Published in final edited form as:

Med Sante Trop. 2014 ; 24(1): 73–79. doi:10.1684/mst.2014.0298.

Les campagnes de dépistage du VIH, une stratégie efficace pour l'accès universel à la prévention et au traitement ? L'expérience du Burkina Faso

[Campaigns for HIV testing, an effective strategy for universal access to prevention and treatment? The experience of Burkina Faso]

J.F. Somé¹, A. Desclaux², O. Ky-Zerbo³, M. Lougué³, S. Kéré³, C. Obermeyer⁴, and F. Simaga⁵

¹Programme d'appui au monde associatif et communautaire (Pamac)/Programme d'appui aux organisations de la société civile impliquées dans la riposte contre le sida au Togo (Pasci). 01 BP 2753 Lomé 01, Togo

²IRD, Transvihmi UMI 233, BP 1386, Dakar, Sénégal

³Programme d'appui au monde associatif et communautaire, 11 BP CMS 1023 Ouagadougou, Burkina Faso

⁴Director, Center for Research on Population and Health, Faculty of Health Sciences, American University of Beirut

⁵Programme d'appui au monde associatif et communautaire/UNAIDS, 20 Avenue Appia, CH-1211 Geneva 27, Suisse

Résumé

Objectifs—l'augmentation du taux de personnes qui connaissent leur statut VIH est un impératif, notamment en Afrique subsaharienne, ce qui impose d'évaluer les stratégies utilisées pour accroître la fréquentation des services de dépistage. Cet article vise à faire le bilan de la pertinence, de la faisabilité et de l'efficacité des campagnes nationales de dépistage menées entre 2006 et 2010 au Burkina Faso.

Méthodologie—une analyse de toutes les données de fréquentation du conseil dépistage sur cette période a été faite, couplée à des entretiens avec les principaux acteurs intervenant dans le dépistage.

Résultats—les résultats montrent que les huit campagnes de dépistage organisées sur la période ont permis à 487 727 personnes de faire leur test VIH. Ce nombre représente 50 % du nombre total de personnes ayant fait leur test et contribue à hauteur de 24,6 % au dépistage des personnes

séropositives identifiées au cours de cette période. Les campagnes ont touché des populations difficiles à atteindre (en particulier les jeunes), à un coût moindre.

Conclusions—cette stratégie est donc pertinente pour identifier les personnes VIH⁺. Son intérêt pour la prévention, important selon les soignants et au vu des populations jeunes qui y participent, devrait être mesuré par des études complémentaires. Les campagnes sont efficaces et coût-efficaces même dans un pays de niveau de prévalence faible. Ces résultats soulignent l'intérêt de la synergie entre les associations et les services de santé dans l'offre de services de conseil et dépistage.

Abstract

Increasing the rate of people who know their HIV status is imperative, particularly in sub Saharan Africa, and this requires an assessment of strategies for increasing the utilization of testing services. This article discusses the relevance, feasibility, and effectiveness of national screening campaigns conducted between 2006 and 2010 in Burkina Faso.

An analysis of all data regarding testing uptake from 2006 to 2010 was conducted, along with interviews of key participants in the process.

The results show that the 8 screening campaigns led to HIV testing of 487,727 people, that is, 50% of the total number of people tested and 24.6 % of HIV+ people diagnosed during this period. Campaigns succeeded in testing populations that are difficult to reach (especially young people), at a low cost.

This strategy is relevant and useful for identifying HIV+ people. Its utility for HIV prevention campaigns requires further study. Campaigns are effective and cost-effective even in this country with a low disease prevalence. These results underline the importance of the synergy between community-based organizations and health services in the provision of counseling and testing.

