



**Étude des facteurs qui influencent l'utilisation des services
de dépistage précoce du VIH chez les enfants et la mesure
de la charge virale des personnes vivant avec le VIH dans
quatre zones du Sénégal
(Louga, Diofior, Bignona et Vélingara)**

RAPPORT D'ANALYSE



LISTE D'ABRÉVIATIONS ET ACRONYMES

90 90 90	Les objectifs de traitement accélérés de l'ONUSIDA - c'est-à-dire qu'en 2020, 90% de toutes les personnes vivant avec le VIH (PVVIH) connaissent leur statut sérologique, 90% des PVVIH diagnostiquées reçoivent un traitement antirétroviral et 90% de celles-ci ont une charge virale supprimée
ANCS	Alliance Nationale des Communautés pour la Santé
ANSD	Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie
ARV	Antirétroviral
CNLS	Conseil National de Lutte contre le Sida
CV	Charge virale
DP	Dépistage précoce
HSB	Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes
ONUSIDA	Programme commun des nations unies sur le VIH/Sida
PNT	Programme National de lutte contre la tuberculose
POC	Point of Care
PPS	Point de prestation de service
PS	PRO du sexe
PTME	Prévention de la transmission mère-enfant
PVVIH	Personne vivant avec le VIH
SCT	<i>Sociocognitive theory</i> (théorie sociocognitive)
Sida	Syndrome d'Immunodéficience Acquis
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine



TABLE DES MATIÈRES

LISTE D'ABRÉVIATIONS ET ACRONYMES	2
TABLE DES MATIÈRES	3
1. CONTEXTE ET JUSTIFICATION	4
2. MÉTHODOLOGIE	6
2.1. Sites de l'étude	6
2.2. Populations cibles et recrutement des participants	7
2.3. Collecte et traitement des données	8
2.4. Considérations éthiques	8
2.5. Difficultés rencontrées	9
3. CADRE THÉORIQUE D'ANALYSE	10
4. RÉSULTATS	11
5. DISCUSSIONS	33
6. RECOMMANDATIONS	38
BIBLIOGRAPHIE	39
ANNEXE 1 : TABLEAU DE CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES DES BÉNÉFICIAIRES PARTICIPANTS AUX ACTIVITÉS DE FOCUS GROUPE	40
ANNEXE 2 : TABLEAUX DE RÉSUMÉ DES RÉSULTATS	41



1. CONTEXTE ET JUSTIFICATION

Au Sénégal, la lutte contre le VIH/Sida est inscrite au rang des priorités dans le domaine de la santé. Pour mieux organiser réponse et définir les priorités dans un contexte de ressources limitées, le Sénégal a développé son quatrième Plan Stratégique de Lutte contre le Sida 2018-2022, qui s'inscrit dans une dynamique d'accélération de la mise en œuvre des interventions pour progresser vers l'élimination de l'épidémie d'ici 2030.

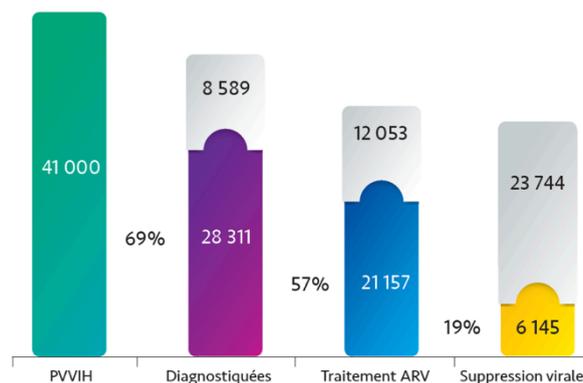
Parmi les cibles prioritaires de ce plan figurent en premier lieu les personnes vivant avec le VIH (Adultes, adolescents et enfants). L'épidémie étant de type concentrée les populations clés particulièrement vulnérables, notamment les professionnelles du sexe (PS) et les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH), qui sont les plus exposés au VIH/Sida sont également privilégiés. Ainsi, le passage à l'échelle de la prévention combinée pour les populations clés les plus exposées au risque d'infection avec des stratégies innovantes, l'accélération de l'accès universel aux tests et aux traitements pour toutes les personnes adultes comme enfants, ainsi que l'élimination de la transmission mère enfant du VIH sont les axes prioritaires définis par le Conseil National de Lutte contre le Sida (CNLS).

Des résultats encourageants ont été enregistrés dans la lutte, notamment, une baisse de la prévalence qui est passé de 0,7% à 0,5% au sein de la population générale (ANSD, 2018). Chez les PS prévalence du VIH est passée de 18,5 % à 6,6 % entre 2010 et 2015, et de 21,8 % en 2007 à 17,8 % en 2014 chez les HSH (Rapport CNLS, 2017). Cependant, dans la tranche d'âge de 18 à 19 ans, la prévalence du VIH a augmenté de près de 3 fois et demie soit 19,9 % chez les HSH. De même, le programme de la prévention de la transmission mère-enfant (PTME) passé à l'échelle depuis 2005 a connu de nombreux succès. En 2017, la prise en charge des PVVIH enfants est effective 80,0 % des hôpitaux et 85,0 % des Centres de Santé (Rapport CNLS, 2017). Parmi les ces 23670 patients étaient régulièrement suivis en 2017 dont 23 204 sous traitement ARV, seuls 5,4% étaient âgés de moins de 15ans. On note que la prise en charge des enfants est beaucoup plus faible que celle des adultes même si elle a progressé car le dépistage de l'infection pédiatrique au-delà des programmes de PTME est insuffisant, et un nombre non



négligeable d'enfants infectés vivent dans la communauté et sont souvent dépistés de manière tardive.

Toutefois, il persiste un certain nombre de défis pour atteindre les cibles 90-90-90 de l'ONUSIDA à l'horizon 2020. Le recours exclusif à des techniques de dépistage conventionnelles ne permet d'atteindre les objectifs en termes de dépistage des enfants, ni la charge virale (CV) des adultes vivant avec le VIH le même jour. Le retard noté dans le transport des échantillons vers des laboratoires centralisés et le retour des résultats est un obstacle majeur à la rétention des PVVIH dans la cascade de soins. Le taux des PVVIH qui reçoivent régulièrement une mesure de leur CV est faible, et le rallongement des délais de traitement entraîne souvent des taux élevés de patients perdus de vue aussi bien pour des enfants que pour des adultes.



Source : plan stratégique 2018-2020, CNLS

- 69 % des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut sérologique
- 57 % des personnes infectées ont accès au traitement ARV
- 19 % des personnes vivant avec le VIH ont une charge virale indétectable

Figure 1 : La situation des 90-90-90 au Sénégal

Afin de pallier ces écarts, il est nécessaire de renforcer considérablement les services de dépistage du VIH chez les enfants, et surveiller la CV des patients ayant démarré un traitement ARV.



C'est dans ce contexte que s'inscrit la nouvelle stratégie Point Of care (POC), qui est mise en œuvre au Sénégal l'appui de l'UNITAID en collaboration avec l'UNICEF et la Clinton Health Access Initiative. Ce projet permettra de rapprocher l'offre de service de dépistage aux bénéficiaires pour un diagnostic précoce des enfants, et un meilleur suivi des PVVIH à travers l'accès au dosage de la charge virale via les POC. Ce projet consiste d'une part à optimiser l'utilisation des instruments GeneXpert déjà disponibles dans le pays avec le Programme National de lutte contre la tuberculose (PNT) et d'autre part à mettre en place un nouvel instrument POC (m-PIMA d'Abbott) pour augmenter le taux du dépistage précoce (DP) des enfants et le taux des PVVIH qui bénéficient d'une mesure de la CV. Les deux instruments : GeneXpert (Cepheid) et m-PIMA (Abbott) ont été choisis afin de compléter le maillage existant de plateformes conventionnelles.

Pour une mise en œuvre réussie du projet POC, il est indispensable de développer une approche et des outils de communication, adaptés et qui sont à même de générer une demande conséquente des services. Afin d'informer le processus d'élaboration d'outils de communication adaptés pour générer la demande et une utilisation maximale des services, une étude qualitative a été menée dans 4 zones d'interventions du projet POC : Louga, Diofior, Bignona et Vélingara. Cette étude visait plus spécifiquement à répondre aux questions suivantes :

1. Quels sont les facteurs influant l'utilisation des services de dépistage précoce VIH dans les points de prestations de services (PPS) ?
2. Quels sont les canaux et supports de communication les mieux adaptés aux profils des cibles ?
3. Est-ce que les services tels qu'ils sont offerts dans les PPS répondent aux besoins spécifiques des populations bénéficiaires ?

Cette étude contribue à la littérature encore limitée, mais croissante, qui permet de comprendre l'interrelation complexe entre les facteurs sous-jacents qui influencent l'utilisation des services VIH par la population générale et par les populations clés, et de rassembler des informations qui faciliteraient la mise en œuvre du projet POC et d'autres interventions au Sénégal visant à élargir l'accès aux services de qualité pour tous.

2. MÉTHODOLOGIE

2.1. Sites de l'étude

Le projet pilote POC va enrôler 8 sites.

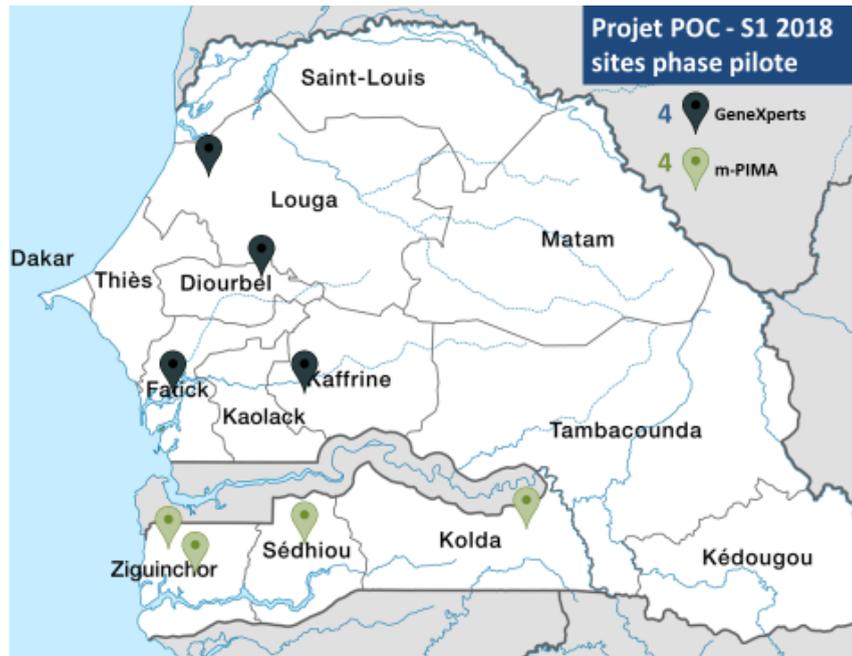


Figure 2 : Cartographie des sites POC

Pour cette présente étude, nous avons ciblé quatre (4) sites : Louga, Diofior, Bignona et Vélingara. Le choix des sites est raisonné, et basé sur des critères de diversité et représentativité géographique et socio-culturelles.

2.2. Populations cibles et recrutement des participants

Dans chaque zone, les données ont été collectées auprès des 7 cibles suivantes :

- Prestataires médicaux dans les PPS sélectionnés dans le cadre du projet
- Acteurs communautaires
- Femmes enceintes ou qui ont accouchées au cours des douze derniers mois vivants avec le VIH
- PVVIH hommes & femmes
- PS vivants avec le VIH
- HSH vivants avec le VIH
- Adolescentes vivants avec le VIH, âgées de 15 à 19 ans



Tableau 1 : Résumé des activités de données dans le cadre de l'étude

	Louga	Diofior	Bignona	Vélingara
Prestataires médicaux	5 EI*	4 EI	2 EI	2 EI
Acteurs communautaires	1 EI	2 EI	1 EI	1 EI
Femmes enceintes/ Accouchées récentes vivants avec le VIH	2 EI	5 EI	1 FG (10 participants)	2 EI
PVVIH (Hommes et femmes)	1 FG** (10 participants)	1 FG (10 participants)	1 FG (10 participants)	1 FG (10 participants)
PS vivants avec le VIH	1 FG (7 participants) ; 1 EI	1 FG (10 participants)	1 FG (10 participants)	1 EI
HSH vivants avec le VIH	1 FG (8 participants)	3 EI	1 FG (9 participants) ; 2 EI	1 FG (8 participants)
Adolescentes vivants avec le VIH (15-19 ans)	3 EI	1 EI	1 FG (10 participants)	2 EI

*EI : Entretien individuel

**FG : Focus groupe

Le recrutement des participants de l'étude s'est fait en employant la méthode d'identification ciblée. Dans chaque zone, les participants potentiellement éligibles ont été ciblés et invités à participer à l'étude avec l'aide d'un facilitateur. Ces facilitateurs sont pour la plupart des médiateurs qui interviennent dans les zones de l'étude, ou des acteurs communautaires impliqués dans l'accompagnement des bénéficiaires le long de la cascade de soins VIH. Les critères d'éligibilités et les fiches de consentements ont été partagés avec les différents facilitateurs en amont pour la mobilisation des participants, en s'appuyant sur leurs collègues et collaborateurs (conseillers VIH de la Région médicale, médiateurs et relais communautaires, points focaux VIH etc.). Les facilitateurs ont joué un rôle essentiel dans l'organisation des activités sur le terrain, ainsi que le recrutement et le recueil du consentement éclairé des participants qui sont habituellement difficiles à atteindre, notamment les PS, les HSH et les adolescentes. Les frais de communication induits par la mobilisation des participations ont été remboursés à hauteur de 10.000 F CFA.



