclues de cette étude, toutes les personnes qui ne respecteront pas l'un des critères d'inclusion ci-dessus énumérés.

5. Échantillonnage

❖ Volet quantitatif

5.1. Taille de l'échantillon

La taille a été calculée selon les critères recommandés par l'OMS [4, 9] et en tenant compte de la proportion de dépistage du VIH observée dans chaque cible dans les études précédentes au niveau national ou régional.

Le nombre de participants nécessaires pour l'évaluation de l'acceptabilité et l'utilisabilité de l'autotest sanguin VIH dans une population avec une précision $i = 0,025$ et pour un risque fixé $\alpha=0,05$ ($Z_{\alpha/2}=1,96$) est donné par le formule suivante :

$$n = \frac{Z_{\alpha/2}^2}{i^2} P(1 - P)$$

où

P = Proportion de dépistage observée chez la cible

i = précision de l'estimation

$Z_{\alpha/2}$ = quantile d'ordre α de la loi normale, avec $\alpha=0,05$

Tableau II : Estimation de la taille minimale de l'échantillon selon les populations cibles
(MINSANTE : PSN 21-23 et rapport annuel 2020)

Populations de l'étude	Taille de la population	Proportion de dépistage fait parmi les populations vulnérables en 2020	Taille de l'échantillon minimale	Couverture	Taux de non réponse	Taille échantillon minimale ajustée
Travailleuses de sexe	70 487	0,185	368	100%	15%	423
Hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes	7 023	0,172	315			362
Taille Totale			683			785

Tableau III : Répartition des différentes cibles obtenues par région

Villes	Travailleuses de sexe	Hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes
Yaoundé	195	167
Douala	228	195
Total	423	362

❖ Volet qualitatif

5.2. Taille de l'échantillon : Responsables du MINSANTE

Afin de mener l'enquête qualitative, un (01) responsable a été enrôlé dans chacune des structures du Ministère de la Santé Publique retenue dans le cadre de l'étude.

6. Sélection des villes

Les villes de Yaoundé et Douala ont été choisies en raison du poids de leurs OBC et de leurs fortes densités en « points chauds ».

7. Sélection des Organisation à Base Communauté (OBC)

Dans chaque ville de l'étude, les OBC ont été sélectionnées en prenant en compte la taille de la cible effectivement couverte et l'acceptation de l'étude par les responsables desdites OBC.

8. Sélection et recrutement des participants

8.1. Sélection et recrutement des travailleuses de sexe

Les TS ont été mobilisées par les mères leaders, aubergistes et les *gates-keepers* en communauté et dans les points chauds. Le recrutement de celles-ci s'est fait de manière consécutive jusqu'à l'atteinte de l'effectif minimal des TS attendu.

8.2.Sélection et recrutement des hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes

Les HSH ont été mobilisés par les pairs-éducateurs et les pères-leaders en communauté. Le recrutement de ceux-ci s'est fait également de manière consécutive jusqu'à l'atteinte de l'effectif minimal des HSH attendu.

8.3.Sélection des responsables des structures du MINSANTE

Dans chacune des structures du ministère de la santé publique retenue dans l'étude, un (01) responsable a été choisi.

9. Collecte de données et outils de collecte

Des entretiens individuels structurés à l'aide d'un questionnaire paramétré sur les tablettes via l'application Kobo Collect, ont été menés avec les TS et les HSH pour recueillir les données quantitatives.

Des entretiens individuels approfondis à l'aide d'un guide d'entretien, ont été conduits avec les responsables du Ministère de la Santé Publique en vue de recueillir leurs perceptions relatives à la faisabilité de l'autotest sanguin de dépistage du VIH.

10. Traitement des données

10.1.Traitement des données quantitatives

Les données collectées via l'application *Kobo Collect* ont été téléchargées dans un ordinateur serveur puis elles ont été apurées. Certaines variables ont été recodées.

10.2.Traitement des données qualitatives

Les discussions, les interviews enregistrées sur bande audio, ont été transcrites en intégralité sur un fichier Word. Sur la base des guides d'interview et groupe de discussion, un livre de codes a été élaboré. Ce livre de codes a facilité le découpage et la codification des fichiers transcrits et anonymisés. Les enregistrements seront archivés à l'issue de l'étude et conservés pour une durée de 4 ans après laquelle, ils seront détruits.

11. Analyse des données

11.1.Analyse des données quantitatives

La variable d'intérêt principale était l'***acceptabilité de l'autotest sanguin de dépistage du VIH***, définie comme une variable dichotomique (Oui/Non). Le critère de jugement correspondant était la proportion de participants ayant accepté d'utiliser l'autotest sanguin de dépistage du VIH.

La variable d'intérêt secondaire était l'***utilisabilité de l'autotest sanguin de dépistage du VIH***, définie comme une variable ordinale (médiocre, passable, bonne, très bonne). Le critère de

jugement cette variable était la proportion de participants classés dans chacune de ses catégories (médiocre, passable, bonne, très bonne). Ce critère de jugement a été élaboré en calculant un score obtenu en pondérant les items des étapes critiques (5 items) et les étapes non critiques (9 items) du processus de réalisation de l'autotest sanguin de dépistage du VIH (tableau XXII, annexe). Chaque item des étapes critiques valait respectivement 2 points ou 0 point lorsqu'il était observé ou non observé. Chaque item des étapes non critiques valait respectivement 1 point ou 0 point lorsqu'il était observé ou non observé. Ainsi, le score relatif au critère de jugement variait de 0 point à 19 points. Ramener sur 100, les différentes valeurs de jugement en fonction du score étaient les suivantes : **médiocre** (0 à 0,49), **passable** (0,50 à 0,79), **bonne** (0,80 à 0,94), **très bonne** (0,95 à 1,00).

L'analyse descriptive a été effectuée en estimant les proportions, les médianes assorties d'intervalles interquartiles et les moyennes assorties des écarts-types et les résultats sont présentés sous forme de tableau et graphiques. Les données quantitatives ont été analysées à l'aide des logiciels Excel 2016 et SPSS 22.

11.2. Analyse des données qualitatives

La préanalyse et l'analyse se sont effectuées avec le logiciel le logiciel Atlas Ti 8.0. Les résultats ont été présentés sous forme de verbatim, nuages de mots et de graphiques.

12. Mise en œuvre de l'enquête

La mise en œuvre de l'étude a pris en compte deux phases :

- ❖ **Phase préparatoire** : la révision, l'adaptation et la validation du protocole de l'étude par une équipe conjointe intégrant les représentants des Directions ou Organismes suivants : MINSANTE (DROS, DPML, DLMEP, CNLS), ACMS, CAMNAFAW et CARE ; le respect des procédures administratives ; la formation des superviseurs ainsi que la réunion avec les responsables régionaux (DRSP, Coordonnateurs et CUPSE) et responsables des OBC.
- ❖ **Phase opérationnelle** : la sélection et la formation des enquêteurs, le pré-test, la réunion avec les responsables des OBC, la mobilisation communautaire et la collecte des données proprement dite.

13. Révision et adaptation du protocole de recherche et des outils de collecte

La révision et l'adaptation du protocole générique avaient eu lieu à Mbal Mayo du 03 au 06 novembre 2021 avec la contribution des représentants des Directions et Organismes suscités.

14. Validation du protocole de recherche et des outils de collecte

Après la rédaction, la validation du protocole avait lieu à la DROS avec la contribution des représentants des directions et organismes suscités ayant participé à son élaboration.

15. Procédures administratives

Les accords de principe des Délégués Régionaux (Littoral et Centre) de la Santé Publique (DRSP) et des responsables des OBC des TS et HSH relatifs à la collecte des données ont été obtenus. Aussi une Clairance Éthique (N°2022/04/1448/CE/CNERSH/SP) et une Autorisation Administrative de Recherche (AAR N° 031-16-22) ont été obtenues. Par ailleurs, des notes de service du Ministre de la Santé Publique étaient adressées aux DRSP régionaux et aux responsables des OBC sélectionnées afin de faciliter la collecte de données.

16. Formation des superviseurs centraux

Une session de formation des superviseurs animée par des formateurs (DROS, CNLS, DPML) avec l'appui technique d'ACMS/PSI s'est tenue le 06 et 07 juin 2022 à Douala. Le but cette formation était d'outiller les superviseurs sur l'utilisation du questionnaire sur l'application *Kobo Collect*, de leur donner suffisamment d'informations sur la méthodologie et les attitudes à adopter pour la collecte des données de cette étude. Les superviseurs, une fois formés ont testés les outils.

17. Réunion avec les responsables régionaux et responsables des OBC

Une réunion de concertation et de briefing des responsables régionaux (coordination locale et appui technique à la supervision) et responsables des OBC sélectionnées pour l'étude avait eu lieu le 07 juin 2022 à Douala. Elle a permis de prendre en compte les pairs-leaders, les pairs-éducateurs, les mères-leaders, aubergistes et les gates-keepers des OBC pour la mobilisation communautaire de chaque cible et aussi, d'élaborer le planning des descentes dans les différents OBC pour assurer une collecte des données optimale.

18. Sélection et formation des enquêteurs

Une sélection 20 agents de collecte en fonction de leur expérience en enquêtes sanitaires a été faite par les coordonnateurs des GTR/CNLS.

La formation de ceux-ci s'est déroulée le 08 et 09 juin 2022 à Douala et était animée par les superviseurs (DROS, DPML, CNLS) avec l'appui technique d'ACMS/PSI. Cette formation a permis de :

- Imprégner les enquêteurs du contexte et des enjeux de l'étude ;

- Préciser les qualités et techniques particulières nécessaires à la réussite de l'enquête ;
- Expliquer les contours méthodologiques et les outils de collecte ;
- Expliquer l'usage des supports de collecte (questionnaires) à l'aide l'application *Kobo Collect* via tablette ou smartphone ;
- S'assurer que les questions avaient la même signification pour tous les enquêteurs ;
- Faire les jeux de rôle ;
- Préciser la stratégie d'enquête et les différentes approches ;
- Présenter l'organisation de l'opération, le calendrier et le système de contrôle des données mis en place ;
- Présenter la technique de recrutement de chacune des cibles et ses spécificités.

19. Prétest

À Douala, le pré-test s'est déroulé dans l'OBC SWAA-Littoral pour la cible TS et ALTERNATIVE-Cameroun pour la cible HSH. À Yaoundé, il s'est déroulé dans l'OBC HORIZON Femmes pour la cible TS, à ASEPT et Humanity First pour la cible HSH. Cette phase de l'étude a permis d'éprouver les outils élaborés, de corriger quelques erreurs et surtout permettre le contact des agents de collecte avec chaque cible.

20. Mobilisation des cibles de l'étude

20.1. Mobilisation des travailleuses de sexe et des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes

La mobilisation des travailleuses de sexe et des hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes au niveau des villes était assurée respectivement, par les mères-leaders, les aubergistes et les *gates-keepers* pour les OBC des TS ; les pairs-leaders et pairs-éducateurs pour les OBC des HSH. La mobilisation communautaire par ceux-ci a permis une participation massive de chaque cible et d'assurer une adhésion élevée à l'autodépistage sanguin du VIH des TS et HSH.

20.2. Mobilisation des responsables des directions techniques et programmes du MINSANTE

Les responsables des directions techniques et programmes ont été notifiés par une note de service du Ministre de la Santé Publique et les rendez-vous ont été pris avec ceux-ci.

21. Équipes d'enquête

La collecte de données était sous la coordination de la CDROS, le SPA du GTC/CNLS et la Directrice Adjointe de ACMS. 06 superviseurs (04 MINSANTE et 02 ACMS/PSI), 02 DRSP (coordination locale), 02 coordonnateurs GTR et 02 CUPSE/ACUPSE (appui technique à la

supervision) ont assuré le suivi, l'encadrement et l'accompagnement des 10 équipes de collecte sur le terrain. Au total, 03 coordonnateurs, 06 superviseurs centraux, 06 facilitateurs régionaux, 20 enquêteurs-observateurs, 02 enquêteurs qualitatifs, 17 responsables des OBC et 95 mobilisateurs communautaires (pairs-leaders, pairs-éducateurs, mères-leaders, aubergistes et *gates-keepers*) ont été mobilisés pour la collecte des données.

22. Procédures pratiques de l'enquête et collecte de données

22.1. Travailleuses de sexe et des hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes

Dans chaque OBC retenu pour l'enquête, un cadre était aménagé en vue de conduire les procédures de collecte de données et d'exécution de l'autotest sanguin du VIH en toute confidentialité. Toutefois, lorsque la collecte était réalisée dans les points chauds des TS, il devenait difficile d'assurer la confidentialité optimale à cause de la grande mobilité de la cible. Lors du recrutement de chaque participant, les agents de collecte se présentaient à ce dernier ainsi que les autorisations relatives à l'étude et lui expliquait le but de l'étude. La notice d'information lui était remise et son consentement éclairé était recueilli. Aussi, les informations relatives à son éligibilité à l'enquête étaient également recueillies.

Une fois le participant recruté, en deuxième ressort sur un autre espace du site l'enquêteur-observateur expliquait le processus de l'autotest sanguin du VIH au participant. Ensuite, le kit d'autotest sanguin lui était remis pour exécuter la procédure de l'autotest sanguin sous son observation. Les responsables et le personnel des OBC assuraient le pré- et posttest counseling au participant. Une fois le processus d'autotest terminé, l'enquêteur-observateur achevait l'administration du questionnaire au participant.

22.2. Responsables des directions techniques et programmes du MINSANTE

Les agents de la collecte des données se sont présentés et ont expliqué également aux responsables des directions techniques et programmes du MINSANTE, le but de l'étude ainsi que les autorisations y relatives. Après leur accord, les entretiens avec ceux-ci ont été menés dans le bureau de ceux-ci.

23. Gestion des déchets issus de l'autodépistage

Les déchets issus de la réalisation de l'autotest (kits usagés d'ADVIH sanguins) par les participants étaient collectés par les enquêteurs dans les sacs-poubelles pour déchets d'activités de soins à risque infectieux (DASRI). L'acheminement de ces déchets collectés pour incinération était assuré par les OBC vers leur FOSA correspondante ou vers le District de Santé disposant d'un incinérateur fonctionnel à la fin de chaque journée.

24. Suivi des directives nationales de dépistage du VIH et lien des participants ayant une sérologie VIH positive confirmée avec les structures de soins

Cette procédure opérationnelle standardisée s'appliquait à la référence par l'OBC de tout participant ayant eu un test réactif. Il est à noter que toutes les OBC sélectionnées dans le cadre de cette étude, disposaient d'au moins une formation sanitaire tutrice de prise en charge du VIH de leur cible.

Pour assurer la meilleure prise en charge des participants de l'étude, les équipes d'enquête étaient accompagnées par un personnel de l'OBC formé au dépistage et à l'accompagnement psychosocial pour assurer le pré et post test counseling à chaque participant de l'étude et les mesures de référence éventuelle des participants ayant un test réactif. Pour tout participant dont le test de l'autodépistage était réactif, le responsable de l'OBC en collaboration avec l'équipe de collecte de données et conformément aux procédures mises en œuvre dans l'OBC assuraient la référence du participant à la FOSA tutrice pour qu'il lui soit administré les tests de confirmation conformément à l'algorithme national de dépistage du VIH en cours au Cameroun (figure 1).

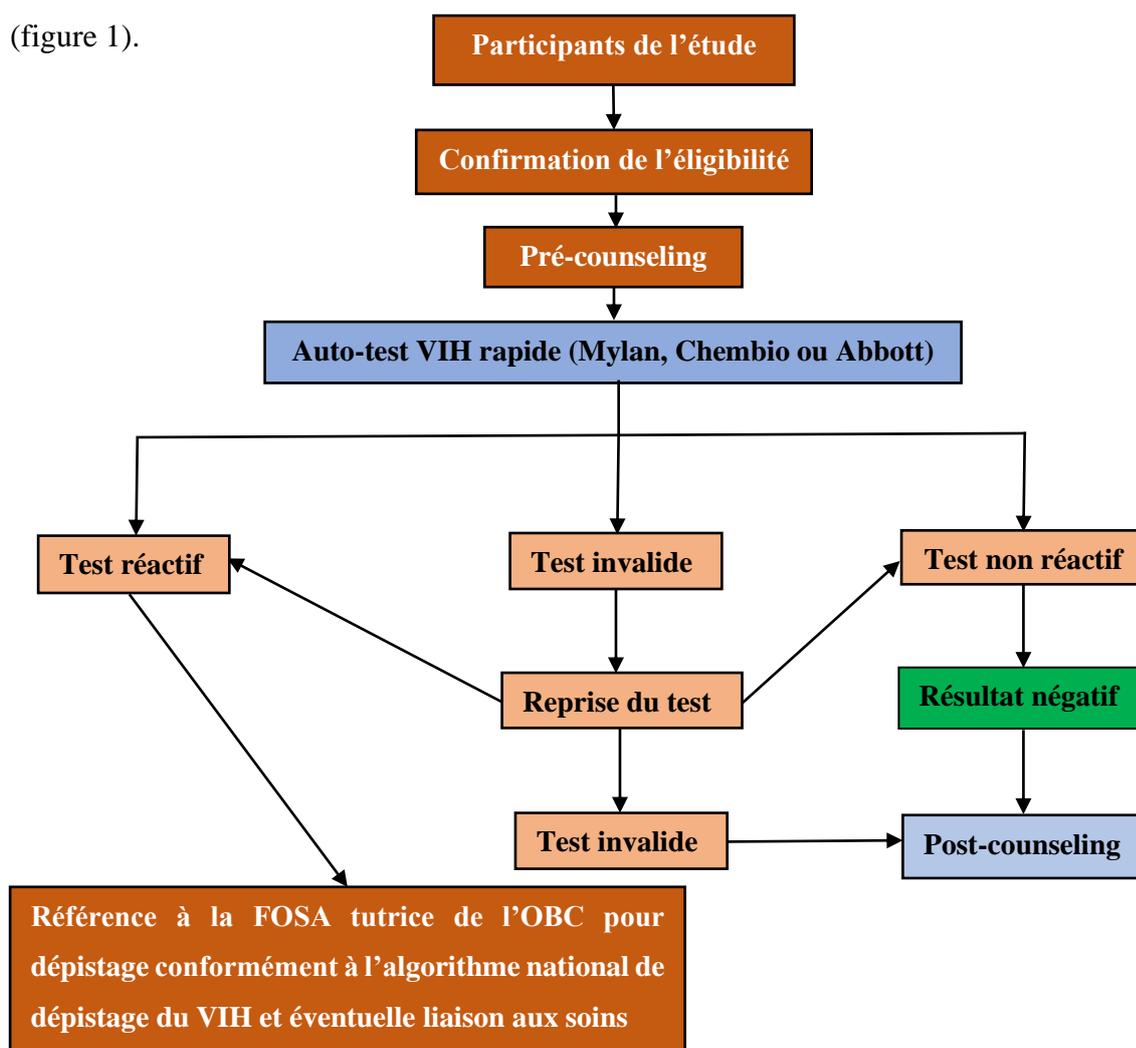


Figure 1 : Circuit du participant de l'autotest sanguin du VIH durant l'étude

25. Prévention de l'infection par le virus SARS-CoV-2 chez le personnel d'enquête et les participants

Toute personne impliquée dans l'enquête a été briefée aux procédures de prévention et de contrôle des infections (précautions standard de contact et de gouttelettes, telles que déterminées par les directives nationales). Ces procédures incluaient une hygiène des mains appropriée (solution hydroalcoolique), l'utilisation correcte de masques non seulement pour minimiser leur propre risque d'infection lorsqu'ils étaient en contact étroit avec les participants, mais aussi pour minimiser le risque de propagation parmi les autres participants à l'enquête.

26. Considérations éthiques

Dans la réalisation de cette étude, des mesures étaient prises pour assurer le respect, la dignité et la liberté de chaque participant. La participation de tous les répondants de l'étude était strictement volontaire. Avant d'enrôler le participant, les enquêteurs procédaient à la vérification de l'éligibilité et obtenaient le consentement éclairé de celui-ci.

Le protocole de l'étude, les questionnaires et les formulaires de consentement pour les groupes ciblés ont été approuvés par le Comité d'Éthique de la Recherche pour la Santé humaine du Cameroun.

- **Risques potentiels :** Il existe un risque psychologique vis-à-vis des volontaires qui effectuent un dépistage du VIH pour la toute première fois. Il s'agit ici du stress psychologique issu d'un test réactif. Afin de minimiser tout risque, le processus a été effectué avec l'accompagnement d'un personnel de l'OBC formé pour le counseling. La piqûre du doigt par la lancette du dispositif du test pouvait créer une légère douleur au point de ponction, éventuellement un léger saignement chez certains participants. Toutefois, toutes les mesures étaient prises pour éviter ces incidents. Par ailleurs, l'administration du questionnaire entraînait une légère perte de temps aux participants.
- **Bénéfices :** Les participants à cette étude bénéficieront d'un pré et post test counseling. En outre, les participants bénéficiaient de la connaissance de leur statut sérologique au VIH. Toutefois :
 - Les participants ayant un test réactif étaient référés à la FOSA tutrice de l'OBC pour bénéficier des tests conformément aux directives nationales de l'autodépistage du VIH en cours au Cameroun avec la collaboration de l'équipe d'enquête et éventuellement la liaison au système de soins par la FOSA.
 - Aussi, les résultats de cette étude vont contribuer à l'amélioration du 1^{er} 95 des objectifs 95.