Keywords

conseil dépistage VIH; campagne; accès universel; Burkina Faso

Keywords

HIV counseling and testing; campaigns; universal access; Burkina Faso

Très tôt, le conseil dépistage a été reconnu comme la porte d'accès aux services de prévention et de prise en charge du sida [1]. Des normes et des politiques définies au niveau international ont été adoptées par les pays et adaptées à leurs contextes pour promouvoir, réglementer et assurer un meilleur suivi du développement des services de conseil dépistage [2]. Alors que seulement 10 % des adultes en Afrique subsaharienne étaient informés de leur statut VIH [3], l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et le programme commun des Nations unies sur le VIH/sida (Onusida) ont proposé en 2007 des méthodes plus actives pour améliorer l'accès au dépistage, d'une part en renforçant le rôle des prestataires dans les services de soins et d'autre part en développant les interventions dans la communauté [4]. Cette vision prônant un accès universel apparaît comme un défi difficile à relever dans les pays pauvres. Comment passer d'une offre de dépistage quasi inexistante au début des

années deux mille à une accessibilité du test de dépistage et du conseil pour 80 % des services de santé, qui figure dans les objectifs de la plupart des plans nationaux ?

De plus, les nouvelles stratégies de « traitement comme prévention » élaborées au cours des deux dernières années imposent un dépistage précoce de l'infection [5], car l'objectif « Zéro transmission » avancé par Onusida ne pourra être atteint qu'en traitant les personnes avant qu'elles soient symptomatiques et en atteignant tous les couples sérodifférents [6]. Ceci impose d'encourager la demande communautaire pour le dépistage et le conseil, en plus d'améliorer l'accès aux services [5, 7]. Les stratégies doivent être acceptables pour les populations, ce qui soulève la question des spécificités culturelles : des stratégies largement pratiquées en Afrique australe, telles que le test à domicile [8], n'ont pas été adoptées en Afrique de l'Ouest. Enfin, les stratégies adressées à la population générale soulèvent des questions d'opportunité lorsque le taux de prévalence du VIH est peu élevé : il pourrait alors être pertinent de ne mener que des actions ciblées.

L'efficacité des campagnes nationales a été suffisamment prouvée sur le plan international pour que l'OMS en recommande le principe [5]. Néanmoins, il est urgent d'évaluer en contexte les campagnes qui ont été menées jusqu'à présent, en prenant en compte leur faisabilité, l'accessibilité et l'acceptabilité de l'offre de services, et en considérant leur coût [5]. Ces informations manquent particulièrement à propos des campagnes de dépistage, dont la revue de la littérature montre qu'elles n'ont pas encore été documentées pour les pays francophones d'Afrique de l'Ouest, où les données disponibles au niveau national sont très limitées.

L'objectif de cet article est de contribuer à l'évaluation des stratégies de dépistage en analysant l'expérience du Burkina Faso.

Contexte, matériel et méthodes

Contexte : les campagnes dans l'histoire du conseil dépistage volontaire au Burkina Faso

La pratique du conseil dépistage volontaire de l'infection à VIH a été introduite au Burkina Faso en 1994 et a longtemps été assurée exclusivement par des associations de lutte contre le sida. Après l'expérience de quelques associations à Ouagadougou et Bobo-Dioulasso, les deux principales villes du pays, les activités ont pris de l'ampleur en 2001, avec l'ouverture du premier centre de dépistage au sein d'une structure sanitaire publique. Le nombre des sites de dépistage s'est accru, pour atteindre 116 en 2006, avec deux caractéristiques majeures :

- une forte concentration dans les deux principales villes du pays,
- une prédominance du modèle de centre de dépistage intégré dans les formations sanitaires (70 %) [9].

En 2007, le ministère de la Santé lançait son plan d'accès universel en matière de conseil-dépistage, privilégiant l'extension de l'offre dans les formations sanitaires. L'activité de conseil-dépistage est cependant restée dominée par les associations de lutte contre le sida qui, bien que représentant 30 % des centres, assuraient le dépistage de 92 % des personnes testées en 2007 [10] ; les sites des formations sanitaires pratiquent les tests plutôt dans un

contexte de diagnostic. Pour ce pays de 17 millions d'habitants [11], qui vivent majoritairement en zone rurale et où la prévalence du VIH est estimée à 1,6 % [12], il était évident que l'accès universel ne serait pas obtenu par la simple extension des services ; de nouvelles stratégies devaient être utilisées. L'organisation de campagnes nationales de conseil dépistage du VIH a été proposée par le Programme d'appui au monde associatif et communautaire (Pamac). Cette stratégie est complémentaire aux deux stratégies utilisées dans le dispositif communautaire : la stratégie fixe (le test est réalisé dans le centre de CDV), et la stratégie mobile (une équipe mobile disposant de moyens techniques pour réaliser le test va dans les populations en zone rurale, ou dans des groupes sociaux particuliers).