2.3. Collecte et traitement des données

En préparation pour la collecte de données, un courrier officiel du Ministre de la santé et de l'action sociale a été adressé aux Médecins Chefs de région des zones de l'étude pour leur informer de la mission, et solliciter la coopération de tous pour assurer son bon déroulement. Les Médecins Chefs de districts et les Médecins responsables des sites concernées ont également été notifiés.

Une équipe de 3 enquêteurs formés et expérimentés en recherche qualitative a effectué cette mission de collecte de données dans les 4 zones de l'étude pendant 10 jours. Les activités de collecte consistaient d'entretiens individuels semi-structurés et de focus groupes avec les bénéficiaires des services VIH dans les cas où les elles étaient entre 7 et 10 personnes. Avant chaque entretien et focus group, les enquêteurs ont commencé par obtenir le consentement éclairé des participants et ensuite procéder à l'administration des guides d'entretiens ou d'animations. Chaque entretiens individuel a été mené par un enquêteur, or ils ont formé des paires pour mener les activités de focus groupe. Cela a permis à l'un d'animer la discussion, et à l'autre de l'appuyer en remplissant le formulaire de synthèse, et en intervenant pour des compléments ou des clarifications au besoin.

Toutes les activités de l'étude, y compris le consentement éclairé et les guides d'entretien ont été menés en français et en wolof selon la préférence du participant. Avec l'autorisation des participants les entretiens individuels et discussions de focus groupe seront enregistrés à l'aide d'un dictaphone, mais les données collectées à travers les focus groups ont également été résumés dans des fiches de synthèses.

Les enregistrements ont été transcrits en Français et codifiés en utilisant le logiciel R (RQDA) et Microsoft Word, et selon la grille d'analyse développée. À partir de la codification nous avons dégagé les principaux thèmes avant de procéder et une analyse phénoménologique en mettant en avant les *verbatim* clés.

2.4. Considérations éthiques

Vue la nature sensible de la thématique du VIH et la vulnérabilité des cibles, de nombreuses mesures seront prises dans le cadre de cette étude pour assurer la confidentialité et la sécurité des participants, et l'éthique dans la recherche



conformément aux exigences du Comité National d'Éthique pour la Recherche en Santé (CNERS).

Toute participation à cette étude a été volontaire, et tous les participants ont dû signer un formulaire de consentement décrivant les objectifs, la procédure, ainsi que les avantages et potentiels risques associés à la participation à l'étude. Les participants n'ont reçu aucune incitation financière. Toutefois, une collation et un remboursement de transport à hauteur de 2 500 F CFA par participant a été prévu pour chaque participant des focus groupes.

Les entretiens individuels et les discussions de focus groupe se sont déroulés dans les PPS ou des lieux discrets et sécurisés identifiés par les facilitateurs. Les formulaires de synthèses et les fiches de consentement seront reliés par un code unique pour préserver l'anonymat des participants

Pour assurer la confidentialité des personnes évoquées lors des discussions, les participants ont été avisés de n'utiliser que des prénoms ou surnoms (pseudonymes) dans le cadre des entretiens et discussions de focus groupe, et toute mention involontaire des noms de famille ont été effacés de la transcription des fichiers audio.

2.5. Difficultés rencontrées

La mobilisation des personnes éligibles à participer aux activités de collecte de données a constitué un défi dans l'ensemble des zones d'étude. Malgré le fait que ces personnes soient connues des facilitateurs et leurs collaborateurs en tant que bénéficiaires des services VIH dans la file active des PPS concernés, beaucoup de PS et MSM vivants avec le VIH n'ont pas divulgué leurs statuts de populations clés à ces acteurs. De même, la plupart des PS et MSM n'ont pas divulgué leurs statuts sérologiques à leurs pairs par crainte de stigmatisation ou de discrimination. Cela a rendu difficile l'identification des personnes répondant à l'ensemble des critères d'éligibilité. La mobilisation a prouvé particulièrement ardue à Diofior où l'équipe de collecte a dû élargir sa zone de recrutement pour y rajouter Fatick et Djiffer afin de pouvoir mener ses activités.

Parmi les personnes éligibles, les cas de refus de participation ont été principalement dus à difficultés d'accessibilité géographique et de transport,



particulièrement à Diofior et Vélingara. Les personnes éligibles qui ont été identifiés venaient souvent de localités loin des PPS, et où ils sont mal desservis par les services de transport abordables. Les frais de transports s’élèvent à plus de 6,000 F CFA pour certains participants– ce qui dépasse largement le montant prévu pour le remboursement.

Dans certains cas, les bénéficiaires éligibles étaient réticents à participer aux discussions de focus groupes pour des raisons de confidentialité entre paires, et l’équipe de collecte de données s’est organisé pour faire des entretiens individuels avec eux.

Selon les prestataires et agents communautaires, il n’y a pas de PS ou MSM vivants avec le VIH dans le district de Diofior mais ils peuvent parfois venir d’autres localités comme Djifer. D’autres PVVIH suivis dans d’autres districts viennent également à Diofior pour la mesure de la charge virale, et l’équipe de recherche a effectué le déplacement pour aller à leur rencontre.

A Vélingara, à ce problème d’accessibilité géographique s’ajoute une barrière linguistique entre certains participants et l’équipe de recherche. La majeure partie des habitants de cette zone parlent Pulaar ou Fuladou, or les outils de recherche sont proposés en Wolof et en Français.

Interrogés sur ces défis logistiques et linguistiques dans la mobilisation des participants éligibles, les facilitateurs et leurs collaborateurs ont révélé qu’il s’agit souvent de ces même défis auxquels ils font face dans l’offre de services VIH et qui sont à l’origine des pertues de vues ou en rupture de soins.

Face à ces diverses situations, l’équipe de recherche avec l’appui des facilitateurs a pu trouver des stratégies adaptées pour contourner les obstacles, lui permettant de dérouler des activités avec l’ensembles des populations cibles et d’atteindre le phénomène de saturation (ou d’épuisement des thématique abordées dans les outils de collecte).

3. CADRE THÉORIQUE D’ANALYSE



Cette étude examine à la fois les obstacles et les facteurs qui favorisent l'utilisation des services de prise en charge du VIH parmi les PVVIH en utilisant la théorie sociale cognitive (SCT) en tant que cadre théorique. Le cadre du SCT identifie trois sources principales d'influence sur les attitudes, les perceptions et les intentions à agir des individus et sur leur capacité à réaliser leurs intentions. Il s'agit de déterminants individuels, de comportements et de facteurs environnementaux ou sociaux. Cette théorie suggère également que les comportements, les influences environnementales et les croyances sont étroitement interdépendants, et ce sont ces facteurs, et particulièrement le déterminisme réciproque qui existe entre eux, qui peuvent avoir un impact positif ou négatif sur l'utilisation des services VIH [7].

La SCT prend en compte les expériences antérieures d'une personne, qui détermineront si une action comportementale aura lieu. Ces expériences passées influencent les perceptions et les attentes qui déterminent si un individu adoptera un comportement spécifique et les raisons pour lesquelles il adoptera ce comportement.

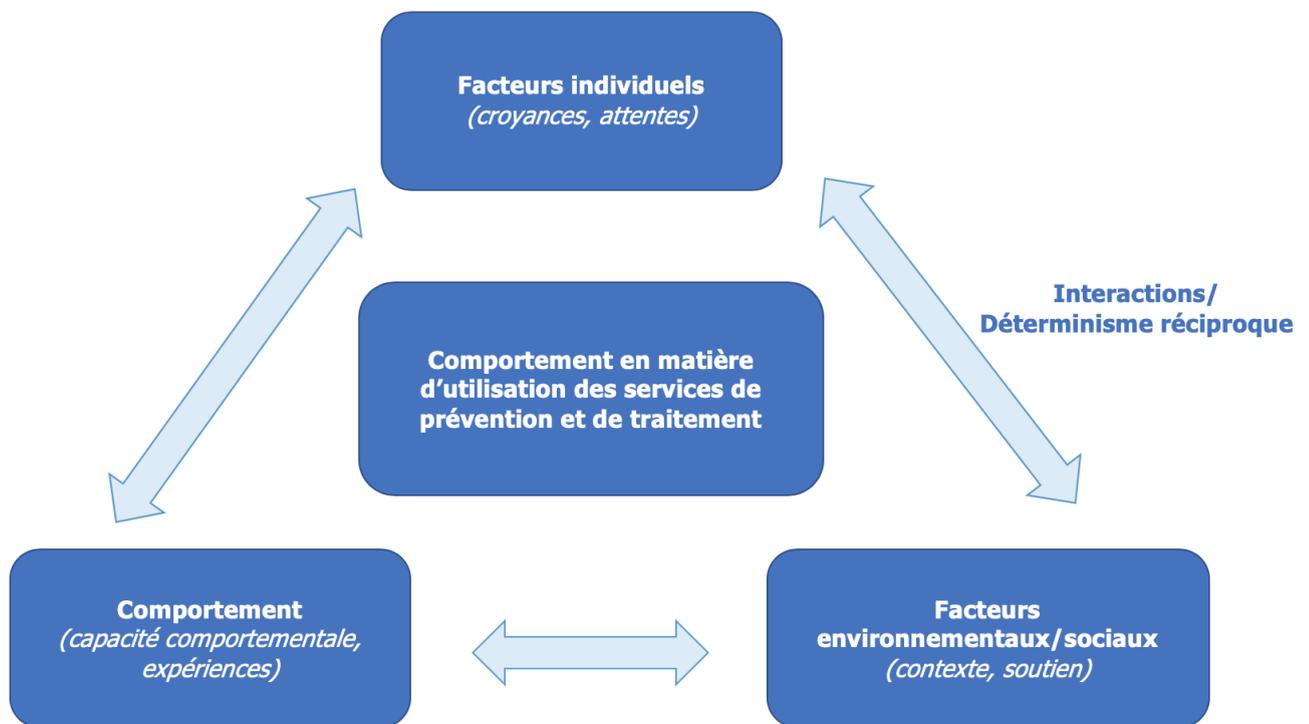


Figure 3 : Cadre sociocognitif (SCT)



- **Déterminisme réciproque** - C'est le concept central de la SCT. Il s'agit de l'interaction dynamique et réciproque de la personne (individu avec un ensemble d'expériences apprises), de l'environnement (contexte social externe) et du comportement (réactions aux stimuli pour atteindre les objectifs).
- **Capacité comportementale** - Il s'agit de la capacité réelle d'une personne à adopter un comportement grâce à ses connaissances et compétences essentielles. Pour réussir un comportement, une personne doit savoir quoi faire et comment le faire. Les gens apprennent des conséquences de leur comportement, qui affecte aussi l'environnement dans lequel ils vivent [5].

4. RÉSULTATS

4.1. Caractéristiques sociodémographiques

Les données sociodémographiques qui ont été collectés démontrent que les participants de l'enquête, et plus particulièrement les bénéficiaires des services VIH proviennent de divers contextes sociodémographiques (Voir Tableau dans Annexe 1). Néanmoins, leurs contributions et leurs appréciations sont similaires à travers les 4 zones de l'étude.