- **Mesures prises pour la confidentialité des données et le respect de la vie privée des participants :** Toutes les informations recueillies étaient confidentiellement traitées et conservées en respectant les limites permises par la loi. Les résultats des tests du VIH des participants étaient remis individuellement. Les données recueillies ont été traitées et conservées dans une base de données anonyme. Les dossiers de l'étude sont conservés en sécurité. Tous les outils de collecte de données sont conservés dans un espace sécurisé et verrouillé dans le bureau de la DROS pendant une période de 3 mois. Les données électroniques sont protégées par un mot de passe et seront conservées pendant une période de dix ans. Seuls la DROS et l'ACMS sont autorisées à avoir accès à la base de données. Le rapport final ne contient aucune information pouvant conduire à l'identification d'un quelconque participant à l'étude.

27. Difficultés rencontrées

La conduite de cette étude a rencontré certaines difficultés notamment :

- La non prise en compte initialement dans la budgétisation de l'étude, les mobilisateurs communautaires (pairs éducateurs, pairs-leaders, mères-leaders, aubergistes et *gates-keepers*) des HSH et TS comme ressources humaines, ce qui a nécessité une mobilisation des fonds supplémentaires ;
- La non prise en compte initialement dans la budgétisation de l'étude, les lignes budgétaires relatives au prétest, ce qui a également nécessité une mobilisation des fonds supplémentaires ;
- La sécurité relative des équipes d'enquête dans les points chauds ;
- La mise à disposition tardive du budget à la DROS, ce qui a retardé significativement le démarrage des activités tel que prévoyait le chronogramme.

CHAPITRE 3 : RÉSULTATS

1. CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES RÉPONDANTS

Au total, 825 participants ont été enrôlés dans cette étude dont 363 (44,0%) HSH et 462 (56,0%) TS ; respectivement 465 (56,4%) et 359 (43,6%) participants ont été enrôlés à Douala et Yaoundé et la plupart des répondants (98,2%) étaient de nationalité camerounaise indifféremment de la ville. L'âge médian était de 27(21 – 62) ans dont 23(21 – 54) ans chez les HSH et 30(21 – 62) ans chez les TS et la tranche d'âge la plus représentée était celle de 21-25 ans (39,0%). L'âge minimal requis pour être inclus dans cette étude était de 21 ans ; quelle que soit la ville, plus de la moitié des HSH était âgés de moins de 25 ans (51,9% à Douala et 65,2% Yaoundé) et près du quart des TS était âgés de moins de 25 ans (22,1% à Douala et 26% à Yaoundé).

Dans l'ensemble, les HSH étaient plus instruits (92% au moins avaient atteint le secondaire) que les TS (66,4%). Cependant, les TS de Yaoundé semblaient plus instruites (73,4%) que celles de Douala (61,7%).

La proportion de participants qui travaillaient (auto-emploi, secteur privé, secteur public) au moment de l'enquête semblait similaire chez les TS (58,5 %) et HSH (55,6%). Toutefois, 43,0% des participants étaient sans emploi dont 41,4% des HSH et 44,3% des TS.

Au moment de l'enquête, 8% des TS avaient déclaré être mariées et 14,6 % vivaient avec un homme comme si elles étaient mariées ; ces pourcentages sont respectivement de 6,7 % et 11,4 % chez les HSH et plus d'une TS sur cinq (22,6 %) et un HSH sur 8 (12,5%) étaient en union. Plus de trois TS sur cinq (70,7 %) et un peu plus de 8 HSH sur 10 (87,5%) étaient célibataires. 5% de TS et 0,6% de HSH étaient divorcés, tandis que près de 2 % de TS et 0 % de HSH étaient veufs (Tableau IV).

Tableau IV : Répartition des caractéristiques sociodémographiques par ville et par cible

Caractéristiques sociodémographiques	DOUALA			YAOUNDÉ			Ensemble		
	HSH n(%)	TS n(%)	HSH/TS n(%)	HSH n(%)	TS n(%)	HSH/TS n(%)	HSH n(%)	TS n(%)	HSH/TS n(%)
Nationalité									
<i>Camerounaise</i>	180(97,3)	271(96,8)	451(97,0)	178(100)	180(99,4)	358(99,7)	358(98,6)	451(97,8)	809(98,2)
<i>Étrangère</i>	5(2,7)	9(3,2)	14(3,0)	0(0,0)	1(0,6)	1(0,3)	5(1,4)	10(2,2)	15(1,8)
Tranche d'âge									
<i>21 - 25</i>	96(51,9)	62(22,1)	158(34,0)	116(65,2)	47(26,0)	163(45,4)	212(58,4)	109(23,6)	322(39,0)
<i>25 - 30</i>	49(26,5)	72(25,7)	121(26,0)	32(18,0)	45(24,9)	77(21,4)	81(22,3)	117(25,4)	198(24,0)
<i>30 - 35</i>	18(9,7)	54(19,3)	72(15,5)	16(9,0)	28(15,5)	44(12,3)	34(9,4)	82(17,8)	116(14,1)
<i>35 - 40</i>	11(5,9)	39(13,9)	50(10,8)	11(6,2)	30(16,6)	41(11,4)	22(6,1)	69(15,0)	91(11,0)
<i>40 - 45</i>	6(3,2)	31(11,1)	37(8,0)	3(1,7)	20(11,0)	23(6,4)	9(2,5)	51(11,1)	60(7,3)
<i>45 et plus</i>	5(2,7)	22(7,9)	27(5,8)	0(0,0)	11(6,1)	11(3,1)	5(1,4)	33(7,2)	38(4,6)
Âge médian (Min - Max)	24(21-54)	30(21-59)	27 (21-59)	23 (21-43)	29 (21-62)	25 (21-62)	23 (21-54)	30(21-62)	27 (21 -62)

Moy. ± écart-type	26 (±7)	31(±8)	29 (±8)	25 (±5)	31 (±8)	28(±8)	26(±6)	31(±8)	29 (±8)
Niveau d'instruction									
<i>Non scolarisé</i>	2(1,1)	26(9,3)	28(6,0)	6(3,4)	8(4,4)	14(3,9)	8(2,2)	34(7,4)	42(5,1)
<i>Primaire</i>	13(7,0)	81(28,9)	94(20,2)	8(4,5)	40(22,1)	48(13,4)	21(5,8)	121(26,2)	142(17,2)
<i>Secondaire</i>	107(57,8)	160(57,1)	267(57,4)	101(57,1)	115(63,5)	216(60,3)	208(57,5)	275(59,7)	483(58,6)
<i>Supérieur</i>	63(34,1)	13(4,6)	76(16,3)	62(35,0)	18(9,9)	80(22,3)	125(34,5)	31(6,7)	157(19,1)
Statut matrimonial									
<i>Célibataire</i>	169(91,4)	212(76,0)	381(82,1)	146(82,5)	113(62,4)	259(72,3)	315(87,5)	325(70,7)	641(77,9)
<i>Divorcé</i>	2(1,1)	20(7,2)	22(4,7)	0(0,0)	3(1,7)	3(0,8)	2(0,6)	23(5,0)	25(3,0)
<i>En couple mais pas mairie</i>	6(3,2)	21(7,5)	27(5,8)	21(11,9)	46(25,4)	67(18,7)	27(7,5)	67(14,6)	94(11,4)
<i>Marié</i>	8(4,3)	20(7,2)	28(6,0)	10(5,6)	17(9,4)	27(7,5)	18(5,0)	37(8,0)	55(6,7)
<i>Veuf(ve)</i>	0(0,0)	6(2,2)	6(1,3)	0(0,0)	2(1,1)	2(0,6)	0(0,0)	8(1,7)	8(1,0)
Profession									
<i>Sans emploi</i>	84(45,4)	98(35,1)	182(39,2)	66(37,3)	106(58,6)	172(48,0)	150(41,4)	204(44,3)	354(43,0)
<i>Auto-emploi</i>	37(20,0)	160(57,3)	197(42,5)	44(24,9)	41(22,7)	85(23,7)	81(22,4)	201(43,7)	282(34,3)
<i>Secteur privé</i>	60(32,4)	20(7,2)	80(17,2)	60(33,9)	28(15,5)	88(24,6)	120(33,1)	48(10,4)	168(20,4)
<i>Secteur publique</i>	4(2,2)	1(0,4)	5(1,1)	7(4,0)	6(3,3)	13(3,6)	11(3,0)	7(1,5)	19(2,3)

La consommation d'alcool (81,6%) était nettement plus élevée chez les TS/HSH par rapport à la consommation des autres substances psychoactives (31,2%). Parmi les HSH, 78,7%(284) consommaient de l'alcool et parmi les TS, 9,4%(386). Parmi les HSH, 37,3%(135) consommaient des substances psychoactives et parmi les TS, 26,5%(122).

Au total, 31,3% de participants avaient eu des antécédents d'infections sexuellement transmissibles au cours des six derniers mois. Parmi les HSH, 18,9%(68) avaient eu des d'antécédents d'infections sexuellement transmissibles au cours des six derniers mois et parmi les TS, 41,0%(189). Dans l'ensemble, les TS avaient eu deux fois plus (41%) des symptômes d'une IST au cours des 6 derniers mois que les HSH (18,9%).

Le nombre moyen de partenaires sexuels journaliers chez le TS était de 6±4 et 58,4% des TS avaient au moins 5 partenaires sexuels par jour. Avec des extrêmes de 1 et 20, les TS de Douala avaient en moyenne par jour, 6 partenaires sexuels tandis que celles de Yaoundé en avaient 5.

Le nombre moyen de partenaires sexuels au cours des 6 derniers mois chez les HSH était de 4±5 et 17,5% des HSH avaient au moins 5 partenaires sexuels au cours des 6 derniers mois ayant précédé l'enquête (Tableau V).

Seulement 49,6% avaient affirmé qu'ils utilisaient toujours le préservatif lors des rapports sexuels dont 32,5%(116) des HSH et 62,9%(290) des TS. Les HSH utilisaient moins (jamais et rarement) le préservatif lors des rapports sexuels (29,7%) comparativement aux TS (17,1%).

Tableau V : Répartition des comportements à risque par ville et par cible

	DOUALA			YAOUNDE			Ensemble		
	HSH	TS	HSH/TS	HSH	TS	HSH/TS	HSH	TS	HSH/TS
	n(%)								
Consommation d'alcool									
<i>Non</i>	38(20,7)	35(12,5)	73(15,8)	39(22,0)	39(21,5)	78(21,8)	77(21,3)	74(16,1)	151(18,4)
<i>Oui</i>	146(79,3)	244(87,5)	390(84,2)	138(78,0)	142(78,5)	280(78,2)	284(78,7)	386(83,9)	671(81,6)
Consommation des substances psychoactives									
<i>Non</i>	117(63,2)	197(70,4)	314(67,5)	110(62,1)	142(78,5)	252(70,4)	227(62,7)	339(73,5)	567(68,8)
<i>Oui</i>	68(36,8)	83(29,6)	151(32,5)	67(37,9)	39(21,5)	106(29,6)	135(37,3)	122(26,5)	257(31,2)
Antécédents d'IST cours des 6 derniers mois									
<i>Non</i>	148(80,0)	158(56,4)	306(65,8)	143(82,2)	114(63,0)	257(72,4)	291(81,1)	272(59,0)	564(68,7)
<i>Oui</i>	37(20,0)	122(43,6)	159(34,2)	31(17,8)	67(37,0)	98(27,6)	68(18,9)	189(41,0)	257(31,3)
Nombre de partenaires sexuels au cours des 6 derniers mois chez les HSH (N=363)									
<i>0 - 5</i>	149(81,4)		150(81,5)	146(83,4)		146(83,4)	295(82,4)		296(82,5)
<i>5 - 10</i>	24(13,1)		24(13,0)	21(12,0)		21(12,0)	45(12,6)		45(12,5)
<i>10 et plus</i>	10(5,5)		10(5,4)	8(4,6)		8(4,6)	18(5,0)		18(5,0)
Nbre de partenaire médian (Min - Max)	2(0-50)			2(0-50)			2(0-50)		
Moy. ± écart-type	4 ± 5			4 ± 4			4 ± 5		
Nombre de partenaires sexuels par jour chez les TS (N=452)									
<i>0 - 5</i>		93(34,3)	93(34,3)		95(52,5)	95(52,5)		188(41,6)	188(41,6)
<i>5-10</i>		107(39,5)	107(39,5)		63(34,8)	63(34,8)		170(37,6)	170(37,6)
<i>10 et plus</i>		71(26,2)	71(26,2)		23(12,7)	23(12,7)		94(20,8)	94(20,8)
Nbre de partenaire médian (Min - Max)		5 (1-20)			4 (1-20)			5(1-20)	
Moy. ± écart-type		6 ± 4			5 ± 4			6 ± 4	
Fréquence d'utilisation du préservatif lors des rapports sexuels									
<i>Jamais</i>	24(13,1)	22(7,9)	46(9,9)	36(20,8)	22(12,2)	58(16,4)	60(16,8)	44(9,5)	105(12,8)
<i>Rarement</i>	19(10,3)	26(9,3)	45(9,7)	27(15,6)	9(5,0)	36(10,2)	46(12,9)	35(7,6)	81(9,9)
<i>Souvent</i>	69(37,5)	54(19,3)	123(26,5)	66(38,2)	38(21,0)	104(29,4)	135(37,8)	92(20,0)	227(27,7)
<i>Toujours</i>	72(39,1)	178(63,6)	250(53,9)	44(25,4)	112(61,9)	156(44,1)	116(32,5)	290(62,9)	406(49,6)

Globalement, 10,1% des participants, dont 18,2% chez les HSH et 3,7% chez les TS, n'avaient jamais été effectué un test de dépistage du VIH. En effet, près de 2 HSH sur 10 (18,2%) n'avaient jamais effectué un test de de dépistage du VIH avant celui effectué dans le cadre de cette étude tandis que cette proportion était seulement de 3,7% chez les TS (Tableau VI).

Parmi les 89,9% des participants ayant déjà effectué un test de dépistage du VIH, 39,1% l'avaient fait au cours des trois derniers mois dont 30,1% des HSH et 45,0% des TS. Seulement Dans l'ensemble, 89,8% des participants (HSH et TS) dont 85,6% des HSH et 93,1% des TS n'avaient jamais entendu parler de l'autotest sanguin du VIH avant qu'ils ne soient invités à prendre part à cette étude.

Tableau VI : Répartition des connaissances et pratiques relatives au dépistage du VIH par ville et par cible

	DOUALA			YAOUNDÉ			Ensemble		
	HSH n(%)	TS n(%)	HSH/TS n(%)	HSH n(%)	TS n(%)	HSH/TS n(%)	HSH n(%)	TS n(%)	HSH/TS n(%)
A déjà effectué un test du VIH									
<i>Non</i>	28(15,1)	10(3,6)	38(8,2)	38(21,5)	7(3,9)	45(12,6)	66(18,2)	17(3,7)	83(10,1)
<i>Oui</i>	157(84,9)	269(96,4)	426(91,8)	139(78,5)	174(96,1)	313(87,4)	296(81,8)	443(96,3)	740(89,9)
Si test VIH fait, à quand remonte ce test									
<i>Trois derniers mois</i>	56(35,7)	125(72,7)	181(42,5)	33(23,7)	74(42,8)	107(34,3)	89(30,1)	199(45,0)	289(39,1)
<i>Plus de trois mois</i>	101(64,3)	47(27,3)	245(57,5)	106(76,3)	99(57,2)	205(65,7)	207(69,9)	243(55,0)	450(60,19)
A déjà entendu parler de l'autotest sanguin du VIH									
<i>Non</i>	155(83,8)	268(95,7)	423(91,0)	155(87,6)	161(89,0)	316(88,3)	310(85,6)	429(93,1)	740(89,8)
<i>Oui</i>	30(16,2)	12(4,3)	42(9,0)	22(12,4)	20(11,0)	42(11,7)	52(14,4)	32(6,9)	84(10,2)

Les canaux d'information par rapport à l'autotest de dépistage du VIH étaient principalement l'organisation à base communautaire (65,5%) et la formation sanitaire (22,5%) (**Figure 2**).

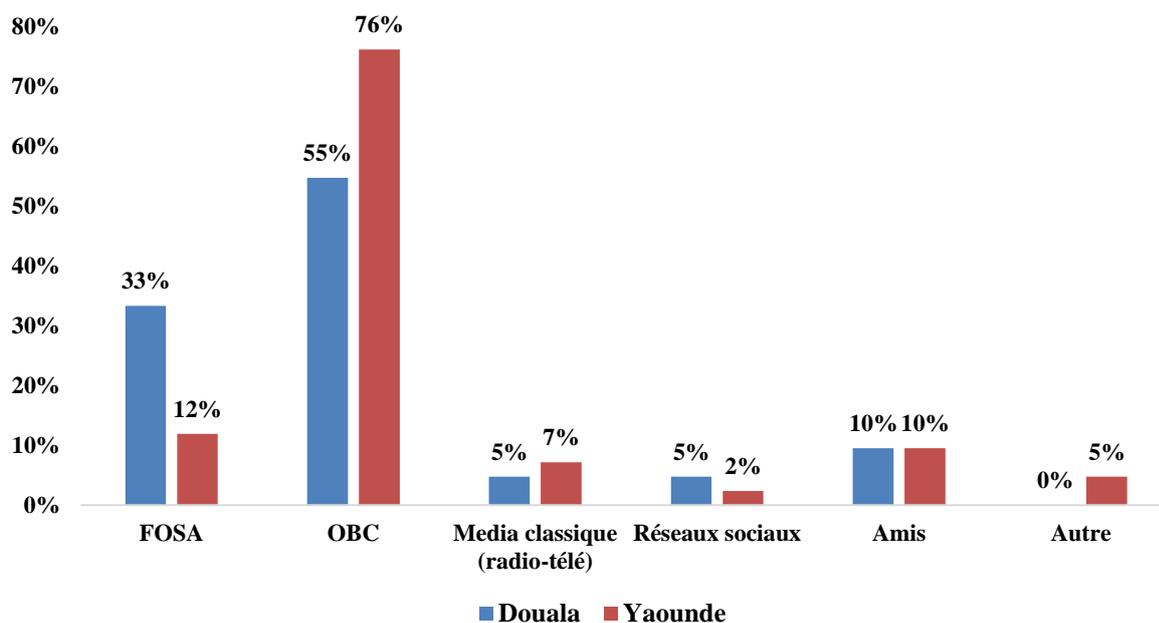


Figure 2 : Répartition des participants selon le canal d'information sur l'autotest du VIH

Dans l'ensemble, pour les participants (HSH et TS) ayant déjà effectué un test de dépistage du VIH, les lieux de réalisation du dernier test de VIH étaient majoritairement une OBC (47%) et un hôpital public ou privé (33,7%) (Tableau VII).

Tableau VII : Répartition du lieu de réalisation du test de dépistage du VIH par ville et par cible

Lieu de réalisation du dernier test de VIH	DOUALA			YAOUNDE			Ensemble		
	HSH n(%)	TS n(%)	HSH/TS n(%)	HSH n(%)	TS n(%)	HSH/TS n(%)	HSH n(%)	TS n(%)	HSH/TS n(%)
<i>Autotest</i>	2(1,3)	0(0,0)	2(0,5)	1(0,7)	2(1,1)	3(1,0)	3(1,0)	2(0,5)	5(0,7)
<i>Dans le cadre d'une étude</i>	3(1,9)	2(0,7)	5(1,2)	1(0,7)	0(0,0)	1(0,3)	4(1,4)	2(0,5)	6(0,8)
<i>Dans un hôpital Privé</i>	24(15,3)	36(13,4)	60(14,1)	26(18,7)	24(13,8)	50(16,0)	50(16,9)	60(13,6)	110(14,9)
<i>Dans un hôpital Public</i>	40(25,5)	41(15,3)	81(19,1)	21(15,1)	36(20,7)	57(18,2)	61(20,6)	77(17,4)	139(18,8)
<i>Dans une OBC</i>	72(45,5)	140(52,2)	212(49,9)	51(36,7)	85(48,9)	136(43,5)	123(41,6)	225(50,9)	348(47,1)
<i>Lors d'une campagne de dépistage</i>	16(10,2)	49(18,3)	65(15,3)	39(28,1)	27(15,5)	66(21,1)	55(18,6)	76(17,2)	131(17,7)

2. ACCEPTABILITÉ DE L'AUTOTEST SANGUIN DU VIH PAR LES TS ET LES HSH

Globalement, 99,4% des participants avaient accepté l'autotest sanguin du VIH dont 100% des TS et 98,9% des HSH (Figure 3).