Matériel et méthodes

Une collecte exhaustive des informations concernant les activités de conseil dépistage a été menée pour toutes les stratégies sur le plan national entre 2006 et 2010 dans le cadre du suivi-évaluation du programme. Dans le cadre de cette étude, tous les rapports annuels de dépistage, les évaluations, et les comptes rendus des réunions sur le dépistage ont été exploités [13–18].

De plus, des données propres aux campagnes de dépistage recueillies en 2009–2010 au travers d'un dispositif spécial de collecte des données, saisies sur Access, ont fait l'objet d'analyses spécifiques pour cet article. Ces données concernent la tranche d'âge, le sexe, les motivations pour le dépistage et le statut de chaque personne testée. La pratique du test étant anonyme, il n'était pas possible de repérer les personnes retestées et un individu testé plusieurs fois est compté plusieurs fois dans les données. Le terme « personne testée » est utilisé dans cet article pour rendre visible cette précision.

D'autre part, des entretiens ont été réalisés avec des responsables de campagnes et des personnels du programme d'appui pour préciser leurs perceptions des difficultés et des avantages. Seules les données quantitatives sont analysées ici, les données qualitatives n'étant mentionnées que pour expliquer les résultats.

L'efficacité globale des campagnes a été mesurée au travers du nombre de tests réalisés, qui reflète simultanément l'augmentation de la demande, l'accessibilité et l'acceptabilité de l'offre de services ; leur efficacité spécifique correspond à leur capacité à concerner les populations cibles ; enfin, nous discuterons le rapport coût-efficacité, relativement aux autres stratégies. La comparaison se fera entre les résultats obtenus lors des campagnes et ceux obtenus dans les sites fixes ou dans l'ensemble des stratégies.

Résultats

La stratégie en pratique

Depuis 2003, les campagnes de dépistage sont organisées tous les ans à l'occasion de la Journée mondiale de lutte contre le sida (JMS). Huit campagnes de dépistage ont été organisées entre 2006 et 2010 (deux campagnes en 2006, 2008 et 2009). Plusieurs populations vulnérables et spécifiques ont été choisies comme cibles lors des campagnes : les jeunes scolaires et universitaires, les populations des sites d'orpaillage, les travailleurs du

secteur minier, les professionnelles du sexe, les commerçants, les routiers et, à partir de 2009, les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HSH).

Ces campagnes sont sous l'égide du SP/CNLS-IST et impliquent une coordination nationale, qui rassemble les ministères et les partenaires, et des comités régionaux qui doivent, avec les centres de dépistage, définir les objectifs et programmer les moyens à utiliser (nombre de tests, stratégies globales et spécifiques pour les populations cibles, moyens en personnels, communication), assurer la réalisation, puis documenter les activités réalisées (par la collecte et la transmission des données). La réalisation des campagnes nécessite l'implication de personnes formées et disponibles, qui sont le plus souvent des volontaires issus des associations et secondairement des agents de santé. Pendant les dix jours de la campagne, ces personnes reçoivent une indemnité pour les repas (les services sont continus du matin au soir) et les déplacements en dehors de leurs localités.

Les résultats obtenus en termes de dépistage

Nombre et profil des personnes testées—Au total, 487 727 « personnes testées » l'ont été entre 2006 et 2010 grâce aux campagnes de dépistage. Sur l'ensemble des résultats des campagnes, 34,4 % des personnes testées sont issues de populations identifiées comme spécifiques : 44,5 % d'entre elles sont des élèves/étudiants, 23 % des travailleurs du secteur minier, 22,3 % des professionnelles du sexe, 6,7 % des commerçants, 3,1 % des routiers et 0,3 % des HSH (tableau 1).

Répartitions par sexe et âge des personnes testées—La répartition par sexe en 2009–2010 indique que 52 % des personnes testées lors des campagnes sont des femmes. Pour la même période, davantage de femmes sont testées dans les sites fixes (57 %) et les femmes sont en nombre équivalent aux hommes dans les stratégies mobiles. Sur l'ensemble des stratégies, les femmes sont significativement plus nombreuses parmi les personnes testées (53 %) ($P < 0,001$) (tableau 2).

