

Acceptabilité du dépistage sérologique de l'infection à VIH : une approche communautaire réussie dans huit villages au Mali en 2018

Acceptability of serological screening for HIV infection: a successful community approach in eight villages in Mali in 2018.

Sidibé F¹, Fofana A², Sangaré L³, Cissé I¹, Dao K¹, Coulibaly S¹, Diarra S¹, Keita A¹, Guindo I¹, Berthé M¹, Ag Iknane A¹

- 1- Institut National de Santé Publique (INSP), Hippodrome BP: 1771, Bamako
- 2- Laboratoire National de la Santé (LNS), Bamako
- 3- Faculté des Sciences et Techniques, Département de Biologie, Bamako

/ UNAIDS initiative for 2020, i.e. 90% of PLHIV who know their HIV status.

Key Words: Community Health Workers (CHWs), community screening, HIV, Mali.

*Auteur correspondant : sidibe.fantis@yahoo.fr,
Laboratoire de bactériologie – virologie, INSP.

Résumé

Introduction : Au Mali, la prévalence au VIH est estimée à 1,1% dans la population générale. Il existe plusieurs défis en matière d'offre de dépistage. L'objectif était d'évaluer l'acceptabilité d'un dépistage sérologique du VIH dans une population rurale basée sur l'utilisation des tests rapides par les Agents de Santé Communautaire dans 8 villages de la commune rurale de Sirakorola au Mali.

Matériel et méthodes : Il s'agissait d'une étude transversale descriptive, reposant sur les Agents de Santé Communautaire (ASC), délivrant des soins de santé au niveau communautaire. **Résultats :** En 2 mois nous avons couvert 70% des ménages de 8 villages avec un taux d'adhésion des ménages à la stratégie de 97%. Sur un total de 1238 sujets testés, 99,1% avait accepté le test, parmi ces derniers, 97,7% étaient primo-testant. Nous avons dépisté 6 cas positifs (5 femmes et 1 homme) qui étaient tous pour la première fois soumise à un de dépistage. **Conclusion :** Cette étude contribuera à l'atteinte du premier objectif de l'initiative 90-90-90 OMS/ONUSIDA pour 2020, soit 90% des PVVIH qui connaissent leur statut sérologique.

Mots clés : ASC, dépistage communautaire, VIH, Mali

Abstract

Introduction: In Mali, HIV prevalence is estimated at 1.1% in the general population. There are several challenges in providing screening. The objective was to assess the acceptability of HIV serological testing in a rural population based on the use of rapid tests by Community Health Workers in 8 villages in the rural commune of Sirakorola in Mali. **Material and methods:** This was a descriptive cross-sectional study, based on Community Health Workers (CHWs), delivering health care at the community level. **Results:** In 2 months we covered 70% of households in 8 villages with a household membership rate of 97%. Out of a total of 1,238 subjects tested, 99.1% had accepted the test, of these, 97.7% were primo-testers. We screened 6 positive cases (5 women and 1 man) who were all first test. **Conclusion:** This study will contribute to the achievement of the first objective of the 90-90-90 WHO

Introduction

Mettre fin à l'épidémie de sida d'ici 2030 est l'ambition affichée par les Nations unies. Des cibles intermédiaires ambitieuses ont été établies pour 2020 (90 % des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut sérologique, 90 % de ces personnes ont accès au traitement et 90 % des personnes sous traitement ont une charge virale indétectable (1)). Le dépistage est une étape fondamentale de cette initiative. En effet, la connaissance de son statut sérologique pour 90% des Personnes Vivant avec le VIH (PVVIH) est un passage impératif vers l'atteinte de cet objectif.

En Afrique centrale et de l'Ouest, seulement 42,6% des PVVIH connaissent leur statut sérologique. Pour accélérer la riposte dans ces deux sous-régions, la communauté internationale a appelé en 2016 à mettre en œuvre un plan dit « de rattrapage » (2).