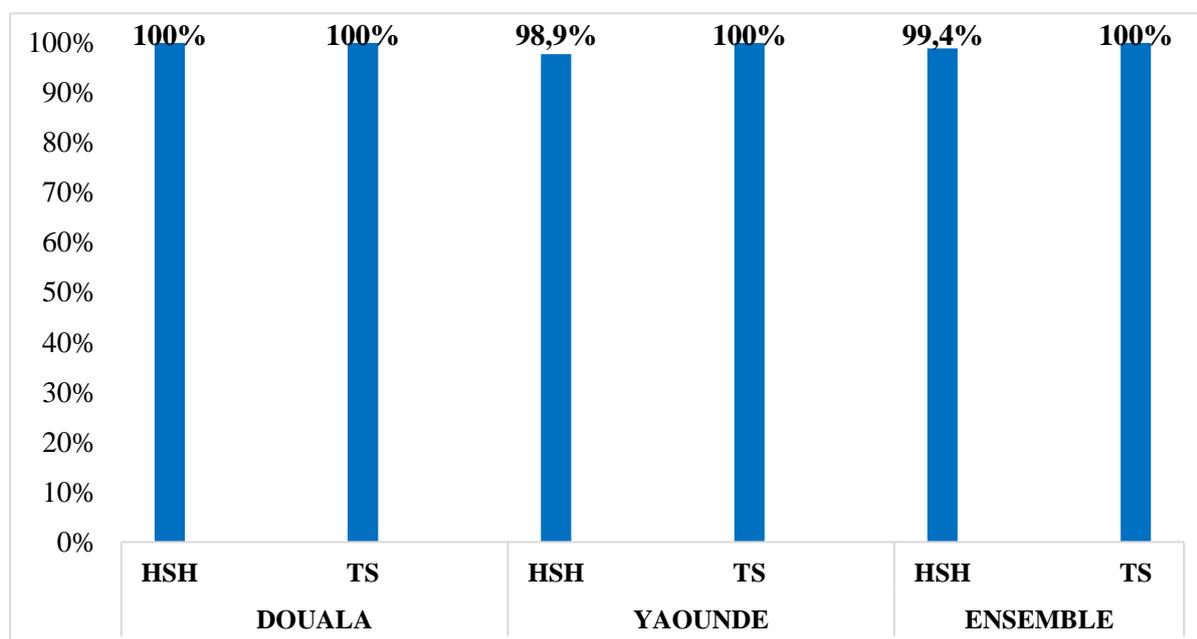


Figure 3 : Proportion des participants ayant accepté d'utiliser l'autotest sanguin du VIH

3. UTILISABILITÉ DE L'AUTOTEST SANGUIN DU VIH PAR LES TS ET LES HSH

Globalement, les prototypes d'autotests sanguins avaient été utilisés de manière comparable, soit 33,3%, 34,3% et 32,4% respectivement pour *Abbott® HIV Self-Test*, *Chembio® HIV Self-Test* et *Mylan® HIV Self-Test*. (Tableau VIII).

Tableau VIII : Répartition des types de tests choisis par ville et par cible

	DOUALA			YAOUNDE			Ensemble		
	HSH n(%)	TS n(%)	HSH/TS n(%)	HSH n(%)	TS n(%)	HSH/TS n(%)	HSH n(%)	TS n(%)	HSH/TS n(%)
Type d'autotest sanguin utilisé									
<i>Abbott® HIV Self-Test</i>	82(44,6)	72(25,9)	154(33,3)	63(36,2)	55(30,4)	118(33,2)	145(40,5)	127(27,7)	272(33,3)
<i>Chembio® HIV Self-Test</i>	66(35,9)	94(33,8)	160(34,6)	57(32,8)	63(34,8)	120(33,8)	123(34,4)	157(34,2)	280(34,3)
<i>Mylan® HIV Self-Test</i>	36(19,6)	112(40,3)	148(32,0)	54(31,0)	63(34,8)	117(33,0)	90(25,1)	175(38,1)	265(32,4)

Dans l'ensemble, les HSH utilisaient correctement (bonne et très bonne utilisabilité) les dispositifs d'autotest sanguin du VIH comparativement aux TS, soit 68,9% contre 41,4%. À Yaoundé, plus de 4 HSH (86,5%) sur 5 utilisaient correctement les dispositifs d'autotest sanguin du VIH tandis que plus de 2 TS (42,5%) sur 5 les utilisaient correctement. À Douala, un peu plus de 1 HSH (51,9%) sur 2 utilisaient correctement les dispositifs d'autotest sanguin du VIH tandis qu'environ 2 TS (40,7%) sur 5 les utilisaient correctement. En effet, l'utilisabilité était bonne pour 66,67% de HSH et 37,53% de TS. Seulement 6,9% de HSH et 14,5% de TS respectivement, avaient une utilisabilité médiocre des autotests sanguins de dépistage du VIH (Tableau IX).

Tableau IX : Répartition du niveau de l'utilisabilité de l'autotest sanguin du VIH par ville et par cible

	DOUALA		YAOUNDÉ		Ensemble		
	HSH	TS	HSH	TS	HSH	TS	HSH/TS
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
Utilisabilité de l'autotest sanguin du VIH							
<i>Médiocre</i>	19(10,3)	50(17,9)	6(3,4)	17(9,4)	25(6,9)	67(14,5)	92(11,2)
<i>Passable</i>	70(37,8)	116(41,4)	18(10,1)	87(48,1)	88(24,2)	203(44,0)	291(35,3)
<i>Bonne</i>	92(49,7)	96(34,3)	150(84,3)	77(42,5)	242(66,7)	173(37,5)	415(50,4)
<i>Très Bonne</i>	4(2,2)	18(6,4)	4(2,2)	0(0,0)	8(2,2)	18(3,9)	26(3,2)

Pour le prototype *Abbott® HIV Self-Test*, le niveau d'utilisabilité (bonne et très bonne utilisabilité) était à 66,9%, pour le prototype *Chembio® HIV Self-Test*, 47,8% et 46% le prototype *Mylan® HIV Self-Test*. Quel que soit le prototype d'autotest sanguin du VIH, le niveau d'utilisabilité (bonne et très bonne utilisabilité) chez les HSH était supérieur à celui des TS. (Tableau X).

Tableau X : Répartition du niveau de l'utilisabilité du type d'autotest sanguin du VIH par ville et par cible

	DOUALA			YAOUNDÉ			DOUALA/YAOUNDÉ		
	HSH n(%)	TS n(%)	Total n(%)	HSH n(%)	TS n(%)	Total n(%)	HSH n(%)	TS n(%)	Total n(%)
Utilisabilité de l'autotest sanguin du VIH									
Abbott® HIV Self-Test									
<i>Médiocre</i>	2(2,4)	3(4,2)	5(3,2)	0(0,0)	4(7,3)	4(3,4)	2(1,4)	7(5,5)	9(3,3)
<i>Passable</i>	20(24,4)	22(30,6)	42(27,3)	9(14,3)	30(54,5)	39(33,1)	29(20,0)	52(40,9)	81(29,8)
<i>Bonne</i>	56(68,3)	45(62,5)	101(65,6)	52(82,5)	21(38,2)	73(61,9)	108(75,5)	66(52,0)	174(64,0)
<i>Très bonne</i>	4(4,9)	2(2,8)	6(3,9)	2(3,2)	0(0,0)	2(1,7)	6(4,1)	2(1,6)	8(2,9)
Chembio® HIV Self-Test									
<i>Médiocre</i>	10(15,2)	20(21,3)	30(18,8)	0(0,0)	5(7,9)	5(4,2)	10(8,1)	25(15,9)	35(12,5)
<i>Passable</i>	36(54,5)	43(45,7)	79(49,4)	4(7,0)	28(44,4)	32(26,7)	40(32,5)	71(45,2)	111(39,6)
<i>Bonne</i>	20(30,3)	23(24,5)	43(26,9)	52(91,2)	30(74,6)	82(68,3)	72(58,5)	53(33,8)	125(44,6)
<i>Très bonne</i>	0(0,0)	8(8,5)	8(5,0)	1(1,8)	0(0,0)	1(0,8)	1(0,8)	8(5,1)	9(3,2)
Mylan® HIV Self-Test									
<i>Médiocre</i>	7(19,4)	27(24,1)	34(23,0)	2(3,7)	8(12,7)	10(8,5)	9(10,0)	35(20,0)	44(16,6)
<i>Passable</i>	14(38,9)	51(45,5)	65(43,9)	5(9,3)	29(46,0)	34(29,1)	19(21,1)	80(45,7)	99(37,4)
<i>Bonne</i>	15(41,7)	27(24,1)	42(28,4)	46(85,2)	26(41,3)	72(61,5)	61(67,8)	53(30,3)	114(43,0)
<i>Très bonne</i>	0(0,0)	7(6,3)	7(4,7)	1(1,9)	0(0,0)	1(0,9)	1(1,1)	7(4,0)	8(3,0)

4. RÉSULTAT FINAL DE L'AUTOTEST SANGUIN DU VIH DU PARTICIPANT

Respectivement, 24,3%, 23,9% et 19,4% des participants ayant effectué leur autotest sanguin du VIH avec les kits Abbott, Chembio ou Mylan avaient un résultat de test réactif.

Au total, 22,6% des participants avaient un résultat de test réactif et la proportion des autotests réactifs chez les HSH (23,2%) était légèrement supérieure à celle des TS (22,1%). Seulement, 2,9% des autotests (Abbott, Chembio ou Mylan) ayant un résultat invalide avaient été dénombrés.

Dans l'ensemble, le dispositif d'autotest sanguin du VIH ayant rendu le moins de résultats de test invalide était *Abbott HIV self-test* avec seulement, 4 résultats de test invalide sur 272 réalisés soit 1,5%. *Chembio HIV self-test* avait rendu 6 résultats de test invalide sur 280 réalisés soit 2,1%. *Mylan HIV self-test* est le dispositif qui avait rendu le plus de résultats de test invalide avec 14 résultats de test invalide sur 263 réalisés, soit 5,3%. De ces 24 résultats de tests invalides, 21 était survenus chez les TS (87,5%) et 3 chez les HSH (12,5%). C'est dans la ville de Yaoundé qu'il y avait eu le plus de résultats de test invalide, soit 16 sur 24 (66,7%), la ville de Douala n'ayant eu que 8 résultats de test invalide sur 24 (33,3%).

Tableau XI : Répartition du résultat final du type d'autotest sanguin du VIH par ville et par cible

	DOUALA		YAOUNDE		Ensemble		
	HSH n(%)	TS n(%)	HSH n(%)	TS n(%)	HSH n(%)	TS n(%)	HSH/TS n(%)
Type d'autotest sanguin utilisé / Résultat du test							
Abbott HIV Self-Test							
<i>Négatif</i>	69(84,1)	66(91,7)	41(65,1)	26(47,3)	110(75,4)	92(74,2)	202(74,3)
<i>Réactif</i>	12(14,6)	6(8,3)	22(34,9)	26(47,3)	34(23,4)	32(25,2)	66(24,3)
<i>Test invalide</i>	1(1,2)	0(0,0)	0(0,0)	3(5,5)	1(0,7)	3(2,4)	4(1,5)
Chembio HIV Self-Test							
<i>Négatif</i>	58(87,9)	75(79,8)	38(66,7)	36(57,1)	96(78,0)	111(70,7)	207(73,9)
<i>Réactif</i>	8(12,1)	16(17,0)	19(33,3)	24(38,1)	27(22,0)	40(25,5)	67(23,9)
<i>Test invalide</i>	0(0,0)	3(3,2)	0(0,0)	3(4,8)	0(0,0)	6(3,8)	6(2,1)
Mylan HIV Self-Test							
<i>Négatif</i>	35(97,2)	96(85,7)	31(57,4)	36(59,0)	66(73,3)	132(76,3)	198(75,3)
<i>Réactif</i>	1(2,8)	12(10,7)	21(38,9)	17(27,9)	22(24,4)	29(16,8)	51(19,4)
<i>Test invalide</i>	0(0,0)	4(3,6)	2(3,7)	8(13,1)	2(2,2)	12(6,6)	14(5,3)
Résultat du test							
<i>Négatif</i>	162(88)	237(85,3)	110(63,2)	98(57,8)	272(76)	335(73,3)	607(74,5)
<i>Réactif</i>	21(11,5)	34(12,2)	62(35,6)	67(37,4)	83(23,2)	10(22,1)	184(22,6)
<i>Test invalide</i>	1(0,5)	7(2,5)	2(1,2)	14(7,8)	3(0,8)	21(4,6)	24(2,9)

De manière général, la concordance de l'interprétation de la lecture des résultats entre les participants et les enquêteurs est supérieur à 90%, exceptés pour les TS de Yaoundé pour le prototype *Abbott HIV self-test* (83,6%) ; TS de Yaoundé pour *Chembio HIV self-test* (85,7%) ; HSH (88,9%) et TS (79,4%) de Yaoundé pour *Mylan HIV self-test*.

Respectivement, 7,4%, 6,1% et 10,2% des participants ayant effectué leur autotest sanguin du VIH avec les kits Abbott, Chembio ou Mylan avaient une mauvaise interprétation du résultat.

Parmi les HSH ayant effectué leur autotest sanguin du VIH, 6,3% avaient une mauvaise interprétation du résultat.

Parmi les TS ayant effectué leur autotest sanguin du VIH, 8,9% avaient une mauvaise interprétation du résultat.

Tableau XII : Répartition de l'interprétation des résultats du type de test par ville et par cible

	DOUALA		YAOUNDÉ		Ensemble		
	HSH n(%)	TS n(%)	HSH n(%)	TS n(%)	HSH n(%)	TS n(%)	HSH/TS n(%)
Type d'autotest sanguin utilisé							
Abbott® HIV Self-Test							
<i>Mauvaise</i>	3(3,7)	3(4,2)	5(7,9)	9(16,4)	8(5,5)	12(9,4)	20(7,4)
<i>Bonne</i>	79(96,3)	69(95,8)	58(92,1)	46(83,6)	137(94,5)	115(90,6)	252(92,6)
Chembio® HIV Self-Test							
<i>Mauvaise</i>	3(4,5)	1(1,1)	4(7,0)	9(14,3)	7(5,7)	10(6,4)	17(6,1)
<i>Bonne</i>	63(95,5)	93(98,9)	53(93,0)	54(85,7)	116(94,3)	147(93,6)	263(93,9)
Mylan® HIV Self-Test							
<i>Mauvaise</i>	2(5,6)	6(5,4)	6(11,1)	13(20,6)	8(8,9)	19(10,9)	27(10,2)
<i>Bonne</i>	34(94,4)	106(94,6)	48(88,9)	50(79,4)	82(91,1)	156(89,1)	238(89,8)

De tous participants ayant effectué leur autotest sanguin du VIH avec Abbott, Chembio ou Mylan, 96,0% (791) avaient affirmé qu'ils recommanderaient ce type d'autotest à une tierce personne dont 97,5%(354) des HSH et 94,8%(437) des TS (Tableau XIII).

Tableau XIII : Répartition de l'attitude à recommander l'autotest sanguin de dépistage du VIH à une tierce personne par ville et par cible

Attitude à recommander l'autotest sanguin de dépistage du VIH à une tierce personne	DOUALA			YAOUNDÉ			Ensemble		
	HSH n(%)	TS n(%)	HSH/TS n(%)	HSH n(%)	TS n(%)	HSH/TS n(%)	HSH n(%)	TS n(%)	HSH/TS n(%)
<i>Ne sait pas</i>	4(2,2)	5(1,8)	9(1,9)	4(2,2)	14(7,7)	18(3,9)	4(1,1)	19(4,1)	23(2,8)
<i>Non</i>	1(0,5)	1(0,4)	2(0,4)	0(0,0)	4(2,2)	4(1,1)	1(0,3)	5(1,1)	6(0,7)
<i>Oui</i>	180(97,3)	274(97,9)	454(97,6)	174(97,8)	163(90,1)	337(93,9)	354(97,5)	437(94,8)	791(95,9)

5. NIVEAU DE DIFFICULTÉ D'UTILISATION DE L'AUTOTEST SANGUIN DU VIH RAPPORTÉ PAR LES TS ET HSH

Au total, 86,9% des participants, dont 94,2% (338) des HSH et 81,3%(374) des TS, ayant effectué l'autotest sanguin de dépistage du VIH avaient déclaré que les instructions sur l'utilisation de l'autotest sanguin du VIH n'étaient pas difficiles. De même, 88,5% des participants, dont 94,4% (339) des HSH et 81,9%(387) des TS, ayant effectué l'autotest sanguin de dépistage du VIH avaient déclaré que la compréhension des kits de l'autotest sanguin du VIH n'étaient pas difficiles (Tableau XIV).

Tableau XIV : Répartition des niveaux difficultés à utiliser l'autotest sanguin de dépistage du VIH par ville et par cible

Appréciation de la compréhension des instructions sur l'utilisation de l'autotest sanguin du VIH utilisé	DOUALA			YAOUNDÉ			Ensemble		
	HSH n(%)	TS n(%)	HSH/TS n(%)	HSH n(%)	TS n(%)	HSH/TS n(%)	HSH n(%)	TS n(%)	HSH/TS n(%)
<i>Pas difficile</i>	173(93,5)	230(82,4)	403(86,9)	165(94,8)	144(79,6)	309(87,0)	338(94,2)	374(81,3)	712(86,9)
<i>Neutre</i>	9(4,9)	17(6,1)	26(5,6)	4(2,3)	5(2,8)	9(2,5)	13(3,6)	22(4,8)	35(4,3)
<i>Difficile</i>	1(0,5)	22(7,9)	23(5,0)	4(2,3)	23(12,7)	27(7,6)	5(1,4)	45(9,8)	50(6,1)
<i>Très difficile</i>	2(1,1)	10(3,6)	12(2,6)	1(0,6)	9(5,0)	10(2,8)	3(0,8)	19(4,1)	22(2,7)
Appréciation de la compréhension du kit d'autotest sanguin du VIH utilisé									
<i>Pas difficile</i>	173(93,5)	232(82,9)	405(87,1)	166(95,4)	155(85,6)	321(90,4)	339(94,4)	387(83,9)	726(88,5)
<i>Neutre</i>	10(5,4)	28(10,0)	38(8,2)	4(2,3)	2(1,1)	6(1,7)	14(3,9)	30(6,5)	44(5,4)
<i>Difficile</i>	1(0,5)	17(6,1)	18(3,9)	4(2,3)	17(9,4)	21(5,9)	5(1,4)	34(7,4)	39(4,8)
<i>Très difficile</i>	1(0,5)	3(1,1)	4(0,9)	0(0,0)	7(3,9)	7(2,0)	1(0,3)	10(2,2)	11(1,3)

Indifféremment du type d'autotest sanguin de dépistage du VIH, huit participants sur dix avaient déclaré que les instructions sur l'utilisation de l'autotest sanguin du VIH n'étaient pas difficiles. En effet, 88,2%, 85,4% et 87,2% des participants ayant utilisé respectivement les autotests de type Abbott, Chembio, Mylan avaient déclaré que les instructions sur l'utilisation de l'autotest sanguin du VIH n'étaient pas difficiles.

Tableau XV : Répartition des niveaux de difficulté à utiliser l'autotest sanguin de dépistage du VIH en fonction du type d'autotest utilisé par ville et par cible

		DOUALA			YAOUNDÉ			Ensemble		
		HSH	TS	HSH/TS	HSH	TS	HSH/TS	HSH	TS	HSH/TS
		n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
Appréciation des instructions sur l'utilisation de l'autotest sanguin du VIH										
Abbott® HIV Self-Test	<i>Pas difficile</i>	77(93,9)	57(80,3)	134(87,6)	60(95,2)	45(81,8)	105(89,0)	137(94,5)	102(81,0)	239(88,2)
	<i>Neutre</i>	5(6,1)	4(5,6)	9(5,9)	1(1,6)	2(3,6)	3(2,5)	6(4,1)	6(4,8)	12(4,4)
	<i>Difficile</i>	0(0,0)	8(11,3)	8(5,2)	1(1,6)	6(10,9)	7(5,9)	1(0,7)	14(11,1)	15(5,5)
	<i>Très difficile</i>	0(0,0)	2(2,8)	2(1,3)	1(1,6)	2(3,6)	3(2,5)	1(0,7)	4(3,2)	5(1,8)
Chembio® HIV Self-Test	<i>Pas difficile</i>	61(92,4)	76(80,9)	137(85,6)	54(94,7)	48(76,2)	102(85,0)	115(93,5)	124(79,0)	239(85,4)
	<i>Neutre</i>	3(4,5)	7(7,4)	10(6,3)	2(3,5)	3(4,8)	5(4,2)	5(4,1)	10(6,4)	15(5,4)
	<i>Difficile</i>	0(0,0)	8(8,5)	8(5,0)	1(1,8)	9(14,3)	10(8,3)	1(0,8)	17(10,8)	18(6,4)
	<i>Très difficile</i>	2(3,0)	3(3,2)	5(3,1)	0(0,0)	3(4,8)	3(2,5)	2(1,6)	6(3,8)	8(2,9)
Mylan® HIV Self-Test	<i>Pas difficile</i>	34(94,4)	95(84,8)	129(87,2)	51(94,4)	51(81,0)	102(87,2)	85(94,4)	146(83,4)	231(87,2)
	<i>Neutre</i>	1(2,8)	6(5,4)	7(4,7)	1(1,9)	0(0,0)	1(0,9)	2(2,2)	6(3,4)	8(3,0)
	<i>Difficile</i>	1(2,8)	6(5,4)	7(4,7)	2(3,7)	8(12,7)	10(8,5)	3(3,3)	14(8,0)	17(6,4)
	<i>Très difficile</i>	0(0,0)	5(4,5)	5(3,4)	0(0,0)	4(6,3)	4(3,4)	0(0,0)	9(5,1)	9(3,4)
Appréciation du kit d'autotest sanguin du VIH										
Abbott® HIV Self-Test	<i>Pas difficile</i>	77(93,9)	58(80,6)	135(87,7)	60(95,2)	50(90,9)	110(93,2)	137(94,5)	108(85,0)	245(90,1)
	<i>Neutre</i>	5(6,1)	10(13,9)	15(9,7)	2(3,2)	0(0,0)	2(1,7)	7(4,8)	10(7,9)	17(6,3)
	<i>Difficile</i>	0(0,0)	4(5,6)	4(2,6)	1(1,6)	3(5,5)	4(3,4)	1(0,6)	7(5,5)	8(2,9)
	<i>Très difficile</i>	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	2(3,6)	2(1,7)	0(0,0)	2(1,6)	2(0,7)
Chembio® HIV Self-Test	<i>Pas difficile</i>	62(93,9)	83(88,3)	145(90,6)	55(96,5)	53(84,1)	108(90,0)	117(95,1)	136(86,6)	253(90,4)
	<i>Neutre</i>	3(4,5)	6(6,4)	9(5,6)	1(1,8)	2(3,2)	3(2,5)	4(3,3)	8(5,1)	12(4,3)
	<i>Difficile</i>	0(0,0)	4(4,3)	4(2,5)	1(1,8)	8(12,7)	9(7,5)	1(0,8)	12(7,6)	13(4,6)
	<i>Très difficile</i>	1(1,5)	1(1,1)	2(1,3)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	1(0,8)	1(0,6)	2(0,7)
Mylan® HIV Self-Test	<i>Pas difficile</i>	33(91,7)	89(79,5)	122(82,4)	51(94,4)	52(82,5)	103(88)	84(93,3)	141(80,6)	225(84,9)
	<i>Neutre</i>	2(5,6)	12(10,7)	14(9,5)	1(1,9)	0(0,0)	1(0,9)	3(3,3)	12(6,9)	15(5,7)
	<i>Difficile</i>	1(2,8)	9(8,0)	10(6,8)	2(3,7)	6(9,5)	8(6,8)	3(3,3)	15(8,6)	18(6,8)
	<i>Très difficile</i>	0(0,0)	2(1,8)	2(1,4)	0(0,0)	5(7,9)	5(4,3)	0(0,0)	7(4,0)	7(2,6)

6. PERCEPTION DES RESPONSABLES DU MINSANTE RELATIVES À FAISABILITÉ DE L'AUTOTEST SANGUIN DU VIH

6.1. Contexte du dépistage du VIH au Cameroun

Le contexte du dépistage du VIH au Cameroun est présenté ici à travers sur le cadre général de dépistage du VIH au Cameroun, les obstacles, les points négatifs et les points positifs tels que perçus par les responsables des directions techniques et programmes du MINSANTE.

