



CNLS-IST
CONSEIL NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE SIDA
ET LES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES

**Evaluation de l'acceptabilité et la faisabilité de la stratégie
d'autotest du VIH au Togo**

Rapport des enquêtes quantitatives et qualitatives

Version finale du 05/08/2022

Consultant :

**Centre Africain de Recherche en Epidémiologie et en Santé
Publique (CARESP)**

**Evaluation de l'acceptabilité et la faisabilité de la stratégie
d'autotest du VIH au Togo : rapport des enquêtes
quantitatives et qualitatives**

Remerciements

Le coordonnateur du SP/CNLS adresse ses gratitudees :

- A FHI360/ EWA qui a financé cette étude dans le cadre de la mise en œuvre du programme de PEFPAR au Togo
- Aux personnes ressources du groupe national de référence de suivi-évaluation pour leurs disponibilités et leurs appuis
- Au Cabinet CARESP pour leur expertise et la qualité du travail réalisé

Liste des tableaux

Tableau 1. Types d'études et leurs liens avec les objectifs de l'étude	15
Tableau 2. Résumé méthodes et échantillons constitués pour l'évaluation autotest, Lomé, Kara, 2022.....	21
Tableau 3. Caractéristiques socio-démographiques (N = 802)	26
Tableau 4. Connaissance et antécédent d'utilisation de l'autotest	28
Tableau 5. Perception des clients ayant déjà utilisé l'autotest	29
Tableau 6. Répartition des enquêtés selon l'intention de payer pour l'autotest.....	32
Tableau 7. Caractéristiques socio-démographiques des enquêtés ayant refusé de faire l'autotest.....	33
Tableau 8. Nombre de séances de dispensation d'autotest observées par site.....	34
Tableau 9. Répartition des séances de dispensation d'autotest observées selon les différents critères de bonne pratique.....	35
Tableau 10. Répartition des séances de dispensation d'autotest observées selon les différents critères de bonne pratique et par site.....	36
Tableau 11. Fidélité dans le processus de dispensation selon les sites PEPFAR.....	38
Tableau 12. Résultat autotest.....	39
Tableau 13. Concordance des résultats autotest.....	39
Tableau 14. Caractéristiques socio-démographiques des participants ayant mal interprété leur résultat	40
Tableau 15. Synthèse des outils de collecte des données présents sur les sites d'implémentation de l'autotest	43
Tableau 16. Caractéristiques sociodémographiques du personnel enquêté	47

Liste des figures

Figure 1. Diagramme de flux de sélection des participants et réalisation de l'autotest.....	27
Figure 2. Acceptabilité globale de l'autotest (N=802).....	30
Figure 3. Acceptabilité de l'autotest selon les différentes population (N = 802).....	31
Figure 4. Cascade de la réalisation de l'autotest (de la proposition à l'interprétation).....	41
Figure 5. Nombre d'autotests distribués, réactifs, confirmés et nouvelle initiation de traitement antirétroviral au cours des 12 derniers mois.....	45
Figure 6. Proportion d'autotests confirmés par un test VIH et proportion des nouvelles initiations de traitement antirétroviral parmi les personnes diagnostiquées séropositives	46
Figure 7. Proportion d'autotests réactifs confirmés par un test VIH selon les sites d'implémentation	46
Figure 8. Répartition du personnel de santé interrogé	49

Table des matières

Résumé exécutif.....	8
1. Contexte.....	11
2. Objectifs.....	13
3. Méthodes.....	14
3.1. Schéma d'étude.....	14
3.2. Période d'étude.....	18
3.3. Sites d'étude.....	18
3.4. Population cible et critères d'inclusion.....	18
3.4.1. Méthode d'échantillonnage.....	19
3.4.2. Taille de l'échantillon.....	20
3.5. Indicateurs estimés et définitions opérationnelles.....	22
3.5.1. Indicateurs d'acceptabilité.....	22
3.5.2. Indicateurs de mise en œuvre.....	22
3.6. Analyses statistiques.....	24
3.7. Considérations éthiques et réglementaires.....	24
4. Résultats enquêtes quantitatives.....	25
4.1. Evaluation de l'acceptabilité et de la faisabilité de l'autotest VIH.....	25
4.1.1. Caractéristiques socio-démographiques des enquêtes.....	25
4.1.2. Connaissance de l'autotest VIH et antécédent d'utilisation.....	28
4.1.3. Perception des clients ayant déjà utilisé l'autotest.....	28
4.1.4. Acceptabilité globale de l'autotest.....	29
4.1.5. Refus de réalisation de l'autotest.....	32
4.1.6. Fidélité et respect des procédures dans la dispensation de l'autotest.....	34
4.1.7. Faisabilité et interprétation des résultats de l'autotest.....	39
4.1.8. Cascade de la réalisation de l'autotest.....	41
4.2. Evaluation de la mise en œuvre de la stratégie d'autotest dans les 13 sites impliqués.....	42
4.2.1. Evaluation des sites d'implémentation de l'autotest.....	42
4.2.2. Connaissances du personnel de santé travaillant dans les sites d'implémentation sur l'autotest.....	47
4.2.3. Synthèse et recommandations.....	50
5. Résultats enquête qualitative.....	51
5.1. Connaissance de l'autotest et sa mise en œuvre au Togo.....	51
5.2. Perceptions des utilisateurs et des prestataires.....	54
5.2.1. Avantages.....	54
5.2.2. Inconvénients.....	56
5.2.3. Difficultés rencontrées dans la mise en œuvre.....	58
5.3. Freins anticipés à la mise à l'échelle nationale.....	59
5.4. Recommandations pour un passage à l'échelle réussie de l'autotest VIH.....	60

6. Conclusion générale.....	63
7. Recommandations.....	63
Références.....	64
Annexe 1 : Liste des sites #EAWA pour la phase pilote du projet.....	67

Résumé exécutif

Contexte et objectifs. L'autotest VIH constitue aujourd'hui une véritable opportunité pour accroître le nombre de personnes infectées par le VIH qui connaissent leur statut et qui bénéficient d'un traitement. Depuis 2019, le Togo a intégré cette nouvelle stratégie dans son plan national de lutte contre le VIH/Sida. Une première phase d'implémentation de l'autotest est mise en œuvre depuis le 15 décembre 2020 par FHI 360 dans le cadre du projet #EAWA dans 13 centres de prise en charge du pays supportés par PEPFAR, avec pour populations cibles les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HSH), les travailleuses du sexe (TS), et la population générale difficile d'accès par les stratégies classiques. Les objectifs fixés pour cette phase pilote étaient de distribuer 6301 tests avec un nombre attendu de tests positifs fixé à 681. Au 1er mars 2021, la réalisation de ces objectifs était estimée respectivement à 23% et 25%. Dans le cadre du passage à l'échelle de cette stratégie, le Conseil National de Lutte contre le Sida et les Infections Sexuellement Transmissibles a commandité en partenariat avec FHI360 une évaluation de la première phase d'implémentation et particulièrement des données d'acceptabilité/adoption de l'autotest VIH, ainsi que des données de faisabilité. Plus spécifiquement, il s'est agi de :

- Décrire l'acceptabilité et la faisabilité de l'autotest du VIH chez les HSH, les TS, les populations vulnérables tels les adolescents de la rue et en population générale au Togo en 2022
- Evaluer la mise en œuvre de la stratégie d'autotest dans les 13 sites impliqués dans le projet #EAWA
- Décrire les perceptions de la population étudiée et des prestataires vis-à-vis de l'autotest du VIH
- Formuler des recommandations en vue d'un passage à l'échelle réussi de la stratégie d'autotest VIH au Togo.

Méthodes. Une méthode mixte a été utilisée pour l'évaluation combinant une enquête qualitative et plusieurs enquêtes quantitatives. L'enquête a été menée dans les villes de Lomé et Kara, chez des personnes se définissant comme HSH, TS, adolescents de la rue ou appartenant à la population générale. Les enquêtes se sont déroulées sur les sites PEPFAR ayant implémenté l'autotest et en dehors des sites PEPFAR sur les lieux de rassemblement des populations clés.

Résultats

Au total, 802 personnes ont été interrogées pour les enquêtes d'acceptabilité et de faisabilité, 66 prestataires ont été interrogés et une extraction de données réalisée sur les 13 sites PEPFAR lors de l'évaluation de la mise en œuvre stratégie d'autotest. Enfin, 36 clients et 26 prestataires ont été enquêtés lors des évaluations qualitatives sur 6 sites PEPFAR.

- **Acceptabilité et faisabilité**

Il ressort de cette analyse que l'autotest est une stratégie hautement acceptable et faisable par les populations clés/vulnérables et la population générale au Togo. En effet, l'acceptabilité a été estimée à 97,1%, IC95% [95,7-98,2], et la faisabilité à 99,7% IC95% [99,1-100,0] et 97,9% IC95% [96,7-98,8] des personnes ayant réalisé l'autotest ont correctement interprété

les résultats. Par ailleurs, 89,5% des personnes enquêtées ont déclaré qu'elles seraient prêtes à payer pour l'autotest si elles en avaient les moyens.

Au Total 17 participants ont refusé de réaliser l'autotest. La majorité avait entre 18 et 29 ans (16/17), avait un niveau équivalent au secondaire ou plus (16/17), était célibataire (16/17), résidait à Kara (16/17) et se définissait comme TS (15/17).

- **Adéquation et sécurité**

Pour la majorité des personnes enquêtées (89,0%), les avantages de l'autotest prédominent sur les inconvénients. Ce résultat a été conforté par les déclarations des participants à l'enquête qualitative. D'après cette évaluation qualitative, les principaux avantages offerts par l'autotest étaient une meilleure confidentialité, une meilleure facilité dans la réalisation, la rapidité d'obtention du résultat et sa fiabilité. Le principal inconvénient soulevé est le risque de détresse psychologique en cas de test réactif, surtout si celui-ci est non assisté et que le client n'a pas bénéficié de counseling.

Aussi, seuls 79,5% des personnes ayant déjà eu recours à un autotest ont déclaré ne pas avoir éprouvé de contrainte lors de la réalisation de celui-ci. Ce résultat est probablement en lien avec une communication insuffisante insistant sur le caractère libre et non obligatoire du test avant la dispensation du kit. En ce sens, la totalité des prestataires interrogés ont déclaré qu'un counseling est important avant toute dispensation de l'autotest.

- **Adoption et lien avec les soins**

Au total, 5406 kits d'autotest du VIH distribués entre le 1er janvier 2021 et le 31 décembre 2022. Parmi ces tests, 562 (10,4%) ont été réactifs et 94,7% de ces tests réactifs ont été confirmés par un test classique et un traitement a été initié pour 88,3% des personnes dépistés par autotest et confirmées.

Toutefois, plusieurs centres ont signalé des ruptures en test et pour bon nombre, les ruptures étaient liées à une indisponibilité des tests au niveau du dépôt central. Il a également été rapporté l'existence de multiples outils de rapportage de l'autotest, avec une grande variabilité de ces outils sur les différents sites et l'absence sur certains sites d'une ligne téléphonique dédiée à contacter en cas de test réactif.

- **Fidélité**

La fidélité définie ici comme la proportion de prestataires qui maîtrisent et respectent les procédures de counseling et de dispensation de l'autotest, était très bonne dans 69,7% des cas et bonne dans 27,3% des cas.

En conclusion, l'autotest est une stratégie hautement acceptable et faisable pour les HSH, les TS, les adolescents de la rue et les personnes issues de la population générale. Pour les prestataires et les utilisateurs, les avantages de cette stratégie sont supérieurs aux inconvénients. Toutefois, certaines difficultés ont été évoquées notamment l'existence de nombreux outils pour le rapportage et leur variabilité selon les sites, l'absence d'une ligne téléphonique permanente à contacter en cas de test réactif, et le risque de détresse psychologique important en absence d'un counseling prétest et en cas de test non assisté.

Avant tout passage à l'échelle de recenser et d'uniformiser les outils de monitoring de la stratégie d'autotest sur les sites. Il serait souhaitable de rendre disponible un numéro à contacter sur les sites qui dispensent les kits l'autotest. Bien que l'autotest VIH apporte selon les utilisateurs une meilleure confidentialité, la stratégie de passage à l'échelle doit tenir compte du risque de stigmatisation et formuler clairement des moyens spécifiques pour le limiter. Un accent particulier doit être mis sur le counseling prétest et les agents doivent être renforcés en termes de compétence afin que celui-ci soit le plus complet possible.

Par ailleurs, la stratégie devrait être revue et adaptée pour les TS chez qui l'acceptabilité est la moins élevée, principalement en lien avec leur disponibilité au moment où le test leur est proposé.

1. Contexte

Malgré des efforts déployés pour inciter les membres de la communauté à se faire dépister et à connaître leur statut VIH, le recours au dépistage du VIH n'est toujours pas optimal à l'échelle mondiale [1]. La difficulté d'accès et le manque d'information sur le dépistage du VIH sont des facteurs qui limitent le taux d'initiation de la thérapie antirétrovirale (TAR) et qui entraveront naturellement le succès des initiatives mondiales visant à éliminer le VIH d'ici 2030 [2]. Cette difficulté d'accès au dépistage du VIH concerne certaines populations en particulier, notamment les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) [3,4], les travailleuses du sexe (TS) [5] et les femmes transsexuelles.

De nouvelles approches en matière de dépistage du VIH, notamment l'autotest, sont envisagées afin d'augmenter l'utilisation des services de dépistage pour un diagnostic et un traitement précoce du VIH [6–8]. Il existe des preuves probantes de l'efficacité de l'autotest du VIH pour particulièrement atteindre les populations difficiles d'accès ou vulnérables vis-à-vis du VIH. En Zambie par exemple, une intervention de distribution porte à porte d'autotest du VIH a apporté la preuve d'une augmentation de la connaissance du statut VIH chez les jeunes de 16 à 29 ans [9]. Cependant, à l'échelle mondiale, les données sur les différences d'acceptabilité de l'autotest VIH entre les hommes et les femmes sont limitées. D'après les données disponibles, l'acceptabilité de l'autotest du VIH parmi ces populations reste très variable dans les pays développés et en développement [10–12]. En effet, l'acceptabilité de l'autotest du VIH varie de 20,3% à 95,0% chez les HSH [3,4], les TS [5] et les femmes transsexuelles [13], mais aussi chez les hommes et les femmes en population générale [14,15]. La plupart des recherches sur le VIH parmi ces groupes cibles ont porté sur des questions telles que la réglementation, la politique [3,16], le coût et la faisabilité de la mise en œuvre [17,18].

En Afrique subsaharienne, précisément en Afrique de l'Ouest et Centrale, il existe très peu de données sur l'utilisation de l'autotest et l'adoption de cette stratégie connaît un retard par rapport à de nombreux pays développés et en développement [19]. Selon un rapport de l'ONUSIDA datant de 2014, les données relatives à l'acceptabilité et aux facteurs qui influent sur l'élaboration des politiques sont limitées en Afrique subsaharienne, ce qui constitue une entrave à l'intensification de la stratégie d'autotest du VIH [20]. Depuis la parution de ce rapport, des projets d'introduction de l'autotest ont été implémentés dans quelques pays d'Afrique de l'Ouest notamment à travers le projet ATLAS, au Sénégal, en Côte d'Ivoire et au Mali.