La répartition par âge montre que les jeunes de 15–24 ans sont en proportions plus importantes pendant les campagnes (49 %) que dans les sites fixes (35 %) ou dans les stratégies mobiles (38 %). Les campagnes touchent significativement plus de jeunes de 15–24 ans que les autres stratégies ($P < 0,001$) (tableau 3).

Contribution des campagnes en termes de nombre de personnes testées—L'analyse des données toutes stratégies confondues montre que de 2006 à 2010, les trois stratégies (fixe, mobile, et campagnes) ont permis d'offrir le dépistage à 973 883 personnes testées. Le tableau 4 montre que la proportion des personnes testées pendant les campagnes par rapport au nombre total de personnes testées varie selon les années : entre 65,8 % en 2006 et 38,7 % en 2010. Les personnes testées lors des campagnes représentent 50 % de l'ensemble des personnes testées entre 2006 et 2010.

Les résultats obtenus en termes d'identification des personnes VIH⁺

Nombre de personnes testées dépistées séropositives—Le nombre de personnes testées séropositives pendant les campagnes sur la période de 2006 à 2010 est de 8 943. Le

tableau 5 présente la répartition des personnes testées dépistées VIH⁺ par année et selon que le dépistage a eu lieu pendant ou en dehors des campagnes.

Les campagnes de dépistage ont contribué à hauteur de 24,6 % au dépistage de l'ensemble des personnes testées séropositives sur la période de cinq ans. Selon le tableau 6, parmi les personnes testées séropositives, celles de 15–24 ans étaient significativement plus nombreuses lors des campagnes (21,2 %) que dans les sites fixes (11 %) et dans les sites mobiles (19 %) avec une différence statistiquement significative ($P < 0,001$)

Les résultats en termes de coût

Entre 2006 et 2010, les budgets des campagnes ont représenté entre 15 et 25 %, selon les années, des budgets consacrés aux activités de dépistage toutes stratégies confondues (tableau 7).

Le montant du coût par test de résultat positif, calculé en incluant les réactifs, les frais de fonctionnement et les défraiements des personnels est, en 2010, de 27 € soit un coût intermédiaire entre celui de la stratégie fixe dans un site de dépistage et conseil (18 €) et celui correspondant à la stratégie mobile (50 €).

Discussion

Limites de l'étude

Les données recueillies concernant les caractéristiques des personnes testées sont limitées à deux niveaux : le nombre des variables explorées est réduit, et les informations concernant les personnes sont recueillies à chaque test pratiqué, c'est-à-dire qu'une personne testée plusieurs fois apparaît plusieurs fois dans l'analyse des caractéristiques des personnes testées. La première limite est la conséquence des difficultés que pose le recueil des données au cours d'une activité de santé publique, réalisée sur l'ensemble du territoire dans des sites très divers. La seconde limite est usuelle dans ce type d'étude, et est liée notamment aux précautions éthiques d'anonymat en vigueur pour le VIH.

Intérêt de l'étude

Cette étude est la première à documenter l'expérience des campagnes nationales de dépistage au Burkina Faso, et la seule publiée à notre connaissance dans un pays francophone d'Afrique de l'Ouest. Ces résultats sont importants en l'absence de données publiées sur le dépistage au niveau national. Les évaluations de campagnes publiées concernent des pays de prévalence élevée, impliquant des moyens financiers importants et des stratégies différentes. Il y a peu d'éléments communs entre la campagne nationale de 2010–2011 en Afrique du Sud, la plus ambitieuse jusqu'à présent, visant 15 millions de personnes et qui a mobilisé de nombreux secteurs [5], celle menée au Kenya, à plus petite échelle, qui combinait le dépistage du VIH avec des interventions pour d'autres pathologies [19], et celles menées au Burkina Faso. Les résultats de cette étude permettent d'ouvrir la discussion sur la portée des campagnes dans un pays de prévalence faible, où l'accès géographique aux structures médicales, pour la réalisation d'un dépistage, présente des difficultés pour les populations à forte composante rurale.