En Afrique, la première approche communautaire qui a été utilisée était l'offre des services en sites fixes. Mais leur accessibilité était limitée à cause des barrières géographiques, d'où le développement d'autres approches comme le dépistage en stratégie mobile ou avancée et le test à domicile qui n'ont pas été vulgarisés dans les pays à prévalence faible. Une comparaison des résultats 2005-2006 des sites fixes et mobiles du Kenya avait montré que la stratégie mobile contribuait à toucher des personnes qui n'avaient jamais fait de test (3). En 2005, une évaluation de l'acceptabilité du test VIH en milieu rural burkinabé avait montré que 69% de la population accepteraient le test s'il le leur était proposé (4). En 2007, une étude auprès des populations dans le nord du Ghana concluait que ces dernières accepteraient les communautaires comme prestataires de services de dépistage (5) car ils permettent de couvrir les zones jusque-là isolées (6). Enfin, en 2008, au Sénégal, Ndiaye avait trouvé que la curiosité de connaître le statut VIH motivait 69% des demandes en test (7).

Au Mali, la prévalence au VIH est estimée à 1,1% de la population générale (15-49 ans) (8). Il existe plusieurs défis en matière d'offre de dépistage : absence de dépistage systématique dans la population générale en dehors de la grossesse, l'immensité du pays, l'insuffisance de professionnel de santé, surtout la disparité dans la répartition des professionnels de santé (peu de professionnels de santé dans les zones rurales ou vivent

plus de 70% de la population). Cette situation entraîne du coup un dépistage tardif des PVVIH. En 2016, 132 045 personnes vivant avec le VIH de plus de 15 ans étaient attendus par le Ministère de Santé, mais seulement 89 001 cas ont été notifiés (rapport non publié). En réponse à ces constats, le cadre stratégique national de lutte contre le sida a prôné la décentralisation et l'accès au conseil et au test volontaires et confidentiels par l'offre du dépistage dans le secteur de la santé communautaire (9). Ainsi, pour combler ce déficit nous avons pensé aux Agents de Santé Communautaires (ASC), qui ne sont pas des professionnels de santé mais des intervenants dans la communauté bien connus dans le système de santé du Mali. Depuis la déclaration de la Conférence d'Alma-Ata en 1978, l'importance de la participation communautaire pour les soins de santé primaires a été reconnue comme un moyen de réduire les inégalités en santé, notamment pour atteindre les Objectifs de Développement du Millénaire (10). Les Objectifs du Développement Durable (ODD) plus ambitieux visant à mettre fin à l'épidémie de sida, d'ici 2030 exigent de nouvelles percées scientifiques et innovations stratégiques (11).

En 2015, un dépistage communautaire réalisé dans la région de Koulikoro sur 228 personnes travaillant dans les mines, a montré une prévalence de 8,5% (12). Koulikoro est une région qui se distingue par l'ampleur de son épidémie. En effet, son district sanitaire est l'un des sites où l'ascension de la prévalence a été notée depuis la 2ème édition de la surveillance sentinelle du VIH chez les femmes enceintes, soit 4,0% en 2007 ; 5,1% en 2009 et 6,0% en 2012 (la prévalence générale du pays étant de 2,9%) (13).

On note que la prévalence chez les femmes est un bon indicateur pour estimer d'une part, la Projection et l'Estimation (EEP) de la séroprévalence par rapport à la population générale, et d'autre part, estimer le nombre potentiel d'enfants infectés de façon générale et c'est ce qui nous a conduit à initier cette présente étude. L'objectif était d'évaluer l'acceptabilité d'un dépistage sérologique du VIH dans une population rurale basée sur l'utilisation des tests rapides par les Agents de Santé Communautaire dans 8 villages de la commune rurale de Sirakorola au Mali.

Matériel et Méthodes

Type et période de l'étude

Notre étude est transversale descriptive, la collecte des données était prospective et a eu lieu dans 8 villages de la commune rurale de Sirakorola, cercle de Koulikoro de février à mars 2018. Le choix de ces sites a été fait en fonction de la prévalence élevée du VIH au cours des activités de Prévention de la Transmission Mère-Enfant du VIH (PTME) durant l'année 2016 et la présence d'un Agent de Santé Communautaire.