Le contexte joue un rôle important dans le déploiement de la stratégie d'autotest. Par exemple, l'organisation du système de santé national peut en effet imposer des contraintes sur la

manière dont l'autotest du VIH peut être fourni à l'utilisateur final [21–25]. Les modes dominants de transmission du VIH dans le pays sont également des facteurs contextuels qui influencent le choix des populations auxquelles les pays doivent accorder une priorité [21–25]. Enfin, le niveau de stigmatisation auquel sont confrontées les populations à risque peut influencer leur réaction face à l'autotest du VIH. Plusieurs études ont documenté l'impact de la mise en œuvre de la stratégie d'autotest du VIH. Cependant, elles ont principalement été menées dans des pays à forte densité de population et à revenu élevé [21–25].

Malgré les preuves des avantages de l'autotest, les décideurs, les principales parties prenantes et les membres de la communauté ont fait état de plusieurs préoccupations liées à ce nouvel outil diagnostique. Entre autres ont été évoqués l'absence de conseil en face à face, le faible lien avec les soins et le potentiel de préjudice social. Ces préoccupations justifient des recherches supplémentaires afin de garantir un bon déploiement de l'autotest [10,26,27].

Au Togo, le programme national de lutte contre le sida (PNLS) a adopté en 2019 la stratégie de l'autotest assisté [28]. Une première phase est mise en œuvre depuis le 15 décembre 2020 par FHI 360 dans le cadre du projet #EAWA dans 13 centres de prise en charge du pays supportés par PEPFAR, avec pour populations cibles les HSH, les TS, et la population générale difficile d'accès par les stratégies classiques. Les objectifs fixés pour cette phase pilote étaient de distribuer 6301 tests avec un nombre attendu de tests positifs fixé à 681. Au 1^{er} mars 2021, la réalisation de ces objectifs était estimée respectivement à 23% et 25%. Le passage à une échelle plus large de cette stratégie au Togo est aujourd'hui envisagé, mais les données sur son acceptabilité et sa faisabilité restent insuffisantes dans le contexte local. Une étude portant sur l'acceptabilité et la faisabilité de l'autotest du VIH est actuellement en cours au Togo et concerne les adolescents de la rue, cible non prise en compte dans le projet pilote. Dans le cadre du passage à l'échelle de cette stratégie, le Conseil National de Lutte contre le Sida et les Infections Sexuellement Transmissibles a commandité en partenariat avec FHI360 une évaluation de la première phase d'implémentation et particulièrement des données d'acceptabilité/adoption de l'autotest VIH, ainsi que des données de faisabilité.

2. Objectifs

- **Objectif principal**
 - Décrire l'acceptabilité et la faisabilité de l'autotest du VIH chez les HSH, les TS, les populations vulnérables tels les adolescents de la rue et en population générale au Togo en 2022

- **Objectifs secondaires**
 - Evaluer la mise en œuvre de la stratégie d'autotest dans les 13 sites impliqués dans le projet #EAWA
 - Décrire les perceptions de la population étudiée et des prestataires vis-à-vis de l'autotest du VIH
 - Formuler des recommandations en vue d'un passage à l'échelle réussi de la stratégie d'autotest VIH au Togo.

3. Méthodes

3.1. Schéma d'étude

Pour atteindre les objectifs, une approche mixte associant une enquête qualitative et cinq enquêtes quantitatives a été utilisée. Le **Tableau 1** résume les types d'études réalisées selon les différents objectifs de l'étude.

Tableau 1. Types d'études et leurs liens avec les objectifs de l'étude

Objectif	Indicateurs	Source de données	Type d'enquête
<p>Décrire l'acceptabilité et la faisabilité de l'autotest du VIH chez les HSH, les TS et leurs clients, et dans la population générale</p>	<p>Acceptabilité</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proportion d'acceptation du test du VIH par voie orale • Proportion de la population disposée à effectuer l'autotest s'il est disponible • Proportion de personnes qui seraient prêtes à payer pour l'autotest <p>Faisabilité</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proportion de tests réalisés avec un résultat valide 	<p>Utilisateurs des services</p>	<p>Enquête quantitative</p> <p>- Questionnaire administré en face à face</p>
<p>Evaluer la mise en œuvre de la stratégie d'autotest dans les 13 sites impliqués dans le projet pilote</p>	<p>Adéquation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proportion de personnes qui trouvent que les avantages de l'autotest prédominent sur les inconvénients <p>Sécurité</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proportion de personnes qui déclarent avoir réalisé un test dans des conditions non contraignantes 	<p>Utilisateurs des services</p>	<p>Enquête quantitative</p> <p>- Questionnaire administré en face à face</p>

Objectif	Indicateurs	Source de données	Type d'enquête
	<p>Adoption</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nombre de kits d'autotest du VIH distribués • Proportion de personnes testées au cours des 12 derniers mois et qui ont utilisé un autotest pour leur dernier dépistage <p>Lien avec les soins</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proportion d'autotests réactifs confirmés par un test classique • Proportion des nouvelles initiations de traitement antirétroviral parmi les personnes diagnostiquées séropositives au VIH qui ont effectué un autotest au cours des 12 derniers mois 	<p>Registres de suivi autotests</p>	<p>Enquête quantitative</p> <p>- Extraction de données</p>

Objectif	Indicateurs	Source de données	Type d'enquête
	Fidélité <ul style="list-style-type: none"> • Proportion de prestataires qui maîtrisent et respectent les procédures de counseling et de dispensation de l'autotest 	Prestataires autotests sur les sites #EAWA	Enquête quantitative : observation d'une séance de counseling pour l'autotest
Décrire les perceptions des utilisateurs et des prestataires vis-à-vis de l'autotest du VIH	<ul style="list-style-type: none"> • Avantages/désavantages perçus, préoccupations concernant l'autotest • Facteurs pouvant faciliter l'acceptation ou le refus de l'autotests 	<ul style="list-style-type: none"> • Utilisateurs des services et prestataires sur les sites #EAWA 	Enquête qualitative - Focus group

3.2. Période d'étude

La présente évaluation a été implémentée du 11 avril 2022 au 20 juin 2022.

3.3. Sites d'étude

Les différentes enquêtes ont eu lieu dans les centres appuyés par le PEPFAR et impliqués dans le projet #EAWA (Annexe 1). Par ailleurs, pour le recrutement des HSH, TS et des adolescents de la rue, l'enquête a été réalisée dans les points chauds (« hotspots ») ou les lieux de rassemblement identifiés pour ces populations et ce, en collaboration avec les leaders de chacune de ces populations clés et les membres des associations. Cette enquête hors des sites #EAWA a été réalisée dans les villes de Lomé et Kara.

3.4. Population cible et critères d'inclusion

Pour cette enquête, la population cible était constituée des personnes s'identifiant comme appartenant à l'un des groupes suivants :

- HSH
- TS
- Adolescents de la rue
- Ou toute autre personne issue de la population générale

Ont été incluses dans cette étude, les personnes :

- Des deux sexes
- Se définissant comme appartenant à l'une des populations sus-citées
- Agé de 13 à 19 ans pour les adolescents de la rue et de 15 ans ou plus (âge minimum requis pour bénéficier de l'autotest au Togo) pour le reste de la population cible
- Vues sur l'un des sites impliqués dans le projet #EAWA (Annexe 1) ou sur l'un des lieux de rassemblement retenus et visités hors des sites #EAWA
- Ayant donné leur consentement ou un assentiment à participer à l'enquête.

3.4. Échantillonnage

3.4.1. Méthode d'échantillonnage

- **Enquête d'évaluation de la mise en œuvre de la stratégie d'autotest dans les 13 sites impliqués dans le projet pilote**
 - L'enquête s'est déroulée sur l'ensemble des 13 sites ayant participé au projet. Un échantillonnage non aléatoire accidentel¹ a été réalisé pour le recrutement des clients sur les sites. Toute personne se présentant sur le site au moment de l'enquête et répondant aux critères d'inclusion se voyait proposer de participer à l'étude.
 - Afin d'explorer les aspects qualitatifs de l'acceptabilité et les perceptions des clients sur les services d'autotest, des *focus group* de 6 clients ayant déjà utilisé l'autotest VIH et de 3 à 4 prestataires directement impliqués dans la distribution des Kits d'autotest ont été constitués sur les sites #EAWA. Les deux groupes clients et prestataires ont été interrogés séparément.
 - Par ailleurs, les registres d'autotest ont été exploités pour collecter les données qui ne relèvent pas des utilisateurs.
- **Enquête d'évaluation de l'acceptabilité et de la faisabilité de l'autotest en dehors des sites #EAWA**

Pour les enquêtes en dehors des sites #EAWA, une méthode d'échantillonnage non aléatoire a été utilisée. Des médiateurs et pairs éducateurs ont été associés afin d'aider à l'identification des sites de rassemblement des populations clés/vulnérables ciblées. Une fois les sites d'enquête (hotspots) identifiés, les leaders de la communauté des HSH et des TS ont été sensibilisés sur le projet. Ces leaders ont ensuite lancé des invitations ouvertes à participer à l'étude au sein de leurs différentes communautés. Toute personne volontaire pour participer à l'étude, se définissant comme appartenant à l'une des populations clés/vulnérables et remplissant les critères d'inclusions était incluse dans l'étude.

¹ <https://www.chegg.com/flashcards/4-chantillonnage-0587d44b-0814-474a-aba0-b35d32ff2d83/deck>

3.4.2. Taille de l'échantillon

- **Nombre de personnes à inclure en dehors des sites #EAWA**

Le nombre de personnes à recruter en dehors des sites #EAWA a été calculé à l'aide de la formule suivante :

$$N = \frac{Z^2[p(1-p)]}{\Delta^2}$$

Où :

Z = 1,96 au seuil de 5%

P = Fréquence attendue de l'évènement d'intérêt

Δ = la précision

- **Pour une hypothèse de l'acceptabilité de l'autotest fixée à 80%**, comme celle observée à Ziguinchor et Thiès dans la phase pilote du projet ATLAS [30], avec une précision à 5% et en admettant une marge de 10% de non-participation, il fallait inclure au **minimum 271 participants en dehors des sites #EAWA**.

- **Nombre de personnes à inclure sur les sites #EAWA**

- Pour l'enquête sur les sites #EAWA, le critère de jugement principal utilisé était le lien avec les soins, mesuré par la proportion de personnes initiant un traitement et ayant bénéficié d'un autotest VIH. En effet, il est reconnu que ce critère est le meilleur indicateur pour évaluer l'implémentation de la stratégie d'autotest. Cet indicateur est généralement plus bas que ce qui est observé avec le dépistage classique, mais reste très souvent supérieur à 50% [31–33].
- Pour une hypothèse haute à 60%, avec une précision de 5% et assumant un taux de non réponse de 10% il fallait inclure minimum 406 personnes sur les sites #EAWA.

Le **Tableau 2** présente un résumé des méthodes et échantillons effectivement constitués pour la présente évaluation.

Tableau 2. Résumé méthodes et échantillons constitués pour l'évaluation autotest, Lomé, Kara, 2022

	Objectif(s)	Méthode / indicateur mesuré	Nombre de sites visités sur 13	Cible (s)	Nombre de personnes enquêtées
Enquête qualitative	Décrire les perceptions des utilisateurs et des prestataires vis-à-vis de l'autotest du VIH	Focus group	6	<ul style="list-style-type: none"> Utilisateurs des services (clients) Prestataires de santé 	36 clients 21 prestataires
Enquêtes quantitatives	Evaluer la mise en œuvre de la stratégie d'autotest dans les 13 sites impliqués dans le projet pilote	Evaluation des sites/extraction des données (évaluation de l'adoption et du lien avec les soins)	13	Sites #EAWA (supports de rapportage des données)	NA
		Evaluation du personnel impliqué dans la dispensation de l'autotest VIH	13	Personnel sur les sites #EAWA	65
		Observation d'une séance de counseling pour l'autotest (évaluation de la fidélité)	6	Prestataires autotest sur les sites JADE, EVT, CRIPS, AST, AMC, FAMME	66
	Décrire l'acceptabilité et la faisabilité de l'autotest du VIH chez les HSH, les TS et leurs clients, et dans la population générale	Enquête acceptabilité et faisabilité sur les sites #EAWA questionnaires face à face	6	Utilisateurs des services (HSH, TS, population générale vue sur les sites #EAWA durant la période d'enquête) vus sur les sites JADE, EVT, CRIPS, AST, AMC, FAMME	300
	Enquête acceptabilité et faisabilité en dehors des sites #EAWA questionnaires face à face	NA	Utilisateurs des services/clients (HSH, TS, Adolescents des rues)	<ul style="list-style-type: none"> 500 <ul style="list-style-type: none"> 125 HSH à Lomé 250 TS (125 à Lomé et 125 à Kara) 125 Adolescents de la rue à Kara 	

3.5. Indicateurs estimés et définitions opérationnelles

3.5.1. Indicateurs d'acceptabilité

- **Proportion d'acceptation du test du VIH** par voie orale, où le numérateur est le nombre de participants qui se sont testés, et le dénominateur est le nombre de ceux à qui le test a été offert, exprimé en pourcentage
- **Pourcentage de la population disposée à effectuer l'autotest s'il est disponible** : nombre total de personnes déclarant qu'elles effectueraient l'autotest si elles en avaient l'occasion divisé par la population objet de l'enquête

3.5.2. Indicateurs de mise en œuvre

Pour l'évaluation de la mise en œuvre de la stratégie de l'autotest, les indicateurs de Proctor modifiés par Rivera et *al.* ont utilisés [34,35]. Ces indicateurs témoignent d'une mise en œuvre réussie de toute intervention en matière de santé.

- **Acceptabilité** : Volonté d'utiliser, facilité d'utilisation, volonté de payer, raisons qui motivent l'acceptation
 - Proportion de personnes qui seraient prêtes à payer pour l'autotest
 - Proportion de personnes qui trouvent que l'autotest est facile d'utilisation
 - Pourcentage de la population disposée à effectuer l'autotest s'il est disponible : nombre total de personnes déclarant qu'elles effectueraient l'autotest si elles en avaient l'occasion divisé par la population objet de l'enquête
- **Adéquation/pertinence** : Avantages/désavantages perçus, préoccupations concernant le programme
 - Quantitatif : proportion de personnes qui trouvent que les avantages de l'autotest prédominent sur les inconvénients
 - Qualitatif : entretiens individuels ou focus group avec les clients
- **Adoption** : adhésion (le client utilise effectivement les services), augmentation de l'utilisation des autotests du VIH, augmentation du dépistage du VIH, raisons de l'adhésion
 - Nombre de kits d'autotest du VIH distribués : nombre total de kits d'autotest du VIH distribués

- Pourcentage des personnes se présentant sur les sites de dépistage du VIH et déclarant avoir déjà effectué un test d'autotest au cours des 12 derniers mois : nombre total de personnes déclarant avoir effectué le test d'autotest avant de se présenter au centre de dépistage du VIH au cours des 12 derniers mois divisé par le nombre total de personnes s'étant présentées au test de dépistage du VIH au cours des 12 derniers mois
 - Pourcentage de personnes testées au cours des 12 derniers mois et déclarant avoir utilisé un autotest pour leur dernier dépistage : nombre total de personnes déclarant avoir effectué un autotest comme dernier test au cours des 12 derniers mois divisé par le nombre total de personnes déclarant avoir effectué un test de dépistage du VIH au cours des 12 derniers mois
- **Faisabilité** : Proportion d'erreurs, proportion d'assistance, spécificité, sensibilité
 - L'évaluation de la faisabilité dans cette étude va se définir comme la capacité du participant à suivre correctement les différentes étapes pour la réalisation du test afin d'obtenir un résultat valide (lisible). Au numérateur se trouvera le nombre de tests avec résultats valides, et au dénominateur, le nombre total de participants ayant réalisé le test ou tenté de le réaliser, exprimé en pourcentage
- **Fidélité** : il s'agira d'évaluer la conformité aux stratégies de mise en œuvre ou aux procédures standard décrites
 - Proportion de prestataires qui maîtrisent et respectent les procédures de counseling et de dispensation de l'autotest
- **Sécurité** : respect de l'intégrité des individus, dépistage libre et non contraignant
 - Proportion de personnes qui déclarent avoir réalisé un test dans des conditions non contraignantes
- **Lien avec les soins** : proportion de tests de confirmation, proportion de mise en route du TAR.
 - **Pourcentage des nouvelles initiations de traitement antirétroviral parmi les personnes diagnostiquées séropositives au VIH qui ont**

déclaré avoir effectué un autotest au cours des 12 derniers mois :
nombre total de personnes qui indiquent avoir effectué un autotest, dont un diagnostic de séropositivité au VIH est documenté et qui ont commencé un traitement antirétroviral au cours des 12 derniers mois divisé par le nombre total de nouveaux traitements antirétroviraux initiés au cours des 12 derniers mois

3.6. Analyses statistiques

- **Enquête quantitative**

Les questionnaires ont été implémentés sur KoboCollect et les données exportées vers le logiciel R© version 1.3.959.