La faisabilité de l'organisation des campagnes

Alors que dans d'autres pays les campagnes ont été gérées de manière verticale ou par une institution unique [19, 20], les responsables burkinabés ont préféré mettre en synergie différents acteurs de lutte contre le sida, à partir d'une initiative communautaire. En impliquant dans ce processus les associations, les organisations des groupes ciblés, les centres de prise en charge médicale et communautaire ainsi que les décideurs à tous les niveaux du système de santé, les campagnes menées au Burkina Faso ont constitué un champ expérimental de l'approche multisectorielle. La mise à disposition de ressources spécifiques a permis le ciblage des secteurs de l'éducation et des mines, et cela a révélé le rôle déterminant de ces ministères pour atteindre les populations concernées ; ceci a renforcé l'implication de ces institutions et favorisé leur participation, croissante au fil des années. Les principales difficultés rapportées concernent l'approvisionnement en intrants (tests et réactifs), qui a été insuffisant pour répondre à la demande, et l'absence d'estimations fiables des effectifs de certains groupes ciblés (professionnels du sexe, HSH, orpailleurs...) qui permettraient une meilleure planification des interventions.

L'efficacité des campagnes

Le recours des populations au conseil-dépistage et l'augmentation du nombre de personnes connaissant leur statut VIH—La durée de chaque campagne étant de dix jours ouvrables, on peut estimer qu'en seulement quatre-vingts jours, les huit campagnes ont permis le dépistage d'autant de personnes que les autres méthodes sur cinq années. De même, plusieurs campagnes organisées dans la sous-région (Guinée Bissau, Niger, Cameroun, Bénin, Togo), selon un mode d'organisation similaire, ont permis d'obtenir en cinq à dix jours l'équivalent de plusieurs mois de travail des centres de dépistage de référence. Les variations d'une année à l'autre, concernant le nombre de personnes dépistées lors des campagnes, sont essentiellement liées au montant des financements mobilisés pour chaque année. En 2006, 2008 et 2009, les financements obtenus ont permis d'organiser deux campagnes au cours de l'année : une campagne au cours de la JMS et une autre à des dates variables en fonction du type de population ciblée. La fréquentation élevée des sites de dépistage montre que les campagnes permettent de limiter l'effet des obstacles habituels tels que le coût des transports, la stigmatisation ou la perception de ne pas être concerné [19] ; de plus, elle reflète l'impact de la gratuité totale du test, et un effet « d'entraînement » que décrivent les acteurs interviewés, ce qui a également été attesté par une enquête quantitative et qualitative auprès des consultants [21].

Le ciblage des populations les plus à risque—Un des avantages de la stratégie de campagne est que l'on peut cibler une ou plusieurs catégories de populations selon des critères précis, et adapter l'approche en conséquence. Au Burkina Faso, les campagnes ont d'abord été conçues pour faire la promotion du dépistage, sans ciblage particulier, afin d'accroître la prise de conscience de la nécessité pour chacun de connaître son statut sérologique. Ceci explique sans doute que le nombre de personnes testées séropositives (24,6 %) ait été plus faible que dans les autres stratégies de dépistage. Il est difficile d'évaluer la performance spécifique des campagnes en termes de dépistage des personnes des populations cibles, car les centres fixes les dépistent aussi, mais sans qu'il soit possible de le documenter. Enfin, il convient de préciser que les sites fixes restent utilisés pour des

tests de diagnostic, quand les structures sanitaires sont en ruptures de réactifs ou d'intrants, ce qui a pour conséquence des taux de séropositivité élevés pour ces sites, qui reflètent non seulement l'activité de dépistage mais aussi celle des tests réalisés sur prescription diagnostique. Les campagnes semblent particulièrement efficaces pour dépister des jeunes de 15–24 ans séropositifs, qui y sont en proportion deux fois supérieure aux sites fixes.