6.2. Cadre de dépistage du VIH au Cameroun

À ce niveau, il faut souligner que le cadre de dépistage du VIH au Cameroun est en constante amélioration. Au fil du temps, de nouvelles approches de dépistage ont vu le jour (dépistage de masse, dépistage familial, dépistage par cas index) et sont mises en œuvre afin de couvrir les populations difficilement accessibles par les méthodes de dépistage classique du VIH, tel qu'illustré par les propos ci-dessous.

...Communautaire au fur et à mesure que la ville a évolué pour pouvoir toucher plus de populations et... au fur et à mesure qu'on avait plus de personnes sous traitement il devenait difficile de dépister de nouvelles personnes donc on a ajouté de nouveaux modèles de dépistage qu'on a appelé dépistage différencié et parmi lesquels on peut citer le dépistage familial, le dépistage par cas index qui consiste à dépister une personne et essayer de traquer d'autres personnes autour de cette personne là ; et... ces dernières années on parle de plus en plus de l'auto-dépistage pour toucher les populations les moins accessibles par les méthodes de dépistage traditionnelles. Voilà globalement ! **CNLS**

Pour ma part je pense que ça va, ça se passe bien au début c'était un peu difficile mais maintenant c'est même pratiquement déjà banalisé. **DCOOP**

Ok ! parlant du dépistage du VIH/Sida au Cameroun, je tirais simplement qu'au fil des années sur la base des indicateurs que nous avons recensé il y a une nette amélioration en termes de dépistage dans la population générale, certes mais en ce qui concerne la cible des adolescents et des jeunes on a un faible taux d'identification de ces adolescents là pour bénéficier des activités telles que le dépistage. Euh...également je dirais que...euh...il est arrivé à certain moment donné que nous avons eu des ruptures en tests, plus précisément je parle du dépistage des enfants exposés par la PCR. Hmm bon avec les stratégies qui ont été mises en place je crois que les indicateurs s'améliorent au jour le jour. **DLMEP**

Déjà même avant d'entrer en faculté de médecine, le dépistage déjà je le connaissais dans le cadre des activités des laboratoires, des examens soit de routine qu'on demande quand on va dans une formation sanitaire, quand on a déjà un certain âge...euh...quand le médecin suppose qu'on est déjà sexuellement actif et cet examen est demandé ; aussi euh...quand on est enceinte pour les femmes. Donc que...qu'est-ce que je peux ajouter ? souvent lors des ...des campagnes, dans les écoles humm c'est dans ce cadre-là que le dépistage est réalisé. **DPML**

6.3. Obstacles dans la mise en œuvre des activités de dépistage

Trois obstacles majeurs émanent de la mise en œuvre des activités de dépistage du VIH selon les responsables interviewés. Premièrement, la saturation en termes de dépistage qui est liée au fait que les populations non identifiées vivants avec le VIH deviennent petites c'est-à-dire les

populations ne connaissant pas leur statut. Ceci d'autant plus qu'avec les campagnes de dépistage fait au niveau communautaire, il est difficile de trouver de nouvelles personnes vivant avec le VIH.

Deuxièmement, la stigmatisation et plusieurs problèmes entravent le dépistage du VIH chez les enfants et adolescents. Les propos ci-dessous étayent davantage ces obstacles.

Oui comme je l'ai dit plus on atteint la saturation en termes de dépistage, quand je parle de saturation c'est que dans la population des personnes vivant avec le VIH qui est estimé au Cameroun et puis on a la population de ceux qui connaissent déjà leur statut, donc ce qu'on recherche c'est la population de ceux qui ne connaissent pas encore leur statut. Donc plus cette population devient petite c'est-à-dire la population de ceux qui ne connaissent pas leur statut, Parce qu'avec le dépistage de masse il est difficile de trouver de nouvelles personnes vivant avec le VIH or avec les modèles ciblés on essaie d'avoir plus d'impact et moins de gaspillage de ressources. Oui je pense que les dépistages communautaires qu'on a entrepris ont montré ces limites parce que le dépistage communautaire consistait à envoyer des unités mobiles dans les zones qu'on pensait...euh...à forte...à fort risque mais ces dépistages ont montré que...avec cette méthodologie on n'atteint pas forcément les nouvelles personnes à testées. Bon globalement ce que je peux dire d'expérience de dépistage c'est que l'un des freins de la lutte contre le VIH c'est la stigmatisation. Donc c'est la stigmatisation qui est l'une des causes des difficultés d'accès aux services VIH **CNLS**

mais nous faisons face à de nombreux défis en ce qui concerne le dépistage chez les enfants, les adolescents et les jeunes. **DLMEP**

(soupire) souvent il est difficile (rires) parce que moi déjà...étant...j'ai fait trois maternités. Vous savez quand vous allez...les hommes déjà n'aiment pas l'hôpital et quand il faut déjà parler des examens approfondis qui révèlent leur état de santé, ils n'aiment pas ça. Donc pour convaincre ce n'est pas facile, ce n'est pas évident. Mais moi j'ai eu la chance que moi mon conjoint il n'a pas trouvé de fond. Déjà quand je lui ai montré mon statut il s'est appuyé sur le mien ça l'a encouragé à le faire. **DPML**

6.4. Points négatifs dans le cadre du dépistage de VIH

Les erreurs de résultats et la mauvaise gestion des stocks des tests sont les points négatifs identifiés par les responsables interviewés. En effet, selon ces derniers, il existerait un manifeste manque de communication entre les régions ; ce problème est à l'origine des tensions des stocks voire rupture dans certaines régions tandis que dans le même temps d'autres régions sont en dépassement des dates de péremption de leurs stocks comme le montrent ces verbatim :

Bon peut être le fait de faire l'erreur sur les résultats, peut être tu vas faire les résultats quelque part dans un centre et puis on fait erreur peut être sur la manipulation du sang et tout, et puis on te donne les résultats de quelqu'un qui, de quelqu'un d'autre. **DCOOP**

J'ai parlé des ruptures oui et la mauvaise gestion des stocks également. Donc on peut avoir le stock à Yaoundé alors qu'on a une autre ville qui en demande, alors que les stocks qui sont à Yaoundé sont en voie de péremption. Je vais vous prendre un exemple typique. J'ai été interpellée il y a deux jours par la région de l'Ouest qui a un stock énorme de PCR pour le dépistage précoce des enfants alors que dans la région de l'Est à Bétaré Oya et à... j'ai oublié le nom de l'autre ville là, ils sont en rupture de test de dépistage depuis au moins deux mois. Donc vous voyez qu'il faut qu'on revoie le système de gestion des intrants au Cameroun ; c'est un gros problème. Oui ! Bon ce qui marche

moins bien j'ai déjà dit, on a des ruptures en test de dépistage spécifiquement chez les enfants où nous avons besoin des kits de DBS pour faire le dépistage précoce des enfants.

DLMEP

6.5. Points positifs dans le cadre du dépistage de VIH

Les points positifs identifiés comprennent l'amélioration des indicateurs de dépistage résultant des nouvelles stratégies de dépistage implémentées, la diminution de l'auto stigmatisation, l'identification formelle des cibles ayant une relation alambiquée avec le système de santé et donc difficiles d'accès dans cadre du dépistage du VIH.

Par contre le dépistage par cas index qui consiste lorsqu'on a trouvé un cas positif, on essaie de voir ces contacts sexuels et on teste ces contacts sexuels. Ça permet d'avoir plus de nouveaux cas. Il y'a aussi le dépistage familial c'est-à-dire que, c'est à peu près une forme de cas index parce que c'est de tester les membres de la famille d'une personne positive ; ça aussi ça permet d'avoir... des résultats... euh concluants comparé aux autres modèles. Je pourrais dire que... à l'exploitation des résultats de la dernière enquête démographique de santé dans laquelle on avait inclus les questions sur l'auto-dépistage il ressort quand même qu'il y avait déjà même avant l'introduction des kits d'autotest ; qu'il y avait déjà des personnes qui pratiquaient l'autotest ; cela veut dire que le besoin était déjà là ! **CNLS**

Ce n'est plus une honte ce n'est plus difficile comme avant, c'est maintenant plus digeste. Avant ce n'était pas évident pour quelqu'un d'aller se faire dépister, la peur, la honte et tout ce que ça pouvait entraîner. Mais maintenant les gens peuvent le faire de façon volontaire donc c'est plus un grand souci. **DCOOP**

Bon je dirais qu'en 2020 on parlait des objectifs 90-90-90 s'il faille faire une comparaison des trois indicateurs en ce qui concerne le dépistage je pense qu'on peut dire qu'on était à plus... (bruit de papier) 90% du taux de dépistage du VIH au Cameroun. Je crois que ça c'est un résultat à féliciter contrairement aux autres indicateurs tels que le deuxième 95 qui est la mise sous traitement et le troisième 95 qui est la suppression de la charge virale donc s'il faille comparer les trois 90 ça c'est en 2020 je dirais qu'il y a eu une nette amélioration concernant le dépistage au Cameroun. Ok ce qui marche bien dans la stratégie de dépistage du VIH c'est que de nouvelles approches ont été mises en place, par exemple le dépistage par cas index, le dépistage familial, le dépistage ciblé qui nous permet de...de...de mieux orienter et de dépister au maximum les personnes susceptibles d'avoir le VIH/Sida contrairement à ce type de dépistage où nous organisons une campagne de dépistage et chacun vient se faire dépister. Au jour d'aujourd'hui même au Cameroun on est allé jusqu'à élaborer un outil qu'on appelle le screening tool qui permet d'identifier des personnes à risque susceptibles d'avoir été exposées au VIH/Sida et c'est à eux que le test est généralement fait. Donc ceci nous a permis également d'augmenter le risque ça veut dire qu'on teste peu de personnes mais on a des résultats, que de tester beaucoup de personnes avec des résultats insuffisants. **DLMEP**

Déjà en ce qui concerne les écoles, on sait que les...les...les élèves quoi représentent une grande...une grande proportion dans la population camerounaise. C'est-à-dire que si on atteint déjà cette cible là on peut déjà couvrir une bonne partie de la population et aussi les femmes enceintes. Les femmes enceintes. **DPML**

6.6. Suggestions pour améliorer le cadre de dépistage du VIH

to do list/assiduité
meilleure gestion intrants
sensibilisation

Figure 4 : Nuage de mots clés du discours des responsables des directions techniques et programmes du MINSANTE lié aux suggestions pour améliorer le cadre de dépistage du VIH

Les interviewés s'accordent pour une assiduité et une rigueur au travail, de façon à réduire les erreurs imputables au personnel de santé. De même, il est suggéré une restructuration profonde du système de gestion des intrants et une intensification de la sensibilisation sur le bien-fondé du dépistage volontaire. Les verbatims ci-dessous illustrent ces suggestions.

Être beaucoup plus prudent, très attentif dans son travail, beaucoup plus concentré, il faut être très concentré dans ce genre de travail, il faut être minutieux parce que ce sont des choses qui peuvent coûter la vie à quelqu'un. Tu vas avoir un mauvais résultat et pourtant tu vois quelqu'un qui ne supporte pas va avoir un choc et pourtant ce n'est pas son résultat il n'est pas infecté. **DCOOP**

Euh je crois que si on restructure le système de gestion des intrants on aura beaucoup avancé, ajouter à ça il faut absolument la disponibilité continue des intrants dans les sites de prise en charge parce que si les intrants ne sont pas disponibles, comment est-ce qu'on va faire pour gérer les stocks ? donc il est d'abord important de rendre disponible ces intrants de façon continue et puis de renforcer la gestion des stocks en matière des intrants au Cameroun. **DLMEP**

Moi je crois que sur la question il faut juste sensibiliser, c'est la sensibilisation et ça passe par les médias parce que déjà nous les femmes c'est pas facile ; entre nous euh...avec nos hommes c'est pas facile. si les médias, si le Ministère de la Santé Publique s'appuyait sur les médias pour montrer l'importance que les statuts, que les deux conjoints ; que chaque conjoint soit au courant de son statut je crois qu'ils y verraient de l'importance. Je ne sais pas...passer par plusieurs politiques...mais je crois que ça passe par les médias. **DPML**

6.7. Connaissances relatives aux autotests sanguins du dépistage du VIH

Les informations ont été recueillies auprès des responsables des directions techniques et programmes du ministère de la santé publique. Les thématiques discutées avec ces derniers sont par ordre d'importance : la définition de l'autotest du VIH, ses cibles, les avantages de l'autodépistage, les solutions permettant de pallier à ses inconvénients, les dispositions stratégiques et directives normatives encadrant son utilisation en tant qu'une stratégie de dépistage du VIH au Cameroun, ses inconvénients, les facteurs facilitant sa validation et sa mise en œuvre au Cameroun et enfin les coûts d'acquisition de l'autotest.

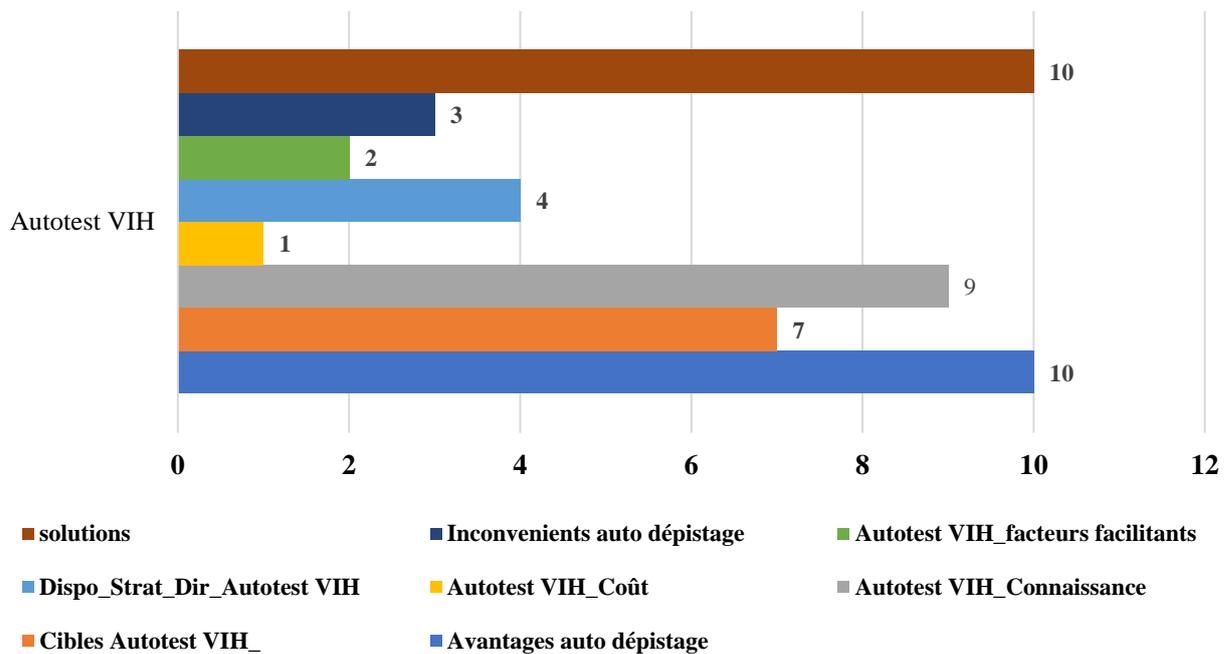


Figure 5 : diagramme en barre des principales thématiques abordées par les interviewés liées aux connaissances globales sur l'autotest du VIH

6.8. Connaissances spécifiques sur l'autotest du VIH

auto soins
auto dépistage

Figure 6 : Nuage de mots clés du discours des responsables des directions techniques et programmes du MINSANTE lié à la définition de l'autotest VIH

Globalement, les responsables interviewés avaient des connaissances sur l'autotest. Ils assimilent le mot autotest à auto dépistage. Selon ces derniers, l'auto dépistage consiste à se dépister soi-même sans l'aide d'un personnel de santé et cela est une composante l'auto soins. Cependant, une précision est faite par ces responsables des directions techniques et programmes qui traitent au quotidien des questions du VIH (DLMEP et CNLS). Ces derniers distinguent l'autotest salivaire de l'autotest sanguin et précisent qu'il s'agit quel que soit le type (autotest

salivaire/autotest sanguin) d'un test d'orientation. Les extraits de propos ci-dessous étayent davantage les dires de ces interviewés.

[...] il faut dire que l'autodépistage c'est un principe selon lequel la personne même se dépiste elle-même et pour ça il y'a des kits spécifiques qui permettent à ce que chacun...que les individus se dépistent eux-mêmes sans avoir recours à un personnel de santé ou bien un personnel qui est capable d'administrer le dépistage. Bon le dispositif, en fait l'autodépistage se fait à partir des kits de tests euh...qui sont soit des kits que la personne utilise et utilise juste la salive pour pouvoir se dépister, et il y a aussi d'autres kits où la personne peut utiliser le sang pour pouvoir se dépister. Donc il y a ces deux modèles qui existent. Il y a des kits, il y a plusieurs laboratoires qui proposaient, qui proposent déjà ces différents kits et ce sont ces kits que le programme acquiert et distribue. **CNLS**

Autotest c'est le faire personnellement, de façon personnelle. **DCOOP**

Ok lorsqu'on parle de l'autotest du VIH, il y a deux types d'autotest : l'autotest salivaire et l'autotest sanguin. Bon maintenant je ne sais pas si vous parlez de l'autotest sanguin ou bien [...] parce que autotest veut tout simplement dire que si à un moment donné je me rends compte que j'ai eu des comportements à risque, je peux prendre sur moi la responsabilité de me prélever et de faire mon test même si c'est le premier test à la détermine. Maintenant il y a des orientations s'il arrive que c'est positif je vais à la rencontre des experts en à la matière dans les formations sanitaires (bruits) pour que ce test soit confirmé ou bien infirmé. [...] L'auto-soin c'est sa propre prise en charge, auto ça veut dire que vous vous prenez en charge ; donc autotest ça veut dire que vous prenez sur vous la responsabilité de vous tester. **DLMEP**

Bon disons que c'est un terme qui est entré dans mon dictionnaire il y a peu en ce qui concerne le VIH. Il renvoie notamment à l'auto soin. L'auto soin c'est être responsable direct de sa prise en charge. **DPML**

6.9.Coût de l'autotest VIH

En ce qui concerne le coût de l'autotest, les données recueillies mettent en exergue une focalisation des directions techniques sur l'acquisition des autotests salivaires et donc une maîtrise de leur coût.

Aucune direction technique et programme du MINSANTE ne maîtrise le coût d'acquisition de l'autotest sanguin. Cette situation s'explique par le fait qu'à l'heure actuelle le choix du type de test n'est pas tributaire de son coût mais plutôt des avantages et inconvénients comme l'illustre les propos ci-dessous

Là...euh présentement je ne...(hésitation) pourrais pas avoir une information concernant la différence des coûts parce que comme je l'ai dit tantôt nous nous sommes focalisés sur l'acquisition des coûts des autotests salivaires donc nous n'avons pas exploré les autres tests sanguins dans le programme. **CNLS**

6.10. Dispositions stratégiques et directives normatives devant encadrer l'utilisation de l'autotest comme une stratégie de dépistage au Cameroun

De manière générale, l'analyse des discours des responsables interviewés fait ressortir que, les directives relatives à l'implémentation de l'autotest salivaire du VIH existent et que le contenu

de ces documents normatifs définit de manière précise les cibles. Cependant certains responsables soulignent une nécessité de révision de ces documents pour les rendre plus opérationnels notamment en ce qui concerne le mode de distribution des autotests, les conditions de leur utilisation y compris pour l'autotest sanguin du VIH, l'identification des rôles et responsabilité de chaque partie prenante. Les extraits de propos ci-dessous étayent d'avantages ces avis.