Des statistiques descriptives ont été réalisées et les résultats présentés avec des tableaux d'effectifs et de proportions avec intervalle de confiance à 95% (IC95%) pour les variables qualitatives. Les variables quantitatives ont été présentées sous forme de médianes avec leur étendue interquartile (EIQ).

- **Enquête qualitative**

Les données ont été analysées à l'aide de la méthode « d'analyse thématique ». De façon concrète, les analyses ont été réalisées selon les étapes suivantes : lecture des transcriptions, et identification des thèmes émergents des entretiens. Un codage de tous les verbatim a ensuite été réalisé de manière systématique. Les étapes suivantes ont consisté à identifier les thèmes récurrents ; regrouper les thèmes en catégories thématiques ; résumer chaque thème ; et interpréter les résultats.

3.7. Considérations éthiques et règlementaires

La présente évaluation a reçu un avis favorable du comité de bioéthique pour la recherche en santé (CBRS). Après une information succincte sur l'étude, un consentement/assentiment signé des participants a été systématiquement recueilli. La collecte des données a été réalisée dans l'anonymat et la confidentialité des participants a été respectée.

4. Résultats enquêtes quantitatives

4.1. Evaluation de l'acceptabilité et de la faisabilité de l'autotest VIH

4.1.1. Caractéristiques socio-démographiques des enquêtes

Au total, 802 personnes ont été inclus dans cette étude dont 51,4% de sexe masculin.

L'enquête a eu lieu à Lomé et à Kara. A Lomé, 550 participants (68,6%) ont été inclus et 252 (31,4%) ont été inclus à Kara.

La population d'étude était principalement constituée de TS (34,4%), de HSH (24,4%) et de personnes issues de la population générale (23,2%). L'âge médian des participants était de 23 ans, IIQ [19-30] avec des extrêmes de 13 à 77 ans.

Concernant le niveau d'étude, 7,7% étaient non scolarisés et 71,0% avaient un niveau au moins équivalent au secondaire. Les célibataires représentaient 71,2% des participants.

Tableau 3. Caractéristiques socio-démographiques (N = 802)

Caractéristique	Effectif (n)	Proportion (%)
Age (ans)		
Médiane [IIQ]		23 [19-30]
Moyenne (écart-type)		26 (9)
Minimum-Maximum		13-77
Tranche d'âge (années)		
13-17	112	14,0
18-24	330	41,1
25-29	149	18,6
30+	211	26,3
Sexe		
Féminin	390	48,6
Masculin	412	51,4
Niveau d'étude		
Non scolarisé	62	7,7
Primaire	171	21,3
Secondaire	396	49,4
Supérieur	173	21,6
Situation matrimoniale		
Célibataire	571	71,2
Divorcé(e)	62	7,7
Marié(e)/concubinage	152	19,0
Veuf(ve)	17	2,1
Ville		
Kara	252	31,4
Lomé	550	68,6
Catégorie de population		
Professionnel(le) du sexe	275	34,3
Homme ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HSH)	196	24,4
Population générale*	186	23,2
Adolescent de la rue	125	15,6
Homme transgenre/femme transgenre	11	1,4
Usager de drogue	9	1,1

IIQ = Intervalle interquartile

*Toute personne venue pour une consultation dans les centres et qui ne s'identifie à aucune des autres populations mentionnées.

La **figure 1** (diagramme de flux) présente le processus de sélection des participants de la proposition à la réalisation du test. Ainsi, 777 participants ont réalisé l'autotest au cours de cette enquête.

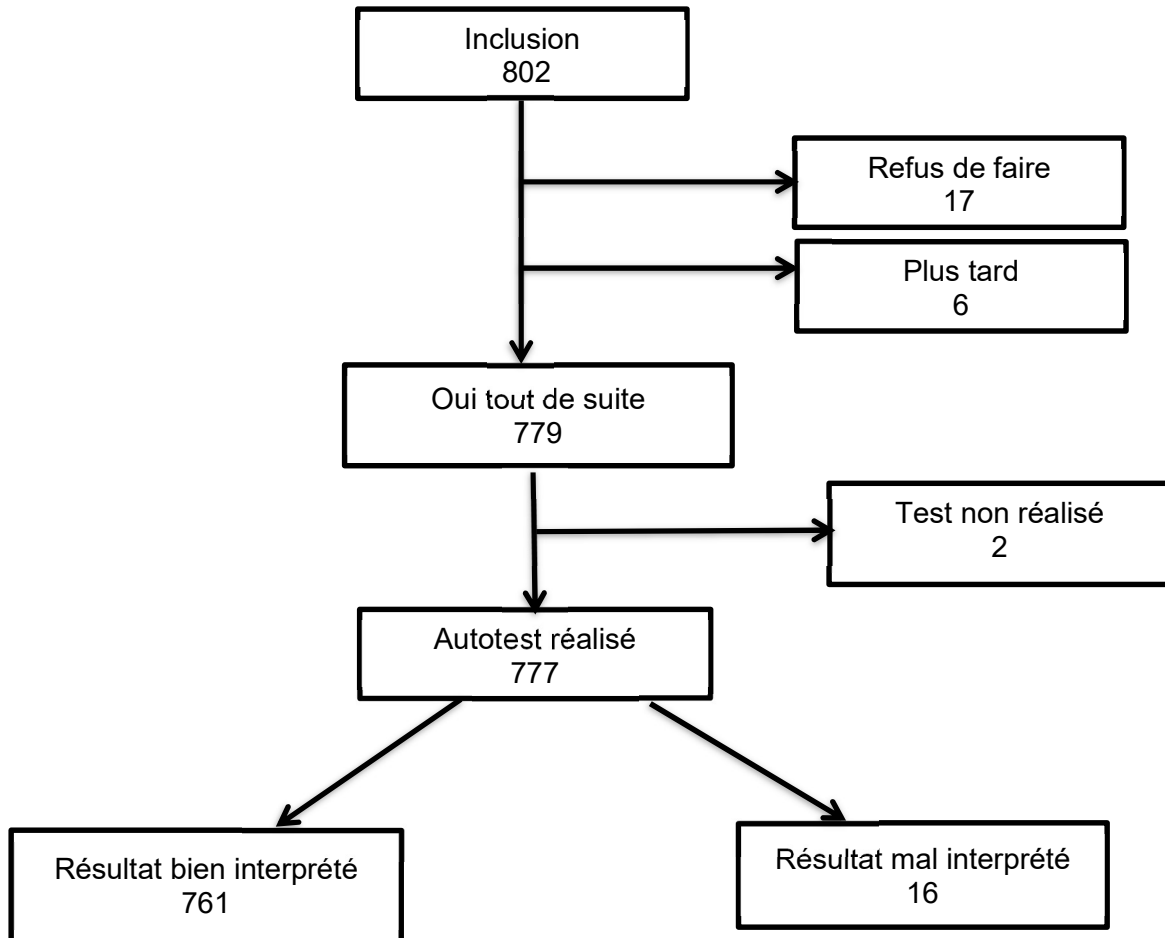


Figure 1. Diagramme de flux de sélection des participants et réalisation de l'autotest

4.1.2. Connaissance de l'autotest VIH et antécédent d'utilisation

Seuls 4 participants sur 10 (40,8%) avaient déjà entendu parler de l'autotest VIH. Parmi les 327 qui avaient déjà entendu parler de l'autotest, 127 (38,8%) avaient déjà réalisé un dépistage par l'autotest (**Tableau 4**). Dans l'optique d'une généralisation de la stratégie sur tous les sites de prise en charge du Togo, il serait utile de planifier une campagne de communication à grande échelle afin de la vulgariser.

Tableau 4. Connaissance et antécédent d'utilisation de l'autotest

Caractéristique	Effectif (n)	Proportion (%)
Entendu parler d'autotest (N=802)		
Non	475	59,2
Oui	327	40,8
Autotest déjà réalisé (N = 327)		
Non	200	61,2
Oui	127	38,8

4.1.3. Perception des clients ayant déjà utilisé l'autotest

Sur les 127 personnes qui ont déclaré avoir déjà utilisé un autotest par le passé, 89,8% ont déclaré que l'autotest leur avait semblé facile à utiliser.

Près de 9 personnes sur 10 (89,0%) ont déclaré que pour eux, l'autotest présentait des avantages certains et 98,4% ont déclaré qu'ils seraient prêts à recommander l'autotest VIH à un proche.

Par ailleurs, près de 2 personnes sur 10 ont déclaré s'être senti contraints de réaliser le dépistage par autotest. Ce résultat pourrait s'expliquer par un counseling incomplet, une meilleure communication avec le client, soulignant notamment le caractère non obligatoire et libre de l'autotest avant la dispensation du kit pourrait contribuer à éliminer ce sentiment de contrainte.

Le **Tableau 5** présente les différentes perceptions des clients vis-à-vis de l'autotest.

Tableau 5. Perception des clients ayant déjà utilisé l'autotest

Caractéristique, n (%)	Non PEPFAR n = 65		PEPFAR n = 62		Total (N=127)	
	n	%	n	%	n	%
Facilité à utiliser l'autotest						
Oui	55	84,6	59	95,2	114	89,8
Non	10	15,4	3	4,8	13	10,2
Autotest présente des avantages (adéquation)						
Oui	54	83,1	59	95,2	113	89,0
Non	11	16,9	3	4,8	14	11,0
S'est senti contraint de réaliser l'autotest (sécurité)						
Oui	14	21,5	12	19,4	26	20,5
Non	51	78,5	50	80,6	101	79,5
Recommandation de l'autotest						
Oui	63	96,9	62	100,0	125	98,4
Non	2	3,1	0	0,0	2	1,6

4.1.4. Acceptabilité globale de l'autotest

Globalement, une fois que les participants ont connaissance de ce qu'est l'autotest, cette stratégie est fortement acceptée par ces derniers. En effet, au cours de cette enquête, l'acceptabilité globale de l'autotest a été estimée à 97,1% (n = 779) IC95% [95,7-98,2]. Six participants ont refusé de le faire immédiatement mais ont laissé entendre qu'ils pourraient le faire plus tard et 17 (2,1%) ont catégoriquement refusé de le réaliser (Figure 2).

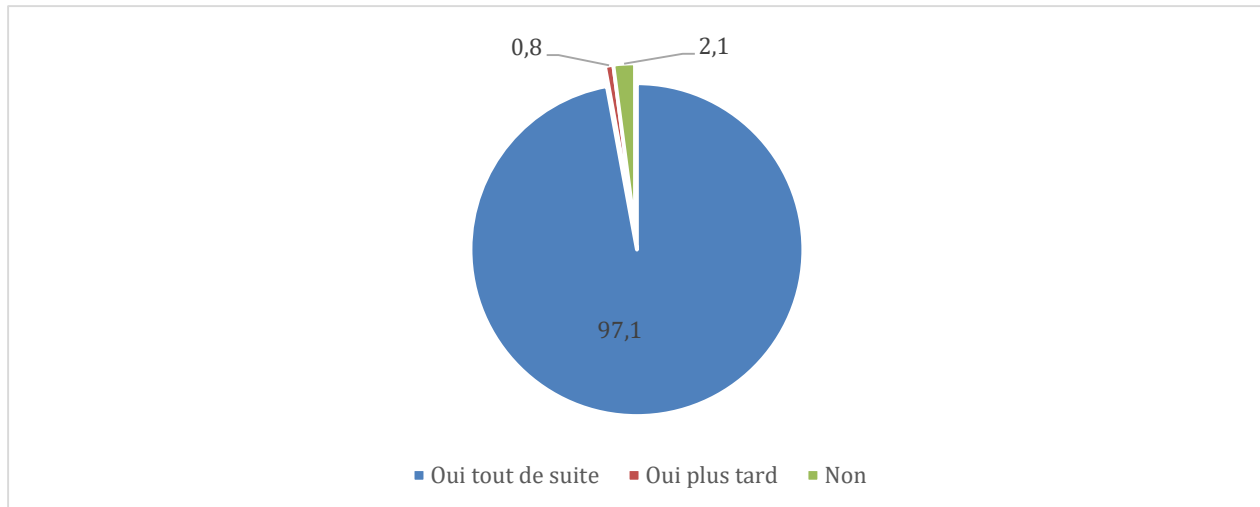


Figure 2. Acceptabilité globale de l'autotest (N=802)

La **Figure 3** présente l'acceptabilité de l'autotest selon les différentes populations enquêtées. Elle était de 100% chez les adolescents de la rue, les personnes transgenres et les usagers de drogues. La plus faible acceptabilité ; 93,5% a été notée chez les professionnels du sexe. L'inclusion des enfants de la rue à partir de 13 ans et la forte acceptabilité laissent supposer que la stratégie pourrait être proposée au Togo dès l'âge de 13 ans. L'âge de 13 ans correspond généralement à l'âge de survenue de la puberté. Par ailleurs, certains auteurs ont émis des recommandations afin de faciliter l'accès à l'autotest VIH pour les adolescents à partir de 12 ans².

² Tonen-Wolyec S, Mbopi-Kéou F-X, Koyalta D, Filali M, Batina-Agasa S, Bélec L. Human Immunodeficiency Virus Self-Testing in Adolescents Living in Sub-Saharan Africa: An Advocacy. Nigerian Medical Journal: Journal of the Nigeria Medical Association. 2019;60(4):165.