Le retesting—L'attractivité des campagnes peut conduire des personnes à se faire dépister plusieurs fois (*retesting*, selon la terminologie OMS). Les données de cette étude ne permettent pas de préciser si le *retesting* est plus fréquent pendant les campagnes que dans les sites fixes. Néanmoins, l'étude Match, réalisée sur la base d'entretiens auprès de personnes testées dans divers sites au Burkina Faso, a montré que le taux de personnes qui effectuaient leur premier test était de 45,7 % dans les sites fixes et de 39,5 % pendant les campagnes [21]. Les recommandations internationales sont en faveur de la réalisation d'un test en cas d'exposition au risque, et le taux de *retesting* n'est pas, pour l'OMS, un critère péjoratif dans l'évaluation des stratégies [6]. D'autre part, l'étude a été menée alors que les recommandations nationales suggéraient la pratique d'un deuxième test au bout de trois mois pour tenir compte de la fenêtre de séroconversion. Ces « tests de confirmation », diversement prescrits par les conseillers et agents de santé, pourraient expliquer une partie des pratiques de *retesting*.

La fréquentation des jeunes et son évaluation—Les campagnes dépistent deux fois moins de personnes testées séropositives que les autres stratégies ; la population testée est aussi plus jeune, et les élèves et étudiants représentent une part importante des personnes testées (15 %). Des études complémentaires seraient nécessaires pour comprendre le rôle que jouent les enseignants à ce propos, et ce qui motive particulièrement les jeunes pendant les campagnes. Pour cette population, particulièrement, on peut penser que l'efficacité des dispositifs de dépistage ne se réduit pas à la seule identification des personnes séropositives : le conseil et le dépistage qui accompagnent sont aussi des interventions utiles pour la prévention [1, 2]. Le conseil individuel permet de personnaliser les messages, et la pratique d'un test, avec sa période d'incertitude, a une dimension pédagogique documentée. La valeur informative et préventive que le dépistage et le conseil réalisés au début de leur vie sexuelle représentent pour les jeunes apparaît importante aux acteurs interrogés. Des études complémentaires utilisant des outils adaptés (par exemple des entretiens menés auprès des jeunes) seraient nécessaires pour appréhender l'efficacité des campagnes en termes de prévention.

Le rapport entre coût et efficacité

Les campagnes ont dépisté 50 % de l'ensemble des personnes testées en 2006–2010, en consommant au maximum 25 % des budgets annuels de dépistage. Le coût unitaire des tests dépistés positifs (en prenant en compte les intrants et les frais d'organisation et de fonctionnement) est légèrement supérieur au coût moyen pour l'ensemble des stratégies.

L'inscription dans le système de soins

Les campagnes ne fragilisent pas les centres de dépistage : à l'inverse, les sites connaissent une affluence qui perdure après la fin des campagnes. Néanmoins, le dépistage d'un nombre

important de personnes séropositives « éparpillées » sur l'ensemble du territoire semble poser un problème de suivi sur le plan national. L'implication des services de prise en charge dès le début de l'organisation permet d'offrir une possibilité de recours au système de soins au niveau local pour les personnes dépistées séropositives. Cependant, il est difficile d'évaluer l'efficacité de la référence et de vérifier la continuité des soins, notamment lorsque des personnes nouvellement dépistées s'adressent au secteur privé. Pour être optimales, les campagnes nécessiteraient de meilleures performances des instances nationales en termes de planification en santé publique, surtout concernant les estimations des effectifs des populations cibles et l'approvisionnement en intrants.

Conclusion et recommandations

L'expérience du Burkina Faso montre que les campagnes de dépistage sont faisables, sous condition de moyens financiers et d'une bonne collaboration entre acteurs. Elles sont bien acceptées par diverses populations, et contribuent pour une part importante à l'offre de dépistage puisqu'elles dépistent la moitié des personnes et identifient le quart des personnes dépistées séropositives sur plan national. Elles sont également coût-efficaces puisqu'elles ne représentent qu'au maximum 25 % des budgets consacrés aux activités de dépistage. De plus, elles permettent d'accroître la prise de conscience et d'améliorer l'accès au dépistage de la population générale ou de mieux cibler et atteindre des populations clés. Ces résultats performants sont cependant conditionnés par un mode d'organisation rigoureux du processus de campagne, qui n'a pu être obtenu au Burkina Faso que par une synergie entre acteurs de la lutte contre le sida et un soutien organisationnel et financier. L'efficacité des campagnes pourrait être accrue par la combinaison d'objectifs concernant d'autres pathologies, comme dans des pays d'Afrique australe. Les autorités auront la charge de mobiliser des ressources nécessaires pour leur organisation à l'échelle nationale.