Déroulement de l'étude

De janvier à mars 2018, la mise en œuvre a consisté à une visite de courtoisie (rite des colas) pour l'Information, la sensibilisation des leaders communautaires (chefs de

village, chefs religieux) sur les Objectifs de Développement Durable, qui visent l'élimination de l'épidémie à l'horizon 2030. Les chefs de village devaient informer les chefs de ménages. Il y eut la formation de quatre ASC sur le conseil à domicile, le dépistage à travers les tests de diagnostic rapide (VIKIA® HIV-1,2), et l'accompagnement psycho-social des personnes dépistées positives vers les soins en toute confidentialité. Une pré-enquête de 2 jours a permis de valider la formation.

Pendant deux mois, chaque ASC a opéré dans deux villages et a proposé le conseil-dépistage porte à porte dans chaque famille. A cet effet, un coin a été aménagé dans chaque cour et a servi de salle de conseil et dépistage. Les participants ont été enrôlés individuellement et en toute confidentialité. Un counseling pré-test a été réalisé, suivi de la réalisation du test rapide du VIH. Pendant les 15 minutes suivant l'apparition du résultat, un questionnaire a été administré et les données ont été consignées sur une fiche individuelle. Le counseling post-test a accompagné l'annonce du résultat. Un coupon de rendez-vous pour confirmation au Centre de Santé Communautaire a été remis à chaque participant quel que soit le résultat du test et cela dans le but de respecter la confidentialité.

Quatre indicateurs ont été définis pour évaluer ce travail : le taux d'adhésion à la stratégie, le taux de primo-testant, le taux de connaissance du statut sérologique et l'acceptabilité du test. Le taux d'adhésion au conseil-dépistage a été calculé en fonction des ménages car dans le contexte rural, c'était le chef de ménage qui donnait son avis pour la participation de tous les membres de son ménage.

Le logiciel EPI DATA a été utilisé pour la saisie des données ; et les analyses statistiques ont été faites avec le logiciel SPSS™ version 20. Le test de Chi2 de Pearson a été utilisé pour comparer les proportions, le risque alpha à 5% a été considéré comme le seuil de signification pour tous les tests effectués.

Considérations éthiques

Cette étude a reçu l'approbation du comité d'éthique de l'INRSP selon la Décision N°01/2018/CE-INRSP du 03 Janvier 2018, sur le terrain, le protocole a été expliqué aux leaders communautaires, leur engagement a été matérialisé par la signature d'un consentement communautaire pour chaque village. Une fiche de consentement éclairé a par ailleurs été administrée et signée par chaque participant. Les données ont été collectées de manière anonyme et seuls des codes ont été utilisés. Une compensation en nature (collation) a été donnée à chaque participant.

Résultats

Dans les 8 villages, 733 ménages ont bénéficié de la visite de l'équipe de dépistage parmi lesquels 33 ont refusé l'accès au sein de leurs ménages d'où une proportion de refus de 4,5%. Au total, 1238 personnes ont été conseillées et testées. Un total de 587 sont venues vers

les dispositifs de dépistage. Ils ont tous accepté le counseling. Ils ont tous bénéficié du dépistage à part 5 personnes qui ont refusées soit une fréquence de refus de 0,85%.

Parmi les 1238 personnes conseillés et testés, 52,6% étaient des enfants ; 7,8% étaient des adolescents ; les adultes ont constitué 39,6%, avec un sex ratio de 2,3 en faveur du sexe féminin. Les 2-12ans étaient les plus représentés autant chez les hommes (60,9%) que chez les femmes (45,9%) (**Figure 1**). Chez les 19 à 49 ans, les femmes étaient de 38% contre 19,9% pour les hommes (**Figure 1**).