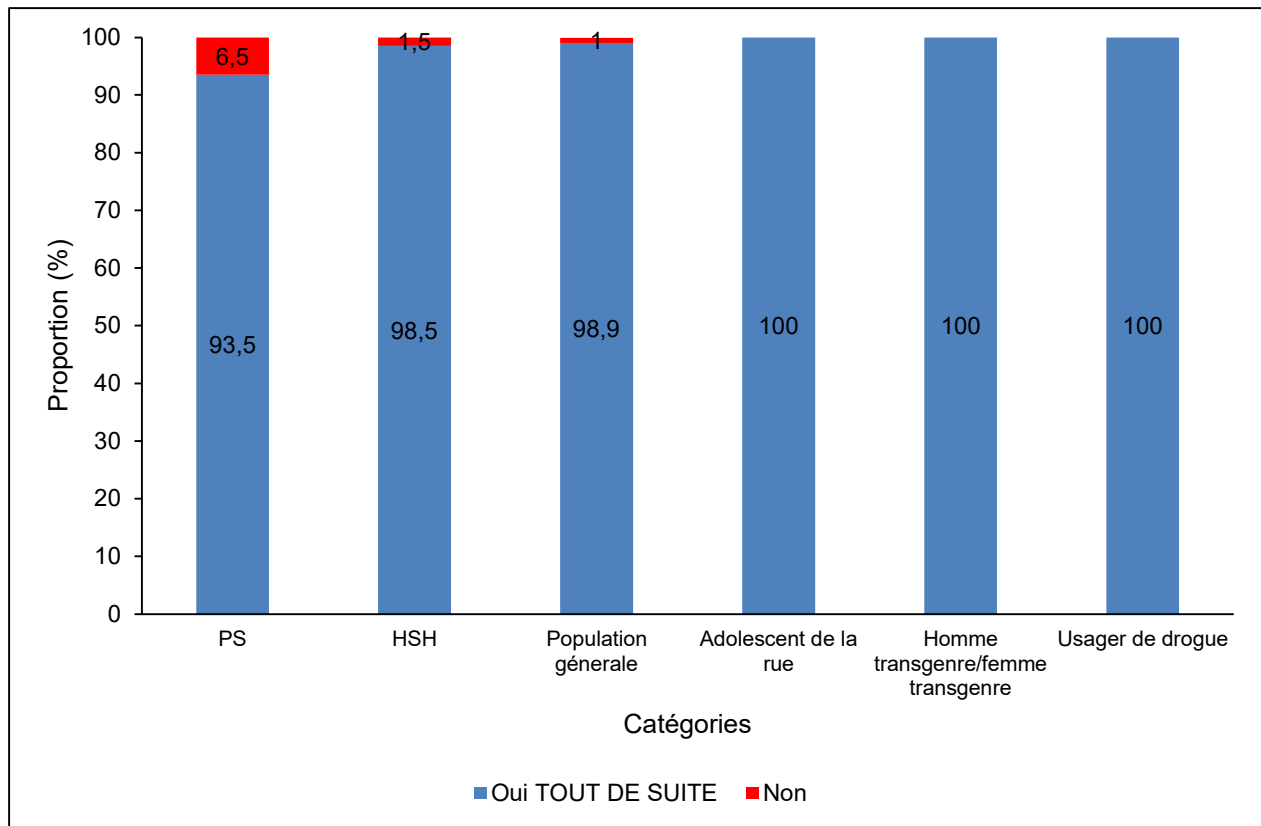


Figure 3. Acceptabilité de l'autotest selon les différentes population (N = 802)

Au total, 718 personnes enquêtées sur 802 (89,5%) ont déclaré qu'elles seraient prêtes à payer pour l'autotest si elles disposaient des fonds nécessaires. Parmi les personnes prêtes à payer pour l'autotest les populations les plus représentées étaient les TS, les HSH et les personnes issues de la population générale dans respectivement 33,8%, 24,8% et 23,0% des cas (**Tableau 6**).

Tableau 6. Répartition des enquêtés selon l'intention de payer pour l'autotest

Caractéristique, n (%)	Payer autotest			
	Non n = 38	Oui n = 718	Peut être n = 46	Total N = 802
Site				
Non PEPFAR	19 (50,0)	450 (62,7)	33 (71,7)	502 (62,6)
PEPFAR	19 (50,0)	268 (37,3)	13 (28,3)	300 (37,4)
Catégorie				
Professionnel(le) du sexe	2 (5,3)	243 (33,8)	30 (65,2)	275 (34,3)
Homme ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HSH)	10 (26,3)	178 (24,8)	8 (17,4)	196 (24,4)
Population générale	16 (42,1)	165 (23,0)	5 (10,9)	186 (23,2)
Adolescents de la rue	8 (21,1)	115 (16,0)	2 (4,3)	125 (15,6)
Homme transgenre/femme transgenre	1 (2,6)	10 (1,4)	0 (0,0)	11 (1,4)
Usager de drogue	1 (2,6)	7 (1,0)	1 (2,2)	9 (1,1)

4.1.5. Refus de réalisation de l'autotest

Au Total 17 participants ont refusé de réaliser l'autotest. La majorité avait entre 18 et 29 ans (16/17), avait un niveau équivalent au secondaire ou plus (16/17), était célibataire (16/17), résidait à Kara (16/17) et se définissait comme TS (15/17). Ce résultat concorde avec ce qui a été rapporté lors des enquêtes qualitatives. En effet, les prestataires ont déclaré que dans la mise en œuvre de l'autotest au Togo, les refus étaient majoritairement observés chez les TS. Ce résultat pourrait s'expliquer par une indisponibilité au moment où le test leur est proposé. La stratégie à appliquer dans cette population devrait tenir compte de cet aspect, informer les TS, rendre le test accessible sur les sites et leur laisser le choix du moment adéquat pour le réaliser.

Le profil sociodémographique des participants ayant refusé l'autotest est présenté dans le **Tableau 7.**

Tableau 7. Caractéristiques socio-démographiques des enquêtés ayant refusé de faire l'autotest (N = 17)

Caractéristique	Effectif (n)	Proportion (%)
Age (ans)		
Médiane [IIQ]		24 [20–26]
13-17	1	5,9
18-24	9	52,9
25-29	7	41,2
30+	0	0,0
Sexe		
Féminin	16	94,1
Masculin	1	5,9
Niveau d'étude		
Primaire	1	5,9
Secondaire	15	88,2
Supérieur	1	5,9
Situation matrimoniale		
Célibataire	16	94,1
Marié(e)/concubinage	1	5,9
Ville		
Kara	16	94,1
Lomé	1	5,9
Catégorie		
Professionnel(le) du sexe	15	88,2
Homme ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HSH)	1	5,9
Population générale	1	5,9
Ado de la rue	0	0,0
Homme transgenre/femme transgenre	0	0,0
Usager de drogue	0	0,0

IIQ = Intervalle interquartile

4.1.6. Fidélité et respect des procédures dans la dispensation de l'autotest

Au total, 66 séances de dispensation d'autotest VIH ont été observés sur 6 sites différents (**Tableau 8**).

Tableau 8. Nombre de séances de dispensation d'autotest observées par site

Caractéristique	Effectif (n)	Proportion (%)
Site		
AMC	11	16,7
AST	9	13,6
CRIPS	10	15,2
EVT	10	15,2
FAMME	13	19,7
JADE	13	19,7

Les critères de bonne pratique les plus respectés par les dispensateurs de kits sur les sites ont été : l'obtention du consentement du client (98,5%), l'explication des résultats possibles au client (95,5%), la nécessité de faire confirmer un test réactif et la précision du caractère confidentiel de toutes les informations fournies (93,9%). Les étapes de réalisation de l'autotest VIH ont été correctement expliqué au client par le dispensateur dans 92,4% des cas. Le **Tableau 9** présente une répartition des séances de dispensation d'autotest observées selon les différents critères de bonne pratique.

Le site sur lequel le plus grand nombre de critères a été respecté c'est EVT, CRIPS et JADE (**Tableau 10**). La fidélité dans le processus de dispensation de l'autotest était considérée comme très bonne ou bonne dans 100% des cas sur les sites EVT, CRIPS et JADE (**Tableau 11**).

Tableau 9. Répartition des séances de dispensation d'autotest observées selon les différents critères de bonne pratique

Caractéristique	Effectif (n)	Proportion (%)
Le conseiller s'est-il présenté au client ?		
Non	10	15,2
Oui	56	84,8
Le conseiller a-t-il procédé à l'évaluation des connaissances du client sur le VIH		
Non	7	10,6
Oui	59	89,4
Le conseiller a-t-il vérifié des antécédents de comportement à risque chez le client ?		
Non	9	13,6
Oui	57	86,4
Le conseiller a-t-il correctement expliqué au client comment se réalise l'autotest ?		
Non	5	7,6
Oui	61	92,4
Le conseiller a-t-il expliqué au client les différents résultats possibles et leur interprétation ?		
Non	3	4,5
Oui	63	95,5
Le conseiller a-t-il précisé au client qu'en cas d'un résultat réactif à l'autotest une confirmation est nécessaire ?		
Non	4	6,1
Oui	62	93,9
Le conseiller a-t-il parlé de la fenêtre sérologique ?		
Non	11	16,7
Oui	55	83,3
Le conseiller a-t-il anticipé sur une éventuelle crise en informant/rassurant le client sur la prise en charge en cas de test positif ?		
Non	5	7,6
Oui	61	92,4
Le conseiller a-t-il rassuré le client sur le caractère confidentiel des informations fournies ?		
Non	4	6,1
Oui	62	93,9
Le conseiller a-t-il obtenu le consentement du client avant la remise du kit d'autotest ?		
Non	1	1,5
Oui	65	98,5

Tableau 10a. Répartition des séances de dispensation d'autotest observées selon les différents critères de bonne pratique et par site

Caractéristique, n (%)	AMC n = 11		AST n = 9		CRIPS n = 10		EVT n = 10		FAMME n = 13		JADE, n = 13	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
	Le conseiller s'est-il présenté au client ?											n
Non	1	9,1	0	0,0	4	40,0	2	20,0	0	0,0	3	23,1
Oui	10	90,9	9	100,0	6	60,0	8	80,0	13	100,0	10	76,9
Le conseiller a-t-il procédé à l'évaluation des connaissances du client sur le VIH												
Non	3	27,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	23,1	1	7,7
Oui	8	72,7	9	100,0	10	100,0	10	100,0	10	76,9	12	92,3
Le conseiller a-t-il vérifié des antécédents de comportement à risque chez le client ?												
Non	4	36,4	0	0,0	1	10,0	3	30,0	1	7,7	0	0,0
Oui	7	63,6	9	100,0	9	90,0	7	70,0	12	92,3	13	100,0
Le conseiller a-t-il correctement expliqué au client comment se réalise l'autotest ?												
Non	4	36,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	7,7	0	0,0
Oui	7	63,6	9	100,0	10	100,0	10	100,0	12	92,3	13	100,0
Le conseiller a-t-il expliqué au client les différents résultats possibles et leur interprétation ?												
Non	2	18,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	7,7	0	0,0
Oui	9	81,8	9	100,0	10	100,0	10	100,0	12	92,3	13	100,0

Tableau 10b. Répartition des séances de dispensation d'autotest observées selon les différents critères de bonne pratique et par site

Caractéristique, n (%)	AMC n = 11		AST n = 9		CRIPS n = 10		EVT n = 10		FAMME n = 13		JADE, n = 13	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Le conseiller a-t-il précisé au client qu'en cas d'un résultat réactif à l'autotest une confirmation est nécessaire ?												
Non	3	27,3	1	11,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Oui	8	72,7	8	88,9	10	100,0	10	100,0	13	100,0	13	100,0
Le conseiller a-t-il parlé de la fenêtre sérologique ?												
Non	1	9,1	1	11,1	3	30,0	3	30,0	1	7,7	2	15,4
Oui	10	90,9	8	88,9	7	70,0	7	70,0	12	92,3	11	84,6
Le conseiller a-t-il anticipé sur une éventuelle crise en informant/rassurant le client sur la prise en charge en cas de test positif ?												
Non	2	18,2	1	11,1	1	10,0	0	0,0	1	7,7	0	0,0
Oui	9	81,8	8	88,9	9	90,0	10	100,0	12	92,3	13	100,0
Le conseiller a-t-il rassuré le client sur le caractère confidentiel des informations fournies ?												
Non	1	9,1	1	11,1	0	0,0	0	0,0	1	7,7	1	7,7
Oui	10	90,9	8	88,9	10	100,0	10	100,0	12	92,3	12	92,3
Le conseiller a-t-il obtenu le consentement du client avant la remise du kit d'autotest ?												
Non	1	9,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Oui	10	90,9	9	100,0	10	100,0	10	100,0	13	100,0	13	100,0

Tableau 11. Fidélité dans le processus de dispensation selon les sites PEPFAR

Caractéristique, n (%)	Très bonne, n = 46	Bonne, n = 18	Assez bonne, n = 2	Mauvaise	Total, N = 66
Site					
AMC	4 (8,7)	6 (33,3)	1 (50,0)	0 (0,0)	11 (16,7)
AST	8 (17,4)	0 (0,0)	1 (50,0)	0 (0,0)	9 (13,6)
CRIPS	7 (15,2)	3 (16,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	10 (15,2)
EVT	7 (15,2)	3 (16,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	10 (15,2)
FAMME	9 (19,6)	4 (22,2)	0 (0,0)	0 (0,0)	13 (19,7)
JADE	11 (23,9)	2 (11,1)	0 (0,0)	0 (0,0)	13 (19,7)

* Au total, 10 critères permettaient de juger de la fidélité dans le processus de dispensation de l'autotest. Pour chaque critères respecté, l'agent de santé ou le médiateur recevait un point. La fidélité était jugée comme 10-9 très bonne pour un total de points ≥ 9 ; bonne entre 7 et 8, assez bonne entre 5 et 6, et mauvaise pour un total < 5 .

4.1.7. Faisabilité et interprétation des résultats de l'autotest

Parmi, les 779 participants qui ont accepté de réaliser l'autotest, deux ont renversé le réactif dans le processus de réalisation du test. Si l'on considère la faisabilité comme étant la proportion de tests rendus avec un résultat valide, l'autotest a été considéré comme faisable pour 99,7%(n=777) IC95% [99,1-100,0] des participants. Au total, sur les 777 tests avec résultat valide, 46 (5,9%) ont été réactifs. Le **Tableau 12** décrit les résultats de l'autotest et leur interprétation par le participant et par l'enquêteur (médiateur formé pour la dispensation de l'autotest).

Tableau 12. Résultat autotest (N = 779)

Caractéristique	Effectif (n)	Proportion (%)
Test réalisé		
Non*	2	0,3
Oui	777	99,7
Résultat déclaré par le participant (N = 777)		
Négatif	741	95,4
Positif	36	4,6
Résultat lu par l'enquêteur (N = 777)		
Négatif	731	94,1
Positif	46	5,9

*Test renversé

La concordance entre les résultats des tests déclarés par les participants et les résultats déclarés par les médiateurs était de 97,9% IC95% [96,7-98,8] et le coefficient de Kappa était estimé à 0,794 ($p = 0,001$) (**Tableau 13**)

Tableau 13. Concordance des résultats autotest (N = 777)

Caractéristique	Résultat lu par l'enquêteur		Kappa
	Positif	Négatif	
Résultat déclaré par le participant			0,794
Positif	33	3	
Négatif	13	728	

Au Total 16 participants sur les 777 ont mal interprété les résultats de leur test. La majorité avait entre 18 et 24 ans (14/16), avait un niveau équivalent au secondaire ou plus (11/16), était célibataire (14/16), résidait à Lomé (15/16) et se définissait comme HSH (9/16). Le profil sociodémographique des participants ayant mal interprété leur résultat d'autotest est présenté dans le **Erreur ! Source du renvoi introuvable.**

Tableau 14. Caractéristiques socio-démographiques des participants ayant mal interprété leur résultat (N = 16)

Caractéristique	Effectif (n)	Proportion (%)
Age (ans)		
Médiane [25%-75%]	22 [20-24]	
Tranche d'âge (années)		
13-17	0	0,0
18-24	14	87,5
25-29	2	12,5
30+	0	0,0
Sexe		
Féminin	5	31,2
Masculin	11	68,8
Niveau d'étude		
Non scolarisé	1	6,2
Primaire	4	25,0
Secondaire	6	37,5
Supérieur	5	31,2
Situation matrimoniale		
Célibataire	14	87,5
Marié(e)/concubinage	2	12,5
Ville		
Kara	1	6,2
Lomé	15	93,8
Catégorie		
Professionnel(le) du sexe	5	31,2
Homme ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HSH)	9	56,2
Population générale	1	6,2
Ado de la rue	1	6,2
Homme transgenre/femme transgenre	0	0,0
Usager de drogue	0	0,0

4.1.8. Cascade de la réalisation de l'autotest

La Figure 4 présente la cascade de réalisation de l'autotest (de la proposition de dépistage à l'interprétation correcte des résultats). On note que l'acceptabilité globale de l'autotest était 97,1% et la faisabilité globale de 761/779 soit 97,9%.