Parmi les prestataires impliqués dans la prise en charge du VIH, l'équipe de recherche à interrogés :

- Les médecins ou infirmier(e)s chargé(e)s de la prise en charge du VIH
- Les sages-femmes et coordinateurs des programmes PTME
- Les assistants sociaux et médiateurs (service social)
- Les agents communautaires

4.2. Offre de services dans les PPS POC

4.2.1 Services offerts aux bénéficiaires

Les services VIH offerts dans les sites de recherches sont : le dépistage VIH et IST, la consultation (de routine, CPN etc.), le counseling et l'accompagnement psychosociale, la dispensation des médicament et le suivi du TARV, les analyses biomédicales (charge virale, HTA, etc.), et la PTME. Avec l'appui de différents partenaires (ANCS, Enda Santé), certains zones mènent également des activités de causerie, IEC, la distribution des préservatifs et lubrifiants (Bignona), ainsi que des VAD et les recherches de pertes de vues dans le cadre du NMF 2-Fonds Mondial (Diofior)



4.2.2 Circuit de prise en charge des bénéficiaires

Le circuit patients pour le dépistage est adapté à l'infrastructure des sites, du personnel affectés au service VIH, et selon les recommandations nationales et internationales comme suit :

- Prétest counseling
- Dépistage et confirmation des résultats
- Post test counseling
- Services offerts en cas de résultat positif : éducation thérapeutique, accompagnement dans le partage de statut, initiation au TARV, mesure de la charge virale

Dans le cas du Centre de santé de Vélingara, ce PPS assure la confirmation des tests de dépistages faits dans les postes de santé. De ce fait si le malade vient avec son bulletin on l'envoie directement au niveau du laboratoire pour confirmation. Si le résultat du test est confirmé, le bénéficiaire est invité à rejoindre l'assistant social pour le counseling posttest, et ensuite le médecin de prise en charge pour les formalités administratives (ouverture du dossier, demande de bilan etc.). Le bénéficiaire retourne ensuite au niveau du poste de santé avec une fiche de liaison. À 6 mois de traitement ces bénéficiaires doivent bénéficier de test de la charge virale pour la première année de suivi. Le prélèvement pour la mesure de la charge virale se fait soit au niveau du CS ou à domicile par un prestataire qualifié, et sont acheminés à Kolda (pour le VIH1) et Sedhiou (pour le VIH2).

Pour les femmes enceintes vivants avec le VIH, aux services offerts en cas de résultat positif s'ajoutent la sensibilisation sur la PTME et les comportements à adopter, mise en rapport avec sa sage-femme (ndeye dikké) pour un suivi rapproché.

Lors des visites de suivi des PVVIH qui se font tous les 3 à 6 mois, le service social est le premier point de contact des bénéficiaires pour prendre leurs dossier, et la prise en charge pour des soins gratuits si disponible. Les bénéficiaires sont ensuite consultés par le médecin ou infirmier qui leur prescrit également des analyses au besoin avant la dispensation des ARV.

4.3. Expériences et connaissances des bénéficiaires

4.3.1 Connaissances du VIH et la perception du risque



A travers les entretiens individuels et focus groupes, les MSM et les PS ont démontrés un niveau de connaissances nettement plus important que les autres cibles sur le VIH, sa prévention, ses modes de transmissions, et son traitement. Dans un contexte d'une épidémie concentrée, ces groupes de populations constituent souvent les cibles prioritaires des interventions menées par les acteurs de la société civile et les partenaires internationaux. Ainsi, Ils bénéficient davantage d'activités de sensibilisations et de formations que les autres groupes issus de la population générale, ce qui expliquerait cette disparité.

Selon les PS :

« Quelqu'un peut contracter la maladie sans pour autant être une de mœurs légère. Lorsque nous allons voir les femmes qui font les tatouages sur les lèvres et la gencive, nous apportons nos aiguilles et nos outils rien que pour ne pas partager avec les autres ces outils pour réduire les risques de contamination. Nous savons que ces pratiques sont révolues. Chez la coiffeuse qui t'épile les sourcils, tu viens avec tes lames. Il en est de même pour tout ce qui touche à la drogue, le piercing etc. » – PS

« Le fait de partager des repas, de s'asseoir ensemble, de partager des habits ne transmet pas la maladie. » – PS

D'autre part, certains participants ont partagés de fausses idées sur le VIH tels que les adolescentes qui ont parlé de « guérir » le VIH, ou une femme enceinte/récemment accouchée concernant la transmission mère-enfant :

"C'est moi qui ai la maladie donc je ne vais pas amener mon enfant." »

Concernant la perception du risque, certains participants ont insisté sur la nécessité d'avoir des rapports sexuels protégés et l'adoption d'autres comportements pour éviter la transmission du VIH :

« Nous nous protégeons du mieux que nous pouvons. Nous allons chercher les préservatifs à chaque consultation dépistage. S'il y a rupture de stock, nous allons en acheter à la pharmacie bonne santé. Le fait de multiplier les partenaires inconnus et car c'est plus sûre que de le faire sans protection. Même si vous nous proposer un million, pour rien au monde nous n'accepterions de faire l'amour sans protection. » – PS



« Lorsque je ne prends pas mes médicaments, alors le VIH peut revenir encore en termes de présence et le risque de transmission devient aussi plus élevé. C'est pour cette raison, que lorsque j'ai un coupe-ongle, c'est pour moi seul, de même pour les lames (lamesette). J'ai mes propres trucs à moi, pour éviter les problèmes. Et, je fais de mon possible pour éviter toutes les situations qui pourraient favoriser la transmission » – PVVIH

Les participants qui sont pour la plupart vivants avec le VIH ont également partagé leurs perceptions sur le risque par rapport au non-utilisation des services sur leur santé.

Selon une participante :

« Nous [avons] vu les conséquences [...] si tu prends les médicaments [la maladie] va beaucoup diminuer, et si tu ne les respectes pas tu peux en mourir donc pour éviter ces risques il est important de respecter tous les consignes du médecin, respecter les heures de prises des médicaments » – Adolescente (15-19 ans)

De nombreux autres ont renforcé cette contribution avec différents exemples de l'impact que du non-respect du TARV.

« Quand tu as la maladie c'est un handicap, ça te fatigue, tu ne peux pas travailler tu ne peux rien faire. » – MSM

4.3.2 Importance de l'utilisation des services VIH

Concernant de l'utilisation des services VIH, les participants à l'unanimité ont jugé que c'était important pour leur changement de comportement, ainsi que leur santé et bien-être :

« [L'utilisation des services] est importante pour nous parce qu'on nous donne de bons conseils, comment me protéger. Moi personnellement ça m'a servi à ne plus faire certaines erreurs que je faisais et franchement ils m'ont pris en charge. » –MSM

« Elle est importante pour moi, parce que si vous voyez en ce moment je vaque à mes activités c'est grâce à eux. Parce qu'avant je ne pouvais rien faire, j'étais très fatigué, très faible avec la perte de poids, le manque d'appétit. Mais lorsque je suis venu ici, ils m'ont aidé à remédier à cela. De ce fait pour moi ces services sont très importants » –MSM



« Oui cela a de l'importance parce que j'ai vu que depuis que j'ai commencé à prendre ces médicaments j'ai vu un grand changement dans mon corps, vous savez quand j'ai su que j'avais le VIH ça a trouvé que j'avais trop maigri je ne mangeais pas bien tout le temps je tombais malade, tout le temps j'avais mal chaque fois que je viens ici on me donne des médicaments mais aussi on me prescrit d'autres ordonnances [...] maintenant ils me demandent si quelque chose me fais ma etl je leurs dit non rien ne me fait mal, à chaque rendez-vous ils me demandent je leurs donne la même réponse parce que tout ça c'est à cause des médicaments car depuis que j'ai commencé à les prendre j'ai vu que les petits maladies que j'avais ont disparu. »
–Adolescente (15-19 ans)

Concernant le dépistage précoce des enfants, toutes femmes enceintes ou récemment accouchées qui ont participé aux discussions ont apprécié son importance, et partagé la volonté de ramener leurs propres enfants pour les dépister.

« Il est intéressant de faire le dépistage précoce des enfants pour connaitre son statut et pouvoir se soigner tôt pour ne pas risquer sa vie. S'il se soigne tôt il peut ne pas être fatigué et peut se protéger contre beaucoup de maladies au lieu d'attendre jusqu'à l'âge mature pour se soigner ça pourrait lui causer des problèmes » – Femme enceinte ou récemment accouchée

Toutefois, certaines ont montré une incompréhension par rapport au dépistage précoce, suggérant qu'il faut attendre que l'enfant montrent des symptômes ou tombe malade pour le dépister :

« Ton enfant si tu le vois jouer et un bon jour il ne joue plus, le jour suivant il fait pareil ou bien que son visage a changé tu dois savoir ce qu'il a et l'amener à l'hôpital pour que le médecin te confirme ce qu'il a que tu puisses commencer le traiter. » – Femme enceinte ou récemment accouchée

4.3.3 Motivations à utiliser les services VIH

La principale motivation à l'utilisation des services VIH par les participants qui est ressorti dans les données est lié au désir d'être en bonne santé.



« Moi, ce qui m'intéresse et me motive, c'est ma santé, mon bien-être et celui de ma famille » – Femme enceinte ou récemment accouchée

« C'est pour ne pas que cette maladie ne se propage davantage dans mon corps c'est pour cela que je pars à l'hôpital pour prendre mes médicaments. » –Adolescente (15-19 ans)

«Je peux dire que c'est personnelle et puis c'est en se soignant que l'on est en bonne santé, moi je peux dire que c'est en étant toute petite que j'ai commencé à prendre les médicaments mais en sirop je ne savais pas ce qui l'en était se sont mes parents qui le savaient, qui s'occupaient de moi et qui me donnaient les médicaments à l'heure jusqu'à ce que j'ai l'âge de mieux comprendre la maladie et tout ce qui peut m'arriver si je ne prenais pas ces médicaments donc quand je l'ai su j'ai pris mon propre initiative» –Adolescente (15-19 ans)

Des motivations en rapport avec la famille et les réseaux sociaux ont également été évoquées, surtout chez les adolescentes. Pour beaucoup d'entre elles, elles ont connu leur statut sérologique à la naissance ou à bas âge, et ce sont leurs parents qui s'occupaient de leur TARV et suivi de la maladie. De plus, étant encore mineures, leurs parents continuent à jouer un rôle important dans le soutien et l'accompagnement de ces adolescentes, et motivent ainsi leur utilisation des services :

« La famille nous encourage moi je vie avec ma maman, quand j'ai refusé de prendre les médicaments alors que j'en avais besoin c'est elle qui m'a poussé à les prendre, d'aller à mes rendez-vous mais maintenant j'ai l'habitude » –Adolescente (15-19 ans)

D'autres ont évoquées des motivations familiales en rapport avec la crainte de la divulgation de statut sérologique :

« On préfère aller se traiter avant que la maladie nous fatigue, car sinon on risque de nous exposer devant notre famille, nos voisins ou nos collègues de travail » – MSM



Pour les PS officielles, il s'agit parfois de motivations professionnelles car selon la loi, elles doivent faire consulter et dépister régulièrement pour avoir un carnet de sanitaire en règle.

« C'est au niveau du Poste de santé que nous allons pour faire la visite munie de notre carnet de santé. S'ils jugent nécessaire de t'écrire des médicaments, tu es obligé de prendre le traitement entièrement avant de pouvoir récupérer ton carnet de santé. Le traitement peut durer au minimum quinze jours. Durant cette période si tu sors et que tu te fais prendre par la police, tu es fautive et c'est toi qui es en situation illégale. »
– PS

4.4 Appréciation générale des services

4.4.1 Compétences des prestataires et agents communautaires

Au sujet des compétences et outils dont ils disposent pour offrir des services et un accompagnement adapté aux besoins des PVVIH et populations clés, les prestataires et agents communautaires ont une bonne appréciation :

« Oui bien sûr parce que nous avons reçu des formations sur ça pour assurer la meilleure prise en charge de ces patients. On a reçu des renforcements de capacité, on nous sensibilise sur comment entretenir des entretiens avec ces personnes. » – Agent communautaire

« Je pense bien donc je suis sur le terrain depuis 2011 je commence à durer dans la réponse et j'ai été également formé à deux reprises par l'ANCS par rapport aux techniques de suivi évaluation mais également par rapport aux renforcements de capacités pour apporter un appui technique en cas de besoin aux sous-récepteurs et c'est ce que nous faisons d'habitude sur le terrain. » – Agent communautaire

Malgré cette appréciation positive, de nombreux participants ont exprimé le besoin de renforcement de capacités pour assurer un meilleur accompagnement des cibles.

« Oui je suis formé mais pas totalement parce que de temps à autres je pars dans des séminaires, mais si j'avais la possibilité d'être mieux formé



ça j'en voudrais vraiment pour le moment avec les bagages que j'ai, je me débrouille avec ça. » – Prestataire

« Je pense surtout à la prise en charge psycho sociale si on pouvait renforcer ce domaine se serait bien. Parce qu'il s'agit de de malades qui sont socialement déstabilisés et à qui il faut faire revenir avant de donner un traitement. C'est bien de faire le counseling, et mettre sous traitement, mais quelque temps après on ne les voit plus. Mais psycho socialement parlant si ce sont des malades bien préparés ils peuvent rester. » – Prestataire

De plus, plusieurs agents communautaires ont insisté sur le matériel physique (ordinateurs, téléphones portables) et moyens financiers (pour carburant et forfaits de communication) qui sont souvent inadéquat, et constituent un véritable défi dans leur travail. Ce manque de moyens financiers est également très ressenti au niveau des activités communautaires qu'ils menaient, mais pour lesquelles les financements ont baissé de façon importante, ou qui n'existent plus suite au retrait de certains bailleurs.

4.4.2 Appréciation des services et du dispositif POC

La grande majorité des participants de cette étude ont une excellente appréciation des services qui leur sont offerts dans les PPS, en mettant l'accent sur l'accueil chaleureux qu'ils y reçoivent et le suivi rapproché dont ils bénéficient.