Donc pour cela il fallait d'abord être ciblé sur les populations les plus à risque, à risque c'est une méthode qui permet d'atteindre les populations qu'on n'atteint pas avec la méthode traditionnelle ; donc les directives donc que nous avons élaboré devaient permettre de dire qui est ciblé pour l'autodépistage et comment on va pouvoir atteindre cette cible. Et à cet effet, la mesure qui a été prise c'est que l'autodépistage devrait d'abord être destiné aux populations clés. [...] C'est à dire que les HSH qui sont difficiles à atteindre dans les formations sanitaires ou bien par les autres moyens de dépistage et les recevoir, par l'autodépistage ils peuvent se tester eux-mêmes, de même que les populations TS qui sont aussi les populations à fort risque et les clients des TS. Bon ! L'idée c'était que chaque TS reçoit les kits d'autodépistage et qu'ils puissent les distribuer à leurs clients pour pouvoir atteindre cette tranche de population qui est vraiment difficile à atteindre. Donc voilà un peu ce que les directives ont défini en termes de stratégies et en termes de méthode d'implémentation de l'autodépistage. Mais dans nos directives, la recommandation que nous avons formulée était de préférer les kits salivaires ; parce que les kits salivaires se sont les plus facilement maniables. **CNLS**

Euh comme vous l'avez dit si bien je pense qu'on doit avoir un cadre de réglementation, on doit élaborer les directives nationales, on doit savoir et définir les rôles et les responsabilités de tout un chacun lorsqu'on rend disponible les tests ; quel est le rôle du bénéficiaire qui est le personnel, quel est le rôle de celui qui va accompagner le bénéficiaire, on doit élaborer les SOPs à la base pour que chacun puisse savoir quels sont ses rôles et quelles sont ces responsabilités avec les directives nationales qui nous permettent de voir comment toutes ces choses-là marchent. Je pense si nous avons au niveau du Ministère de la Santé Publique développé tous ces documents, je pense qu'à un moment les choses peuvent marcher dans notre pays ; mais si on s'en va seulement mettre en place la phase pilote de l'autotest sanguin sans avoir au préalable développé tous ces documents je pense qu'on n'aura pas de résultats palpables. **DLMEP**

Hum déjà ici au niveau du laboratoire je pense que le travail qu'on pourra mener c'est disponibiliser ; de le rendre disponible un peu partout. C'est-à-dire les zones qui sont facilement accessibles aux patients. Je pense aux pharmacies officines, aux dispensaires. En fait commencer au plus bas de l'échelle...de la pyramide sanitaire pour que les camerounais se familiarisent déjà avec l'autotest. **DPML**

6.11. Les cibles de l'autotest

clients TS
adolescents
usagers de drogue
HSH
travailleuses de sexe

Figure 7 : Nuage de mots clés du discours des responsables des directions techniques et programmes du MINSANTE sur les cibles de l'autotest VIH

Pour les interviewés, l'autotest du VIH devrait principalement être adressé aux hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes (HSH) et secondairement aux travailleuses de sexes (TS) et à leurs clients, les usagers de drogue, les adolescents comme le montre l'extraits de verbatims ci-dessous.

[...] notamment les HSH, les TS et aux clients des TS. **CNLS**

[...] et également si on se réfère à la cible au Cameroun je pense que cette approche met beaucoup plus l'accent sur les populations clés, je parle des hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes, les femmes qui ont des rapports sexuels avec des femmes et puis la cible des consommateurs des drogues. Ça c'est pour le contexte du Cameroun, dans d'autres pays c'est une approche qui est même étendue jusqu'aux adolescents parce qu'on sait que les adolescents demeurent une population unique et au vue des nouvelles infections accrues dans cette cible dans certains pays ils ont pour cible également tous ceux que j'ai cité. **DLMEP**

Là je ne pourrais pas me positionner. Je pense que chez les homosexuels, les gens qui pratiquent la sexualité qui sont de même sexe. **DPML**

6.12. Facteurs facilitants la mise en œuvre de l'utilisation de l'autotest

*Bailleurs de fond
évolution des mentalités*

Figure 8 : Nuage de mots clés du discours des responsables des directions techniques et programmes du MINSANTE sur les facteurs facilitants la mise en œuvre d'une stratégie de dépistage utilisant l'autotest

Selon les interviewés, deux facteurs contribuent à la mise en œuvre de l'utilisation de l'autotest. Premièrement l'intérêt des bailleurs de fond pour l'implémentation de cette stratégie au Cameroun notamment la garanti de son financement est un élément clé qui joue en faveur de la mise en œuvre de l'autotest.

Facteurs facilitant je peux dire que pour l'instant on a l'appui des bailleurs de fonds qui nous encouragent dans cette stratégie. Ça veut dire que si le pays adopte... devait passer à l'échelle on aura toujours un partenaire qui pourra financer l'acquisition ; maintenant la crainte après c'est pouvoir avoir le retour des résultats et aussi pouvoir avoir la pérennité parce qu'il est bien vrai que les partenaires financent aujourd'hui mais il faut aussi que le pays suive après si les partenaires ne sont plus là ; ça ça peut être un risque du passage à l'échelle ; maintenant l'autre chose c'est si on a bien communiquer autour de la stratégie on pourrait disponibiliser les kits d'autotests dans les pharmacies pour que

chacun puisse s'en acquérir comme ça se fait dans les kits de grossesse ou bien d'autres kits de dépistage. **CNLS**

Deuxièmement, l'évolution des mentalités quant à la banalisation des aspects relatifs la prévention de l'infection à VIH notamment le dépistage qui est un facteur facilitant la mise en œuvre de l'autotest comme le montre le verbatim ci-dessous.

Non moi je pense qu'il y a vraiment évolution de la mentalité, c'est l'évolution de la mentalité parce que comme je dis avant c'était tabou même pratiquement, maintenant ça devient comme si tu allais à une pharmacie acheter un préservatif c'est personnel, c'est à usage personnel on sait déjà d'office quand tu achètes un préservatif on sait ce à quoi ça va servir se sera pareil pour l'auto dépistage du VIH ? Moi je pense que ce n'est pas bien compliqué. **DCOOP**

6.13. Avantages liés à l'utilisation de l'autotest VIH

amélioration des indicateurs
réduction stigmatisation
confidentialité
cogestion de la santé

Figure 9 : Nuage de mots clés du discours des interviewés sur les avantages liés à l'utilisation de l'autotest VIH

Pour la majorité des responsables des directions techniques et programmes du MINSANTE les avantages de l'autotest sont par ordre d'importance la confidentialité, la réduction de la stigmatisation, la cogestion de la santé, dans une moindre mesure l'amélioration des indicateurs de dépistage du VIH. En effet pour les interviewés le plus gros avantage de l'autotest est la confidentialité qu'il offre tout au long du processus d'exécution. Cette confidentialité est rattachée à la réduction de la stigmatisation liée à l'acte de dépistage et au rendu des résultats. De plus, l'autotest permet la participation du bénéficiaire à la cogestion de sa santé et favorise par ailleurs l'amélioration des indicateurs de dépistage du VIH (1^{er} 95) au sein des populations difficiles d'accès. Les extraits de verbatims ci-dessous étayaient davantage le point de vue des interviewés.

Mais globalement l'idée c'est que l'autotest pourrait amoindrir les problèmes d'accès aux services dues à la stigmatisation ; si quelqu'un sait qu'il n'y aura personne qui sait son résultat il serait plus enclin de se faire tester que d'aller se faire dépister dans une formation sanitaire avec le regard d'autrui. Et nous pensons que si les kits d'auto-dépistage sont disponibles et que les individus peuvent se tester tout seul dans leur chambre ce serait plus avantageux de toucher le maximum. Oui l'avantage perçu de

l'autotest c'est qu'il va permettre d'éviter la stigmatisation ou bien l'auto-stigmatisation, qui va permettre de toucher les personnes qui ne se rendent pas dans les formations sanitaires, qui va permettre de toucher les personnes qui ont peur de la stigmatisation. Ça c'est un avantage certain parce que dans notre programme on a encore des personnes qui sont difficiles à toucher, donc ce serait un avantage. **CNLS**

Non je ne pense pas parce que quand on dit auto dépistage c'est personnel, donc du coup tu peux le faire même dans ta chambre dans ton bureau chez toi, donc c'est pratique en fait. Si c'est fiable c'est vraiment pratique. **DCOOP**

Ça va permettre que parce que lorsqu'on parle du VIH il y a cet aspect de stigmatisation et de discrimination. Ils sont nombreux qui ne veulent pas venir à l'hôpital même s'ils ont eu des comportements à risque ; donc ça va permettre [...] sur le plan de l'amélioration de nos indicateurs en termes de dépistage [...] et moi je dis sur à un niveau stratégique et j'ai une vision stratégique. Je ne regarde pas mon intérêt je regarde quelle est la contribution de cette approche dans l'amélioration de nos indicateurs en matière de riposte au VIH au Ministère de la Santé. Donc ça va permettre d'améliorer les indicateurs de dépistage au Cameroun. Ça va permettre aux cibles tels que les gays... les populations clés, les consommateurs de drogue, les ... euh... les travailleuses de sexe qui ne sont pas acceptés dans notre pays, qui ne sont pas acceptés sur le plan de la loi car ils ne sont pas reconnus ; donc ça va permettre à ces personnes-là de s'autotester et de pouvoir se rapprocher des formations sanitaires les plus proches en cas de séropositivité. Ok ! je pense que l'autotest est une approche qui va nous permettre de compléter les gaps... les gaps que nous avons euh... identifié parlant de... du dépistage des personnes au VIH. Donc pour ma part je pense que l'autotest est une bonne approche qui va nous permettre de renforcer le système de dépistage. [...] Aujourd'hui nous voulons atteindre les objectifs 95 ça veut dire que toutes les approches qui seront mises en œuvre ça c'est mon point de vue doivent être prises en compte si nous voulons atteindre ces objectifs. Nous ne devons pas délaissier de côté une stratégie [...]. **DLMEP**

Mais ici là comme avantage je vois en cela un avantage du fait que vous êtes déjà la première personne à connaître votre statut sans devoir passer par un intermédiaire ; donc que... euh la confidentialité y est déjà et ça peut encourager plusieurs à utiliser la méthode. Bon ici pour moi l'avantage c'est qu'on maîtrise mieux sa pathologie et on participe en fait à l'évolution, à comment est-ce que sa santé évolue et du coup on peut adopter une hygiène de vie pour pouvoir améliorer son état de santé soi-même [...] parce qu'il permet à ce que tout le monde puisse se faire tester sans contrainte, sans intermédiaire. **DPML**

6.14. Inconvénients liés à l'utilisation de l'autotest VIH



Figure 10 : Nuage de mots clés du discours des interviewés sur les inconvénients liés à l'utilisation de l'autotest VIH

Les responsables interviewés ont identifié un seul inconvénient lié à l'utilisation de l'autotest : l'absence de retour des résultats. En effet, à l'unanimité ces derniers pointent la probabilité de la faiblesse voire l'absence d'auto orientation des bénéficiaires suite à un résultat réactif vers un centre hospitalier pour confirmation ou infirmation du résultat. Les verbatims ci-dessous soutiennent cet aspect.

[..]donc l'une quand on regarde les données qui remontent c'est que la distribution a eu lieu pour la première phase. Mais l'une des difficultés c'était le retour des résultats. Bon parce qu'il essaie de distribuer et le principe c'est que lorsque la personne s'est dépistée positif qu'il aille faire la confirmation dans un centre de santé mais on n'a pas eu toujours cette deuxième partie de la stratégie c'est-à-dire le résultat pour qu'on puisse confirmer. Je crois que c'était l'une des difficultés de la phase opérationnelle. **CNLS**

[...] En plus comment ferez-vous pour être sûr que tous ceux à qui on va donner l'auto test iront l'hôpital pour confirmation ? **DAJC**

Ouh...connaissant déjà les mentalités des camerounais je veux dire ...nos mentalités...je crois que...on peut avoir un risque beaucoup de personnes qui...ayant déjà...donc que le test est positif peuvent ne pas se rendre dans les formations sanitaires, peuvent ne pas demander un test de confirmation. Beaucoup peut-être cacheraient leur statut. Donc voilà le risque je crois qu'on court avec ça, cette méthode-là. **DPML**

6.15. Solutions pour pallier aux inconvénients

OBC
phase pilote
sensibilisation

Figure 11 : Nuage de mots clés du discours des interviewés sur les solutions pour pallier à l'inconvénient de l'autotest VIH

De manière générale, les responsables interrogés suggèrent l'élaboration d'un plan de sensibilisation adéquat encadrant la communication autour de l'autotest. En effet ils relèvent que ce préalable est nécessaire pour l'adoption et l'acceptation de cette nouvelle stratégie. Ceci afin de minimiser le risque des perdus de vue à l'issue de la réalisation d'un auto dépistage avec pour résultat un test réactif. Pour ce faire suggestion est faite de débiter la mise en œuvre de l'autotest sanguin par une phase pilote en se servant des organisations à base communautaires (OBC) comme cheville ouvrière de l'implémentation. Les propos ci-dessous étayaient d'avantages ces suggestions.

[...] je pense peut-être que je ne l'ai pas mentionné c'est que l'option que nous avons prise euh...pour l'autodépistage dans le pays c'était d'utiliser euh...l'ONG CAMNAFAW qui travaille avec les populations clés. Parce que comme je l'ai dit tantôt la cible prioritaire qui a été retenue c'était les populations clés et là le dispositif de la lutte contre le VIH c'est CAMNAFAW qui est en charge d'intervenir auprès des populations clés. Donc c'est CAMNAFAW qui devait s'occuper de la distribution, de l'implémentation de l'autotest ; et maintenant on a...leur stratégie il était question de se baser sur les organisations à base communautaire avec lesquels ils travaillent qui sont proches des populations et ce sont ces organisations à base communautaire qui devaient s'occuper de manière opérationnelle de la distribution aux bénéficiaires. Non en fait lorsqu'on a prévu l'implémentation du dépistage, il était question de faire une phase pilote et ce sont les enseignements tirés de cette phase, de cette évaluation qui devait nous permettre de prendre...de formuler les recommandations pour la suite. Bon pour l'instant, la phase est finie, je pense qu'on est en train de préparer l'évaluation et l'évaluation devait nous renseigner sur quels sont les goulots d'étranglement et les avantages. Est-ce que ça permet même d'atteindre les résultats escomptés.

Euh...pour moi l'autodépistage n'est pas un problème en soi mais ça pourrait être une opportunité ; mais comme toute chose en santé il faut bien un encadrement parce que l'idée ce n'est pas que les gens se dépistent. L'objectif du dépistage c'est d'avoir après quelqu'un qui sera sous traitement et il faudrait qu'il y ait une bonne communication autour de la stratégie pour que à la fin qu'on atteigne l'objectif qui est la mise sous traitement. Ce sur quoi on doit travailler maintenant c'est de pouvoir avoir le retour des résultats des autotests qui ont été distribués en communauté ; c'est là où il faut trouver la meilleure approche parce que forcément les gens ne sont pas toujours disponibles quand ils se sont testés de venir dire que je me suis testé c'était négatif ou alors quand c'est positif de venir nous dire que comme j'ai été testé c'est sorti positif je suis allé dans tel centre ; des fois le dispositif de suivi. Mais pour cela il faudrait une bonne communication autour et une bonne gestion justement des cas qui se sont dépistés positifs. **CNLS**

Déjà il faut passer l'information, c'est déjà ça. Il faut édifier les gens sur la chose parce que c'est nouveau le fait de, l'auto-dépistation et c'est nouveau il faut édifier et après maintenant faire une proposition, parce que faire des propositions de façon volontaire genre ce n'est pas obligatoire donc je pense en bonne et due forme comme vous l'avez fait. Vous êtes arrivés, vous avez présenté le projet et puis spontanément je me suis présentée. **DCOOP**

En ce qui concerne l'autotest du dépistage salivaire je me souviens qu'il y a une étude qui avait été faite à l'époque je ne sais plus si c'était par le Dr Bilong ou bien... bref par le CNLS pour voir la faisabilité de la mise en œuvre de cette activité. Maintenant en ce qui concerne l'autotest sanguin je pense que nous sommes encore dans le processus de validation du protocole. Euh...je crois que le protocole a été validé, il est question maintenant de faire une enquête pour recueillir les avis des uns et des autres et de voir si on peut commencer par une phase pilote ; donc voilà ce que je peux dire du processus de l'auto.

Humm... comme je l'ai dit je pense qu'on doit sensibiliser les principaux bénéficiaires sur ces outils ; parce que lorsqu'on parle de l'autotest, à un moment donné il y a des outils qu'on doit utiliser. Autotest sanguin ça veut dire qu'on voit le sang et vous connaissez ; vous savez qu'on est en Afrique, il y a des gens qui ne supporte pas voir le sang. Il sera peut-être difficile pour quelqu'un par exemple de prendre une aiguille et de se faire piquer lui-même. Donc il est important avant la mise en place de cette approche, vraiment qu'une sensibilisation à grande échelle soit faite ; que les personnels qui font accompagner les principaux bénéficiaires dans la réalisation de ces tests-là soient disponibles, sinon vous allez donner le test à quelqu'un il ira, il va jeter ce test il ne va pas faire son test. S'il n'y a pas un comité qui a été mis en place pour le suivi de ces personnes-là. Vous lui avez donné le test, il va il ne l'utilise pas il jette. C'est vous qui perdez, c'est nous le ministère qui perdons.

La sensibilisation des personnes qui vont faire le test, peut-être la formation des acteurs et tout ça. Sinon moi je suis prenante. ahh...déjà je sais pas trop. Je crois qu'ici on peut s'appuyer sur le fait d'éduquer les populations, connaître que son statut est un avantage non seulement pour soi mais aussi pour notre entourage, les autres en fait. C'est protéger les générations à venir, c'est protéger ses proches et c'est en fait...comment dire...augmenter ses chances de pouvoir euh...se prendre en charge et améliorer sa qualité de vie. **DLMEP**

6.16. Perceptions de l'autotest

De manière générale, les responsables des directions techniques et programme du MINSANTE se sont exprimés largement sur leur perception de l'autotest du VIH. Les thématiques où les interviewés ont été prolixes sont par ordre d'occurrences leurs appréhensions, l'efficacité perçue, l'acceptabilité de l'autotest, dans une moindre mesure la représentation sociale de l'autotest et l'imaginaire sociale de l'autotest.

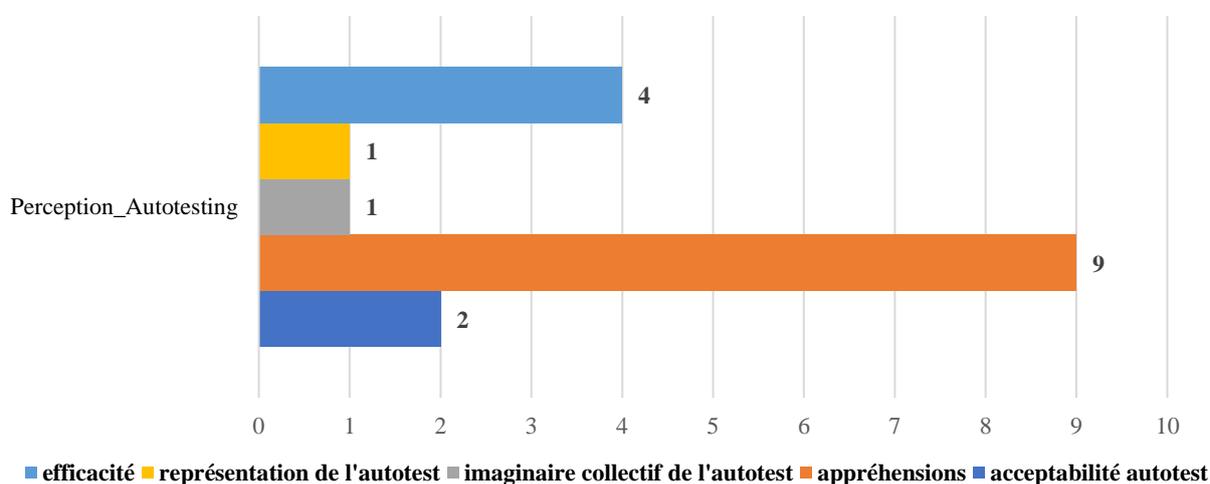


Figure 12 : Perceptions des responsables des directions techniques et programme du MINSANTE sur l'autotest VIH

6.17. Acceptabilité de l'autotest et imaginaire collectif

Les responsables interviewés estiment qu'il y a une acceptation relative de l'autotest salivaire. Cette acceptation serait tributaire d'un imaginaire collectif dont l'unité de sens est l'automédication. Ainsi il serait selon ces derniers de bon ton d'essayer également la stratégie de l'autotest sanguin du VIH comme l'illustre les propos ci-dessous.

Euh...pour moi euh... si on peut regarder globalement le comportement social au Cameroun c'est que généralement dans beaucoup de secteurs, le premier... premier recours aux soins c'est l'automédication. C'est pourquoi on peut voir la prolifération de la vente des médicaments dans les rues et aussi les médicaments traditionnels. Donc je me dis que globalement l'autotest devrait entrer en droite ligne de ce comportement global. [...] Oui généralement je pense que la stratégie d'autotest a fonctionné on a eu une acceptation de la distribution, les gens ont accepté de recevoir les kits, les gens ont

accepté d'être distributeurs de kits parce que les stratégies c'étaient...il y avait deux stratégies, la première c'était d'utiliser les membres de cette population pour pouvoir distribuer à leurs paires ; ça a marché, l'autre stratégie c'était la stratégie assistée qui consistait à donner un kit à une personne et l'aider à s'auto-dépister avec ce kit. Ça aussi ça été accepté. Donc je pense que globalement il y a une acceptation. **CNLS**

Déjà comme ça n'a pas encore été implémenté (rires) je ne saurais vraiment vous dire mais je crois qu'on ne perd rien à essayer. **DPML**

6.18. Perception de l'efficacité de l'autotest

Les responsables des directions non médicales interviewés (DAJC et DCOOP) du MINSANTE se sont fortement interrogés sur la fiabilité des résultats qui seraient rendu par l'autotest salivaire. Pour ces derniers, ce questionnement fait suite à leurs connaissances sur les modes de transmission du VIH. Ainsi ils estiment que tout ce qui a trait aux produits sanguins serait plus fiable. Les propos ci-dessous étayent d'avantages ces avis.