Références

1. WHO. Global Programme on AIDS. Geneva: World Health Organization; 1995. Counselling for HIV/AIDS: A key to caring. WHO/GPA/TCO/HCS/95.15
2. WHO/AFRO. Generic document for the elaboration of National VCT Guidelines. Sep. 2003 Regional HIV/AIDS Voluntary Counseling and Testing (VCT) Guideline; p. 73
3. OMS/Onusida/Unicef. Rapport de situation. 2008. Vers un accès universel. Etendre les interventions prioritaires liées au VIH/sida dans le secteur de la santé; p. 144
4. WHO/UNAIDS. Guidance on provider-initiated HIV testing and counselling in health facilities. Geneva: World Health Organization; 2007.
5. WHO/UNAIDS/Unicef. Progress Report. 2011. Global HIV/AIDS response. Epidemic update and health sector progress towards Universal Access.
6. WHO. Recommendations for a public health approach. Geneva: World Health Organization; 2012. Guidance on Couples HIV Testing and Counselling including Antiretroviral Therapy for Treatment and Prevention in Serodiscordant Couples.
7. Denison JA, O'Reilly KR, Schmid GP, Kennedy CE, Sweat MD. HIV voluntary counseling and testing and behavioral risk reduction in developing countries: a meta-analysis, 1990–2005. *AIDS Behav.* 2008; 12 :363–73. [PubMed: 18161018]
8. Were W, Mermin J, Bunnell R, Ekwaru JP, Kaharuzza F. Home-based model for HIV voluntary counselling and testing. *Lancet.* 2003; 361 :1569. [PubMed: 12737909]
9. Pamac, SP/CNLS, synthèse des données globales 2006 sur le conseil dépistage volontaire du VIH au Burkina Faso, janvier 2007.

10. Ky-Zerbo, O.; Somé, J-F.; Simaga, F.; Kéré, S.; Conombo, G.; Obermeyer, C. Le conseil et le test du VIH (CTV) au Burkina Faso : évolution de la politique, des stratégies et des résultats, 1994–2006. In: Kouanda, S.; Desclaux, A.; Bila, B., editors. Sida, santé publique et sciences sociales 20 ans d'épidémie et de recherche au Burkina Ouagadougou. Vol. S1. Science et technique/Sciences de la santé; 2008. p. 33-40.
11. PNUD. Annexe statistique. New York: Rapport mondial sur le Développement Humain 2011. Durabilité et équité : Un meilleur avenir pour tous; p. 195
12. Conseil National de Lutte contre le Sida et les IST du Burkina Faso, ONUSIDA. Rapport UNGASS 2010 du Burkina Faso. 2010.
13. SP/CNLS-IST, Pamac. Ouagadougou. Rapport d'activités 2006 du Pamac; p. 122
14. SP/CNLS-IST, Pamac. Ouagadougou. Rapport d'activités général : programme d'appui au monde associatif et communautaire 2007; p. 148
15. SP/CNLS-IST, Pamac. Ouagadougou. Rapport annuel d'activités : programme d'appui au monde associatif et communautaire 2008; p. 106
16. SP/CNLS-IST, Pamac. Ouagadougou. Rapport annuel d'activités : programme d'appui au monde associatif et communautaire 2009; p. 122
17. SP/CNLS-IST, Pamac. Ouagadougou. Rapport annuel d'activités : programme d'appui au monde associatif et communautaire 2010; p. 77
18. SP/CNLS-IST, Pamac. Ouagadougou. Évaluation finale du Pamac (2006–2010); p. 58
19. Lugada E, Millar D, Haskew J, et al. Rapid Implementation of an Integrated Large-Scale HIV Counseling and Testing, Malaria, and Diarrhea Prevention Campaign in Rural Kenya. PLoS ONE. 2010; 5 :e12435. [PubMed: 20865049]
20. Marum E, Morgan G, Hightower A, Ngare C, Taegtmeier M. Using mass media campaigns to promote voluntary counseling and HIV-testing services in Kenya. AIDS. 2008; 22:2019–2024. Consulté mars 28, 2012. [PubMed: 18784464]
21. Programme d'appui au monde associatif et communautaire (Pamac). Étude des motivations et des obstacles à la pratique du conseil et du test VIH au Burkina Faso. Rapport de l'étude MATCH; octobre 2012; 2012.