« Lorsque tu te rends au service de santé, ils t'accueillent bien, te parle comme s'il s'agissait de leur propre enfant. » –Adolescente (15-19 ans)

« En général je peux dire que tout est bon surtout du côté de l'accueil car si on vient ils discutent avec nous, et aussi du côté des médicaments avant qu'on nous les donne ils regardent si tu les prends normalement, c'est comme si nous sommes en famille, la façon dont ils t'accueillent déjà ça te soulage donc sur ce côté c'est ok. » –Adolescente (15-19 ans)

« Des fois je ne me sens pas bien, je ne peux pas manger, je pense à la maladie, mais à chaque fois que je me rends au centre de santé, et que j'y



trouve le docteur, celui-ci m'accueille, me parle au point que j'en arrive même à oublier ma maladie. » – femme enceinte

« Les médecins qu'on amène ici ont tous des qualités humaines fortes. Chaque médecin que je rencontre me prend comme un ami, vraiment. Ce sentiment est très motivant ; il m'a poussé à suivre le traitement comme recommandé. Des fois, quand je dois m'y rendre en situation d'urgence (sans le prévoir), les médecins me réfèrent à un hôpital où je e présente avec mon ordonnance pour un dépannage. Et je le fais. » – PVVIH

Concernant le service POC également, les prestataires des site de PEC qui disposent déjà de ces appareils ont félicité cette initiative. Selon eux :

« – C'est une approche qui est qui très pertinente je vois qui nous a beaucoup aidé dans le suivi des patients. Je l'avais dit tout récemment lorsque l'on faisait la revue du VIH. Auparavant, on prélevait, les prélèvements arrivaient à bon port mais on ne recevait pas de résultat. On prélevait, on envoyait et on nous disait qu'il y'a des problèmes d'intrant. Mais avec ce projet-là vraiment les choses ont changé.

Enquêteur : Mais pensez-vous que l'approche POC permettra l'utilisation optimale des services VIH ?

– Oui bien sur

Enquêteur : Comment ?

– Oui parce vous voyez avec le VIH avec la stratégie des trois 90, je pense que le projet POC est au cœur, je pense que si on le réussit facilement on peut attendre les trois 90. Je pense que c'est de bons augures. » – Prestataire

Un autre prestataire a également exprimé une opinion favorable du POC en soulignant une limite :

« Oui bien vrai que c'est très bien mais vous savez ça ne concerne que le VIH 1, il n'y a pas le VIH2. Et vous savez la demande est très forte. Mais ça ne nous empêche pas de faire la demande pour avoir l'appareil de charge virale et là être complet pour tous les VIH1 et VIH2 [...] quand même je crois que c'est très important, mais ça doit être complémentaire avec l'appareil de charge viral. » – Prestataire



4.4.3 Type et qualité des échanges entre les prestataires et les bénéficiaires

Un autre aspect important du service sur lequel les participants ont été interrogés concerne le type et la qualité des échanges entre les prestataires et les bénéficiaires, permettant de renforcer les appréciations sur la qualité des services offerts. Les réponses de tous les groupes de populations ont été très favorables et ont parlé de convivialité, soutien et complicité.

« Par rapport au personnel médical je pense qu'il n'y a pas de problème parce que c'est un personnel formé et compétent. Il garde le secret professionnel et on a de bonne relation avec le médecin de prise en charge qui est très disponible même en dehors de ses heures de travail. »
– MSM

« La relation est plus que celle qu'elle aurait dû être de façon stricte, parce que lorsqu'ils passent dans notre localité, ils prennent de leur temps pour nous rendre visite. Ils viennent nous voir chez nous, échangent avec nous et repartent sur leur motocyclette. La relation nous a rendu très proches (dà dém bà affairu mbook dâl mossi dougou). » – Femme enceinte ou récemment accouchée

« Ils sont bien, parce que même si tu viens pour te consulter pour une autre maladie [autre que le VIH] ils te prennent en charge pour les soins et tu n'as aucun problème. » – PVVIH

« – Je suis partie ; quand j'ai eu mon bébé, j'avais des vertiges le jour où je devais sortir. Quand, on a vu ça, on m'a mis sous perfusion. Le lendemain, on a baptisé le bébé et le surlendemain, il est tombé malade et c'est ça qui m'a amené ici.

Enquêteur : Lorsque tu es venue ici, qu'est-ce qu'ils t'ont dit ?

– Ils l'ont retenu. Ils ont expliqué qu'il faisait une hypoglycémie pour que les gens qui étaient avec moi ne comprennent pas. Mais après quand je suis arrivée et que j'ai vu Dr.X, il m'a tout expliqué qu'il était séropositif. » – Femme enceinte ou récemment accouchée



4.5 Facteurs favorisant l'utilisation des services VIH et la rétention des bénéficiaires

4.5.1 En rapport avec les bénéficiaires

La perception de l'importance de l'utilisation des services (5.3.2), la motivation (5.3.3), ainsi que l'appréciation des services en rapport avec l'accueil, le type et qualité des échanges entre les prestataires et les bénéficiaires (5.4.3) se sont révélés être les principaux facteurs qui favorisent l'utilisation des services VIH.

L'importance de la famille et des réseaux sociaux avec qui ils ont partagé leur statut sérologique est également un facteur qui est ressortie systématiquement dans les différents entretiens et focus groupes. Ces groupes sont à la fois une source principale de soutien morale et financière, une motivation importante dans le recours aux soins dans la discrétion par crainte des conséquences qu'aura la divulgation du statut sérologique ou comportements sexuels sur eux. Dans des cas de divulgation involontaire, des sentiments de honte et de rejet dont souffrent les PVVIH et leurs familles ont souvent été évoqué par rapport à ces groupes.

« Si tu as une personne qui t'aide, te soutient, t'accompagne, je pense que quelle que soit la difficulté, tu seras en mesure de la gérer et de vivre avec. Mon mari aussi, n'a pas été du reste. Il m'a soutenue ; il discutait sur tout avec moi. Le docteur aussi m'a aidé. Franchement je ne pensais pas qu'aujourd'hui je serais encore en vie, à tel point j'étais inquiétée par la maladie. Je ne mangeais pas, je ne dormais pas bien, je pensais tout le temps à la maladie. Aujourd'hui, je suis arrivé à un point tel que je me dis que la maladie est grave d'un côté et n'est pas aussi grave d'un autre côté. » – Femme enceinte ou récemment accouchée

« Une autre chose, les membres de ma famille font partie de ceux qui m'ont donné le courage de suivre un traitement VIH parce que je ne le croyais pas. J'étais découragé » – PVVIH

« Moi du côté du transport c'est ma grand-mère qui me finance, pour les médicaments on nous aide sur ça. » – Adolescente (15-19 ans)

Les prestataires et les surtout les acteurs communautaires sont conscients de cette réalité, et beaucoup tentent d'en tenir compte dans leur accompagnement des PVVIH et populations clés. A titre illustratif, l'exemple d'un médiateur :



« Oui [nous impliquons les parents dans les activités de sensibilisation] [...] Et lorsque tu veux t'approcher des parents, [le patient] te dit que moi, mes parents sont comme ça ; c'est comme ça ou comme ça qu'il convient de procéder pour les avoir (ou convaincre). Il y a aussi certains parents pour lesquels, je sais comment procéder avec eux ; en passant par des gestes de Téranga comme ce qui constitue des habitudes chez les sénégalais comme les salutations mourides, l'entretien des relations parentales (diokàléne té mbook), c'est-à-dire, lorsque quelqu'un d'entre a un évènement social comme un décès, un baptême ou un mariage, que tu assistes ; ce sont des choses qui facilitent le chemin » –Médiateur

4.5.2 En rapport avec l'offre service

Au niveau des PPS et des services offerts dans les PPS, les facteurs favorisant identifiés par les participants sont étroitement liés à la qualité de l'offre de service et du traitement, et de la relation qu'ont les bénéficiaires avec les prestataires. Ces bénéficiaires témoignent :

« L'accueil fait partie de ce qui apaise une malade, tu viens en étant malade mais celui que tu vas trouver ici il doit t'accueillir avant tout. Le fait de donner des médicaments cela n'a pas d'importance mais qu'on t'accueille et en même temps parler avec toi et que tu sois sûr de pouvoir croire en ce qu'ils te disent, si tu suis les ordres qu'ils te donnent ça ne seras pas dur » – PVVIH

« Je peux dire que tout ce qui sont ici sont gentils, ils t'ouvrent leurs cœurs mais s'ils te fermaient leurs visages tu vas te dire que je ne vais plus venir ici ou de faire un choix sur celui ou celle qui te consulte, je ne me suis jamais senti découragé ils te donnent le courage de venir à chaque fois, ils me connaissent tous et vont tout faire jusqu'à ce que tu oublies ta maladie, à chaque fois si on vient » – Ado

« L'efficacité des médicaments [est un facteur favorisant]. S'il voit comment il était venu ici et comment il est aujourd'hui il ne pourra pas négliger ces médicaments, à chaque fois il se dira « mes médicaments sont finis il faut que je parte à mon rendez-vous car j'ai remarqué une grande évolution sur mon corps ». En ce qui concerne la charge virale si on la regarde et que c'est indétectable on peut l'expliquer au patient en lui disant « la manière dont tu prends tes médicaments est bon, et tu respectes la prise et les horaires de



tes médicaments, maintenant la charge virale est bonne c'est indétectable » car ça fait partie du renforcement. » – Agent communautaire

Dû à une forte crainte de divulgation du statut sérologique et les conséquences négatives que cela pourrait avoir sur les PVVIH et leurs familles (5.6.1), les participants ont mis un focus sur la confidentialité au sein des PPS comme facteur qui favorise l'utilisation des service. D'après un PVVIH :

« Les prestataires de service s'occupent bien de nous et nous donnent des conseils. En plus personne ne sait ce qui nous amène à l'hôpital grâce à leur confidentialité » –PVVIH

En outre, différentes approches sont adoptées pour rapprocher les services aux bénéficiaires (stratégies avancés) qui sont difficiles d'accès, et pour éviter la rupture des soins pour les bénéficiaires très mobiles.

« Des fois pour plus de discrétion ils nous font les visites, le dépistage la nuit dans nos localités » –PS

« Si je dis Dakar ou une autre localité, ils me recommandent d'approcher l'hôpital le plus proche et de leur passer l'infirmier en service. Une fois le contact établi, ils l'expliquent que je suis PVVIH et que je dois prendre mon médicament, de quelle que nature et quel que soit la quantité. Je n'ai vraiment pas ce problème et c'est grâce à eux (les médecins). » – PVVIH

En rapport avec l'offre de service, les participants ont également félicité la gratuité des médicaments :

« Nous remercions l'État pour les médicaments car il nous les offres, il y'en a des pays ou on vend ces médicaments. Imaginez si on devait les acheter, surtout qu'il y'a certains qui n'ont pas de travail, et ceux dont le travail n'est pas fixe. Pour ça nous remercions l'État. L'autre jour j'ai vu un reportage sur ça : quelqu'un qui est au Congo et qui a la maladie mais préfère venir au Sénégal pour y vivre pour continuer de suivre ces traitements ici, car les médicaments sont gratuits ici et que là-bas on leur vend ces médicaments ça aussi c'est un avantage. – PVVIH

Au-delà de l'accueil dans les PPS et de la qualité des services délivrés dans la confidentialité, l'accompagnement des agents communautaires constitue



également un facteur essentiel qui favorise l'accès aux services par les bénéficiaires, particulièrement les populations clés.

L'accompagnement des agents communautaires consiste d'abord à faire un suivi rapproché avec une approche personnalisée des bénéficiaires dans le cadre du TARV, apporter un accompagnement psychosocial, et travailler en étroite collaboration avec les PPS pour faciliter le contact entre les prestataires et certaines populations vivant avec le VIH qui sont souvent difficiles d'accès. Ils également assurent la mise en œuvre des activités communautaires qui incluent

- Les causeries et groupes de paroles
- Le dépistage,
- L'éducation thérapeutique et la dispensation des ARV,
- Les repas communautaires,
- Les activités de VAD,
- La recherche des perdus de vues.

Selon les participants :

« Les Bajenu Gox me donnent des conseils et aussi elles m'aident auprès de la sage-femme. [C'est] surtout eux qui nous facilitent le traitement, et qui nous encouragent aussi. » – Femme enceinte ou récemment accouchée

« Il y a aussi les médiateurs conseillers qui t'épaulent et t'encouragent pour pouvoir suivre les traitements. Et dans la plupart des cas, parler aux membres de ta famille n'est pas très facile, et c'est le médiateur qui joue le rôle de facilitateur pour que tu puisses aborder le problème en famille. » – MSM

« Les conseils que tu reçois au niveau de ses services surtout avec le médiateur sont une source de motivation. Le fait de parler à ses parents de sa maladie c'est très difficile. C'est ce qui fait que les services de santé surtout les conseils du médiateur constituent une étape importante dans la fréquentation du service de santé car cela te permet de te soulager et il t'explique la démarche à suivre pour changer et pouvoir suivre correctement ton traitement. » – MSM

4.6 Obstacles à l'utilisation des services VIH et la rétention des bénéficiaires

4.6.1 En rapport avec les bénéficiaires



Dans un contexte social caractérisé par un manque d'anonymat et où les communautés exercent un contrôle social informel sur ses membres, la crainte de la divulgation du statut sérologique ainsi que les conséquences des stigmatisation et de discrimination constitue l'un des obstacles les plus importants à l'utilisation des services par l'ensemble des bénéficiaires à travers les 4 zones d'étude.