Durant les deux mois 70% des ménages ont été couverts, ce taux variait de 20% à Zana à 100% à Dogoni et Korola (**Tableau I**). Le taux d'adhésion au conseil-dépistage a été de 97% en moyenne et a varié respectivement de 89% à Dogoni à 100% à Zana, Kakun, N'gabakoro, Hamaribougou et Koroka (**Tableau I**).

Parmi la population rejointe 97,7% étaient des primo-testant (1067/1092). Ce taux était lié à l'âge ($p < 0,001$), au sexe ($p = 0,025$), au niveau d'instruction ($p = 0,001$), mais pas au statut matrimonial ($p = 0,462$) et à l'ethnie ($p = 0,648$) (**Tableau II**). Dans notre population d'étude seulement 25 personnes (2,3%) avaient déjà effectué un test avant notre étude. Parmi elles, 92% connaissaient leurs statuts sérologiques. L'âge, le sexe, le statut matrimonial, l'ethnie et le niveau d'instruction n'était pas différent chez les personnes qui connaissaient leurs statuts sérologiques (**Tableau II**). Nous avons obtenu un taux d'acceptabilité du test de 99,1% (582/587). Ce taux n'était pas lié à l'âge ($p = 0,589$), au sexe ($p = 0,99$), au statut matrimonial ($p = 0,849$), à l'ethnie ($p = 0,909$). Il était lié au niveau d'instruction ($p = 0,005$) (**Tableau II**).

Discussion

Cette étude est une première au Mali qui a évalué à l'échelon d'une population uniquement rurale la proposition d'un dépistage systématique du VIH en population générale (2ans et plus) pour atteindre les populations qui ont un accès limité aux services de santé. Contrairement aux autres études communautaires orientées en faveur des populations clés, vulnérables ou dans les zones de croissance (Compagnie Malienne de Développement Textile (CMDT), office du Niger, sites miniers, etc.), la présente a la particularité d'aller vers les populations qui sont à faible prévalence, à moindre risque mais qui ont aussi un accès limité aux services de santé. En effet, nous estimons qu'à l'aube de 2020, le dépistage doit être généralisé pour atteindre toutes les couches. Au Mali la population est estimée à 16 319 000 d'habitants en 2012 où plus de 70% vivent en milieu rural (14). C'est donc un lieu privilégié pour rattraper une partie importante de la population y compris les personnes les plus défavorisées qui échappe aux stratégies de dépistage conventionnelles ou ciblées.

La stratégie mobile et avancée que nous avons utilisée, basée sur le fait que le soignant aille vers le soigné, a été la même utilisée par le projet HTPN 043 en 2008 mis en œuvre dans quatre pays (Afrique du Sud, Tanzanie,

Zimbabwe, Thaïlande). Ce projet a montré que l'offre de conseil-dépistage en stratégie mobile contribuait à accroître l'utilisation des services de dépistage (15).

Nos résultats montrent un niveau élevé d'adhésion des ménages à la stratégie (97%) dans les 8 villages. Cela serait liée à l'équipe d'investigation qui a su focaliser ses actions de sensibilisation avec à l'idée une contribution à la démarche d'élimination d'épidémie mondiale d'ici 2030 comme préconisée par les ODD (16) tout en garantissant la confidentialité. Il serait aussi lié aux leaders communautaires qui affirmaient avoir attendu, à travers les médias, que tout le monde doit se faire dépister. Dans un tel contexte, les chefs de ménage acceptaient plus facilement de réaliser un test, lorsque le prestataire vient vers eux, en sachant que le résultat est obtenu en quelques minutes et en toute confidentialité. Cette stratégie est mieux que celle devant conduire la personne dans un centre de dépistage qui impliquerait un déplacement et une attente de résultat durant des heures. Ce taux atteint 100% à Koroka, Hamaribougou, N'gabacoro où résidaient les ASC. Les taux les plus faibles ont été observés à Dogoni (89%) et Oussoubougou (92%), où les prévalences étaient élevées en PTME en 2016. Il y avait donc plus de personnes qui connaissaient déjà leurs statuts sérologiques et refusaient l'accès de l'équipe de dépistage dans leurs ménages.