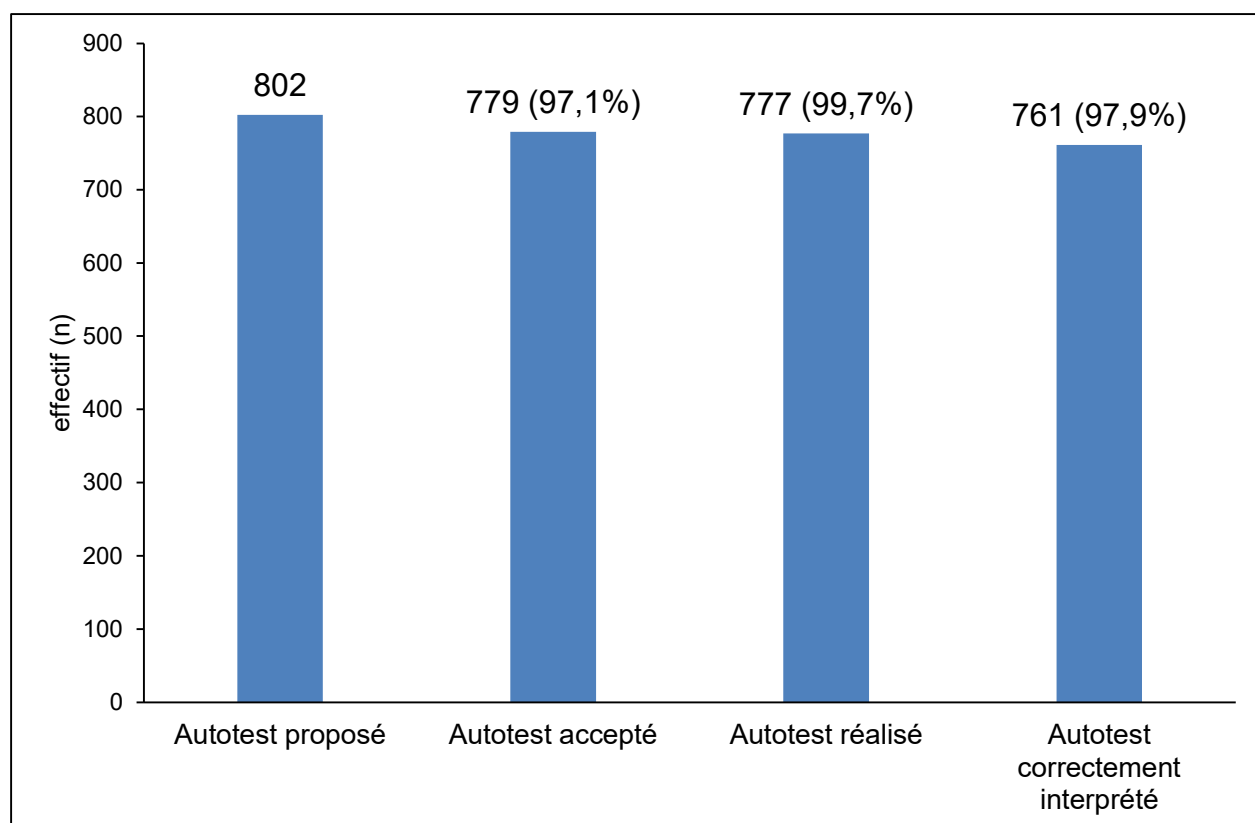


Figure 4. Cascade de la réalisation de l'autotest (de la proposition à l'interprétation)

4.2. Evaluation de la mise en œuvre de la stratégie d'autotest dans les 13 sites impliqués

4.2.1. Evaluation des sites d'implémentation de l'autotest

4.2.1.1. Outils de collecte de données sur l'autotest

Au total, l'autotest a été implémenté dans 13 sites, tous situés dans les régions Lomé-Commune et Maritime. Tous les sites disposaient d'outils spécifiques pour le recueil des indicateurs pour l'autotest. Le registre d'autotest était utilisé sur l'ensemble des sites d'implémentation. Par contre, certains sites avaient en plus des carnets de dispensation des kits d'autotest, des fiches de dispensation mensuelle, des fiches de stock et des registres de laboratoire (**Tableau 15**).

- Seuls 2 sites avaient un carnet de dispensation, il s'agissait d'E2V et Jade
- 5 sites avaient recours aux fiches de dispensation mensuelle d'autotest
- 7 sites disposaient des fiches de stocks
- 3 sites utilisaient les registres de laboratoire

Tableau 15. Synthèse des outils de collecte des données présents sur les sites d'implémentation de l'autotest

Sites d'autotest	Registre d'autotest	Carnet de dispensation	Fiche de dispensation mensuelle	Fiche de stock	Registre de laboratoire
Jade	x	x	x	x	
AMC	x				
AST	x		x	x	
ACS	x		x		
CRIPS	x			x	
E2V	x	x		x	x
EVT	x				
FAMME	x		x	x	x
CUPIDON	x		x		
AFAZ	x			x	x
CMS KOUVE	x			x	
CHR TSEVIE	x				
CHP KPALIME	x				

4.2.1.2. Rupture de stock

Au cours des 12 derniers mois, 37196 personnes ont été dépistées pour le VIH sur l'ensemble des sites. Les ruptures de stock d'autotest ont été rapportées dans 11 sites (84,6%). Les principales raisons de rupture évoquées étaient l'indisponibilité des tests au dépôt central (7 sites), les problèmes logistiques ou retard dans la livraison des kits d'autotest (3 sites) et le retard dans la formulation de la commande (1 site).

Afin de garantir une implémentation réussie à l'échelle nationale, il est important de s'assurer d'un financement et d'une filière d'approvisionnement pérenne pour les autotests. Le renforcement de la logistique afin d'approvisionner les sites en temps et en heure serait également une plus-value pour une implémentation réussie. A défaut, il faudrait penser dès à présent à l'intégration de l'autotest dans le circuit classique de distribution des intrants du PNLS.

4.2.1.3. Adoption de l'autotest et lien avec les soins

- **Adoption de l'autotest**

Au total, 5406 tests ont été distribués entre le 01^{er} janvier 2021 et le 31 décembre 2021 variant entre 71 pour AFAZ à 1710 pour EVT. Ceci correspond à 14,5% du nombre total de personnes dépistées pour le VIH sur la même période.

Parmi les 5406 tests distribués, 562 ont été réactifs soit une proportion de 10,4%. Cette proportion variait entre 2% à AST et 29% au CMS KOUVE.

- **Lien avec les soins**

Seuls 7 centres sur 13 (53,8%) avaient une ligne téléphonique disponible à contacter en cas de test réactif.

Près de la moitié des sites ne disposaient pas d'une ligne téléphonique pour que les sujets avec un résultat réactif à l'autotest puissent les joindre

Parmi les 562 tests réactifs, 532 (94,7%) ont été confirmés par un test VIH selon les recommandations nationales (**Figure 5**). Ces tests ont été confirmés à 100% sur 8 sites. L'initiation au traitement antirétroviral au cours des 12 derniers mois a été effective chez 470 personnes parmi les 532 confirmés, soit 88,3% (**Figure 5 et Figure 6**). Le site JADE n'a confirmé que 52% des tests réactifs (**Figure 7**).

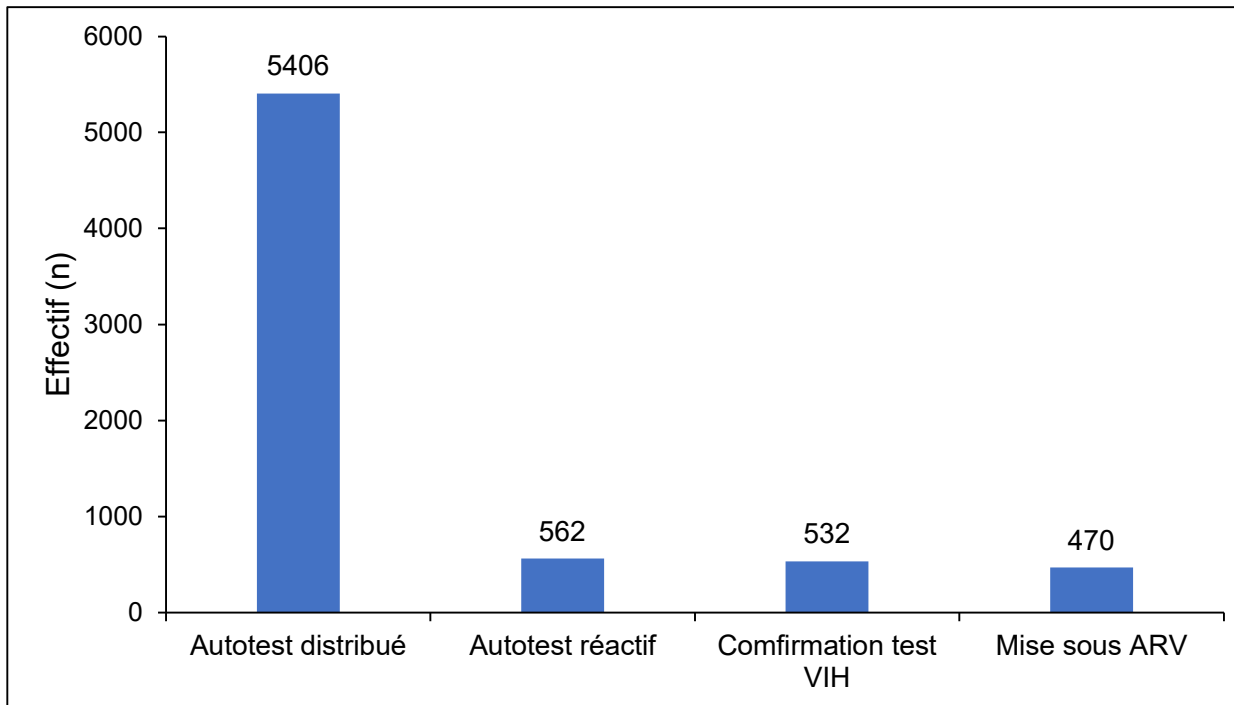


Figure 5. Nombre d'autotests distribués, réactifs, confirmés et nouvelle initiation de traitement antirétroviral au cours des 12 derniers mois

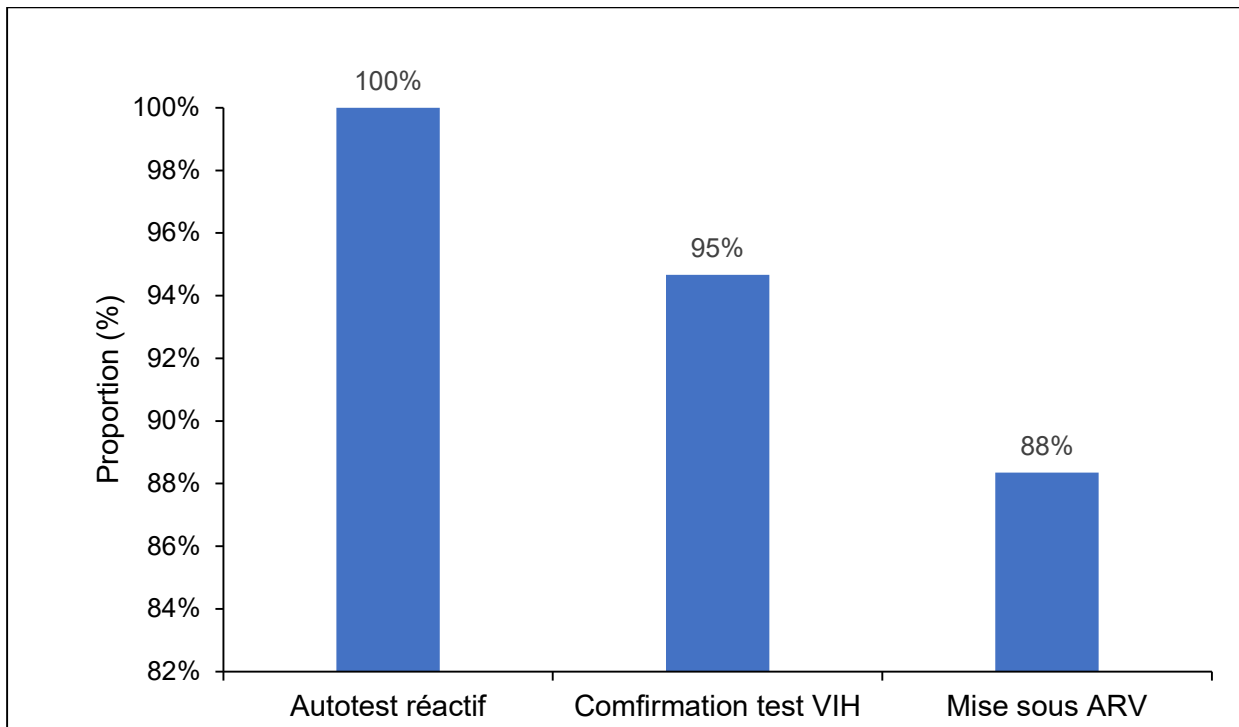


Figure 6. Proportion d'autotests confirmés par un test VIH et proportion des nouvelles initiations de traitement antirétroviral parmi les personnes diagnostiquées séropositives