La stigmatisation, définie comme un processus social, vécu ou anticipé, caractérisé par l'exclusion, le rejet, le blâme ou la dévaluation qui résulte de l'expérience, de la perception ou de l'anticipation d'un jugement social défavorable au sujet d'une personne ou d'un groupe, est ressorti comme déterminant principal de l'utilisation des services VIH. La stigmatisation et la discrimination perçue par les participants renvoie au sentiment de peur qu'ils ont de demander des services VIH, ou d'éviter de fréquenter les structures de santé par crainte que quelqu'un découvre leur statut sérologique ou leurs comportements sexuels.

Selon les participants, cette stigmatisation et la discrimination peuvent se manifester de plusieurs façons, et ont un impact direct sur l'utilisation des services par les populations :

« Tu n'auras plus d'amies parmi tes voisins, tu es mise à l'écart. Si tu te trouves dans des endroits publics et tu veux prendre la parole, on te l'interdit car tu n'as plus aucune valeur aux yeux des gens. Le VIH c'est à vie, tes propres enfants peuvent te rejeter s'ils savent que tu es contaminée. Plus personne ne te respecte. Le VIH s'il atteint un individu c'est très compliqué pour celui-là. Si tu es discrète tu peux continuer à fréquenter les gens tant qu'ils ne sont pas au courant. Le jour où les gens savent que tu es séropositive, tu es foutu. Mieux vaut mourir que de vivre cette situation car la vie devient insupportable. » – PS

« Tu peux te faire rejeter par les membres de ta famille, tu peux être stigmatisé au niveau de ton lieu de travail et cela peut aller jusqu'à la perte de ton emploi ou au suicide. Tu peux être indexé et cela peut aller jusqu'à ce que tu t'enfuyes et que tu abandonnes ta famille. C'est assez délicat surtout lorsqu'on te pose des questions pour savoir comment tu as contracté le VIH, que faisais tu, qui est-ce que tu fréquentais jusqu'à avoir contracté la maladie. Entre nous aussi, il y en a qui ne veulent pas divulguer leur maladie car ils ne veulent pas que des gens malintentionnés propage l'information sur



leur maladie. Ce genre d'information tu ne le partage qu'avec des gens en qui tu as confiance. » – MSM

« Je peux dire que ces obstacles peuvent venir aussi de l'hôpital parce que quand tu viens, tu trouves tout le monde. Parfois je me pose la question à savoir si je viens ici et je croise une de mes proches ou quelqu'un que je connais, ils vont se dire « mais ici ce sont les malades qui vivent avec le VIH qui se font soigner », et je me demande comment il va réagir quand on sera dehors. Il se dira que celle-là a le VIH c'est pour cela qu'elle vient toujours à l'hôpital, c'est ce qui me gêne. » – Adolescente (15-19 ans).

« Il y'a une ONG qui a des tutrices au niveau de la région et qui mènent des activités de visites à domicile (VAD) auprès des femmes séropositives ou mères allaitantes séropositives [...] ce qu'on a constaté généralement c'est que ce sont des activités très difficile à leur niveau parce qu'il y'a toujours la réticence de ces femmes qui ne veulent être rendu visite car le partage ne sait pas fait au niveau de leur entourage (que ce soient leurs maris ou bien leurs proches). [...] C'est aussi parce qu'elles n'ont pas partagé leurs statuts qu'elles ont souvent des difficultés pour suivre correctement leurs rendez-vous parce que certaines disent que le fait de venir au district ça va attirer la curiosité de l'entourage qui pose parfois des questions par rapport à leur déplacement. » – Agent communautaire

Cela est un important défis à l'utilisation des services dans le cadre de la PTME également :

« C'est la stigmatisation au niveau des familles. [...] Soit, c'est avec le mari, qu'elles ne veulent pas partager soit c'est avec l'entourage. Donc, venir chaque fois à un rendez-vous quand elles accouchent et pour le suivi par exemple, des fois ça cause problème. Parce que quand elle va se déplacer pour venir, on va lui demander qu'est-ce que tu vas faire à l'hôpital ? Donc, elle ne pourra pas dire qu'elle vient par exemple pour dépistage ou pour charge virale ou prendre ses médicaments. » – Sage-femme

Par conséquent, les PVVIH et les populations clés sont poussées à faire de grands efforts pour éviter d'être vues dans des PPS familiaux, par exemple de voyager ou de déménager dans une autre ville pour y chercher des services VIH.



La stigmatisation et la discrimination perçue ou anticipée est différente de la stigmatisation et la discrimination « effective », qui décrit un incident réel où les participants se sont vu refuser des services VIH ou autres cas d'abus en raison de leur statut sérologique ou leurs comportements sexuels. A ce sujet, certains participants ont évoqué la stigmatisation par les prestataires au sein des PPS, notamment à l'endroit des PS mais elle semble être rarement due au statut sérologique, et plutôt aux comportements sexuels :

« Il y a des sages-femmes qui n'acceptent pas de consulter les prostituées. Chaque personne fonctionne selon ses humeurs. Il y a certaines prostituées [qui par] leur comportement (retour tardif de boîte de nuit, ivresse ou sentir la cigarette) font que certaines sages-femmes refusent de les consulter. » – PS

« Parfois aussi il y a des sages-femmes qui ne sont pas sérieuses. Quand on les rencontre elles peuvent dire des paroles blessantes aux malades, et tu trouveras même certaines qui [iront] jusqu'à discuter de tes problèmes de santé avec autrui. Donc certains malades préfèrent ne pas y aller au risque d'être trahi par les auteurs de la santé. » – PS

Cependant, la plupart des participants n'ont pas eu d'expériences de stigmatisation ou de discrimination par les prestataires, mais elle provient plutôt de la famille ou la communauté. A titre d'exemple, un participant décrit une expérience de stigmatisation des MSM à Bignona, et son impact sur l'accès aux services :

« C'est arrivé, on a eu un enseignant qui est venu à l'hôpital et nous a vus. Il est allé dans sa classe et a dit à ses élèves que les homosexuels font leur réunion à l'hôpital de Bignona. La nouvelle s'est répandue dans toute l'école puis dans la ville entraînant ainsi l'abandon de la structure de santé par tout le monde que ce soit les MSM et non MSM. Et cela c'est très grave comme conséquence. Ce n'est pas le personnel de l'hôpital qui est en cause mais c'est arrivé à l'hôpital. » –MSM

Un second participant a également partagé un autre cas de discrimination due au statut sérologique qui a entraîné la perte de son emploi :

« J'étais revenu de mon rendez-vous si je me souviens bien, je travaillais avec quelqu'un et il voulait que je lui prête un stylo. Il est donc allé le prendre dans mon sac et a vu mes médicaments. C'est comme ça qu'il l'a su, il m'a



interpelé pour savoir [et] m'a demandé pourquoi je ne lui ai pas dit que j'étais malade. Après il m'a appelé au téléphone et m'a dit « comme tu es malade et je sais que la maladie c'est dure je préfère que tu arrêtes le travail et continue ton traitement ». Cela m'a beaucoup touché. » –MSM

4.6.2 En rapport avec l'offre de service

Au-delà des expériences des stigmatisation et de discrimination de certain groupes dans les PPS, d'autres obstacles à l'utilisation des service en rapport avec l'offre ont été identifiés par les participants.

Les adolescentes et jeunes MSM scolarisés ont déploré que horaires des prestations de services sont peu convenables et ils peinent à utiliser les services durant les heures de cours. Un participant explique :

« Moi ce qui m'arrangerait [serait de faire les consultations] les jour où je n'irais pas à l'école comme les jours de fériés parce que je rate beaucoup de chose. À chaque fois je suis obligé de passer la nuit ici alors que si je le fais je rate deux jours d'école, et parfois je ne comprends pas les explications. [Quand] tu empruntes le cahier d'un élève pour recopier les leçons tu ne comprends même ce qu'il a écrit, et si tu vas en classe sans l'avoir fait le professeur te renvoie. » – Adolescente (15-19 ans)

Pour certains groupes vulnérables, les services sont mal adaptés. Tel est le cas des handicapés qui vivent avec le VIH :

« Dans cette structure on parle Puular, Diola, Mandingue, Sérère et on parle aussi Français donc les gens qui viennent ici ils n'ont pas un problème de langage sauf les gens qui ont un handicap. [Il est important] pour qu'on puisse nous former sur le langage du signe pour pouvoir parler aux cibles handicaps. » – Agent communautaire

En ce qui concerne les MSM, leur plus grande préoccupation « le manque de sécurité et de discrétion dans les structures de santé ». Cette préoccupation fondée, et pour ce groupe le risque se pose au niveau de la divulgation du comportement sexuel, plutôt que du statut sérologique.



Du point de vue des prestataires, les ruptures de stock des médicaments et intrants et un manque de personnel constituent les principaux défis et obstacles en rapport avec l'offre de service :

« Il y'a aussi ce qu'on appelle la disponibilité des intrants. Si vous êtes en rupture, le malade vient deux fois et n'a pas de médicament cela peut décourager le malade. Ça aussi c'est des facteurs. Mais globalement c'est les deux que j'avais cité : la stigmatisation et la configuration du service. » – Prestataire

« On a des problèmes d'accès au lubrifiant, [et des] difficultés sur la prise en charge de ces personnes vulnérables. Il y a un seul médecin à leur disposition. Du coup lorsqu'il s'absente, ces patients préfère attendre son retour parce qu'il ne veut pas que d'autres personnes découvrent leur statut. » – Agent communautaire

4.6.3 Défis d'accessibilité financière et géographique

Malgré la gratuité des soins, l'ensemble des participants interrogés dans les 4 zones d'étude ont déploré le manque de ressources financières comme étant un obstacle fondamentale à l'utilisation des services.

La distance entre les lieux d'habitations et les PPS, un système de transport publique inadéquat, les frais de transports élevés, et la difficultés des bénéficiaires à subvenir à leurs besoins alimentaires constituent un véritable obstacle à l'accès et à la rétention aux services. Cette barrière est d'autant plus présente chez les femmes enceintes ou récemment accouchées, et les adolescentes dont la plupart n'ont pas de revenu propre, et sont financièrement et socialement dépendantes. Les participants expliquent :

« Parfois si j'ai un rendez-vous je demande à ce que la charrette me transporte mais on me dit souvent que la charrette n'est pas disponible et commence à poser des questions sur ce que je suis allée faire là-bas [au PPS] mais j'essaie de tout gérer. Je porte mon enfant et je commence à marcher si je trouve une charrette c'est bon, et au cas échéant je continue mon marche. » – Femme enceinte ou récemment accouchée

« Le problème ce n'est pas un problème de moyens de transport moi à chaque fois mon père me donne de l'argent pour le transport, mais [...] c'est le retour : pour avoir une voiture c'est tout un problème et ça aussi ça ne



m'arrange pas. Je serais obligée de passer la nuit ici, et de manquer deux jours de cours. Même en ce moment je ne sais pas si j'aurais une voiture pour rentrer parce qu'il fait 18heures presque » –Adolescente (15-19 ans)

« Parfois il y a des gens qui ne respectent pas leur rendez-vous parce qu'ils n'ont pas assez de moyens pour payer le transport et aussi si tu prends les médicaments tu dois bien manger et avec une alimentation saine et riche si non le traitement ne sera pas efficace et beaucoup parmi nous n'ont pas ces moyens aussi » –PVVIH

En plus des efforts fournies par les bénéficiaires eux-mêmes pour lever ces obstacles, les acteurs de lutte contre le VIH et les prestataires intervenant dans ces zones proposent différentes stratégies telles que la mise en place et l'enrôlement dans des mutuelles de santé (ANCS), et la décentralisation de l'offre de service et l'adoption de stratégies avancées.