La stratégie porte à porte qui a été utilisée a montré son efficacité dans un certain nombre de pays africains à prévalence élevée, parfois retenue comme stratégie nationale, comme au Malawi, en Afrique du Sud, au Kenya (17). Les résultats de certains de ces programmes sont encourageants : le dépistage est accepté par les trois quarts des personnes auxquelles il est proposé, et cette démarche permet de toucher une majorité de personnes jusque-là jamais dépistées.

Notre niveau d'adhésion était comparable à celui de l'étude HTPN (95%) (15) et supérieur à celui trouvé par Somé et al. (86%) au Burkina Faso (18).

Une proportion importante d'hommes et de femmes (97,7%) inscrits à cette étude était pour la première fois soumise à un test de dépistage VIH (primo-testants). Ces résultats pourraient suggérer que le dépistage communautaire du VIH peut être attrayant et pratique pour les groupes de population qui ne reconnaissent pas le besoin de se faire dépister. Au cours de ces dernières années plusieurs pays dans le monde ont mis en œuvre le dépistage à base communautaire avec des tests rapides, pour générer des progrès rapides vers les objectifs 90-90-90 (7). Ce taux de primo-testant est largement supérieur à celui du Kenya (65,4%), de l'Ouganda (38%) en 2014 (19). Il était statistiquement dépendant de (i) l'âge ($p < 0,001$) où plus la personne était âgée, plus le taux de réalisation du test était important ; (ii) du sexe ($p = 0,025$), avec un taux de réalisation plus élevé chez les femmes, qui pourrait s'expliquer par le fait qu'elles fréquentaient plus les services de santé et étaient sollicitées pour des dépistages dans le cadre de la PTME, comme l'atteste plusieurs études (11,16). En Afrique du Sud, Snow trouve

que 65% des personnes testées étaient des femmes (20) ; (iii) du niveau d'instruction ($p < 0,001$) où les instruits étaient les plus susceptibles à réaliser le test de dépistage quel que soit le motif.

Dans notre échantillon, seulement 2,3% avaient fait un test avant notre enquête. La connaissance du statut VIH est incontournable dans la prévention et la prise en charge de la maladie. En ce qui concerne le Mali, en 2017, on estimait que plus de 50% des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) ignoraient leur statut et qu'une proportion encore importante de femmes et d'hommes séropositifs (respectivement 81 % et 90 %) n'ont jamais effectué de test du VIH (8). L'augmentation des taux de dépistage peut accroître la probabilité de l'amorce du traitement et de la suppression de la charge virale (9). Cela passe par la fourniture quel que soit la prévalence du pays d'une gamme variée de possibilités de dépistage et de services. Le dépistage basé sur la communauté, le test à domicile, l'autotest disponibles dans les pharmacies peuvent également être utiles pour compléter les services préexistants et accroître le nombre de personnes se sachant infectées (21). Sustainable East Africa Research in Community Health (SEARCH), un projet de recherche portant sur le VIH dans 32 communautés rurales au Kenya et en Ouganda, a démontré que des gains rapides pour atteindre et dépasser le premier 90 peuvent être réalisés. D'après eux, la connaissance du statut sérologique chez les PVVIH était estimée à 96% [95–97%], dans les communautés touchées (1). Ainsi avec notre passage, le taux de connaissance du statut sérologique de cette population est passé de 1,9% (23/1238) à 100%. Le bénéfice immédiat de cette action a eu un double sens : d'abord, au niveau individuel, de permettre la mise en œuvre précoce d'interventions thérapeutiques, afin de diminuer la morbi-mortalité pour les personnes séropositives et favoriser des comportements de prévention pour les personnes séronégatives ; ensuite, au niveau collectif, de limiter la propagation de l'épidémie par la réduction de la transmission de celles qui sont traitées. Nous avons obtenu un taux d'acceptabilité du test de 99,1%, il est largement supérieur à celui de l'EDS V en milieu rural au Mali (92,4%) (8); et comparable à celui de l'étude en Ouganda (98,3%) en 2014 (19) et de Kadri S. qui a eu 100% en 2015 sur des immigrés en situation de précarité dans les maisons sociales en France (22). Ce sont les personnes avec un niveau d'instruction secondaire qui avaient acceptées en totalité. Cela pourrait être dû à leur mesure de la gravité de cette infection.