Le test salivaire là ? hum hum, je n'ai pas confiance. Nous on sait que le VIH ne se transmet pas par ma salive donc d'où cela sort que on va se dépister avec la salive. Donc depuis là il y a le virus dans la salive ? [...] On sait que généralement c'est plus sûr avec le sang. **DAJC**

C'est parce qu'on nous a toujours appris que le test de Sida se fait à travers le sang, mais maintenant quand on vient te parler de salive tu vois, du coup ça t'ôte un peu on se dit est ce que c'est évident ? Si c'est évident c'est super c'est même la meilleure, c'est tellement facile. Tu vois si vraiment c'est efficace comme on le dit se serait l'idéal. Moi la seule crainte que je puisse avoir c'est que ce ne soit vraiment pas fiable, c'est la seule crainte si c'est fiable il n'y a pas de soucis [...] **DCOOP**

6.19. Représentation sociale de l'autotest

Pour les responsables interviewés, la réalisation d'un autotest du VIH serait perçue comme l'aveu d'avoir l'intention de commettre un comportement à risque ou d'y avoir été récemment exposé comme le montre les propos ci-dessous.

Oui bien sûr sûrement que cette personne a dû être exposée parce que lorsqu'on va vous voir faire un autotest de VIH la première idée qui vient en tête c'est que vous avez eu des comportements à risque sûrement. Bon ça dépend des perceptions et des orientations sociales que les gens vont se faire...hum bon ça c'est ma perception hein parce que je parle de ma perception. Par exemple si quelqu'un vient acheter un préservatif dans une pharmacie vous qui vendez dans cette pharmacie vous comprenez que ce préservatif qu'il achète c'est qu'il aura un comportement à risque dans les jours ou les minutes qui suivent. **DLMEP**

6.20. Appréhensions liées à la validation de la stratégie d'auto dépistage du VIH

gestion déchets
méthode auto dépistage
counseling
choix autotest

Figure 13 : Nuage des mots clés des appréhensions des responsables des directions techniques et programmes du MINSANTE sur l'auto dépistage

Les appréhensions des interviewés liées à la validation de la stratégie d'auto dépistage concernent par ordre d'occurrence l'absence de counseling pré et post test. Le type de méthode d'auto dépistage préféré par ces interviewés est tributaire de cette absence de counseling. Le choix du type d'autotest qui est tributaire de la gestion des déchets potentiellement infectieux.

6.21. Appréhensions liées au counseling et à la méthode d'auto dépistage

En effet, les interviewés jugent le counseling indispensable et de fait déclarent qu'il préférerait l'auto dépistage assisté afin de bénéficier de l'accompagnement psychologique d'un professionnel de santé. Les verbatims ci-dessous étayent ce point de vue.

Il faut aussi dire que dans le dépistage traditionnel il y a tout un dispositif qui entoure la personne, il y a le conseil pré-test et il y a aussi le conseil post-test or dans le cas de l'autodépistage il n'y a pas ces deux préalables c'est-à-dire comment se comporterait quelqu'un qui se serait dépisté seul dans sa chambre et que le résultat aurait été positif ; ça c'est une limite qu'on devrait...pas une limite mais une question qu'on devrait explorer pour étendre la stratégie [...] Parce qu'on ne dépiste pas pour laisser, on dépiste pour mettre sous traitement. Et il faut une bonne communication sur le plan psychologique, que les personnes soient préparées à gérer les résultats que l'autodépistage devrait fournir. Ça ne sert à rien que quelqu'un se dépiste et ne se met pas sous traitement ou n'accepte pas son résultat ou alors déprime seul dans son coin. Pour éviter ça il faut forcément des interventions. **CNLS**

Je vous dis, vous savez moi j'ai toujours dit que si un jour on me dit que je suis séropositive 'est que c'est là que je vais commencer à maigrir jusqu'à mourir. Maintenant si je dois m'autotester sans qu'il y ait une personne pour me soutenir psychologiquement nooon. Ce n'est pas bien ; mieux se soit assister. **DAJC**

[...] être sûr de ce que le test devrait être fait ou bien l'autotest ne signifie pas que seulement que je prends le test je fais. Vous pouvez m'expliquer et puis je vous demande de m'accompagner. Oui l'autotest assisté je vous demande de m'accompagner à faire le test et après ça je peux partager mon résultat avec vous. Donc je pense qu'il y a un nombre de choses qui doit être mis en place avant cette phase pilote de l'autotest sanguin au Cameroun. **DLMEP**

Par contre quand un individu se rend auprès d'un personnel de santé, l'approche est différente, il travaille la psychologie du patient et tout ce qui peut l'amener à voir la non gravité de son statut. [...] par contre seul là on ne sait pas comment il peut percevoir. **DPML**

6.22. Appréhensions liées aux choix du type d'autotest et à la question inhérente à la gestion des déchets

Ces appréhensions liées à la gestion des déchets potentiellement infectieux issus du processus de réalisation de l'autotest sanguin non assisté amènent les responsables interviewés à préférer d'emblée l'autotest salivaire du VIH comme stratégie qui pourrait être mise en œuvre sans assistance comme le montre les propos ci-dessous

Les kits d'autotests sanguins comme je dis la crainte c'est que la gestion des déchets après ; donc nous ne sommes pas trop favorables pour ce type de kits aux vues de cet aspect particulier, comment on gère les déchets après. Il ne vaudrait pas qu'un dispositif avec des substances biologiques se retrouvent dans les poubelles où les enfants peuvent jouer avec ; ça pourrait contenir des substances contaminantes. Donc pour nous c'est cet aspect qui nous limite. [...] Maintenant connaissant la société dans laquelle nous vivons ; il n'y a pas forcément une discipline dans la manière de gérer les déchets ménagers parce que si le kit est distribué au grand public il va aller dans les déchets ménagers parce que c'est un dispositif qui va dans le ménage. Comment il va gérer ? comment les déchets sont gérés dans notre pays ? ça se retrouve dans les rues, à la portée des enfants. Et ça de notre point de vue ce n'est pas adapté à notre contexte. Si on avait des mécanismes de gestion stricts de déchets avec des séparations des différents types de déchets, on pourrait envisager d'avoir ce type de déchets sachant que les ménages sauraient comment gérer ces types de déchets mais dans notre contexte où les déchets sont gérés de manière chaotique ; il est difficile pour nous d'envisager ce dispositif ; ce n'est pas adapté à notre contexte. [...] C'est-à-dire qu'avec les tests sanguins lorsque la personne a fini de se tester, ça fait un kit sanguin avec le sang. Comment on devait gérer ce déchet et c'est cette question qui nous a poussé à préférer les kits d'autodépistage salivaire qui de notre point de vue sont facilement gérables plutôt qu'un kit qui demande l'utilisation du sang. La personne a juste à frotter sa langue ou bien l'intérieur de sa bouche avec le kit pur pouvoir avoir les résultats. Ah au niveau du programme il faudrait qu'on réfléchisse davantage s'il faut accepter l'autotest sanguin sur cette question sur la gestion des déchets

CNLS

Parce que...donc je suis pour l'autodépistage que ce soit salivaire au VIH mais parlant de l'autodépistage sanguin, le principal défi c'est comment est-ce qu'on gère les déchets issus de ce dépistage contrairement au dépistage salivaire. Quel est le système que nous allons mettre en place pour gérer les déchets issus de ce système de dépistage ; sinon pour ma part vraiment quel qu'en soit la stratégie qu'on doit mettre en place pour atteindre les résultats je suis partant en tant que chef service de lutte contre le VIH au Ministère de la Santé Publique. La vision du Cameroun c'est d'éliminer le VIH d'ici 2030 et pour éliminer le VIH d'ici 2030 ça voudrait tout simplement dire que nous devons mettre en commun nos efforts. Toutes les stratégies et les méthodes qui peuvent nous permettre d'atteindre ces résultats moi je suis partant. A une condition, qu'on voit comment on va assurer peut-être la gestion de ces déchets, surtout ce système de gestion de déchets qui doit être mis en place. Imaginez-vous, vous êtes à la maison après un rapport sexuel votre fils ramasse le préservatif et fait le pompé. **DLMEP**

[...] Nous on sait que le VIH ne se transmet pas par ma salive donc d'où cela sort que on va se dépister avec la salive. Donc depuis là il y a le virus dans la salive ? je préfère s'il faut même s'autotester le test avec le sang. [...] **DAJC**

Maintenant entre l'autotest salivaire et l'autotest sanguin, je crois que salivaire est beaucoup plus pratique parce qu'il suffit juste de prélever sa salive. Mais l'autotest sanguin je crois qu'il faut se piquer, il y a les gens qui peuvent avoir la phobie des aiguilles, ça réduit le nombre d'adhérents. **DPML**

CHAPITRE 4 : DISCUSSION

Cette étude visait à évaluer l'acceptabilité et l'utilisabilité des autotests sanguins de dépistage du VIH (Abbott, Chembio et Mylan) chez les travailleuses de sexe et les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes dans les villes de Douala et Yaoundé au Cameroun. Grâce à l'efficacité d'une mobilisation par le biais des Organisations à Base Communautaire couvrant les différentes cibles (TS et HSH) de l'étude, un échantillon de 825 participants dont 363 (44,0%) HSH et 462 (56,0%) TS a été enrôlé.

1. CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES ET COMPORTEMENTALES DE LA POPULATION DE L'ÉTUDE

Les participants à cette étude, en majorité (98,2%) étaient des Camerounais, avec un âge médian de 27(21 - 62) ans dont 23(21 -54) ans chez les HSH et 30(21 – 62) ans chez les TS, 55 ;6% de HSH et 58, 5% de TS avaient un emploi. Ces résultats sont similaires à ceux de l'étude de Gresenguet et al (2017) menée sur un échantillon de 396 HSH et 1 306 TS à Bangui, qui avaient trouvé un âge moyen de 23 ans pour les HSH (étendu, 18-39) et 23 ans pour les TS (étendue, 18-47 ans), 52,3% des TS et HSH avaient un emploi.

La population de cette étude avait des comportements à risque. En effet, 81,2% de participants consommaient de l'alcool, 31,2% consommaient des substance psychoactives, 31,2% avaient déjà eu des symptômes d'infection sexuellement transmissible (IST), 39,3% des TS avaient au moins 5 partenaires sexuels quotidiennement, 7,6% de HSH avaient au moins 5 partenaires sexuels au cours des six derniers mois précédent l'enquête. Ces résultats sont contraires à ceux de Ndungu (2020), chez qui la majorité des HSH avait indiqué avoir eu des partenaires sexuels multiples (39,9%) au cours des six derniers mois.

Par ailleurs, 12,6% des participants avaient déclaré ne jamais utiliser un préservatif lors des rapports sexuels. La pratique de ces comportements à risque par les HSH et les TS les exposent aux infections sexuellement transmissibles dont le VIH. Ainsi, une sensibilisation et un accompagnement psychosocial différenciés auprès de ceux-ci s'avèrent nécessaires.

Une proportion importante (10,1%) de participants, n'avaient jamais effectué le test de dépistage du VIH. Ces résultats étaient similaires à ceux de Shapiro et *al.* (2020) qui rapportaient que 11% de participants n'avaient jamais fait le test VIH. Cette proportion relativement élevée de personnes n'ayant jamais fait un test de dépistage du VIH, montre que les multiples campagnes de dépistage organisées par les structures sanitaires (GTC et GTR/CNLS, FOSA), les OBC et les structures des secteurs collaboratifs à la santé ne touchent pas entièrement toutes les populations. Par ailleurs, la grande majorité des participants (89,8%) n'avait jamais entendu parler de l'autotest sanguin de dépistage du VIH, contrastant avec les

résultats de l'étude menée par Touil et *al.* (2021), qui rapportaient une moitié (51,3%) de participants n'ayant jamais entendu parler de l'autotest sanguin de dépistage du VIH. Comparativement à l'étude réalisée à Bangui sur 396 HSH et 1306 TS (Gresenguet et *al.*, 2017) où 9% de HSH et 28% de TS avaient déclaré n'avoir jamais réalisé le test de dépistage du VIH, la présente étude rapportent des résultats contraires. En effet, elle montre que 2 fois plus de HSH (18,23%) et un peu plus de 7 fois moins de TS (3,7%) n'avaient jamais réalisé de test de dépistage de VIH. Cependant, pour le fait de n'avoir jamais entendu parler de l'autotest sanguin du VIH (85,64% HSH et 93,06% de TS), les résultats de cette étude étaient similaires à ceux de Gresenguet et *al.* (2017) qui avaient trouvé les proportions respectives de 77% et 91% de HSH et de TS.

2. ACCEPTABILITÉ DE L'AUTOTEST SANGUIN DU VIH PAR LES TS ET LES HSH

L'acceptabilité des tests est un critère psychosociologique, révélateur de la capacité individuelle à porter son choix sur un type de test plutôt qu'un autre dans un contexte précis. La compréhension de la manière dont les individus perçoivent les tests peut influencer sur leur niveau d'acceptation (HAS, 2008). Les études disponibles montrent que certaines populations à risque d'infection par le VIH sont particulièrement intéressées par les autotests du VIH.

Une revue de la littérature, ayant identifié 9 études parmi des populations à risque (principalement des HSH) à qui un autotest du VIH était effectivement proposé dans des pays à revenu élevé, a montré une forte acceptabilité (de 63 % à 83 %) des autotests du VIH (Krause, Subklew-Sehume, Kenyon & Colebunders, 2013). Les tests sur fluide gingival étaient préférés aux tests sanguins. Les HSH à haut risque étaient d'avis que les autotests du VIH augmenteraient la fréquence du dépistage. Les personnes ayant utilisé un autotest du VIH déclaraient qu'elles l'utiliseraient probablement encore lors de leur prochain dépistage et qu'elles le recommanderaient à leur famille et amis.

Dans des études similaires dans les pays à faible revenu, les HSH et TS avaient déclaré (de 80% à 97%) qu'ils étaient disposés à utiliser un autotest sanguin du VIH si cela était disponible (Heard & Brown, 2016 ; Mugo & *al.*, 2017 ; Ngure & *al.*, 2017). Cette forte acceptabilité est corroborée par les résultats de la présente étude, qui a montré que 98,9% des HSH et 100% des TS étaient disposés à utiliser un autotest sanguin du VIH si cela était disponible. Rappelons ici que dans le cadre de cette étude, le choix du type d'autotest VIH (sanguin ou gingival) n'était pas proposé aux participants.

L'autotest sanguin de dépistage du VIH a été proposé comme une alternative de la stratégie de dépistage conventionnelle en raison notamment des inquiétudes concernant la stigmatisation et les soucis de confidentialité auxquels font face les populations clés. L'acceptabilité de l'autotest sanguin de dépistage du VIH reste un questionnement pour les décideurs politiques.

En général, les populations clés sont intéressés par l'autotest sanguin de dépistage du VIH du fait de son caractère confidentiel, son accessibilité, la rapidité du résultat et de l'autonomie conférée (Marianne Boisvert Moreau *et al.*, 2021 ; Sophie G. Nash *et al.*, 2021 ; Angela Tembo *et al.*, 2020). Bien plus, la stratégie de mobilisation communautaire (sensibilisation et mobilisation) des différentes cibles par les pairs, déployée dans la présente étude est différente de celle déployée dans les études similaires, ce qui aurait contribué à accroître l'acceptabilité. Les difficultés évoquées mettent en cause le manque d'accompagnement psychosocial et de suivi médical, les risques d'erreurs et de dissimulation des résultats.

Ainsi, la sensibilisation et la mobilisation communautaires des différentes populations clés par les pairs, en faveur du dépistage du VIH en vue d'atteindre le 1^{er} 95 doivent être davantage renforcer.

3. UTILISABILITÉ DE L'AUTOTEST SANGUIN DU VIH PAR LES TS ET LES HSH

Globalement, cette étude a montré que le niveau d'utilisabilité bonne ou très bonne du test Abbott (66,91%) était plus fréquent que celui des tests Chembio (47,85%) et Mylan (46,04%). En outre, un tiers des participants a déclaré que les instructions et la compréhension du kit de l'autotest sanguin du VIH étaient faciles ; cette proportion étant plus faible que le résultat obtenu dans une étude menée au Kenya où 86,1% des participants ayant effectué l'autotest sanguin de dépistage du VIH avaient déclaré que les instructions sur l'utilisation de l'autotest sanguin du VIH n'étaient pas difficiles (Bwana, Ochieng & Mwau, 2018) ; des étudiants en République Démocratique du Congo qui avait rapporté que 98,4% des participants avaient correctement utilisé l'autotest sanguin de dépistage du VIH (Tonon-Wolyec *et al.*, 2018). Les facteurs associés à un niveau d'utilisabilité bonne ou très bonne des autotests sanguins de dépistage du VIH semblaient être le fait d'être HSH (versus TS), l'âge plus jeune (21-29 ans), le niveau d'éducation plus élevé (secondaire ou supérieur), le fait d'être employé du secteur public ou privé, le nombre de partenaires sexuels plus élevé durant les 6 derniers mois chez les HSH (≥ 10). Le niveau d'utilisabilité correcte des autotests sanguins de dépistage du VIH dans cette étude était inférieur au résultat (90,2%) d'une étude menée chez des étudiants en République Démocratique du Congo (Tonon-Wolyec & *al.*, 2018). Cette différence pourrait être expliquée par un niveau d'éducation plus élevé dans la population des étudiants versus les populations clés. En effet, le principal obstacle à une meilleure utilisabilité de l'autotest sanguin du VIH semble être le niveau d'instruction, avec des difficultés d'interprétation chez les personnes peu éduquées (Grésenguet & *al.*, 2017 ; Tonon-Wolyec & *al.*, 2018). En considérant la population de la présente étude, le niveau d'éducation était probablement plus élevé chez les HSH et les employés des secteurs public et privé. Cependant, la fréquence du niveau d'utilisabilité bonne

ou très bonne dans la présente étude était comparable à la fréquence de 58% qui avait été mise en évidence par une étude menée chez des adultes fréquentant des sites de dépistage communautaire du VIH en Lituanie et en Italie (Nash & *al.*, 2021). Le niveau d'éducation dans cette population était vraisemblablement aussi hétérogène que celui de la présente étude. Une stratégie novatrice comme l'élaboration des pictogrammes pédagogiques contribuerait à l'amélioration de l'utilisabilité des autotests sanguins de dépistage du VIH au Cameroun (Longo, 2018).

4. PERCEPTION DES RESPONSABLES DU MINSANTE RELATIVES À FAISABILITÉ DE L'AUTOTEST SANGUIN DU VIH

4.1. Perception de l'efficacité de l'autotest et choix du type d'autotest

Des responsables des directions techniques du MINSANTE (DCOOP et DAJC) ont exprimé des inquiétudes quant à la validité des tests de dépistage du VIH basés sur la salive, estimant que le VIH était mieux détecté à l'aide d'un test sanguin ; ces inquiétudes sont conformes à celles retrouvées dans les recherches précédentes (Lippman et al., 2018a ; Ritchwood et al., 2019). De plus ces inquiétudes sont légitimes car des études (FDA, 2012, Jaspard, Le Moal, Saberan-Roncato, Plainchamp, Langlois, Camps & al., 2014) montrent que Les autotests du VIH sur fluide gingival sont moins sensibles que les autotests sanguins en raison de la plus faible concentration en anticorps.

Néanmoins certains responsables ont déclaré qu'ils choisiraient l'autotest salivaire en dépit de l'autotest sanguin car il y aurait moins de désagrément pour l'utilisateur sur le plan de la douleur et de la gestion des déchets potentiellement infectieux. Ce résultat est similaire à celui de Ky-Zerbo et al. (2021) mais diffère de celui d'une étude Sud-Africaine où les HSH avaient montré une préférence pour un autotest sanguin (Lippman & al., 2018b). En effet, dans l'étude de Ky-Zerbo et al. (2021), les informateurs clés, en particulier ceux du Mali et du Sénégal, avaient mentionné la nature orale du test, qui peut faciliter l'adoption du dépistage du VIH par les populations clés, en particulier les HSH. Certaines personnes pouvant refuser le test traditionnel en raison de la collecte de sang, qui peut être douloureuse et expose les utilisateurs à la vue du sang.

3. Appréhensions liées à la question inhérente à la gestion des déchets

Ces appréhensions liées à la gestion des déchets potentiellement infectieux issus du processus de réalisation de l'autotest sanguin amènent les responsables du MINSANTE interviewés à préférer d'emblée l'autotest salivaire du VIH comme stratégie qui pourrait être mise en œuvre sans assistance. En effet, alors que les dispositifs usagers d'autotest du VIH sur fluide gingival, peuvent être jeté à la poubelle avec les autres déchets ménagers, les dispositifs d'autotest

sanguin du VIH, ne doivent pas être jeté dans la poubelle avec les autres déchets ménagers mais doivent être apporté à un point de collecte. Ainsi, une filière adaptée devra être mise en place pour le traitement de ces déchets (HAS, 2015). À cet effet le cadre de mise en œuvre de l'ADVIH au Cameroun (CNLS, 2020), il est indiqué que lorsque des kits d'auto test sanguin sont utilisés, les mesures de biosécurité et de prévention des infections doivent suivre les procédures opérationnelles standards pour le contrôle des infections car même s'il s'agit d'un autotest sanguin avec lancette rétractable, réalisé en respectant les règles d'hygiène et de sécurité de la notice, le risque de contamination est *a priori* nul. Il peut cependant exister un risque minime de contamination si la personne testée est effectivement séropositive pour le VIH et si une tierce personne manipulant l'autotest se blesse et met en contact sa blessure avec l'autotest. Même s'il est possible de dépister le VIH sur fluide gingival, la manipulation des autotests sur ce type de prélèvement ne présente pas de risque infectieux pour le VIH (HAS, 2015).