« La plupart d'entre eux sont des pauvres (2 fois). Et aussi, certaines d'entre elles habitent loin. Comme par exemple, les cibles que vous avez demandées la convocation. Ils doivent payer 2500 francs pour le transport. Lorsqu'ils viennent, tu les rembourse les 2500 et s'ils l'avaient emprunté tu leur donne l'argent et ils retournent cela à la personne qui leur a prêté. Tu vois. Il y a d'autres qui payent 3000 ou 3500 francs, c'est le cas de ceux qui quittent les Îles pour venir ici. » – Agent communautaire

« Il y'a une pauvreté totale et l'éloignement [des habitations]. Ça va un peu parce qu'avec la décentralisation des postes nous ont un peu aidé mais néanmoins si tu ne manges pas tu ne pourras pas prendre les médicaments parce que les médicaments ont un tel effet que si tu ne manges pas tu ne pourras pas les supporter donc s'il y'a les [...] kits nutritionnels, les appuis surtout les ordonnances car s'il se trouve qu'on vous prescrit des ordonnances et que tu n'as pas les moyens de les acheter, tu te dis que je ne vais pas retourné là-bas car si j'y retourne on va me demander l'ordonnance. » – Agent communautaire

De plus, pour pallier ces difficultés logistiques et minimiser les bénéficiaires en rupture de soin ou perdus de vue, certains prestataires cotisent pour couvrir occasionnellement les frais de transports. Dans certaines zones comme Bignona et



Fatick, les cellules d'associations de PVVIH bénéficient des financements des bailleurs tels que Fonds Mondial et le Mairie de Paris pour mener un paquet d'activités communautaire (causeries, groupes de paroles etc.) qui sont organisés en coordination avec le service sociale des PPS. L'objectif est de planifier ces activités au moment où les bénéficiaires ont leurs rendez-vous de suivi, afin qu'ils puissent faire leurs consultation, participer à l'activité, et recevoir le remboursement de transport prévu à cet effet. Toutefois, ces financements deviennent de plus en plus limités à cause de la raréfaction des ressources, et parfois le changement d'orientation stratégiques pour les interventions VIH.

4.7 Stratégies utilisés par les prestataires et agents de santé communautaire pour motiver les bénéficiaires à utiliser les services VIH

Pour motiver les PVVIH et populations clés à utiliser les services VIH malgré les différents défis et obstacles auxquels ils font face, les agents communautaires y jouent un rôle primordial. A travers principalement le counseling, les VAD et livraisons des médicaments entres autres, ces acteurs adoptent une approche centrée sur les bénéficiaires et leurs besoins. Selon eux, cette approche personnalisé a l'accompagnement est efficace la plupart du temps.

« On essaye d'écouter également le patient qu'il nous explique les raisons pour laquelle il est devenu perdu de vue les contraintes, ces difficultés donc à partir de ça qu'on essaye de faire le counseling pour essayer de les convaincre [...] Rien que le counseling, est une activité qui produit énormément de résultats auprès des PVVIH. » – Agent communautaire

« Nous faisons tout pour que le malade vienne au rendez-vous. Nous prenons notre téléphone et nous l'appelons : pourquoi, vous n'êtes pas venue alors que vous aviez un rendez-vous ? Lorsqu'on reste 3 mois sans le voir, on se déplace le voir et regarder pourquoi il n'est pas venu ? [...] Mais il y a certaines personnes, il n'y a que le lieu le plus proche d'eux qui les arrange le mieux. Il y a aussi certaines PVVIH qui peuvent avoir des problèmes de transport pour venir ici pour prendre leurs médicaments. Dans ces situations, elles m'appellent et obligatoirement, je fais le nécessaire (préparer une ordonnance à amener à la pharmacie pour achat) pour qu'elles aient leurs médicaments. » – Agent communautaire



« On essaie tout le temps de renforcer le counseling, de montrer les avantages du respect des traitements mais également de montrer les inconvénients du non-respect des traitements et parfois même de citer des anecdotes pour pousser vraiment l'individu à se rendre compte de la réalité. Parfois ça marche, parfois on tombe sur des personnes qui quelques soit alpha ne veulent pas venir au district mais parfois ça marche. » – Agent communautaire

4.8 Les attentes des bénéficiaires d'un PPS

Interrogés sur leurs attentes d'un PPS adapté à leur besoin, les participants ont évoqué 4 principaux points au-delà des facteurs favorisant en rapport avec l'offre de service :

1. Un cadre plus propre et accueillant

« Il y a des malades qui souffrent mais à l'hôpital on trouve des bancs en bois qui ne sont pas adéquates avec notre état de santé. » – MSM

« Il y a des hôpitaux qui sont malsains où l'on ne trouve pas l'hygiène. Pour un malade qui vient se soigner, son état de santé pourrait s'aggraver en absence de l'hygiène » – PS

« Il y a des hôpitaux aussi où l'on trouve beaucoup de chats, l'espace est étroite et ensoleillé. » – PS

2. Une prestation rapide et ponctuels

« Nous ce qu'on veut c'est que si on arrive qu'on s'occupe de nous rapidement parce que nous sommes mères au foyer, nous laissons nos enfants à la maison et aussi on doit préparer le repas si tu n'as pas quelqu'un qui veille sur tes enfants tu ne pourras pas durer là-bas, en venant ici tu seras pressé de rentrer. » – Femme enceinte ou récemment accouchée

« - Des fois, on peut observer un certain retard. Lorsque tu viens à 8h, des fois ils peuvent jusqu'à 9h pour commencer le travail.

Enquêteur : Et qu'est-ce que tu souhaiterais ?

- Je souhaiterais qu'ils commencent à 8h. » – MSM



« Les consultations sont aussi trop lentes quand un patient entre il peut mettre plus d'une heure alors qu'il y a plus de cent personnes qui attendent. »
– PS

3. Maximum discrétion et respect de la confidentialité

Pendant que certains prestataires et bénéficiaires sont pour l'intégration de toutes les populations cible dans les même services, d'autres souhaiteraient un espace dédié à leurs groupes pour davantage de sécurité et de confidentialité. Ceci est illustré par ces propos :

« J'aimerais que les TS et les malades qui sont normaux ne soient pas rassemblés et qu'on fasse chacun son heure de visite à chaque fois il y'a une stigmatisation [à travers des regards]. » – PS

« Nous voudrions une espace spéciale pour les TS si c'est possible mais peut être aussi c'est pour ne pas être stigmatiser qu'on n'a pas fait ça. » – PS

4. Une disponibilité des médicaments et intrants

« [Je voudrais] qu'ils s'améliorent, certes ils font un travail remarquable mais qu'il augmente les efforts avec les médicaments parce que les populations souffrent. » – MSM

« On voudrez qu'on augmente les préservatifs et qu'on nous donne des médicaments pour le lavage intime. » – PS

4.9 Accès à l'information et besoins en termes de communication

4.9.1 A l'endroit des prestataires et agent de santé communautaire

Les prestataires interrogés sur leur accès aux supports et outils de communications qui les facilitent leur travail ont exprimé un réel besoin en termes de quantité et de qualité. D'autre ont signalés que malgré la disponibilité de certains outils, ils sont souvent trop vieux et doivent être révisés pour leur rendre plus pertinents (canaux et contenus résumé en Annexe 2).

« En termes de communication, il y'a des supports qui sont sortis parce que c'était une demande vraiment qui date depuis longtemps. Au début il y'avait beaucoup de supports après il y'a eu une rupture, on n'a plus de support. Si vous voyez même dans les bureaux il n'y a plus d'affiches. Donc peut être en termes de support, les affiches, si on pouvait en avoir. Il y'a de grandes affiches



qui sont là mais qui ne sont pas suffisantes. Dans chaque poste il y'a une affiche, mais si on pouvait avoir d'autre dans chaque bureau comme avant. Maintenant il n'y a plus aussi d'activités, c'est nous qui faisons nos activités. Mais comme on le faisait avant il n'y a plus ces genre d'activités : projection de films, les causeries que l'on faisait tout le temps.» –Prestataire

« Parce qu'avec les nouvelles affiches, les grandes affiches quand vous les voyez il y'a beaucoup d'avancé. Les affiches quand vous les voyez il y'a la prise en charge, il y'a le médecin de prise en charge, il y'a le couple, il y'a la femme enceinte, il y'a la sage-femme aussi. Donc tout le monde est intégré dedans. Là ce sont des avancés. Si on peut avoir ces genre de support en petit format pour les bureaux ce serai mieux. Parce qu'il n'y a plus rien dans nos bureau, il y'a que les algorithmes » –Prestataire

Pour les thématiques à aborder dans le contenu pour leur faciliter leur travail d'accompagnement, les prestataires ont identifiés essentiellement la transmission VIH (pour la prévention), et la prise de médicaments et le suivi des TARV,

« Comment la transmission se fait exactement parce que dès fois les gens croient que c'est sexuellement que la maladie pourra se transmettre donc en mettant les supports si on explique même à part les rapports sexuels on peut attraper la maladie d'une autre manière ça va beaucoup aider, vous savez ici on est en milieu Diola, on est familiarisé à ça, tu vois quelqu'un qui se blesse et qui ne se protège pas là tu emportes la personne toi aussi tu as une blessure tu ne t'es pas rendu compte tout ça aussi ça joue donc les supports pourront vraiment nous aider dans la communication. » – Prestataire

« [Des supports sur] comment prendre les médicaments que le dispensaire s'attèle en donnant des médicaments et expliquer. Même le médecin de prise en charge a besoin de ces supports-là [...] Ou bien les effets secondaires aussi, montrer certain effets secondaires sous forme d'images, je crois que ça aussi se serait très important. Ça pourra faciliter la prise en charge c'est-à-dire le médecin de prise en charge quand il voit il montre les boites à image, il va montrer ces images-là expliquer aux malades. » – Prestataire

Un autre prestataire complète cette intervention ainsi :



« [Des supports sur] l'importance de la prise des médicaments parce que vous savez on a ces genres de cas [...] lorsque le patient viens il prend son traitement au bout d'un mois, deux mois il voit qu'il a du mieux il délaisse ces médicaments donc dans le support si on avait la chaine qui montre l'importance et l'utilité des médicaments ça va beaucoup arranger. » – Prestataire

4.9.2 A l'endroit des bénéficiaires

Les participants bénéficiaires des services ont cité divers sources d'informations matière de santé y compris le VIH, et les jugent tous comme étant adéquat. Ils ont révélé que leurs principales sources d'informations sont les prestataires dans les PPS et les acteurs communautaires qui mènent des activités de sensibilisation, leurs paires et d'autres membres de leur entourage, et l'école. D'autres sources telles que les médias (télévision, radio), les réseaux sociaux (WhatsApp), et l'internet.

Pour faciliter davantage cet accès, des propositions ont été faites sur le développement des outils et supports– concernant notamment sur le format, les canaux et langues de préférences. La plupart ont évoqué des formats de communication interpersonnelles (causeries, entretiens individuels, et VAD), et beaucoup ont également recommandé des outils et supports adaptés aux cible– c'est-à-dire illustratifs, en langues locales, diffusés à travers des affiches, les radios communautaires et des spots télévisés.

« [Ils doivent être] Illustratifs, parce que les gens ici, peut-être tout le monde n'a pas eu la chance d'aller à l'école. Donc, si c'est des supports illustratifs avec des dessins et tout, ça aiderait à mieux communiquer avec les patients qui viennent ici ; les expliquer à travers des dessins, des images pas à travers des écrits. Tout le monde ne peut pas écrire et des fois aussi, ce que moi je peux traduire peut-être...la langue par exemple ici, c'est le séreer et moi par exemple je ne suis pas séreer. Alors je peux avoir du mal à traduire pour qu'elles comprennent ce que tu dis. Mais si c'est des dessins, ce que tu comprends à travers le dessin, c'est ce que je comprends aussi du dessin ; alors des dessins, des affiches, des illustrations, de sorte que lorsque la personne les regarde, elle pourra comprendre ce que tu veux dire ; ça c'est bien » – Prestataire



Par rapport au contenu, les recommandations vont surtout dans le sens de la prévention, l'importance de l'utilisation des services y compris la PTME et le suivi du TARV :

« Leur donner les bonnes informations, essayer de vulgariser la bonne information à leur niveau surtout pour les conscientiser par rapport à l'importance du traitement parce qu'il y'a certains patients jusqu'à présent qui n'ont pas accepté leurs maladies car ils n'ont pas les bonnes informations sur la maladie donc il faudra approfondir la communication » – Agent communautaire

Une autre recommandation importante est de diversifier les thématiques à aborder avec les bénéficiaires des services VIH. Selon les participants :

« Il y a des PVVIH qui ont le diabète ; je pense aussi à la tuberculose ; la TB est très connue. Des fois, un malade vient et je l'explique. Il fut des temps, on l'intégrait dans les échanges sur le VIH. Mais, c'est quelque chose qui n'a duré que 6 mois. » – Agent communautaire

« La santé ne se limite pas seulement sur le VIH il y'a le cancer du sein, le cancer du col de l'utérus, du côté des femmes on reçoit plus d'information sur le cancer du sein parce que ça nous concerne, on nous informe de détecter tôt le cancer parce que ça les arrange » –Adolescente (15-19 ans)

Enfin, les bénéficiaires interrogés aimeraient une communication axé sur le counseling :

« Je voudrais qu'ils apaisent ma conscience pour que je ne me soucis plus de cette maladie. » –Adolescente (15-19 ans)

« [La communication] apaiser notre conscience de discuter avec nous tout ça fait partie de ce qui nous permet de vivre et de mieux continuer nos activités parce que si quelque chose entre dans ton cœur pour que ça sort ce sera difficile donc continuons à faire tout ça pour qu'un jour on s'en sort– PVVIH

6. DISCUSSIONS

Concernant les compétences et l'attitude des prestataires, l'accueil et la nature des échanges entre ces derniers et les bénéficiaires, l'ensembles des participants à travers les quatre zones de l'étude ont une appréciation très positive de l'offre de



service VIH qui est délivré dans un climat de confiance. De nombreux participants ont évoqués le poids psychologique qu'ils portent du fait d'être « malade », mais qui est considérablement soulagé grâce au counseling et à l'accompagnement psychosociale que leur fournissent les prestataires et agents communautaires. Toutefois, ils ont insisté sur la nécessité renforcer les PPS en ressources humaines de qualité pour favoriser l'utilisation des services par les différentes cibles.