Cette bonne acceptabilité du test, pourrait aussi s'expliquer par le climat de confiance qui régnait entre les ASC et la communauté. Ils possédaient souvent les compétences culturelles locales pour discuter avec leurs pairs et constituaient le relais entre le médecin et la communauté pour tous les problèmes de santé. Ils avaient fait beaucoup d'actions dans la lutte contre les maladies dont la tuberculose, la malnutrition, le paludisme. Ce qui leur a permis de bien s'approprier cette démarche et de la proposer plus aisément.

Limite de l'étude

Le questionnaire enfant qui ne prenait pas en compte la question sur l'acceptabilité du test a été l'une des limites de notre étude lors de l'analyse des données.

Conclusion

Le dépistage communautaire à travers les Agent Santé Communautaire est très acceptable et atteint les populations qui ont un accès limité aux services de santé. Cette nouvelle stratégie vient compléter le dépistage classique et diversifier celui communautaire en faveur d'autre couche de la population. La mise en place d'une telle stratégie pérenne verra aussi l'émergence d'un nouvel acteur (ASC) dans la lutte contre le VIH, qui pourra contribuer à réduire le nombre de personnes ne connaissant pas leur statut sérologique. Nous recommandons sa généralisation sur toute l'étendue du territoire et même son transfert à d'autres pathologies.

Références

1. Organisation Mondiale de la Santé. Stratégie mondiale du secteur de la santé contre l'hépatite virale 2016-2021. 2016;55.
2. ONUSIDA. Plan de Rattrapage de l'Afrique de l'Ouest et du Centre pour accélérer le Traitement du VIH d'ici à 2018. 2016;40.
3. Ky-zerbo OR. Enjeux et limites du conseil et du test du VIH (CTV) dans un pays de basse prévalence en Afrique Subsaharienne : cas du Burkina Faso To cite this version : HAL Id : tel-01514386 Biologie-Santé Spécialité : Santé Publique Présentée par Odette Rouamba Ky-. 2017;
4. Sarker M, Milkowski A, Slinger T, Gondos A, Sanou A, Kouyate B, et al. The role of HIV-related knowledge and ethnicity in determining HIV risk perception and willingness to undergo HIV testing among rural women in Burkina Faso. *AIDS Behav.* 2005;9(2):7.
5. Baiden F, Akanlu G, Hodgson A, Akweongo P, Debpuur C, Binka F. Using lay counsellors to promote community-based voluntary counselling and HIV testing in rural northern Ghana: A baseline survey on community acceptance and stigma. *J Biosoc Sci.* 2007;39(5):721–33.
6. Delphine Lefevre et al. Les agents de santé communautaire dans la prise en charge thérapeutique du VIH/SIDA S.F.S.P. | Santé Publique 2014/6 - Vol. 26 pages 879 à 888 <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2014-6-page-879.htm>
7. P Ndiaye, Ly D, C Fall AT-D. Médecine Trop. In: Prévalence du VIH/Sida chez les clients du centre de dépistage volontaire anonyme et d'accompagnement de Pikine/Guédiawaye, au Sénégal. 2008. p. 68(3):277.
8. Joint United Nations Program on HIV/AIDS. To help end the AIDS epidemic. United Nations [Internet]. 2014;40. Available from: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/90-