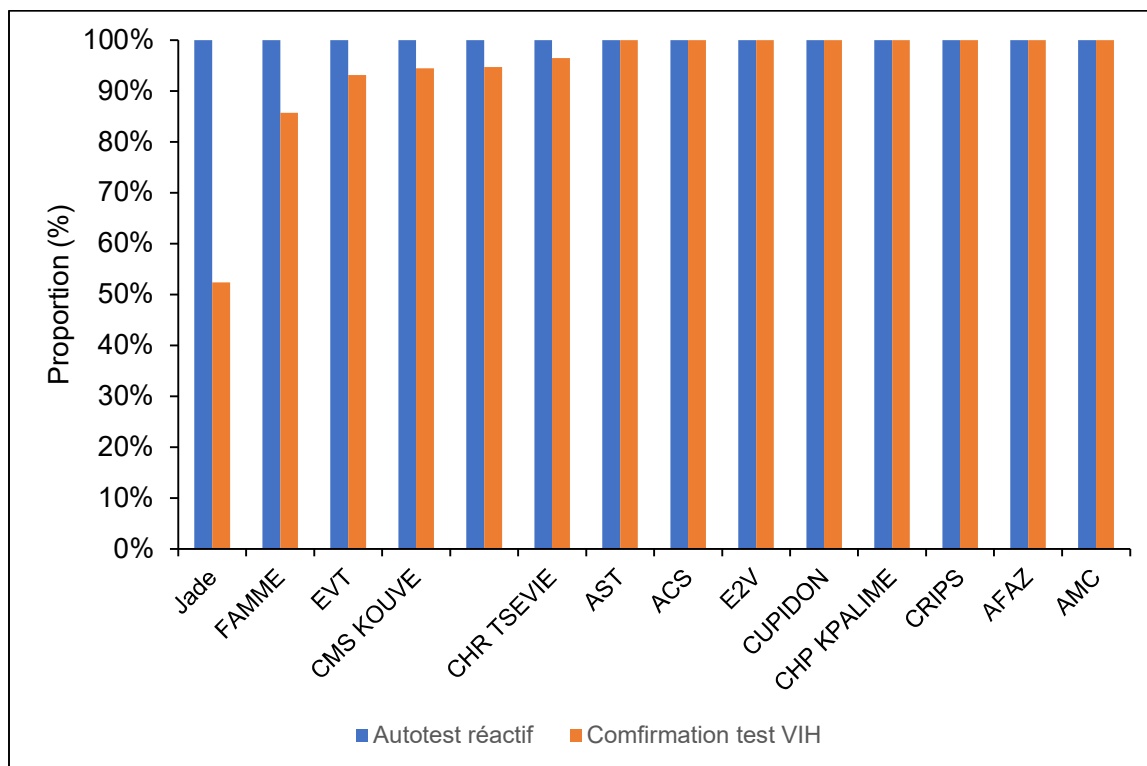


Figure 7. Proportion d'autotests réactifs confirmés par un test VIH selon les sites d'implémentation

4.2.2. Connaissances du personnel de santé travaillant dans les sites d'implémentation sur l'autotest

4.2.2.1. Caractéristiques sociodémographiques du personnel enquêté

Au total, 65 prestataires des sites de dispensation d'autotest ont répondu aux questionnaires dont 38 hommes (58,5%) et 27 femmes (41,5%). Le personnel impliqué dans les soins VIH était représenté dans 53,8% des cas, suivis du personnel administratif (13,8%) et celui des laboratoires (10,8%). Aucun personnel de la pharmacie n'a participé à la présente enquête. Quatre prestataires sur cinq (84,6%) ont déclaré avoir suivi des études universitaires. Le **Tableau 16** présente les caractéristiques sociodémographiques du personnel enquêté.

Tableau 16. Caractéristiques sociodémographiques du personnel enquêté (N=65), Togo

Caractéristique	Effectif (n)	Proportion (%)
Age (ans)		
Médiane [IIQ]		34 [30-39]
<35	37	56,9
35+	28	43,1
Sexe		
Féminin	27	41,5
Masculin	38	58,5
Niveau d'étude		
Secondaire	10	15,4
Supérieur	55	84,6
Fonction/Poste		
Administration	9	13,8
Soins non VIH	5	7,7
Soins VIH	35	53,8
Laboratoire	7	10,8
Autres*	9	13,8

IIQ : intervalle interquartile ; *autres (liste)

4.2.2.2. *Connaissance du projet d'implémentation de l'autotest par le personnel sur site*

Parmi les prestataires interrogés, 90,8% savaient que leur établissement était un centre pilote pour l'implémentation de l'autotest et 98,5% d'entre eux avaient déjà entendu parler de l'autotest VIH. Près de la moitié des prestataires (53,8%) déclaraient avoir reçu une formation sur l'autotest. Environ deux prestataires sur cinq (41,5%) ont déclaré à tort que l'autotest était déjà disponible sur l'ensemble des centres de dépistage et de prise en charge du VIH au Togo.

4.2.2.3. *Connaissances et pratique du personnel directement impliqué dans la dispensation*

Au total, 40 prestataires sur 65 (61,5%) ont déclaré être directement impliqués dans la dispensation de l'autotest (**Figure 8**).

Globalement, les connaissances sur l'autotest étaient correctes chez le personnel directement impliqué dans la dispensation. En effet 38 (95,0%) d'entre eux savaient que l'autotest disponible au Togo se faisait par prélèvement buccal, 37 (92,5%) connaissaient le délai nécessaire avant la lecture des résultats et tous étaient unanimes quant à la nécessité d'un conseil avant toute réalisation d'un autotest. Toutefois, sur l'ensemble des prestataires directement impliqués dans la dispensation, 90% avaient déjà utilisé un autotest mais seulement 25 (65,8%) savaient que le test pouvait être négatif si l'infection à VIH datait de moins de 3 mois.

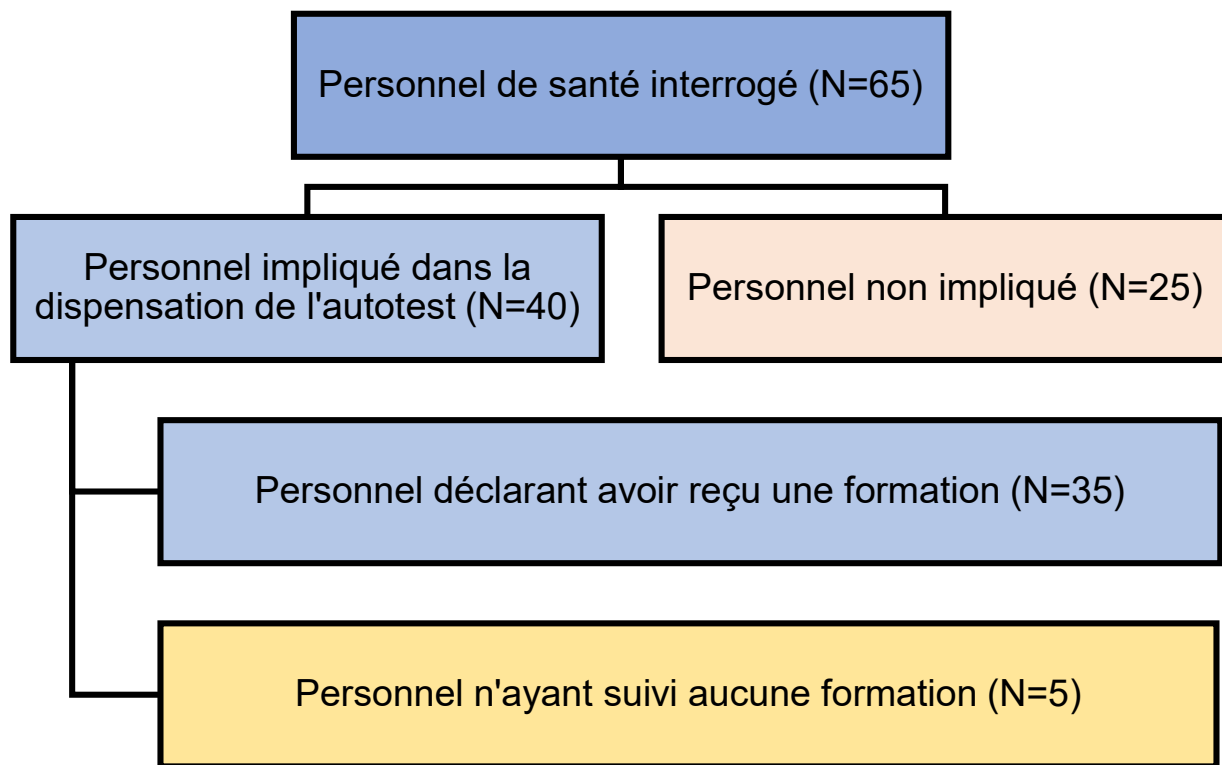


Figure 8. Répartition du personnel de santé interrogé

4.2.2.4. *Connaissance et pratique du personnel ayant bénéficié d'une formation sur l'autotest*

Parmi les 35 personnes ayant bénéficié d'une formation sur l'autotest, 33 personnes (94,3%) ont correctement répondu que le dépistage était réalisé par prélèvement buccal. Sur les 35 personnes qui ont déclaré avoir reçu une formation sur l'autotest, 23 (65,7%) savaient que le test pourrait être négatif si l'infection par le VIH datait de moins de 3 mois et 34 (97,1%) ont déclaré que le test pourrait être refait 3 mois après s'il était négatif. Tous ont déclaré qu'un conseil devrait être fait avant la réalisation du test.

4.2.3. Synthèse et recommandations

Globalement le personnel présent sur les sites d'implémentation a une bonne connaissance sur l'autotest. Toutefois, il serait souhaitable avant tout passage à l'échelle de recenser et d'uniformiser les outils de monitoring de la stratégie d'autotest sur les sites.

Aussi, près de la moitié des sites ne disposaient pas d'une ligne téléphonique permanente à contacter en cas de test réactif. Il serait souhaitable de rendre disponible un numéro à contacter sur les sites qui dispensent l'autotest (numéro vert gratuit à négocier avec les opérateurs de téléphonie locales ?).

5. Résultats enquête qualitative

Dans le cadre de cette évaluation, une enquête qualitative a été réalisée sur 6 sites ayant implémenté l'autotest VIH. Il s'agissait du CHR Tsévié, du CHP Kpalimé, du CMS Kouvé et de 3 ONG à Lomé (EVT, JADE pour la Vie et CRIPS). Les informations issues de l'évaluation qualitative sont organisées selon les objectifs de l'enquête. Pour rappel, cette enquête qualitative a concerné les praticiens impliqués dans la dispensation de l'autotest et les clients ayant déjà utilisé l'autotest VIH.

5.1. Connaissance de l'autotest et sa mise en œuvre au Togo

Au Togo, l'autotest est actuellement accessible dans 13 structures sanitaires appuyées par le PEPFAR. Jusqu'alors ce sont les prestataires formés qui le proposent aux visiteurs de leurs centres et aux communautés environnant la structure en allant vers elles. Actuellement, la réalisation de l'autotest est assistée et quelques personnes reçoivent le test pour aller se l'administrer à la maison. Aussi, à la maison, ils sont suivis sur *WhatsApp* par les prestataires qui les accompagnent dans la réalisation en les contactant pour initier le test et renvoyer ensuite le résultat à la fin. La connaissance de l'autotest varie selon qu'il s'agit d'un utilisateur ou d'un praticien de santé.

- **Les praticiens de santé**

La définition de l'autotest par les praticiens de santé, si on peut le dire est plus ou moins clair étant donné qu'ils sont les premiers acteurs à être en contact avec la nouvelle stratégie introduite au Togo. C'est dans cette optique qu'on peut retenir l'un des propos d'un jeune praticien du CHP Kpalimé selon qui : « *L'autotest est un test rapide qui est individuel permettant de connaître son statut sérologique. On n'a pas besoin d'aller à l'hôpital pour le faire, on peut se le faire à la maison* ». Il est donc clair que la stratégie de l'autotest est bien plus rapide en ce sens qu'il ne requiert pas d'attendre des jours pour avoir le résultat. Pour quelqu'un d'autre, c'est un test semblable au TDR qui est utilisé pour évaluer le taux de plasmodium dans le sang d'un patient, nous avons aussi retenu les propos d'un pair éducateur d'une ONG de Lomé (EVT). A son avis, « *l'autotest est un nouveau test de dépistage du VIH qui est accessible à tout le monde et qu'on peut s'administrer chez soi en suivant les instructions du pair éducateur ou la notice introduite dans le kit* ». Ici le nouvel aspect remarquable est la facilité d'accès du kit par tout le monde et le respect des instructions de la notice ou du médecin. D'autres prestataires ont mis l'accent sur sa composition ainsi que sur le processus d'administration : « *En ce qui concerne sa mise en œuvre, elle est soumise à certaines conditions en suivant le processus ci-après : Ne pas se brosser les dents, ni prendre*

de l'alcool ou manger et faire le test dans l'immédiat ; il faudrait patienter au moins 20 min avant l'usage si cela doit être le cas. Ouvrir l'emballage au lieu indiqué et faire sortir la cuvette et y poser le liquide physiologique qui se trouve dans un tube. Utiliser la palette pour racler les gencives supérieures puis inférieures et le mettre dans le liquide qu'on ouvre au préalable. Attendre 15 à 20 minutes pour voir le résultat apparaître. Deux traits sur la tige signifient que vous êtes séropositif et un seul trait veut dire séronégatif. Lorsque le résultat est négatif, le patient n'a plus besoin d'aller vers un centre de santé mais dans le cas contraire, c'est-à-dire si le résultat est positif, l'individu doit se rendre au centre de santé pour un test de confirmation qui cette fois-ci se fait par prélèvement du sang. Notons que tous les patients testés par autotest sont soumis à un screening en vue d'une sélection de ceux qui sont éligibles pour sa réalisation ».

« J'avais une petite inquiétude lorsqu'on m'avait dit que l'autotest se fait par la bouche car pour moi le test VIH ne se trouve que dans le sang et non dans la salive. Comme tout test rapide, il y a un risque que le résultat ne soit pas positif mais le test révèle le positif. Mais ce sont des cas rares ». Propos d'un client de sexe Masculin du CHP Kpalimé.

Il est donc à constater que les informations des praticiens de santé sur la connaissance du test tournent autour de sa composition, du processus de réalisation, de la nouveauté du test, son utilisation personnelle, la rapidité du résultat et le fait que cela ne nécessite pas l'assistance d'un soignant obligatoirement. Pour diversifier les points de vue sur la connaissance de la nouvelle stratégie de dépistage du VIH Les définitions ne sont pas exhaustives et ne sont pas non plus trop éloignées de celles des utilisateurs sauf quelques paramètres près qui sont non négligeables.

- **Les bénéficiaires ou clients**

La plupart des utilisateurs enquêtés ont donné une explication aussi simple de l'autotest tout en abordant l'aspect récent de cette stratégie de dépistage, la rapidité du résultat puis ont essayé de décrire le processus de son application et d'autres facteurs.

Pour l'un des utilisateurs de sexe féminin rencontré à l'ONG « Le JADE Pour La Vie » à Lomé, *« l'autotest est un test du VIH personnalisé qu'on se fait à soi-même à la maison si on n'a pas le temps d'aller à l'hôpital ».* Il ressort d'ici le facteur temps, c'est-à-dire la disponibilité de l'utilisateur peut l'amener à choisir quel test utiliser pour connaître son statut sérologique. Il y a une autre définition qui décrit les étapes à suivre dans la réalisation du test, les conditions requises pour le faire afin d'avoir un résultat fiable. Déclarations d'un utilisateur de sexe Masculin de l'ONG Le jade Pour La Vie : *« L'Autotest se présente sous forme d'un un kit composé d'une petite tige sous forme de spatule, d'un liquide physiologique dans une petite boîte. Il y a des étapes à suivre : il faut déchirer le paquet, enlever une petite capsule et*

déposer. Après avoir disposé le tube qui contient le liquide physiologique et la spatule Il faut mettre la partie du la spatule qui contient du tampon dans la bouche, au niveau des gencives, de la partie supérieure à la partie inférieur ; le but est de prélever la salive. Quant au résultat, il s'affiche et se lit sur la spatule. Si c'est négatif, cela faire sortir une seule barre rouge sur la spatule. Si c'est positif, on observera deux barres rouges ».