Malgré plusieurs obstacles notés par les participants ont soulignés l'importance d'observer leurs traitements et le respect des rendez-vous de suivi et, ont rarement hésité à utiliser les services VIH dans les PPS. Parmi les cibles interrogés, on note tout de même que les adolescentes vivants avec le VIH ont davantage hésité malgré les différentes stratégies et mécanismes de soutien en place pour leur faciliter l'utilisation des services.

Mis à part les PS, aucun cas réel de stigmatisation ou de discrimination de la part des prestataires dans les PPS n'a été rapporté par les participants bénéficiaires des services. Certains, notamment les MSM ont eu des expériences des stigmatisation et discrimination provenant de leurs familles et communauté. Toutefois, pour la plupart des participants, la perception de la stigmatisation ou de discrimination étaient plus présent.

Une revue de la littérature a révélé que la vaste majorité des études qualitatives sur les facteurs qui influencent l'utilisation des services de prévention et de traitement ont été conduit en Afrique de l'Est et du Sud. Néanmoins, les résultats de ces études malgré une contexte épidémique différent de l'Afrique de l'ouest et du centre s'alignent aux résultats de cette étude.

La perception de la stigmatisation et la discrimination en tant qu'obstacles à l'utilisation des services VIH est un résultat phare que l'on retrouve dans la plupart de ces études [2, 3, 4, 5, 6, 9] dans lesquelles les participants craignaient le manque de respect, les maltraitements ou l'isolement social de la part de leur communauté ou de leurs pairs, s'ils étaient connus pour être infectés par le VIH [9]. L'accès aux soins VIH était associé à la crainte d'être exclu de la participation à des événements sociaux et politiques communautaires ou de se disputer avec un groupe social ou de pairs. D'autres études ont également souligné cette peur et ce stress, ainsi que la complexité de la divulgation du statut sérologique aux partenaires sexuels.



Des recherches menées dans de nombreux pays ont mis en évidence la vulnérabilité des HSH au VIH, et l'impact de la stigmatisation et la discrimination de cette population sur l'accès aux services de soin.

Dans Poteat *et al.* [2], le secret est ressorti comme thème majeur en réponse à la stigmatisation et à la discrimination des HSH au Sénégal. Les résultats des entretiens avec les HSH et les informateurs clés ont confirmé des attitudes sociétales généralement hostiles envers les HSH dans la société sénégalaise. Les participants ont décrit des épisodes de discrimination vécue ou observée, allant du refus d'un chauffeur de taxi à transporter un HSH à une agression violente. Le secret est devenu un thème majeur en réponse à la stigmatisation et à la discrimination des HSH au Sénégal. Les résultats des entretiens avec les HSH et les informateurs clés ont confirmé des attitudes sociétales généralement hostiles envers les HSH dans la société sénégalaise. Les participants ont décrit des épisodes de discrimination vécue ou observée, allant du refus d'un chauffeur de taxi à une agression violente. Lorsqu'on leur a demandé ce qui se passerait si un homme était ouvertement homosexuel en public, la réponse typique était qu'il serait attaqué et probablement tué. Certains HSH ont déclaré avoir épousé des femmes dans le but de cacher ou de supprimer leur attirance pour les hommes.

Selon les participants, la plupart des gens ne savaient pas que les HSH existaient au Sénégal jusqu'à la publication, en février 2008, dans un magazine local, de photos de mariage entre deux hommes au Sénégal. Cela a suscité une grande attention médiatique et les HSH se sont retrouvés sous la surveillance accrue de la presse populaire et du public en général.

Les participants ont signalé une escalade de la peur généralisée chez les HSH qui ont dû se cacher à la suite des événements de décembre 2008. Ils ont fait état d'une telle peur de la discrimination, de la violence et des arrestations arbitraires que certains HSH ont quitté leur ville ou même le pays, ce qui a considérablement affecté la durabilité des organisations communautaires HSH. Après les arrestations, de nombreux hommes ne se sentaient plus en sécurité lorsqu'ils assistaient à des réunions où ils bénéficiaient auparavant de la sensibilisation au VIH, de condoms et de lubrifiant. Ils avaient le sentiment que les gens les reconnaîtraient comme HSH et qu'ils seraient soumis à la violence et à la prison. En plus de la perte de l'accès à



l'éducation et au matériel de prévention du VIH, cette perturbation dans les réunions a affecté les réseaux sociaux naissants parmi la communauté HSH. Les ONG qui fournissaient des services de prévention à ces hommes ont même suspendu leur travail de prévention du VIH chez les HSH par crainte pour leur propre sécurité. Là où les services de prévention et de traitement étaient encore disponibles, de nombreux HSH avaient peur de les utiliser.

Malgré quelques progrès durant les 10 années qui ont suivi, les MSM continuent à faire face aux mêmes défis socio-culturels. Cette analyse du contexte reste donc pertinente à notre étude, et permet de mieux comprendre les résultats de la recherche.

Pour certains des participants des études analysées dans la revue de la littérature, les longues distances et le manque de transports abordables ont constitué un obstacle majeur à l'accès aux services VIH, comme cela a été le cas dans cette étude. Cette situation, conjuguée à la disparité entre les horaires de travail et les horaires des cliniques, a rendu extrêmement difficile l'utilisation des services liés au VIH [9].

Un autre aspect clé qui a également prévalu dans la littérature est l'importance de l'influence et du soutien des réseaux sociaux dans l'accès aux services de prévention et de traitement du VIH. Une revue systématique des résultats qualitatifs sur les facteurs qui favorisent et entravent le recours au dépistage du VIH en Afrique subsaharienne a analysé 42 publications revues par des pairs qui ont été publiées entre 2001 et 2012 et qui portent sur 13 pays du continent. Cette revue a révélé que la prise de décision concernant le dépistage du VIH était inextricablement liée à l'influence des réseaux sociaux. Par exemple, une étude menée en Zambie décrit comment des personnes ont sollicité l'opinion et le soutien de leurs pairs et des membres de leur famille au cours du processus de prise de décision concernant le dépistage du VIH. Cela s'explique en partie par le fait que les amis et les membres de la famille étaient des sources cruciales de soutien psychosocial et, pour les membres de la famille, une source essentielle de soutien économique [6].

Durant cette revue de la littérature, la principale recommandation basée sur des évidences qui a été formulé pour favoriser l'accès aux services VIH est liée à la réduction de la stigmatisation des PVVIH et populations clés, et le plaidoyer pour la



création d'un environnement favorable. Une étude sur « l'Impact potentiel des interventions intégrées de réduction de la stigmatisation sur l'amélioration de la prestation et de l'utilisation des services liés au VIH/SIDA pour les populations clés au Sénégal » a démontré une baisse significative dans la stigmatisation perçue durant les 6 mois de suivi dans une cohorte longitudinale [5]. Les données de cette étude confirment la nécessité de combiner les interventions de réduction de la stigmatisation avec un renforcement de la prise en charge et de la rétention des bénéficiaires dans les services VIH pour optimiser les résultats de la riposte au sein des populations clés au Sénégal. Bien que la stigmatisation soit considérée comme un déterminant important du VIH on en sait très peu sur les interventions efficaces pour réduire la stigmatisation parmi les populations clés, surtout dans le contexte de l'Afrique subsaharienne. La promotion de la production de données est donc essentielle pour permettre aux acteurs de mettre en œuvre ces interventions de façon adapté.

Dans une revue systémique sur les " Déterminants de l'accès aux services de conseil et de dépistage du VIH [HTC] chez les travailleuses du sexe en Afrique subsaharienne", les auteurs se sont basés sur un cadre conceptuel axé sur le client élaboré par Levesque et ses collègues pour comprendre les obstacles et les facteurs favorisant l'utilisation des services HTC par cette cible [1].

Selon Levesque et coll., l'accès aux services est " la possibilité pour une personne ou un membre de la famille d'identifier ses besoins en matière de soins de santé, d'obtenir des services de soins de santé, d'avoir accès aux ressources de soins de santé, d'obtenir ou d'utiliser des services de soins de santé et de se faire offrir des services appropriés à ces besoins " [1]. Cette description souligne le rôle de l'interaction entre la demande (attributs individuels, communautaires et démographiques) et l'offre (ex. systèmes de santé, programmes, institutions, organisations et prestataires) dans l'accès aux services. De plus, en utilisant une dichotomie entre l'offre et la demande, Levesque et ses collègues prescrivent cinq dimensions de l'accès aux soins, à savoir : « accessibilité », « acceptabilité », « disponibilité et adaptation », « coûts abordables » et « adéquation ».

L'étude des facteurs qui influencent l'utilisation des services de dépistage précoce du VIH chez les enfants et la mesure de la charge virale des personnes vivant avec

le VIH dans quatre zones du Sénégal aborde principalement des aspects liés à l'accessibilité, l'acceptabilité et l'adéquation.

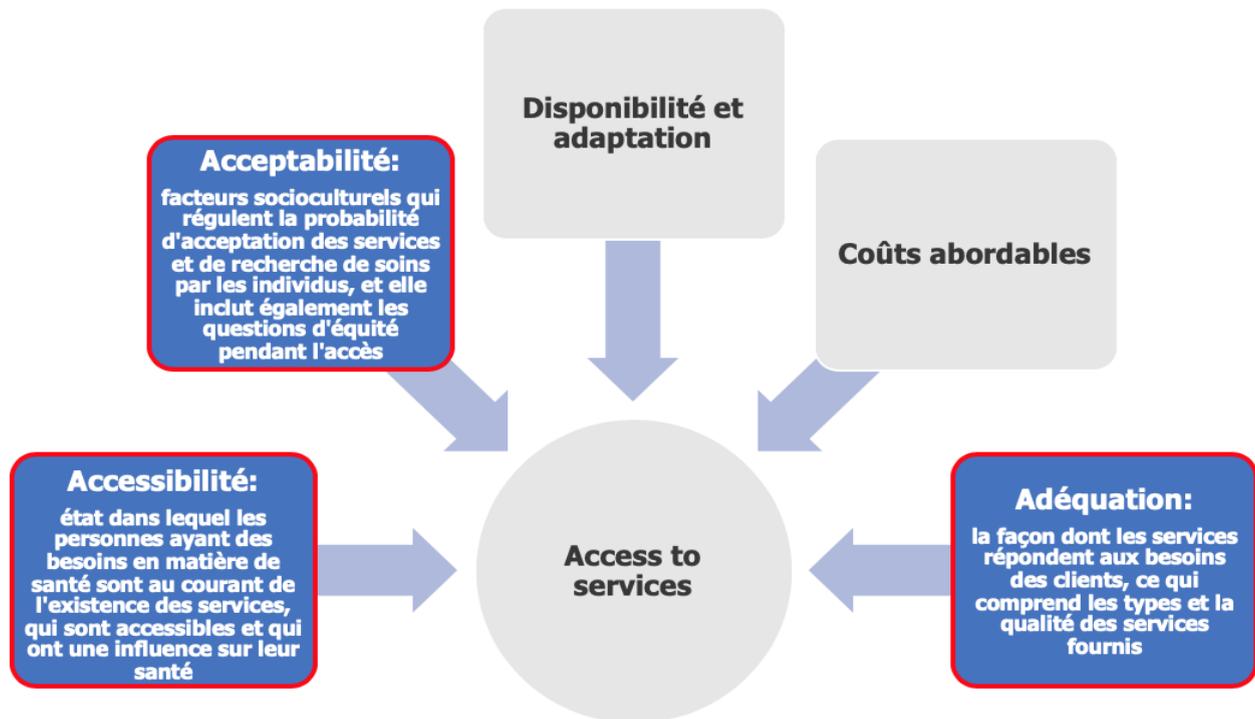


Figure 4 : Cadre conceptuel Levesque et al.