- 90-90_en.pdf
9. Institut National de la Statistique du Mali. Institut national auprès des ménages (Emop). Rapport d'Analyse Premier Passage 2015.
 10. Haut Conseil National de Lutte contre le SIDA. Présidence de la République du Mali. Rapport National UNGASS 2012. 2012;1–101.
 11. Organisation Mondiale de la Santé. Conférence internationale d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires : vingt-cinquième anniversaire Rapport du Secrétariat. Sante. 2003;1–6.
 12. Peltzer K, Matseke G, Mzolo T, Majaja M. Determinants of knowledge of HIV status in South Africa: Results from a population-based HIV survey. BMC Public Health. 2009;9:1–11.
 13. Le Fonds mondial. Prise en charge différenciée du VIH et de la tuberculose. Genève, Suisse; 2015.
 14. Programme National de Lutte contre le SIDA. Surveillance sentinelle de l'infection par le VIH et de la syphilis chez les femmes enceintes en consultations prénatales au Togo en 2016 [Internet]. 2016. Available from: www.pnls.tg -
 15. Cellule de Planification et de Statistique (CPS/SSDSPF), Institut National de la Statistique (INSTAT/MPATP) International I-S et I. Enquête Démographique et de Santé au Mali 2012-2013. 2014;547.
 16. Khumalo-Sakutukwa G, Morin SF, Fritz K, Charlebois ED, Van Rooyen H, Chingono A, et al. Project accept (HPTN 043): A community-based intervention to reduce HIV incidence in populations at risk for HIV in sub-Saharan Africa and Thailand. J Acquir Immune Defic Syndr. 2008;49(4):422–31.
 17. Nations United. The sustainable development goals report 2016. New York; 2017.
 18. Mitchell S, Cockcroft A, Lamothe G, Andersson N. Equity in HIV testing: Evidence from a cross-sectional study in ten Southern African countries. BMC Int Health Hum Rights. 2010;10(1).
 19. Somé JF, Desclaux A, Ky-Zerbo O, Lougué M, Kéré S, Obermeyer C, et al. Les campagnes de dépistage du VIH, une stratégie efficace pour l'accès universel à la prévention et au traitement? L'expérience du Burkina Faso. Med Sante Trop. 2014;24(1):73–9.
 20. Chamie G, Kwarisiima D, Clark TD, Kabami J, Jain V, Geng E, et al. Uptake of community-based HIV testing during a multi-disease health campaign in rural Uganda. PLoS One. 2014;9(1):1–7.
 21. Obermeyer CM, Sankara A, Bastien V, Parsons M. Gender and HIV testing in Burkina Faso: An exploratory study. Soc Sci Med [Internet]. 2009;69(6):877–84. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.07.003>
 22. Havlir D, Kanya M, Petersen M, Laan M Van Der, Bershteyn A, Bukusi E, et al. SEARCH (Sustainable East Africa Research in Community Health). In. Available from: <http://www.searchendaids.com>
 23. Sabrina K. Acceptabilité et faisabilité du test rapide d'orientation diagnostique du VIH dans un lieu d'accueil de jour pour personnes en situation de grande précarité. Université Paris Diderot Paris 7; 2015.

Liste des tableaux et figure :