5.2. Perceptions des utilisateurs et des prestataires

Selon le dictionnaire français Larousse en ligne, le concept « perception » est défini comme l'action ou la fonction par laquelle l'esprit se représente les objets. Dans le cas de l'enquête, les utilisateurs de l'autotest ainsi que les prestataires qui proposent l'autotest ont développé un regard critique et constructif vis-à-vis de cette nouvelle stratégie et son utilisation au Togo. La plupart de ces catégories de personne ont abordé les avantages, les inconvénients ainsi que les difficultés liées à sa mise en œuvre de diverses manières.

5.2.1. Avantages

- **Confidentialité**

En comparaison avec le test classique de dépistage du VIH qui se fait à l'hôpital, l'autotest se réalise de façon individuelle et assure donc la confidentialité de l'utilisateur ; cela peut se faire par le bénéficiaire lui-même, et le résultat sera vu par lui seul.

« Pour le test classique, c'est le médecin qui te donnera le résultat alors que certaines personnes se disent qu'il peut y avoir une erreur car ils ne font pas confiance aux professionnels de santé. Avec ce test, il n'y a pas de doute sur le résultat car on l'a fait soi-même et on a le résultat ».
Propos d'un client du CHP Kpalimé.

En effet le fait que l'utilisateur du test soit libre de s'administrer le test lui-même est un grand avantage car beaucoup de personnes sont encore réticents vis-à-vis de la connaissance de leur statut sérologique à cause du risque d'être rejeté par leur famille et même la communauté. Même lorsque le concerné ne développe pas la maladie, le simple fait de savoir qu'il est séropositif est suffisant pour le marginaliser.

« Parlant d'avantages je peux évoquer entre autres la confidentialité qu'assure son mode d'administration à l'utilisateur ainsi qu'il permet d'éviter la prise du sang » dit un utilisateur de sexe féminin de l'ONG Le JADE Pour La vie.

- **Facilité de réalisation**

Toute personne peut se l'administrer facilement car il est pratique comme le test de grossesse. Qu'on soit lettré ou sans éducation, cela est sans effet sur l'utilisation du test si la procédure est bien expliquée.

« N'importe qui peut le faire facilement sans trop de formation si on lui explique bien les étapes à suivre ». Prestataire de l'ONG EVT

« Je le trouve facile à réaliser soi-même sans assistance. Ceux qui n'aiment pas qu'on les pique ou qu'on leur prélève le sang peuvent facilement le faire ». Utilisateur au CMS Kouvé

- **Confort du transport**

« L'autotest est facilement transportable car mis dans un emballage contenant tout le dispositif nécessaire pour sa réalisation. Ceci permet de le transporter vers des milieux reculés et difficiles d'accès ». Ceci est le point de vue d'un prestataire de santé de CRIPS ONG.

En effet, les déplacements vers les communautés très reculées et dont les voies sont impraticables sont le plus souvent des difficultés dans l'exercice du travail des agents de santé.

- **Absence de piqûre**

L'autotest disponible au Togo ne nécessite pas de piqûre ou de prélèvement du sang car il se fait à base de la salive qui se retrouve au niveau des gencives. Selon les propos des bénéficiaires comme des prestataires, plusieurs personnes détestent le fait qu'on leur prélève du sang ou de voir le sang couler, pour ceux-là, l'autotest est une meilleure option. C'est le point de vue d'un client de l'EVT à Lomé « Il est plus efficace car certaines personnes n'aiment pas voir le sang car ils ne le supportent pas ; moi particulièrement ».

« Il est pratique et simple à réaliser. Il ne nécessite pas une douleur au niveau physique à cause de piqûres pour la réalisation. Il est moins stressant. Il rend moins anxieux. ». Prestataire du sexe féminin du CHR Tsévié.

- **Utilisation pour les cibles difficiles à atteindre**

Cette nouvelle stratégie est préférable selon les prestataires du fait qu'elle permet d'atteindre une catégorie de personnes difficilement accessibles pour le test classique. Il y a aussi des conjoints qui ne veulent pas se déplacer à l'hôpital ou dans un centre de santé pour se faire dépister, ceci par peur ou par honte de se faire connaître par les médecins ou praticiens de la santé parmi lesquels peuvent se retrouver des connaissances ou des parents.

- **Rapidité des résultats**

Selon plusieurs clients interrogés, l'autotest présente l'avantage de la rapidité du résultat. Le résultat est immédiat alors que pour le test classique, il faut revenir dans quelques jours pour avoir le résultat et au travers d'une autre personne. L'autotest aide à éviter le stress et l'inquiétude d'attente qu'on peut avoir dans les couloirs d'un centre de santé quand il s'agit du test classique pour avoir le résultat.

- **Renforcement de la relation entre prestataire et patient**

Selon les propos d'un prestataire du CRIPS Togo, l'autotest, réalisé de façon assistée, permet de se familiariser plus avec les patients car il y a plus de temps à discuter avec eux le temps que le résultat apparaisse et parfois lorsque le résultat est positif, le stress et les inquiétudes sont minimisés car cette possibilité a été abordée durant la discussion.

- **Réduction des risques de contamination**

Selon plusieurs prestataires interrogés, cette nouvelle stratégie réduit les déchets biomédicaux en termes de gestion des déchets et des risques de contamination du fait de l'absence d'aiguille.

- **Désengorgement des services de santé**

Dans l'intérêt des praticiens de santé, ce test contribue à désengorger les centres de santé des patients qui devaient pour le test classique se présenter et remplir les salles d'attente en vue de se faire prélever pour le test au VIH.

- **Réduction des coûts**

Il réduit également les déplacements du client vers l'hôpital. En effet, le manque de frais de déplacement vers les centres de santé constitue un facteur limitant en terme d'accessibilité aux services de santé.

- **Fiabilité du résultat**

Beaucoup de patients pour ne pas dire tous émettent des doutes sur la fiabilité de leur résultat de tests sérologie. Ces derniers disent avoir plus confiance aux résultats d'un test qu'ils auraient fait eux même comme c'est le cas pour l'autotest.

Un des clients du CHP Kpalimé s'est exprimé en ces termes : « *le résultat de l'autotest est plus fiable car je l'ai fait moi-même et je suis rassurée alors que pour la prise de sang je doute de la sincérité du laboratoire car le résultat peut être truqué et il peut y avoir de probables erreurs de manipulation* ».

5.2.2. Inconvénients

Malgré ces nombreux avantages mentionnés par les répondants, ils ont également relevé des inconvénients.

- **Effets indésirables du test salivaire**

« *Ce qui est un désavantage selon moi c'est qu'en raclant les gencives, il peut arriver qu'on se blesse, ce qui n'est pas bon* ». Un utilisateur de l'ONG EVT du sexe masculin.

- **Erreurs de résultats**

Lorsqu'un patient ne suit pas bien les indications que le médecin lui a donné pour l'utilisation de ce test, il peut y avoir une erreur dans le résultat.

« Les clients éprouvent de difficultés à réaliser l'autotest chez eux à la maison sans assistance. Si on leur remet les kits pour une auto administration à la maison, certains clients égarent facilement le kit une fois à la maison ; ils n'en prennent pas soins. Au cours de l'usage, il peut arriver que le réactif soit versé de la boîte par exemple... » affirme un prestataire du CMS Kouvé.

- **Non réalisation du test de confirmation**

Comme le patient fait son test seul sans aucune assistance, il connaît personnellement son résultat et il pourrait ne plus revenir vers l'hôpital si le résultat est positif.

« A mon avis, il faut obligatoirement que l'utilisation de l'autotest soit suivie pour éviter de perdre de vue ceux qui seront positifs et ne voudront pas aller vers un centre de santé » propos d'un prestataire de sexe masculin de l'ONG JADE.

Dans le même sens, un utilisateur du CMS Kouvé du sexe masculin affirme : *« Certaines personnes peuvent refuser ne pas se faire signaler dans un centre de santé pour la confirmation si l'autotest s'avère positif ; elles peuvent se perdre dans la communauté et propager le virus »*.

Aussi, pour le test de confirmation il faut obligatoirement se faire piquer, or c'est ce qu'on évitait. Il est difficile pour certaines personnes de revenir faire le test de confirmation par piqûre pour ceux qui n'aiment pas se faire piquer. Le fait que le résultat du test est toujours supposé et qu'il faut revenir à l'hôpital pour se faire piquer une confirmation du résultat est un inconvénient.

« Si on remet le test à un patient de le faire seul à la maison, Il pourra décider de ne pas se rendre dans un centre de santé pour la confirmation. Là il peut devenir un danger dans la communauté. » Propos d'un prestataire de l'ONG Le JADE Pour La Vie

- **Risque élevé de détresse psychologique**

Lorsque le test n'est pas assisté, le risque de suicide en cas de test positif est élevé. En effet, il est vrai que le résultat est confidentiel mais le mauvais côté c'est qu'on garde le secret pour soi et on ne veut pas en parler.

« Ce qui est mauvais car on se détruit et on se tue intérieurement en ne partageant pas son statut avec d'autres personnes pour recevoir un traitement adéquat. Avec un résultat positif et étant seul, certaines personnes n'arrivent pas à le supporter donc il faut une autre personne pour te conseiller » Propos d'un prestataire de sexe masculin du CHR Kpalimé.

« Si le client n'a pas bénéficié de counseling avant de réaliser l'autotest, il peut ne pas supporter le résultat si cela s'avère positif » propos d'un utilisateur du sexe féminin du CHR de Tsévié.

« La culpabilité et le stress peuvent conduire l'utilisateur à une mauvaise réaction alors qu'il n'y a pas de professionnel pour accueillir son émotion. » dixit un prestataire de l'ONG EVT.

5.2.3. Difficultés rencontrées dans la mise en œuvre

- **Conditionnement de l'autotest**

Des difficultés ont été rapportées sur la faible quantité du liquide du tube et des difficultés pour l'ouvrir avec le risque que le produit se renverse. C'est ce qui s'est passé avec un client de l'ONG CRIPS qui se confie en ces termes : « Une fois rentrée à la maison, J'ai ouvert le kit pour réaliser mon test, du coup, je me suis rendu compte qu'il est difficile d'ouvrir le bouchon du tube qui contient le liquide. J'ai voulu faire usage d'un peu de force lorsque, par mégarde, le liquide s'était renversé un peu et donc le résultat n'était pas apparu ; il a fallu que je retourne au centre après »

- **Conditions de réalisation**

« Une des difficultés est liée au lieu où le test est fait, s'il n'est pas bien éclairé, comme dans le cas de l'administration du test aux usagers appartenant aux populations clés telles que les travailleuses de sexe qu'on rencontre souvent une boîte de nuit, un bar, un coin chaud où la lumière n'est pas bien adaptée, on peut avoir des difficultés pour la lecture du résultat. Ceci peut constituer un frein à l'efficacité de la nouvelle stratégie ». Ce dernier point a été soulevé par un prestataire masculin de l'ONG EVT. Cette situation peut aussi affecter la lecture et l'interprétation du résultat.

- **Respect des instructions**

L'ouverture du kit, le respect de l'heure et la lecture du résultat sont compliquées pour certains bénéficiaires. « Parce que moi, une fois arrivé à la maison j'avais oublié le temps à faire pour voir le résultat ». Propos d'un client de l'ONG Le JADE Pour La Vie. Du côté des prestataires, il a été relevé des difficultés qu'ils ont constatées de la part de certains clients à qui le test a été remis et qui n'ont pas eu de résultat après la réalisation. Il a donc fallu que le prestataire soit présent avant qu'ils n'aient un résultat probant et clair. « J'avais remis deux tests à un patient qui les a utilisés sans avoir de résultat les deux fois mais lorsque je suis allé moi-même l'aider, nous avons eu un résultat ».

A cela s'ajoute le problème des conditions de mise en œuvre du test comme ne pas manger avant de le faire et attendre 30 minutes avant d'avoir le résultat ; tout cela prend beaucoup de temps

pour les clients et malheureusement beaucoup ne les respectent pas selon les prestataires interrogés.

- **Utilisation par les professionnelles du sexe**

Une des difficultés de mise en œuvre pour les professionnelles du sexe est liée à la durée (20 minutes) jugée trop longue. L'autre aspect est la réduction du temps d'attente du résultat qui est de 20 minutes. « *Dans les bars et les coins chauds où on trouve les populations clés surtout les professionnelles du sexe, ce sera difficile d'accepter de patienter 20 minutes pour les résultats alors qu'il y a un client qui s'est présenté* » explique un prestataire masculin de l'ONG EVT.

Aussi, il s'avère très difficile de proposer le test aux clients qui sont le plus souvent alcoolisés. « *Entre attendre tout ce temps pour faire un test qui ne leur rapporte rien et vaquer à leurs occupations, génératrices de revenus, le choix est clair* », renchérit un autre prestataire masculin de l'ONG EVT.

- **Difficultés de gestion des stocks**

Au niveau des prestataires, la gestion du stock des kits est difficile car les patients prennent le test dans le but de revenir avec le résultat mais ils ne le font pas alors qu'il faut faire un rapport hebdomadaire de l'utilisation des kits.

Malgré ces désavantages de l'autotest évoqués plus haut, les prestataires et les clients ont rapporté que cette stratégie présente plus d'avantages que d'inconvénients.

5.3. Freins anticipés à la mise à l'échelle nationale

Les participants ont fait ressortir quelques éléments qui pourraient freiner l'extension de l'autotest au Togo en tenant compte des réalités locales. La prise en compte de ces éléments pourrait contribuer à la réussite du projet d'extension de cette nouvelle stratégie de dépistage à l'ensemble des sites de prise en charge au Togo.

- **Peur de la connaissance du statut sérologique**

La première raison qui est commune à tout être humain est la peur de connaître son statut sérologique. En effet, le VIH est considéré comme une maladie grave. Aussi, la majorité des gens éprouvent une peur et une réticence à aller se faire dépister à cause de la discrimination et de la stigmatisation qui surviennent par rapport à la personne déclarée séropositive dans son

environnement immédiat. Même si selon les enquêtés l'autotest du VIH permet de garantir une meilleure confidentialité des résultats, la crainte de la stigmatisation induite par un résultat positif reste persistante. La question d'une éventuelle stigmatisation ainsi que les mesures à prendre pour limiter cette dernière doivent rester au centre de la stratégie de passage à l'échelle de l'autotest au Togo.

- **Faible connaissance du nouveau test**

Il y a également le fait que beaucoup ignorent l'existence de cette nouvelle stratégie et donc manque de confiance en sa fiabilité. Certains évoquent le fait que le virus se trouve dans le sang, or pour l'autotest, ils le font avec la salive prélevée sur les gencives ; comment est-ce possible d'avoir le virus à ce niveau ? Autant de confusion sur le nouveau test qui crée de la résistance.

« La méfiance était très grande [surtout lors des sorties en communauté] et sur 15 personnes, il très difficile d'avoir 5. Même actuellement, à la dernière sortie, sur 26 personnes touchées, il y a eu 6 personnes qui ont accepté faire l'autotest et le reste c'est-à-dire les 20 restantes ont préféré se faire prélever du sang donc le test classique. Et c'est dans le mois de mars 2022. Donc la plupart des gens préfèrent le test classique car selon leur propos... On va me piquer et c'est tout » propos d'un Prestataire féminin de l'ONG CRIPS Togo.