7. RECOMMANDATIONS

A l'issue de cette étude et tenant compte des contributions des participants de l'études, les recommandations suivantes ont été formulées pour favoriser l'accès et accroître l'utilisation des services POC :

- Créer un cadre de coordination au niveau régional et district pour mutualiser les ressources aussi bien humaines que financières, et faciliter la mise en œuvre en des interventions l'endroit des PVVIH et populations clés
- Mettre en place et enrôler des bénéficiaires dans des mutuelles de santé pour la réduction des charges financières
- Mobiliser des financements pour la mise en œuvre d'activités communautaire
- Renforcer les compétences des prestataires et agents communautaires en matière de
 - Accueil et la création d'un climat de confiance
 - PEC du VIH et des IST en tenant compte des besoins spécifiques des cibles
 - Counseling
- Adapter les services (accueil, cadre, horaires, accessibilité etc.) aux besoins des bénéficiaires
- Assurer la disponibilité continu des médicaments, intrants, préservatifs et lubrifiants dans les PPS
- Développer et mettre en place des stratégies de réduction de la stigmatisation et la discrimination des PVVIH et populations clés
- Porter un plaidoyer pour la création d'environnement pour les populations clés (PS et MSM)



BIBLIOGRAPHIE

1. Nnko S, Kuringe E, Nyato D, Drake M, Casalini C, Shao A et al. Determinants of access to HIV testing and counselling services among female sex workers in sub-Saharan Africa: a systematic review. *BMC Public Health*. 2019;19(1).
2. Beattie T, Bhattacharjee P, Suresh M, Isac S, Ramesh B, Moses S. Personal, interpersonal and structural challenges to accessing HIV testing, treatment and care services among female sex workers, men who have sex with men and transgenders in Karnataka state, South India. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2012;66(Suppl 2): ii42-ii48.
3. Poteat T, Diouf D, Drame F, Ndaw M, Traore C, Dhaliwal M et al. HIV Risk among MSM in Senegal: A Qualitative Rapid Assessment of the Impact of Enforcing Laws That Criminalize Same Sex Practices. *PLoS ONE*. 2011;6(12): e28760.
4. Djomand G, Quaye S, Sullivan P. HIV epidemic among key populations in west Africa. *Current Opinion in HIV and AIDS*. 2014;9(5):506-513.
5. LaMorte W. The Social Cognitive Theory [Internet]. MPH Online Learning Modules - SPH - Boston University. 2019 [cited 10 July 2019]. Available from: <http://sphweb.bumc.bu.edu/otlt/MPH-Modules/>
6. Lyons C, Ketende S, Diouf D, Drame F, Liestman B, Coly K et al. Potential Impact of Integrated Stigma Mitigation Interventions in Improving HIV/AIDS Service Delivery and Uptake for Key Populations in Senegal. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*. 2017; 74: S52-S59.
7. Musheke M, Ntalasha H, Gari S, Mckenzie O, Bond V, Martin-Hilber A et al. A systematic review of qualitative findings on factors enabling and deterring uptake of HIV testing in Sub-Saharan Africa. *BMC Public Health*. 2013;13(1).
8. Strauss M, Rhodes B, George G. A qualitative analysis of the barriers and facilitators of HIV counselling and testing perceived by adolescents in South Africa. *BMC Health Services Research*. 2015;15(1).
9. Conseil National de Lutte contre le Sida au Sénégal (CNLS). Rapport annuel 2017. 2018.
10. Nakigozi G, Atuyambe L, Kanya M, Makumbi F, Chang L, Nakyanjo N et al. A Qualitative Study of Barriers to Enrollment into Free HIV Care: Perspectives of



Never-in-Care HIV-Positive Patients and Providers in Rakai, Uganda. BioMed Research International. 2013; 2013: 1-7.



ANNEXE 1 : TABLEAU DE CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES BÉNÉFICIAIRES PARTICIPANTS AUX ACTIVITÉS DE FOCUS GROUPE

TOUTES ZONES CONFONDUES						
	Age (en années)	Sexe	Statut matrimoniale	Niveau de scolarité	Activité professionnelle	Association
Femmes enceintes/ Accouchées récentes vivants avec le VIH	21-38	Féminin (n=10)	Célibataire (n=2) Marié (n=8)	Pas scolarisé (n=3) Primaire (n=2) Secondaire (n=5)	Oui (n=3) Non (n=7)	Oui (n=3) Non (n=7)
PVIH (hommes et femmes)	25-75	Masculin (n=11) Féminin (n=24) Données pas disponible (n=4)	Célibataire (n=4) Marié (n=28) Veuf/veuve (n=6) Divorcé(e) (n=1)	Pas scolarisé (n=22) École coranique (n=2) Primaire (n=9) Secondaire (n=6)	Oui (n=25) Non (n=14)	Oui (n=28) Non (n=11)
PS vivants avec le VIH	18-48	Féminin (n=27)	Célibataire (n=20) Mariée (n=2) Divorcée (n=5)	Pas scolarisé (n=12) Primaire (n=4) Secondaire (n=11)	Oui (n=27) *	Oui (n=18) Non (n=9)
HSH vivants avec le VIH	14-35	Masculin (n=25)	Célibataire (n=22) mariés (n=3)	Pas scolarisé (n=3) Primaire (n=1) Secondaire (n=17) Tertiaire (n=4)	Oui (n=11) Non (n=6) Données pas disponible (n=8)	Oui (n=19) Non (n=6)
Adolescentes	15-19	Féminin (n=10)	Célibataire (n=10)	Secondaire (n=10)	Non (n=10)	Non (n=10)

*Toutes les participantes sont engagées dans le travail du sexe, dont 4 qui ont une autre activité professionnelle en plus.



ANNEXE 2 : TABLEAUX DE RÉSUMÉ DES RÉSULTATS

1. Offre de service

	Zone			
	1	2	3	4
Dépistage VIH et IST	X	X	X	X
Consultation	X	X	X	X
Counseling et l'accompagnement psychosociale	X	X	X	X
Dispensation des médicament et le suivi du TARV	X	X	X	X
Analyses biomédicales	X	X	X	X
PTME	X	X	X	X
Causerie			X	
IEC			X	
Distribution des préservatifs et lubrifiants			X	
VAD	X			
Recherches de pertes de vues	X			

Légende zone

- 1- Diofior
- 2- Louga
- 3- Bignona
- 4- Vélingara



2. Circuit de PEC des bénéficiaires

	Cible						
	1	2	3	4	5	6	7
Circuit de PEC : Dépistage							
1. Prétest counseling	X	X	X	X	X	X	X
2. Dépistage et confirmation des résultats	X	X	X	X	X	X	X
3. Post test counseling	X	X	X	X	X	X	X
4. Éducation thérapeutique	X	X	X	X	X	X	X
5. Accompagnement dans le partage de statut			X				
6. Initiation au TARV	X	X	X	X	X	X	X
7. Mesure de la charge virale	X	X	X	X	X	X	X
8. PTME			X				
Circuit de PEC : Suivi							
1. Récupération de dossier et PEC pour gratuité des soins	X	X	X	X	X	X	X
2. 3Consultation et analyse (si nécessaire)	X	X	X	X	X	X	X
3. Dispensation ARV	X	X	X	X	X	X	X

Légende cible



- 1- Prestataires médicaux
- 2- Acteurs communautaires
- 3- Femmes enceintes/Accouchées récentes vivants avec le VIH
- 4- PVVIH (Hommes et femmes)
- 5- PS vivants avec le VIH
- 6- HSH vivants avec le VIH
- 7- Adolescentes (15-19 ans)

3. Expériences et connaissances des bénéficiaires

	Cible						
	1	2	3	4	5	6	7
Connaissances du VIH et la perception du risque							
Bonne connaissance du VIH (prévention, ses modes de transmissions, et son traitement)					X	X	
Fausse idées sur le VIH			X				X
Importance de l'adoption de comportements pour éviter la transmission du VIH			X	X	X	X	
Perception risque par rapport au non-utilisation des services sur leur santé			X	X	X	X	X
Incompréhension de la PTME			X				
Importance de l'utilisation des services VIH							
Services VIH pour adultes pour une bonne santé			X	X	X	X	X
Dépistage précoce des enfants			X		X		



Motivations à utiliser les services VIH							
Personnelle (désir d'être en bonne santé)			X	X	X	X	X
Familial et social			X			X	X
Professionnelle					X		



4. Appréciation des services

	Cible						
	1	2	3	4	5	6	7
Compétences et moyens des prestataires							
Bonne appréciation des compétences	X	X					
Besoins en renforcement de capacités	X	X					
Défauts de moyens (financiers et matériels)		X					
Appréciation des services et du dispositif POC							
Accueil et accompagnement psychosocial	X	X	X	X	X	X	X
Confidentialité	X	X	X	X	X	X	X
Efficacité du traitement	X	X	X	X	X	X	X
Appréciation de l'utilité du dispositif POC	X						
Type et qualité des échanges entre les prestataires et les bénéficiaires							
Qualité des échanges caractérisé par la convivialité, soutien et complicité	X	X	X	X	X	X	X

5. Facteurs favorisant l'utilisation des services VIH et la rétention des bénéficiaires

	Cible						
	1	2	3	4	5	6	7
En rapport avec les bénéficiaires							
L'importance de l'utilisation des services			X	X	X	X	X
La motivation	X	X	X	X	X	X	X



L'appréciation des services en rapport avec l'accueil, le type et qualité des échanges entre les prestataires et les bénéficiaires	X	X	X	X	X	X	X
Soutien morale et financière de la famille et des réseaux sociaux		X	X	X	X	X	X
En rapport avec l'offre de service							
Qualité de l'offre de service et efficacité du traitement	X	X	X	X	X	X	X
Relation entre les bénéficiaires avec les prestataires	X	X	X	X	X	X	X
Discrétion et confidentialité dans l'offre de service	X	X	X	X	X	X	X
Gratuité des médicaments	X	X		X		X	
Accompagnement des agents communautaires	X	X	X	X	X	X	

6. Obstacles à l'utilisation des services VIH et la rétention des bénéficiaires

	Cible							
	1	2	3	4	5	6	7	
En rapport avec les bénéficiaires								
Crainte de divulgation du statut sérologique et les conséquences négatives	X	X	X	X	X	X	X	
Stigmatisation perçue ou réelle		X			X	X		
En rapport avec l'offre de service								
Horaires de prestation non-adapté						X	X	
Services non adapté aux groupes vulnérables (ex. handicapés)		X						
Manque de sécurité et discrétion dans es PPS			X	X	X	X	X	
Défis d'accessibilité financière et géographique					Zone			
					1	2	3	4
Distance entre les lieux d'habitations et les PPS, un, les					X		X	X



Système de transport publique inadéquat	X	X	X	X
Frais de transports élevés	X	X	X	X
Manque de moyens pour alimentation adéquate	X		X	X

7. Stratégies utilisés par les prestataires et agents de santé Communautaire pour motiver les bénéficiaires à utiliser les services VIH

	Cible						
	1	2	3	4	5	6	7
Counseling	X						
VAD et livraisons des médicaments	X	X					
Approche personnalisé à l'accompagnement	X	X					

8. Les attentes des bénéficiaires d'un PPS

	Cible						
	1	2	3	4	5	6	7
Un cadre plus propre et accueillant			X	X	X	X	
Une prestation rapide et ponctuels			X	X	X	X	X
Maximum discrétion et respect de la confidentialité			X	X	X	X	X
Une disponibilité des médicaments et intrants				X	X	X	

9. Accès à l'information et besoins en termes de communication

a. Besoins en communication à l'endroit des prestataires

	Cible
--	--------------



	1	2	3	4	5	6	7
Formats et canaux							
Boîtes à images (pour counseling, groupes de paroles, causeries etc.)		X					
Support des counseling (affiches)	X	X					
Formations	X	X					
Contenu							
VIH (pour la prévention Transmission)	X	X					
Prise de médicaments et le suivi des TARV	X	X					
PEC IST	X						
PEC VIH	X						
Langues : Français, Wolof							

b. Besoins en communication à l'endroit des bénéficiaires

	Cible						
	1	2	3	4	5	6	7
Formats et canaux							
Communication interpersonnelles (causeries, entretiens individuels, et VAD)					X	X	
Affiches illustratifs			X	X	X	X	X
Prestataires/PPS			X	X	X	X	X
Agents communautaire			X			X	
Familles et réseau social					X	X	X
École							X



Télévision			X	X	X	X	X
Radio			X	X	X	X	X
Internet						X	
WhatsApp						X	
SMS Infos Orange					X		
Numéros verts				X			
Contenu							
VIH (pour la prévention Transmission)			X	X	X	X	X
Prise de médicaments et le suivi des TARV			X	X	X	X	X
Importance de l'utilisation des services VIH			X	X	X	X	X
Importance de l'utilisation des services PTME			X	X	X		
Cancer du sein			X	X	X		X
Cancer du col de l'utérus			X	X	X		X
Diabète					X		
Tuberculose				X	X	X	
Paludisme			X				
Thématiques de santé (générales)			X	X	X	X	X
Communication axé sur le counseling			X	X		X	X
Langues : Français, Wolof, Mandingue, Peul, Diola, Sereer							

10. Autres recommandations des participants