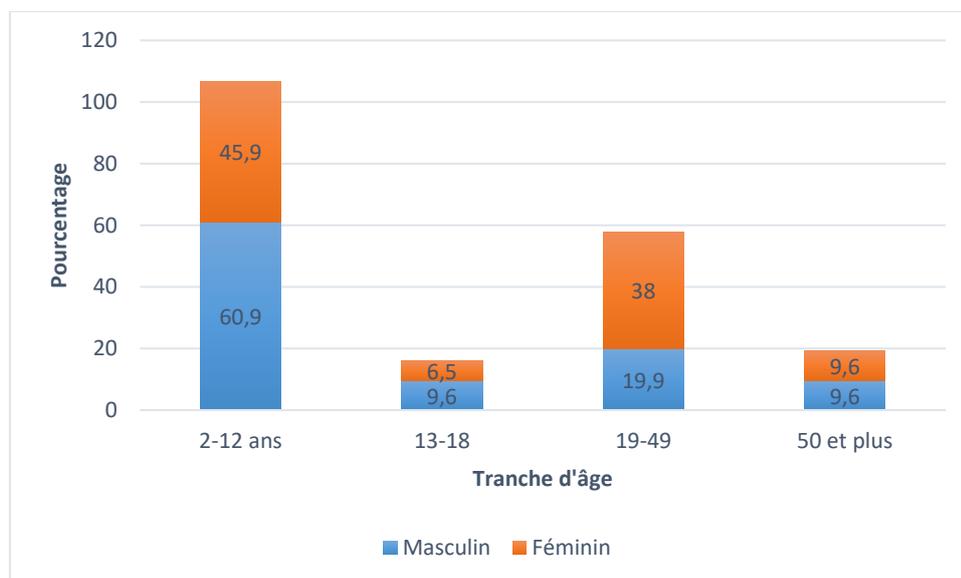


Figure 1 : Répartition de la population d'étude par sexe et par tranche d'âge

Tableau I : Répartition des ménages par village en fonction de la couverture et de l'adhésion

Sites	Nombre total de ménages	Ménages couverts	Ménages non couverts	Ménages ayant adhéré (4)	Ménages ayant refusé	Taux de couverture	Taux d'adhésion
	1	2	3	4	5	(2/1)	(4/2)
Dogoni	263	263	0	235	28	100%	89%
Hamaribougou	41	35	6	35	0	85%	100%
Koroka	66	66	0	66	0	100%	100%
N'gabacoro	58	47	11	47	0	82%	100%
Oussoubibougou	58	50	8	46	4	90%	92%
Kakun	57	20	37	20	0	35%	100%
Koyo	75	40	35	39	1	53%	98%
Zana	115	23	92	23	0	20%	100%
Total	733	544	189	511	33	70%	97%

Tableau II : Répartition des enquêtés en fonction du primo-test, de la connaissance du statut sérologique et de l'acceptabilité du test selon les caractéristiques démographiques

Paramètres	Primo testant (n=1092)		Connaissance du statut sérologique (n=25)		Test accepté (n=587)	
	n (%)	Total	n (%)	Total	n (%)	Total
Tranche d'âge						
2-12 ans	ND	-	ND		ND	-
13-18 ans	53 (94,6)	56	3 (100)	3	97 (100)	0
19-49 ans	284 (93,1)	305	19 (90,5)	21	367 (98,9)	371
>50 ans	80 (98,8)	81	1 (100)	1	118 (99,2)	119
	**					
Sexe						
Masculin	504 (98,8)	510	5 (83,3)	6	214 (99,1)	216
Féminin	563 (96,7)	582	18 (94,7)	19	368 (99,2)	371
	*					
Statut marital						
Monogame	306 (93,6)	327	20 (95,2)	21	411 (99,0)	115
Divorcé	2 (100)	2	0 (0,0)	0	4 (100)	4
Veuf (ve)	5 (83,3)	6	0 (0,0)	1	1 (100)	1
Célibataire	54 (96,4)	56	2 (100)	2	0 (0,0)	0
Polygame	50 (98)	51	1 (100)	1	63 (98,4)	64
			**			
Ethnie						
Bambara	952 (87,6)	975	21 (91,3)	23	525 (99,1)	530
Griot	09 (100)	9	1 (100)	1	4 (100)	4
Peulh	17 (94,4)	18	1 (100)	1	18 (100)	18
Sarakolé	0 (0,0)	1	1 (100)	1	35 (100)	35
Niveau d'étude						
Non scolarisé	608 (57,0)	622	12 (85,7)	14	427 (99,5)	429
Primaire	428 (40,1)	433	5 (100)	0	117 (97,5)	120
Secondaire	31 (2,9)	37	6 (100)	0	38 (100)	38
	**				**	
Total	1067 (97,7)	1092	23 (92,0)	25	582 (99,1)	587

* : $p < 0,05$; ** : $p < 0,01$; ND : Non Disponible (non interrogé)