4.2.Appréhensions de l'auto dépistage du VIH liées à l'absence de counseling post test

Bien que les responsables des Directions Techniques et Programmes du MINSANTE aient fait l'éloge de l'autotest pour l'intimité et la confidentialité qu'il offre aux utilisateurs, ils ont à l'unanimité exprimé des inquiétudes concernant le manque de soutien émotionnel si une personne venait à réaliser l'autotest sans assistance et que le résultat s'avérait réactif. Ils ont souligné que le dépistage traditionnel du VIH dans les FOSA permet aux patients, d'avoir accès à un conseil immédiat et souvent simultané sur le VIH. Pour ceux-ci, il y avait une incertitude quant à la manière dont les individus feraient face à un test positif en l'absence de conseil et plusieurs d'entre eux pensaient que les individus pourraient se comporter de manière irrationnelle, voire à tenter à se suicider. Ces résultats sont similaires à ceux retrouvés dans l'étude de Ritchwood et *al.* (2019) et Ky-Zerbo et *al.* (2021). En effet, l'étude de Ky-Zerbo et *al.* (2021) menée dans 3 pays (Mali, Côte d'Ivoire et Sénégal) ayant un profil épidémiologique du VIH similaire (0,3% à 3,4%) celui du Cameroun (UNAIDS, 2020) nous renseigne qu'en référence aux stratégies habituelles, où les résultats du test de dépistage du VIH sont communiqués par un prestataire formé qui dispose des outils et des compétences appropriés pour le faire, certains participants ont exprimé des inquiétudes quant aux réactions que les membres des populations clés pourraient avoir lorsqu'ils sont confrontés à un résultat réactif du test de dépistage du VIH dans un contexte où ils sont seuls. Pour ces participants, le conseil est l'un des outils d'aide à la décision qui fait défaut à l'ADVIH, en particulier lorsque l'ADVIH est administré au niveau secondaire par des populations clés plutôt que par des prestataires. Ils affirment que sans un conseil de qualité, le refus des résultats peut être beaucoup plus important que lors de l'utilisation des stratégies habituelles. De plus, comme l'ont suggéré des recherches

antérieures en Afrique du Sud et ailleurs, il existe des liens entre les idées suicidaires et le diagnostic récent du VIH, ainsi que des disparités dans les déclarations d'idées suicidaires ou de tentatives de suicide passées entre les personnes vivant avec le VIH/Sida et leurs homologues (Schlebusch & Vawda, 2010 ; Catalan & al., 2011 ; Govender & Schlebusch, 2012 ; Wu & al., 2015 ; Rodriguez & al., 2017). Ainsi, des mécanismes devraient être mis en place pour encadrer le retour des résultats réactifs après la réalisation d'un autotest. Ainsi selon le cadre de mise en œuvre de l'ADVIH au Cameroun, les tests sanguins seront utilisés uniquement avec l'approche de l'auto dépistage assisté pour le contrôle de la gestion des déchets (CNLS, 2020) et un algorithme de suivi du patient a été décrit.

4.3.Pertinence de l'utilisation de l'ADVIH sanguin

La forte acceptabilité et utilisabilité correcte de l'ADVIH sanguin est similaire à celles de l'étude de Billong et al. (2021) portant sur l'ADVIH oral. Ce résultat accroît davantage les possibilités de vulgarisation de l'ADVIH au Cameroun. De plus les résultats de l'évaluation globale du projet STAR montrent que la logique d'intervention du projet « HIV Self-Testing Africa Initiative » (STAR) au Cameroun était pertinente et cohérente dans la mesure où elle était en adéquation avec le PSN 2018-2022, et aujourd'hui avec le PSN 2021-2023. En effet, Le PSN 2018-2022 mentionne que pour arriver à 92% des adultes, adolescents et enfants qui connaissent leur statut vis-à-vis du VIH, il faudra mettre en œuvre une offre élargie de dépistage et conseil du VIH surtout chez les populations prioritaires, à travers l'évaluation du conseil et l'autodépistage chez les populations clés, en communauté et dans les formations sanitaires. De même, les responsables des directions techniques et programmes prioritaires du Ministère de la Santé Publique ont affirmé que l'autodépistage sanguin une alternative faisable pour les populations en général et les populations clés spécifiquement. Cependant, la mise en œuvre des modèles de distribution de l'ADVIH oral dans le cadre de l'intervention du projet STAR au Cameroun a montré des insuffisances tant au niveau de la communauté (acceptabilité, ciblage, faisabilité, liaison au traitement) qu'au niveau des formations sanitaires (ciblage, faisabilité). Ainsi il serait judicieux de consolider les stratégies de distributions de l'ADVIH oral qui détient déjà l'homologation au Cameroun, capitaliser les leçons apprises avant de prendre la décision de vulgarisation de l'ADVIH sanguin. Cette action par pallier nécessitera au préalable une mise jour du cadre de l'auto dépistage du VIH au Cameroun.

CONCLUSION

L'évaluation de l'acceptabilité et utilisabilité de l'autotest sanguin du VIH s'est déroulée dans les villes de Yaoundé et Douala au Cameroun chez les travailleuses de sexe et les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Aussi, les perceptions des responsables des structures du niveau central et des programmes prioritaires du Ministère de la Santé Publique sur la faisabilité de l'autotest sanguin du VIH ont été analysées. Concernant, les résultats quantitatifs, l'acceptabilité de l'autotest sanguin du VIH par les travailleuses de sexe et les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, était quasi-totale (99,4%) indifféremment du type de test (Abbott, Chembio ou Mylan) choisi.

Globalement, la moitié des participants (50,4%) avait une bonne utilisabilité de l'autotest sanguin de dépistage du VIH, soit 2/3 des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (66,7%) et environ 1/3 des travailleuses de sexe (37,5%). Bien plus, l'utilisabilité de l'autotest sanguin de dépistage du VIH de type Abbott (63,9%) était meilleure que celle de tests de type Chembio (44,6%) et Mylan (43,0%). Pour la grande majorité (86,9%) des participants, les instructions sur l'utilisation de l'autotest sanguin du VIH n'étaient pas difficiles. La quasi-totalité (96,0%) des participants dont 97,5 % parmi les HSH et 94,8% parmi les TS, ont affirmé qu'ils recommanderaient ce type d'autotest à une tierce personne indifféremment du type d'autotest. Globalement, 22,6% des participants avaient un résultat réactif et la proportion des autotests réactifs chez les HSH (23,2%) était légèrement supérieure à celle des TS (22,1%). Seulement, 2,8% des autotests ayant un résultat avaient été dénombrés. Bien plus, 7,8% des participants ayant effectué leur autotest sanguin du VIH, avaient une mauvaise interprétation du résultat.

Concernant les résultats qualitatifs, les responsables du ministère de la Santé Publique ont affirmé que l'autodépistage reste une alternative faisable pour le dépistage du VIH, spécifiquement pour les populations clés, qui ont un accès difficile aux soins de santé. Ils s'accordent sur le fait que les normes et directives nationales en matière d'autodépistage du VIH doivent être revues. Par ailleurs, la gestion des déchets issus de l'autodépistage sanguin potentiellement infectieux doit être clairement définie.

En somme, les populations clés (HSH et TS) ont une bonne acceptabilité de l'autotest sanguin de dépistage du VIH et trouvent les instructions pas difficiles à appliquer ; toutefois, l'utilisabilité de ces tests sanguins reste améliorer.

RECOMMANDATIONS

Au MINSANTE

❖ DROS/DLMPEP/DPML/CNLS

- Évaluer les performances des autotests sanguins de dépistage du VIH ;
- Élaborer un guide national des bonnes pratiques d'élimination des déchets dans le cadre de mise en œuvre de l'ADVIH sanguin ;
- Développer les stratégies pour la meilleure utilisabilité de l'autodépistage sanguin du VIH.

À ACMS/PSI

- Apporter un appui financier et technique à la mise en œuvre de l'évaluation des performances des autotests sanguins de dépistage du VIH, à l'élaboration du guide national des bonnes pratiques d'élimination des déchets des autosoins et au développement des stratégies pour la meilleure utilisabilité de l'autodépistage sanguin du VIH au Cameroun.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Agot, K., Wango, G.-N., Obonyo, B., & Thirumurthy, H. (2020). *HIV Self-Testing Can Be Liberating to HIV-Positive Women and Their Sexual Partners: A Qualitative Study in Kisumu, Western Kenya*. *Journal of the International Association of Providers of AIDS Care (JIAPAC)*, 19, 232595822091923. doi:10.1177/232595822091923

analysis of the STAR Initiative in South Africa. *BMJ Open* 2021;11:e048585. doi:10.1136/bmjopen-2020-048585

Angela Tembo, Lillian Mutunga, Sheree Schwartz, Jean Bassett, Tara Polzer Ngwato, Nomancotsho Pakade & Annelies Van Rie (2020): Home-based delivery of HIV self-tests by adolescent girls and young women to male sexual partners in Johannesburg, South Africa: benefits and concerns, *AIDS Care*, DOI: 10.1080/09540121.2020.1810615

Battye R, Hintze MA, Rowlett P. Sociolinguistics and present the varieties of French. In: Battye R, Hintze MA, Rowlett P. *The French language today: A linguistic introduction*. New-York, Routledge, 2000, pp. 257-310.

Burke, V. M., Nakyanjo, N., Ddaaki, W., Payne, C., Hutchinson, N., Wawer, M. J., ... Kennedy, C. E. (2017). *HIV self-testing values and preferences among sex workers, fishermen, and mainland community members in Rakai, Uganda: A qualitative study*. *PLOS ONE*, 12(8), e0183280. doi:10.1371/journal.pone.0183280

Bwalya C, Simwinga M, Hensen B, et al. Social response to the delivery of HIV self-testing in households: experiences from four Zambian HPTN 071 (PopART) urban communities. *AIDS Res Ther* 2020;17:32.

Bwana P, Ochieng' L, Mwau M (2018) Performance and usability evaluation of the INSTI HIV self-test in Kenya for qualitative detection of antibodies to HIV. *PLoS ONE* 13(9): e0202491. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0202491>

Bwana P, Ochieng' L, Mwau M (2018) Performance and usability evaluation of the INSTI HIV self-test in Kenya for qualitative detection of antibodies to HIV. *PLoS ONE* 13(9): e0202491. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0202491>

Catalan J, et al. (2011). HIV infection and mental health: suicidal behaviour—systematic review. *Psychol Health Med*. 16(5):588–611.

Charlene Harichund, Pinky Kunene & Mosa Moshabela (2019). Feasibility of HIV self-testing: experiences of people seeking HIV testing in rural and urban KwaZulu-Natal, South Africa, *African Journal of AIDS Research*, 18:2, 115-122, DOI: 10.2989/16085906.2019.1621358

Choko AT, MacPherson P, Webb EL, et al. Uptake, accuracy, safety, and linkage into care over two years of promoting annual Self- Testing for HIV in Blantyre, Malawi: a community- based prospective

Christian, S. N., Mantell, J. E., Romo, M. L., Grov, C., George, G., Mwai, E., ... Kelvin, E. A. (2020). *Applying a social-ecological lens to opinions about HIV self-testing among Kenyan truckers who declined to test: a qualitative study. African Journal of AIDS Research, 19(2), 147–155.* doi:10.2989/16085906.2020.17640

CNLS, CAMPHIA 2018. Cameroon population-based HIV impact assessment: preliminary findings. 2018. Summary sheet for CAMPHIA 2017. https://phia.icap.columbia.edu/wpcontent/uploads/2018/07/3471CAMPHIA_Cameroon_SS_A4_v13_requests_7.25.18.pdf

CNLS. 2020. Rapport du premier semestre 2020 des activités de Lutte Contre le VIH, Le SIDA et les IST. Rapport. 2020. Yaoundé: CNLS.

Comité National de lutte contre le SIDA. (2017); 2016 Integrated Biological and Behavioral Survey (IBBS) Report among Key Populations in Cameroon : Female sex workers and men who have sex with men

Communications and Global Advocacy UNAIDS, “UNAIDS FACT SHEET. Global HIV Statistics,” End. AIDS epidemic, pp. 1–3, 2020. Available from: <https://www.unaids.org/en/resources/fact-sheet> [Accessed 12th June, 2020].

Conserve, D. F., Michel, J., Adrien Demes, J. E., Chéry, J. M., Balan, J.-G., Choko, A. T., ... Puttkammer, N. (2020). Local and national stakeholders’ perceptions towards implementing and scaling up HIV self-testing and secondary distribution of HIV self-testing by Option B+ patients as an assisted partner service strategy to reach men in Haiti. *PLOS ONE, 15(5), e0233606.* doi:10.1371/journal.pone.023360

Démocratique du Congo. 2016. <http://www.pnmls.cd/doc/guide-de-prise-en-charge-integree-du-vih-enrepublique-democratique-du-congo.pdf>

Ekouevi, D. K., Bitty-Anderson, A., Gbeasor-Komlanvi, F. A., Coffie, A. P., & Eholie, S. P. (2020). *HIV self-testing: the key to unlock the first 90 in West and Central Africa. International Journal of Infectious Diseases.* doi:10.1016/j.ijid.2020.02.016

Food and Drug Administration. Summary of safety and effectiveness. Rockville : FDA, 2012. <http://www.fda.gov/downloads/BiologicsBloodVaccines/BloodBloodProductsApprovedProducts/PremarketApprovalsPMAs/UCM312534.pdf> (last access April 2017).

Govender R et Schlebusch L. (2012). Suicidal ideation in seropositive patients seen at a south African HIV voluntary counselling and testing clinic. *Afr J Psychiatry.* 15(2):94–8.

Government of Kenya. Kenya Demographic and Health Survey 2014:Key Indicators Report. 2015

Grésenguet G, Longo JD, Tonen-Wolyec S, et al. Acceptability and usability evaluation of finger-stick whole blood HIV self-test as an HIV screening tool adapted to general public in the Central African Republic. *Open AIDS J* 2017 ; 11 : 101-118

Grobler A, Cawood C, Khanyile D, Puren A, Kharsany ABM. Progress of UNAIDS 90–90-90 targets in a district in KwaZulu-Natal, South Africa, with high HIV burden, in the HIPSS study: a household-based complex multilevel community survey. *Lancet HIV*. 2017;4(11):e505–13.

Hermanus, T., & O’Grady, M. (2021). *A principle-based approach to justify the use of HIV self-testing in South Africa*. *Developing World Bioethics*. doi:10.1111/dewb.12319

Huerga H, Van Cutsem G, Ben Farhat J, Puren A, Bouhenia M, Wiesner L, et al. Progress towards the UNAIDS 90–90-90 goals by age and gender in a rural area of KwaZulu-Natal, South Africa: a household-based community cross-sectional survey. *BMC Public Health*. 2018;18(1):303.

Ingold H, Mwerinde O, Ross AL, et al. The Self- Testing Africa (StAR) initiative : accelerating global access and scale-up of HIV self-testing. *J Int AIDS Soc* 2019 ; 22 Suppl 1:e25249–100.

Institut National de la Statistique et ICF International. Rapport de l’Enquête Démographique et de Santé et à indicateurs multiples du Cameroun 2016. 2018. Calverton, Maryland, USA : INS et ICF International <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/fr260/fr260.pdf>

Johnson C, Baggaley R, Forsythe S, et al. Realizing the potential for HIV self-testing. *AIDS Behav* 2014 ; 18 : S391-5.

Johnson CC, Kennedy C, Fonner V, et al. Examining the effects of HIV self-testing compared to standard HIV testing services: a systematic review and meta-analysis. *J Int AIDS Soc* 2017;20:21594.

Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. How AIDS changed everything – MDG6: 15 years, 15 lessons of hope from the AIDS response. Genève: UNAIDS, 2015. http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/MDG6Report_fr.pdf. (last access April 2017).

Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. Prevention gap report. Geneva: UNAIDS, 2016. <http://www.unaids.org/en/resources/documents/2016/prevention-gap> , (last access April 2017).

Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. Voluntary counselling and testing (VCT). UNAIDS technical update. Geneva: UNAIDS, 2000.

http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/data_import/publications/irc-pub01/jc379-vct_en.pdf (last access March 2017).

Kalichman SC, Simbayi LC. HIV testing attitudes, AIDS stigma, and voluntary HIV counselling and testing in a black township in Cape Town, South Africa. *Sex Transm Infect* 2003 ; 79 : 442-7.

Kalichman SC and Simbayi LC. HIV testing attitudes, AIDS stigma, and voluntary HIV counselling and testing in a black township in Cape Town, South Africa. *Sex Transm Infect* 2003; 79: 442–447.

Kingori Ndungu, Peter Gichangi, Marleen Temmerman, (2020). What determines HIV self-test acceptability and uptake within the MSM community in Nairobi and its environs? A cross sectional study. *préprint* DOI: <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-31416/v3>

Korte, J. E., Strauss, M., Ba, A., Buregyeya, E., Matovu, J. K., Kisa, R., ... George, G. (2019). *HIV testing preferences among pregnant women attending antenatal care and their male partners: a discrete choice experiment in Uganda. African Journal of AIDS Research, 18(4), 332–340.* doi:10.2989/16085906.2019.1686032

Lee, V. J., Tan, S. C., Earnest, A., Seong, P. S., Tan, H. H., & Leo, Y. S. (2007). *User Acceptability and Feasibility of Self-Testing With HIV Rapid Tests. JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes, 45(4), 449–453.* doi:10.1097/qai.0b013e318095a3f3

Lippman SA, et al. (2018). High acceptability and increased HIV-testing frequency after introduction of HIV self-testing and network distribution among south African MSM. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 77(3):279–87.

Lippman SA, Gilmore HJ, Lane T, Radebe O, Chen Y-H, Mlotshwa N, et al. (2018) Ability to use oral fluid and fingerstick HIV self-testing (HIVST) among South African MSM. *PLoS ONE* 13(11): e0206849. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0206849>

Lippman SA, Gilmore HJ, Lane T, Radebe O, Chen YH, Mlotshwa N, Maleke K, Manyuchi AE, McIntyre J. (2018). Ability to use oral fluid and fingerstick HIV selftesting (HIVST) among south African MSM. *PLoS One.* 13(11):e0206849.

Lippman, S. A., Gilmore, H. J., Lane, T., Radebe, O., Chen, Y.-H., Mlotshwa, N., ... McIntyre, J. (2018). *Ability to use oral fluid and fingerstick HIV self-testing (HIVST) among South African MSM. PLOS ONE, 13(11), e0206849.* doi:10.1371/journal.pone.020684

MacQueen KM. Young people, HIV, and life goals. *J Int AIDS Soc* 2017; 20: 22267.

Majam M, Fischer AE, Rhagnath N, Msolomba V, Venter WDF, Mazzola L, et al. Performance assessment of four HIV self-test devices in South Africa: A cross-sectional study. *S Afr J Sci.* 2021;117(1/2), Art. #7738. <https://doi.org/10.17159/sajs.2021/7738>

Majam M, Conserve DF, Zishiri V, et al. Implementation of different HIV self-testing models with implications for HIV testing services during the COVID-19 pandemic: study protocol for secondary data

Marwa, T., Karanja, S., Osero, J., & Orago, A. (2019). *The effects of HIV self-testing kits in increasing uptake of male partner testing among pregnant women attending antenatal clinics in Kenya: a randomized controlled trial*. *Pan African Medical Journal*, 33. doi:10.11604/pamj.2019.33.213.1416

Medline, A., Daniels, J., Marlin, R., Young, S., Wilson, G., Huang, E., & Klausner, J. D. (2017). *HIV Testing Preferences Among MSM Members of an LGBT Community Organization in Los Angeles*. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 28(3), 363–371. doi:10.1016/j.jana.2017.01.001

Meiberg AE, Bos AE, Onya HE, Schaalma HP. Fear of stigmatization as barrier to voluntary HIV counselling and testing in South Africa. *East Afr J Public Health* 2008 ; 5 : 49-54.

Ministry of Health. National AIDS & STI Control Programme, “Third National Behavioural Assessment of Key Populations in Kenya: Polling Booth Survey Report,” no. September, 2018. Available from: <http://www.childrenandaids.org/sites/default/les/2018-11/Polling%20booth%20survey%20report.pdf>. [Accessed 2nd, December, 2019].

Msellati P, Ateba Ndongo F, Hejoaka F, et al. Impediments to HIV testing in HIV-infected children and teenagers in Africa: look for them where they are! *Med Sante Trop* 2016; 26: 10–14.

Myers JE, El-Sadr WM, Zerbe A, Branson BM. Rapid HIV self-testing: long in coming but opportunities beckon. *AIDS* 2013 ; 27 : 1687–95.