Tableau 1

Nombre de personnes testées et profil des populations lors des campagnes par année (2006–2010)

Années	Population générale testée lors des campagnes	Populations spécifiques testées lors des campagnes	Total
Année 2006	62 488 (51,6 %)	58 702 (48,4%)	121 190
Année 2007	47 589 (86,8%)	7 228 (13,2%)	54 817
Année 2008	63 809 (64,5%)	35 058 (35,5%)	98 867
Année 2009	88 107 (60,4%)	57 827 (39, 6%)	145 934
Année 2010	57 835 (86,3%)	9 084 (13,7%)	66 919
Total	319 828 (65,6 %)	167 899 (34,4 %)	487 727

Tableau 2

Répartition des personnes testées par sexe et par stratégie (2009–2010)

Stratégie de dépistage	Femmes	Hommes	Total	Test de Chi-carré
Stratégie fixe	78 773 (56,5 %)	60 595 (43,5 %)	139 368	P < 0,001
Stratégies mobiles	46 884 (49,6 %)	47 653 (50,4 %)	94 537	
Campagnes	111 311 (52,3 %)	101 542 (47,7 %)	212 853	
Total	236 968 (53 %)	209 790 (47 %)	446 758	

Tableau 3

Répartition des personnes testées par âge et par stratégie (2009–2010)

Stratégies de dépistage	Moins de 15 ans	15–24 ans	25 ans et plus	Total	Test de Chi-carré
Stratégie fixe	4 342 (3,1 %)	48 303 (34,6 %)	86 723 (62,2 %)	139 368	P < 0,001
Stratégies mobiles	5 992 (6,3 %)	35 741 (37,8 %)	52 804 (55,8 %)	94 537	
Campagnes	5 415 (2,5 %)	104 777 (49,3 %)	102 661 (48,2 %)	212 853	
Total	15 749 (3,5 %)	188 821 (42,3%)	242 188 (54,2%)	446 758	

Tableau 4

Nombre de personnes testées au total et pendant les campagnes (2006 à 2010)

Années	Nombre total de personnes testées	Nombre de personnes testées lors des campagnes	Test de Chi-carré
Année 2006	184 240	121 190 (65,8%)	P < 0,001
Année 2007	141 065	54 817 (38,8%)	
Année 2008	201 820	98 867 (49%)	
Année 2009	274 034	145 934 (53,2%)	
Année 2010	172 724	66 919 (38,7%)	
Total	973 883	487 727 (50,1 %)	

Tableau 5

Contribution des campagnes à l'identification de personnes séropositives, 2006–2010

Années	Nombre total de personnes dépistées séropositives	Nombre de séropositifs pendant les campagnes	Contribution des campagnes au dépistage des personnes séropositives
2006	7 638	2 516	32,9 %
2007	7 664	1 451	18,9 %
2008	7 174	1 866	26 %
2009	7 848	2 247	28,6 %
2010	6 051	863	14,3 %
Total	36 375	8 943	24,6 %

Tableau 6

Répartition des résultats positifs par tranche d'âge et par stratégie en 2009–2010

	Adultes	15–24 ans	Moins de 15 ans	Total	Test de Chi 2
Stratégie fixe	8 307 (85 %)	1 096 (11 %)	339 (3 %)	9 742	P < 0,001
stratégie mobile	811 (77,5 %)	200 (19,1 %)	36 (3,4 %)	1 047	
campagnes	2 409(77,5%)	660 (21,2%)	41 (1,3%)	3 110	
Total	11 527 (82,9 %)	1 956 (14,1 %)	416 (3 %)	13 899	

Tableau 7

Coût unitaire du test positif en 2010 selon la stratégie (Euros)

Stratégie	Coût du kit	Coût de mise en œuvre	Total	Nb tests VIH ⁺	Coût par test VIH ⁺
Fixe	125 815	324 076	449 891	24 410	18
Mobile	57 582	92 769	150 531	3 022	50
Campagne	115 994	116 756	232 750	8 710	27
Total	299 390	533 601	832 992	36 150	23