« Je pense à mon avis que cette résistance soit due à un problème communicationnel car l'autotest n'a pas été divulgué dans les communautés comme il le faut. Et il est seulement disponible dans quelques rares centres de santé », selon la même source.

- **Désinformation liée à la Covid-19**

Il faut aussi souligner le contexte dans lequel le test est arrivé au Togo. En effet, l'autotest a été mis en œuvre en décembre 2020, en plein confinement pour lutter contre la contagion au Covid-19. *« Du coup les premiers touchés par la sensibilisation pour l'autotest ont été méfiants pensant que c'est une idée déguisée pour leur injecter une autre maladie dérivée du Corona virus pour tuer les africains étant donné que les africains résistaient au virus »* propos d'un prestataire Masculin de l'ONG LE JADE Pour La Vie

5.4. Recommandations pour un passage à l'échelle réussi de l'autotest VIH

En vue de convaincre la population togolaise à l'utilisation optimale et libre de l'autotest, des mesures et conditions idoines doivent être prises pour accompagner ce programme surtout dans sa perspective d'extension.

« Avant toute chose il faut renforcer la sensibilisation sur le VIH et sur la disponibilité des ARV ; cela favoriserait la confiance de la population qui ira volontairement faire leur test en utilisant l'autotest et revenir communiquer le résultat dans un centre si cela est positif » se confie un prestataire féminin du CMS Kouvé. En effet, la crainte d'un résultat positif et du rejet entraîne une limitation de l'initiative de se faire dépister.

« Pour faire connaître cette nouvelle stratégie, une véritable communication autour de l'autotest doit être mise en œuvre à large échelle en utilisant tous les canaux disponibles (radio-télévision, les panneaux publicitaires) et en langues locales. Il est impératif que tout le personnel soignant soit formé à cette nouvelle stratégie » se confie un prestataire féminin du CHR Kpalimé.

« On pourrait utiliser les réseaux sociaux et partager les vidéos de l'utilisation de l'autotest. Pour les localités très reculées, former les agents de santé communautaire, qui, à leur tour pourront disséminer l'information autour de la nouvelle stratégie de dépistage au VIH dans les milieux ruraux. Les autorités traditionnelles et religieuses peuvent également être impliquées et pourraient constituer des points focaux dans leurs communautés et ainsi élargir la sensibilisation. Dans les villages, que les chefs et leurs collaborateurs soient formés afin que la promotion de l'autotest soit faite lors des grandes manifestations ». Propos d'un prestataire féminin de l'ONG Le Jade Pour la vie !

« Le respect des consignes (ne pas boire de l'alcool, ne pas manger avant la réalisation de l'autotest) doit faire l'objet d'une information bien détaillée. En effet, au niveau de la communauté, il est parfois difficile de respecter ces consignes. Dans les communautés, pour certains clients, prendre de la bouillie pour eux n'est pas manger. Alors ils peuvent prendre de la bouillie et dire qu'ils n'ont rien mangé ; cela influe sur le résultat et fausse les données ». Propos recueilli auprès d'une cliente du CHR Tsévié.

« Une action à mener est de mettre ce test à la disposition des populations dans toutes les communautés, que l'autotest soit accessible par tous. Lorsque les tests sont gratuits, c'est parfois le coût du déplacement qui limite leur accès » déclaration d'un utilisateur de L'ONG CRIPS - TOGO.

« Il va falloir s'adapter aux réalités du terrain, des communautés et du type de personnes comme les professionnels de sexe par exemple. Pour cela, il faudrait, qu'à long terme l'autotest soit disponible et plus rapproché de la cible qu'au paravent. Par exemple le test peut être placé dans des coins chauds où on peut retrouver les professionnels de sexe » propos d'un prestataire masculin de l'ONG EVT.

« Il faudra également sensibiliser les utilisateurs sur la confirmation des résultats positifs car chaque individu a le droit de communiquer son résultat ou pas. Il serait aussi intéressant de trouver de stratégies pour motiver ceux dont les résultats seront positifs à se rendre au centre de santé pour la confirmation. Cette motivation peut être d'ordre financier (remboursement des déplacements par exemple). Cela aiderait aussi à ne pas perdre de vue ces personnes positives au test qui pourrait constituée des sources de nouvelles infections dans la communauté. » affirme un prestataire féminin du CHR Tsévié.

6. Conclusion générale

En conclusion, l'autotest est une stratégie hautement acceptable et faisable pour les HSH, les TS, les adolescents de la rue et les personnes issues de la population générale. Pour les prestataires et les utilisateurs, les avantages de cette stratégie sont supérieurs aux inconvénients. Toutefois, certaines difficultés ont été évoquées notamment l'existence de nombreux outils pour le rapportage et leur variabilité selon les sites, l'absence d'une ligne téléphonique permanente à contacter en cas de test réactif, et le risque de détresse psychologique important en absence d'un counseling prétest et en cas de test non assisté.

Avant tout passage à l'échelle de recenser et d'uniformiser les outils de monitoring de la stratégie d'autotest sur les sites. Il serait souhaitable de rendre disponible un numéro à contacter sur les sites qui dispensent les kits l'autotest. Bien que l'autotest VIH apporte selon les utilisateurs une meilleure confidentialité, la stratégie de passage à l'échelle doit tenir compte du risque de stigmatisation et formuler clairement des moyens spécifiques pour le limiter. Un accent particulier doit être mis sur le counseling prétest et les agents doivent être renforcés en termes de compétence afin que celui-ci soit le plus complet possible.

Par ailleurs, la stratégie devrait être revue pour les TS chez qui l'acceptabilité est la moins élevée, principalement en lien avec leur disponibilité au moment où le test leur est proposé. Des stratégies plus adaptées devraient être mises en œuvre dans cette population, peut être en formant directement les leaders des groupes TS et disponibilisant directement les kits à leur niveau dans les maisons closes, laissant ainsi le choix à chaque TS de se procurer le test en temps opportun et de le réaliser selon ses disponibilités.

7. Recommandations

- Renforcer les capacités des personnels en matière de counseling prétest
- Recenser et uniformiser les outils de monitoring de l'autotest
- Rendre disponible un numéro et des référents à contacter sur les sites dispensateurs en cas de tests réactifs
- Adapter la stratégie de communication a l'endroit des TS pour une meilleure acceptabilité

Références

1. Asante A. Scaling up HIV prevention: why routine or mandatory testing is not feasible for sub-Saharan Africa. *Bull World Health Organ.* 2007; 85(8):644-6.
2. UNAIDS. 90-90-90 An ambitious treatment target to help end the AIDS epidemic. UNAIDS: Geneva ; 2014.
3. Volk JE, Lippman SA, Grinsztejn B, Lama JR, Fernandes NM, Gonzales P, Hessel NA, Buchbinder S. Acceptability and feasibility of HIV self-testing among men who have sex with men in Peru and Brazil. *Int J STD AIDS.* 2016; 27(7):531-6.
4. Wong HT, Tam HY, Chan DP, Lee SS. Usage and acceptability of HIV self-testing in men who have sex with men in Hong Kong. *AIDS Behav.* 2015; 19(3):505-15.
5. Marley G, Kang D, Wilson EC, Huang T, Qian Y, Li X, Tao X, Wang G, Xun H, Ma W. Introducing rapid oral-fluid HIV testing among high risk populations in Shandong, China: feasibility and challenges. *BMC Public Health.* 2014; 14:422. doi: 10.1186/1471-2458-14-422. PMID: 24884431; PMCID: PMC4045859.
6. Johnson C, Baggaley R, Forsythe S, van Rooyen H, Ford N, Napierala Mavedzenge S, et al. Realizing the potential for HIV self-testing. *AIDS and behavior.* 2014; 18(4):S391–5.
7. Cambiano V, Mavedzenge SN, Phillips A. Modelling the potential population impact and cost-effectiveness of self-testing for HIV: evaluation of data requirements. *AIDS and behavior.* 2014;18(4):S450–8.
8. Daniel OE. Acceptability and barriers to uptake of HIV testing and counselling among students of tertiary institutions in Owo Ondo state Nigeria. *South American Journal of Public Health.* 2014;2(1).
9. Mulubwa C, Hensen B, Phiri MM, Shanaube K, Schaap AJ, Floyd S, et al. Community based distribution of oral HIV self-testing kits in Zambia: a cluster-randomised trial nested in four HPTN071 (PopART) intervention communities. *Lancet HIV.* 2019;6(2):e81-92.
10. Kalibala S, Tun W, Cherutich P, Nganga A, Oweya E, Oluoch P. Factors associated with acceptability of HIV self-testing among health care workers in Kenya. *AIDS Behav.* 2014; Suppl 4(18):S405-14.
11. Krause J, Subklew-Sehume F, Kenyon C, Colebunders R. Acceptability of HIV self-testing: a systematic literature review. *BMC Public Health.* 2013; 13(8):735.
12. Kurth AE, Cleland CM, Chhun N, Sidle JE, Were E, Naanyu V, Emonyi W, Macharia SM, Sang E, Siika AM. Accuracy and Acceptability of Oral Fluid HIV Self-Testing in a General Adult Population in Kenya. *AIDS Behav.* 2016 ; 20(4):870-9.
13. Bustamante MJ, Konda KA, Joseph Davey D, León SR, Calvo GM, Salvatierra J, Brown B, Caceres CF, Klausner JD. HIV self-testing in Peru: questionable availability, high acceptability but potential low linkage to care among men who have sex with men and transgender women. *Int J STD AIDS.* 2017; 28(2):133-137.

14. Ng OT, Chow AL, Lee VJ, Chen MI, Win MK, Tan HH, Chua A, Leo YS. Accuracy and user-acceptability of HIV self-testing using an oral fluid-based HIV rapid test. *PLoS One*. 2012; 7(9):e45168.
15. Gaydos CA, Solis M, Hsieh YH, Jett-Goheen M, Nour S, Rothman RE. Use of tablet-based kiosks in the emergency department to guide patient HIV self-testing with a point-of-care oral fluid test. *Int J STD AIDS*. 2013 Sep; 24(9):716-21.
16. Ibitoye M, Frasca T, Giguere R, Carballo-Diéguez A. Home testing past, present and future: lessons learned and implications for HIV home tests. *AIDS Behav*. 2014; 18(5):933-49.
17. Woods WJ, Lippman SA, Agnew E, Carroll S, Binson D. Bathhouse distribution of HIV self-testing kits reaches diverse, high-risk population. *AIDS Care*. 2016; 28 Suppl 1():111-3.
18. Lee VJ, Tan SC, Earnest A, Seong PS, Tan HH, Leo YS. User acceptability and feasibility of self-testing with HIV rapid tests. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2007; 45(4):449-53.
19. Harichund C, Moshabela M. Acceptability of HIV Self-Testing in Sub-Saharan Africa: Scoping Study. *AIDS Behav*. 2018;22(2):560-568. doi:10.1007/s10461-017-1848-9.
20. UNAIDS, A. short technical update on self-testing for HIV. Geneva: UNAIDS, WHO, 2014.
21. Estem KS, Catania J, Klausner JD. HIV Self-Testing: a Review of Current Implementation and Fidelity. *Curr HIV/AIDS Rep*. 2016; 13(2):107–15.
22. Figueroa C, Johnson C, Verster A, Baggaley R. Attitudes and Acceptability on HIV Self-testing Among Key Populations: A Literature Review. *AIDS Behav*. 2015; 19(11):1949–65.
23. Pant Pai N, Sharma J, Shivkumar S, Pillay S, Vadnais C, Joseph L, et al. Supervised and Unsupervised Self-Testing for HIV in High- and Low-Risk Populations: A Systematic Review. *PLoS Med*. 2013; 10(4). <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001414>.
24. Qin Y, Han L, Babbitt A, Walker JS, Liu F, Thirumurthy H, et al. Experiences Using and Organizing HIV Self-Testing: A Global Qualitative Systematic Review. *AIDS*. 2018; 32(3):371–81.
25. Stevens DR, Vrana CJ, Dlin RE, Korte JE. A Global Review of HIV Self-testing: Themes and Implications. *AIDS Behav*. 2018; 22(2):497–512.
26. Makusha T, Knight L, Taegtmeier M, Tulloch O, Davids A, Lim J, et al. HIV self-testing could “revolutionize testing in South Africa, but it has got to be done properly”: perceptions of key stakeholders. *PLoS One*. 2015;10(3):e0122783.
27. Brown B, Folayan MO, Imosili A, Durueke F, Amuamuziam A. HIV self-testing in Nigeria: public opinions and perspectives. *Global public health*. 2015;10(3):354–65.
28. Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique (MSHP), Programme National de Lutte contre l'infection à VIH/Sida, les Hépatites virales et les Infections Sexuellement Transmissibles (PNLS-HV-IST). Guide de mise en œuvre de l'autotest du VIH. Lomé : MSHP ; 2019, 30p.

29. Conseil National de Lutte contre le Sida du Sénégal (CNLS). Lancement du projet atlas : les autotests disponibles en Afrique de l'Ouest [En ligne]. 2017 [Cité le 01/01/2020]. Disponible sur : https://www.cnls-senegal.org/nos_actualites/lancement-du-projet-atlas-les-autotests-disponibles-en-afrique-de-louest/.
30. Tun W, Vu L, Dirisu O, Sekoni A, Shoyemi E, Njab J, et al. Uptake of HIV self-testing and linkage to treatment among men who have sex with men (MSM) in Nigeria: A pilot programme using key opinion leaders to reach MSM. *J Int AIDS Soc* [Internet]. 2018; 21(2016):e25124. Available from: <https://doi.org/10.1002/jia2.25124>.
31. Zhong F, Tang W, Cheng W, Lin P, Wu Q, Cai Y, et al. Acceptability and feasibility of a social entrepreneurship testing model to promote HIV self-testing and linkage to care among men who have sex with men. *HIV Med*. 2017; 18(5):376–82.
32. Choko AT, MacPherson P, Webb EL, Willey BA, Feasy H, Sambakunsi R, 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 Study. *PLoS Med*. 2015; 12(9):1–21.
33. Proctor E, Silmere H, Raghavan R, Hovmand P, Aarons G, Bunger A, et al. Outcomes for implementation research: Conceptual distinctions, measurement challenges, and research agenda. *Adm Policy Ment Heal Ment Heal Serv Res*. 2011; 38(2):65–76.
34. Rivera AS, Hernandez R, Mag-Usara R, Sy KN, Ulitin AR, O'Dwyer LC, McHugh MC, Jordan N, Hirschhorn LR. Implementation outcomes of HIV self-testing in low- and middle-income countries: A scoping review. *PLoS One*. 2021 May 3;16(5):e0250434. doi: 10.1371/journal.pone.0250434.

Annexe 1 : Liste des sites #EAWA pour la phase pilote du projet

- **ONG**
 - Jade pour la vie
 - AMC : Aides Médicales et Charité
 - AST : action santé pour tous
 - ACS : action contre le Sida
 - CRIPS : Centre de Recherches et d'Informations Pour la Santé
 - E2V : espoir vie vue
 - EVT : espoir vie Togo
 - FAMME : Force en action pour le mieux-être de la mère et de l'enfant

- **Association**
 - Réseau Cupidon
 - Afaz

- **Centre Médico-Social**
 - Kouvé

- **Centre Hospitalier Régional**
 - Tsévié

- **Centre Hospitalier Préfectoral**
 - Kpalimé