Napierala Mavedzenge, S., Baggaley, R., & Corbett, E. L. (2013). *A Review of Self-Testing for HIV: Research and Policy Priorities in a New Era of HIV Prevention*. *Clinical Infectious Diseases*, 57(1), 126–138. doi:10.1093/cid/cit156

Napierala Mavedzenge, S., Baggaley, R., & Corbett, E. L. (2013). *A Review of Self-Testing for HIV: Research and Policy Priorities in a New Era of HIV Prevention*. *Clinical Infectious Diseases*, 57(1), 126–138. doi:10.1093/cid/cit156

NASCOP Kenya, “Kenya AIDS Strategic Framework,” 2014. Available from: https://nacc.or.ke/wp-content/uploads/2015/09/KASF_Final.pdf.

National AIDS and STI Control Programme (NASCOP) K. Kenya AIDS Indicator Survey 2012: Final

Oduetse, O. K., Nkomo, B., Majingo, N., Mashalla, Y., & Seloilwe, E. (2019). *Perceptions and attitudes towards acceptability of HIV self-testing among female sex workers*

in Selibe Phikwe, Botswana. *African Journal of AIDS Research*, 18(3), 192–197. doi:10.2989/16085906.2019.16384

Offorjebe OA, Hoffman RM, Shaba F, et al. Acceptability of index partner HIV self-testing among HIV- positive clients in Malawi: A mixed methods analysis. *PLoS One* 2020;15:e0235008.

OMS. (2018). Lignes directrices sur l'autodépistage du VIH et la notification aux partenaires : supplément aux lignes directrices unifiées sur les services de dépistage du VIH [Guidelines on HIV selftesting and partner notification: supplement to consolidated guidelines on HIV testing services]. Genève. <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo/>

ONUSIDA. « 90-90-90 Une cible ambitieuse de traitement pour aider à mettre fin à l'épidémie du sida ». 2014. Disponible le 22/12/2020 sur: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/9090-90_fr.pdf Report. 2014. 2014.

Programme National de la Santé des Adolescents (PNSA). Plan stratégique national de la santé et du bien-être des adolescents et des jeunes 2016–2020. 2016. https://www.prb.org/wp-content/uploads/2018/05/Plan-Strate%CC%81gique-National-de-la-Sante%CC%81-et-du-Bien-Etre-des-Adolescents-et-des-Jeunes-2016-2020.RDC_.pdf

Programme National de Lutte contre le Sida. Guide de prise en charge intégrée du VIH en République

Public Health Agency of Canada. Estimates of HIV incidence, prevalence and Canada's progress on meeting the 90-90-90 HIV targets, 2018: Government of Canada; 2020 [Available from: <https://www.canada.ca/en/public-health/services/publications/diseases-conditions/summary-estimates-hiv-incidenceprevalence-canadas-progress-90-90-90.html>.

Public Health Agency of Canada. Government of Canada announces progress and new investments to eliminate HIV/AIDS as a public health threat: Government of Canada; 2016 [Available from: <https://www.canada.ca/en/public-health/news/2016/12/government-canada-announces-progress-new-investments-eliminate-aids-public-health-threat.html>.

Rodriguez VJ et al. (2017). Prevalence and psychosocial correlates of suicidal ideation among pregnant women living with HIV in Mpumalanga Province, South Africa. *AIDS Care*. 29(5):593–7.

S. Baral, F. Sifakis, F. Cleghorn, and C. Beyrer, “Elevated risk for HIV infection among men who have sex with men in low- and middle-income countries 2000–2006: A systematic review,” *PLoS Med.*, vol. 4, no. 12, pp. 1901–1911, 2007. Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0040339>

SANAC (2018). South Africa Global AIDS Response Progress Report. 2015; Available from: http://sanac.org.za/wp-content/uploads/2016/06/GARPR_report-high-res-for-print-June-15-2016.pdf. [cited 1 Apr 2018]

Schlebusch L, Vawda N. (2010). HIV-infection as a self-reported risk factor for attempted suicide in South Africa. *Afr J Psychiatry*. 13(4):280–3.

Shisana O., et al., South African national HIV prevalence, incidence and behaviour survey, 2012. 2014.

Smith, P., Clayton, J., Pike, C., & Bekker, L.-G. (2018). *A review of the AtomoRapid HIV self-testing device: an acceptable and easy alternative to facilitate HIV testing*. *Expert Review of Molecular Diagnostics*. doi:10.1080/14737159.2019.156128 study. *PLoS Med* 2015;12:e1001873.

Stephanie N Christian, Joanne E Mantell , Matthew L Romo , Christian Grov , Gavin George , Eva Mwai , Eston Nyaga , Jacob O Odhiambo , Kaymarlin Govender & ElizabethA Kelvin (2020) Applying a social-ecological lens to opinions about HIV self-testing among Kenyan truckers who declined to test: a qualitative study, *African Journal of AIDS Research*, 19:2, 147-155, DOI: 10.2989/16085906.2020.1764070

Tahlil, K. M., Ong, J. J., Rosenberg, N. E., Tang, W., Conserve, D. F., Nkengasong, S., ... Tucker, J. D. (2020). *Verification of HIV Self-Testing Use and Results: A Global Systematic Review*. *AIDS Patient Care and STDs*, 34(4), 147–156. doi:10.1089/apc.2019.0283

Tonen-Wolyec S, Batina-Agasa S, Muwonga J, Fwamba N'kulu F, Mboumba Bouassa RS, Bélec L. Evaluation of the practicability and virological performance of finger-stick whole-blood HIV self-testing in French-speaking sub-Saharan Africa. *PLoS One*. 2018 Jan 10;13(1):e0189475

Tonen-Wolyec S, Batina-Agasa S, Muwonga J, Mboumba Bouassa R-S, Kayembe Tshilumba C, Bélec L. Acceptability, feasibility, and individual preferences of blood-based HIV self-testing in a population-based sample of adolescents in Kisangani, Democratic Republic of the Congo. *PLoS One*. e0218795;14(7).

Tonen-Wolyec, S., Muwonga Masidi, J., Kamanga Lukusa, L. F., Nsiku Dikumbwa, G., Sarassoro, A., & Bélec, L. (2020). *Analytical Performance of the Exacto Test HIV Self-Test: A Cross-Sectional Field Study in the Democratic Republic of the Congo*. *Open Forum Infectious Diseases*, 7(12). doi:10.1093/ofid/ofaa554

Tonen-Wolyec, S., Sarassoro, A., Muwonga Masidi, J., Twite Banza, E., Nsiku Dikumbwa, G., Maseke Matondo, D. M., ... Bélec, L. (2020). *Field evaluation of capillary blood and oral-fluid HIV self-tests in the Democratic Republic of the Congo*. *PLOS ONE*, 15(10), e0239607. doi:10.1371/journal.pone.0239607

UNAIDS&UNICEF. A progress report: ALL IN to end the adolescent AIDS epidemic. 2016.

http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/ALLIN2016ProgressReport_en.pdf.

(last accessed 14 May 2019).

UNAIDS. A progress report: ALL IN to end the adolescent AIDS epidemic, http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/ALLIN2016ProgressReport_en.pdf (2016, accessed 20 April 2019).

UNAIDS. Global AIDS monitoring 2019, indicators for monitoring the 2016 political declaration on ending AIDS, http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/global-aids-monitoring_en.pdf (2018, accessed 16 March 2019).

UNAIDS. HIV testing, Democratic Republic of the Congo. <http://aidsinfo.unaids.org/> Accessed February 14, 2020.

UNAIDS. New HIV infection among adolescents, <http://aidsinfo.unaids.org/> (2019, accessed 16 May 2019).

UNICEF. The AIDS epidemic continues to take a staggering toll, especially in sub-Saharan Africa. New York: United Nations International Children's Emergency Fund, <http://data.unicef.org/hiv-aids/global-trends> (2016, accessed 16 March 2019).

Vrana-Diaz, C. J., Stevens, D. R., Ndeche, E., & Korte, J. E. (2019). *HIV self-testing knowledge and attitudes at sports-based HIV prevention tournaments in Nairobi, Kenya. Journal of HIV/AIDS & Social Services, 18(2), 180–196.* doi:10.1080/15381501.2019.162066

Witzel TC, Weatherburn P, Burns FM, Johnson C, Figueroa C, Rodger AJ. Consolidating emerging evidence surrounding HIVST and HIVSS: a rapid systematic mapping protocol. *Syst Rev* 2017 ; 6 : 72.

Witzel, T. C., Rodger, A. J., Burns, F. M., Rhodes, T., & Weatherburn, P. (2016). *HIV Self-Testing among Men Who Have Sex with Men (MSM) in the UK: A Qualitative Study of Barriers and Facilitators, Intervention Preferences and Perceived Impacts. PLOS ONE, 11(9), e0162713.* doi:10.1371/journal.pone.016271

Witzel, T., Weatherburn, P., Bourne, A., Rodger, A., Bonell, C., Gafos, M., ... Burns, F. (2020). Exploring Mechanisms of Action: Using a Testing Typology to Understand Intervention Performance in an HIV Self-Testing RCT in England and Wales. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 17(2), 466.* doi:10.3390/ijerph17020466

[Witzel, TC](#); (2020) *HIV Self-testing for Men Who Have Sex With Men (MSM) in England and Wales: A multi-method study of self-testing intervention development and evaluation.* PhD (research paper style) thesis, London School of Hygiene & Tropical Medicine. DOI: <https://doi.org/10.17037/PUBS.04657360>

World Health Organization & UNAIDS. Technology Landscape, HIV rapid diagnostic tests for self-testing, July 2016, Second Edition, Geneva : WHO & UNAIDS, 2016. <http://www.who.int/hiv/pub/vct/hiv-selftesting-2016-secondedition/en/> (last access March 2017).

World Health Organization & UNAIDS. Technology Landscape, HIV rapid diagnostic tests for self-testing, December 2016, Semi-annual update. Geneva : WHO & UNAIDS, 2016. <http://www.who.int/hiv/pub/vct/hiv-self-testing-2016-december-edition/en/> (last access March 2017).

World Health Organization. HIVST NEWS, Evidence Map. <http://HIVST.org> (last access May 2017).

World Health Organization. Report on the first international symposium on self-testing for HIV: The legal, ethical, gender, human rights and public health implications of self-testing scale-up. Meeting report - Geneva, Switzerland. 8-9 April 2013. Geneva : WHO 2013. http://www.who.int/hiv/pub/vct/self_test/en/ (last access March 2017).

World Health Organization. Supplement. Guidelines on HIV self-testing and partner notification. Supplement to consolidated guidelines on HIV testing services. Geneva : WHO 2016. <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/251655/1/9789241549868-eng.pdf> (last access March 2017).

World Health Organisation. HIV and adolescents: guidance for HIV testing and counselling and care for adolescents living with HIV, <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/adolescents/en/> (2015,

World Health Organization. HIVST NEWS, HIV self-test are now available in pharmacies in Kenya. <http://HIVST.org> (last access May 2017).

World Health Organization. WHO recommends HIV self-testing Policy brief. Geneva : WHO 2016. <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/251549/1/WHO-HIV-2016.21-eng.pdf?ua=1> (last access May 2017).

Wu Y-L, et al. (2015). Prevalence of suicidal ideation and associated factors among HIV-positive MSM in Anhui, China. *Int J STD AIDS*. 26(7):496–503.

Zanolini, A., Chipungu, J., Vinikoor, M. J., Bosomprah, S., Mafwenko, M., Holmes, C. B., & Thirumurthy, H. (2018). HIV Self-Testing in Lusaka Province, Zambia: Acceptability, Comprehension of Testing Instructions, and Individual Preferences for Self-Test Kit Distribution in a Population-Based Sample of Adolescents and Adults. *AIDS Research and Human Retroviruses*, 34(3), 254–260. doi:10.1089/aid.2017.0156

ANNEXES

Tableau XVI : Liste des variables non critiques et critiques ayant servi à la construction de la variable d'intérêt '*utilisabilité*'

	DOUALA		YAOUNDE				ENSEMBLE					
	HSH		TS		HSH		TS		HSH		TS	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Variables non critiques												
Lecture ou utilisation de la fiche d'information par le participant	140	39,3	250	89,3	174	100,0	173	96,6	314	88,2	423	92,2
Retrait du dispositif du test de la pochette en aluminium difficile pour le participant	37	10,4	95	33,9	9	5,2	22	12,3	46	12,9	117	25,5
Lavage des mains à l'eau et savon et séché ou avec le gel hydroalcoolique par le participant	44	12,4	103	36,8	89	51,1	25	14,0	133	37,4	128	27,9
Choix correct de l'annulaire ou le majeur pour le prélèvement sanguin par le participant	164	46,1	237	84,6	171	98,3	150	83,8	335	94,1	387	84,3
Massage du doigt 5 à 6 fois par le participant	166	46,6	227	81,1	166	95,4	135	75,4	332	93,3	362	78,9
Nettoyage du doigt avec un tampon d'alcool et séchage pendant 10 secondes par le participant	181	50,8	256	91,4	169	97,1	145	81,0	350	98,3	401	87,4
Décapage la lancette de sécurité et positionner le coté du trou contre coté du bout du doigt	180	50,6	263	93,9	171	98,3	149	83,2	351	98,6	412	89,8
Application rapide du plâtre	146	41,0	181	64,6	163	93,7	117	65,4	309	86,8	298	64,9
Élimination correcte des déchets par le participant	146	41,0	186	66,4	168	96,6	129	72,1	314	88,2	315	68,6
Variables critiques												
Piqûre ferme de façon à obtenir du sang	175	49,2	265	94,6	163	93,7	172	96,1	338	94,9	437	95,2
Recueil/mise suffisant de sang dans le puit	114	32,0	152	54,3	167	96,0	147	82,1	281	78,9	299	65,1
Positionnement correct du dispositif	150	42,1	183	65,4	170	97,7	150	83,8	320	89,9	333	72,5
Mettre le nombre suffisant de diluant	108	30,3	157	56,1	169	97,1	145	81,0	277	77,8	302	65,8
Interprétation correcte du résultat du test	182	51,1	270	96,4	170	97,7	168	93,9	352	98,9	438	95,4
Variables non retenues												
Mention au cours du processus d'une notice d'information contenu dans le kit	172	48,3	269	96,1	157	90,2	156	87,2	329	92,4	425	92,6
Réussite à presser le haut du compte-gouttes de l'échantillon	131	36,8	170	60,7	169	97,1	146	81,6	300	84,3	316	68,8
Continuité du processus par le participant malgré une étape manquée ou incorrecte	178	50,0	255	91,1	147	84,5	151	84,4	325	91,3	406	88,5
Conclusion qu'il a terminé le test à la fin du temps	157	44,1	239	85,4	163	93,7	152	84,9	320	89,9	391	85,2

TABLE DE MATIÈRES

ÉQUIPE DE PILOTAGE.....	I
SOMMAIRE	III
LISTE DES ABRÉVIATIONS	IV
LISTE DES TABLEAUX.....	II
LISTE DES FIGURES.....	III
RÉSUMÉ EXÉCUTIF	IV
ABSTRACT	VI
CHAPITRE 1 : CONTEXTE	1
1. Objectif général.....	3
2. Objectifs spécifiques	3
CHAPITRE 2 : REVUE DE LA LITTÉRATURE	4
1. Recommandations pour l'évaluation de l'autotest VIH et lignes directrices.....	4
2. Clarification des concepts	5
3. Prototypes d'autotest sanguin du VIH à évaluer dans le cadre de cette étude.....	7
3.1. <i>Mylan HIV Self-Test</i>	7
3.2. <i>Chembio (Sure Check) HIV Self-Test</i>	9
3.3. <i>Abbott Check Now HIV Self-Test</i>	9
4. L'état de la question de faisabilité, acceptabilité et utilisabilité de l'autotest sanguin du VIH.....	10
CHAPITRE 3 : MÉTHODOLOGIE.....	12
1. Type d'étude	12
2. Lieux de l'étude	12
3. Période de l'étude	12
4. Population de l'étude	12
4.1. <i>Critères d'inclusion</i>	12
4.2. <i>Critères d'exclusion</i>	13
4.3. <i>Critères de non inclusion</i>	13
4.4. <i>Critères d'inclusion</i>	13
4.5. <i>Critères d'exclusion</i>	13
5. Échantillonnage.....	13
5.1. <i>Taille de l'échantillon</i>	13
5.2. <i>Taille de l'échantillon : Responsables du MINSANTE</i>	14
6. Sélection des villes.....	14
7. Sélection des Organisation à Base Communauté (OBC).....	14
8. Sélection et recrutement des participants.....	14
8.1. <i>Sélection et recrutement des travailleuses de sexe</i>	14
8.2. <i>Sélection et recrutement des hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes</i>	15

8.3.	<i>Sélection des responsables des structures du MINSANTE</i>	15
9.	Collecte de données et outils de collecte	15
10.	Traitement des données	15
10.1.	<i>Traitement des données quantitatives</i>	15
10.2.	<i>Traitement des données qualitatives</i>	15
11.	Analyse des données	15
11.1.	<i>Analyse des données quantitatives</i>	15
11.2.	<i>Analyse des données qualitatives</i>	16
12.	Mise en œuvre de l'enquête	16
13.	Révision et adaptation du protocole de recherche et des outils de collecte	16
14.	Validation du protocole de recherche et des outils de collecte	17
15.	Procédures administratives.....	17
16.	Formation des superviseurs centraux	17
17.	Réunion avec les responsables régionaux et responsables des OBC	17
18.	Sélection et formation des enquêteurs.....	17
19.	Prétest.....	18
20.	Mobilisation des cibles de l'étude	18
20.1.	<i>Mobilisation des travailleuses de sexe et des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes</i>	18
20.2.	<i>Mobilisation des responsables des directions techniques et programmes du MINSANTE</i>	18
21.	Équipes d'enquête	18
22.	Procédures pratiques de l'enquête et collecte de données.....	19
22.1.	<i>Travailleuses de sexe et des hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes</i> 19	
22.2.	<i>Responsables des directions techniques et programmes du MINSANTE</i> ... 19	
23.	Gestion des déchets issus de l'autodépistage	19
24.	Suivi des directives nationales de dépistage du VIH et lien des participants ayant une sérologie VIH positive confirmée avec les structures de soins	20
25.	Prévention de l'infection par le virus SARS-CoV-2 chez le personnel d'enquête et les participants.....	21
26.	Considérations éthiques.....	21
27.	Difficultés rencontrées	22
CHAPITRE 3 : RÉSULTATS		23
1.	CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES RÉPONDANTS.....	23
2.	ACCEPTABILITÉ DE L'AUTOTEST SANGUIN DU VIH PAR LES TS ET LES HSH.....	28
3.	UTILISABILITÉ DE L'AUTOTEST SANGUIN DU VIH PAR LES TS ET LES HSH.....	28
4.	RÉSULTAT FINAL DE L'AUTOTEST SANGUIN DU VIH DU PARTICIPANT	32
5.	NIVEAU DE DIFFICULTÉ D'UTILISATION DE L'AUTOTEST SANGUIN DU VIH RAPPORTÉ PAR LES TS ET HSH	34

6. PERCEPTION DES RESPONSABLES DU MINSANTE RELATIVES À FAISABILITÉ DE L'AUTOTEST SANGUIN DU VIH.....	36
6.1. Contexte du dépistage du VIH au Cameroun.....	36
6.2. Cadre de dépistage du VIH au Cameroun	36
6.3. Obstacles dans la mise en œuvre des activités de dépistage	36
6.4. Points négatifs dans le cadre du dépistage de VIH	37
6.5. Points positifs dans le cadre du dépistage de VIH	38
6.6. Suggestions pour améliorer le cadre de dépistage du VIH	39
6.7. Connaissances relatives aux autotests sanguins du dépistage du VIH.....	39
6.8. Connaissances spécifiques sur l'autotest du VIH	40
6.9. Coût de l'autotest VIH	41
6.10. Dispositions stratégiques et directives normatives devant encadrer l'utilisation de l'autotest comme une stratégie de dépistage au Cameroun.....	41
6.11. Les cibles de l'autotest	42
6.12. Facteurs facilitants la mise en œuvre de l'utilisation de l'autotest.....	43
6.13. Avantages liés à l'utilisation de l'autotest VIH.....	44
6.14. Inconvénients liés à l'utilisation de l'autotest VIH	45
6.15. Solutions pour pallier aux inconvénients.....	46
6.16. Perceptions de l'autotest	48
6.17. Acceptabilité de l'autotest et imaginaire collectif	48
6.18. Perception de l'efficacité de l'autotest	49
6.19. Représentation sociale de l'autotest	49
6.20. Appréhensions liées à la validation de la stratégie d'auto dépistage du VIH. 50	
6.21. Appréhensions liées au counseling et à la méthode d'auto dépistage	50
6.22. Appréhensions liées aux choix du type d'autotest et à la question inhérente à la gestion des déchets	51
CHAPITRE 4 : DISCUSSION	52
1. CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES ET COMPORTEMENTALES DE LA POPULATION DE L'ÉTUDE	52
2. ACCEPTABILITÉ DE L'AUTOTEST SANGUIN DU VIH PAR LES TS ET LES HSH.....	53
3. UTILISABILITÉ DE L'AUTOTEST SANGUIN DU VIH PAR LES TS ET LES HSH.....	54
4. PERCEPTION DES RESPONSABLES DU MINSANTE RELATIVES À FAISABILITÉ DE L'AUTOTEST SANGUIN DU VIH.....	55
4.1. Perception de l'efficacité de l'autotest et choix du type d'autotest.....	55
3. Appréhensions liées à la question inhérente à la gestion des déchets.....	55
4.2. Appréhensions de l'auto dépistage du VIH liées à l'absence de counseling post test	56
4.3. Pertinence de l'utilisation de l'ADVIH sanguin	57
CONCLUSION	58
RECOMMANDATIONS	59

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	60
ANNEXES	I
TABLE DE MATIÈRES.....	II