



Article Original

Faisabilité de la Démédicalisation du Diagnostic du VIH au Cameroun : Expérimentation de l'Autotest du VIH dans les « Populations Clés »

Feasibility of demedicalization of HIV diagnosis in Cameroon: experimentation with HIV self-test in "key populations"

Billong SC¹, Eyebe S¹, Mossus T¹, Njindam Mfochive I^{2,3}, Tamoufe U^{2,3}, Fako G^{2,3}, Baral S³, Zoung-Kanyi AC¹, Kamgno J¹

RÉSUMÉ

Introduction. Avec environ 94% des personnes vivant avec le VIH qui connaissent leur statut, le Cameroun a globalement un succès dans le dépistage. Toutefois les données programmatiques montrent que certaines cibles sont mal couvertes par cette intervention. L'auto-dépistage est une stratégie recommandée par l'OMS pour atteindre les populations difficiles d'accès. Ainsi, notre étude a exploré à Yaoundé l'acceptabilité, le profil des participants acceptant l'autotest et les motivations liées à son usage. **Matériels et méthodes.** Il s'agit d'une étude transversale et descriptive menée du 27 janvier au 31 mars 2018 en deux phases chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) et les travailleuses de sexe (TS). La première phase était la distribution des kits d'autotests et la deuxième a consisté en une évaluation post-test. **Résultats.** Au total, 601 HSH et 870 TS ont été approchés pour l'autotest, dont 549 (91,3%) HSH et 650 (74,7%) TS ont été jugés éligibles pour l'étude. L'adoption de l'autotest était de 90% (495/549) chez les HSH et 87% (568/650) chez les TS. Dans l'ensemble, 67 HSH (13,6%) et 108 (19,2%) TS avaient déjà été testés pour le VIH plus de 12 mois auparavant ou jamais. La raison la plus fréquemment évoquée pour prendre un autotest était le désir de connaître le statut VIH (HSH : 38% ; FSW : 26%). Seulement 3% des participants ont indiqué l'avantage lié à la confidentialité. **Conclusion.** L'auto dépistage du VIH a été accepté par les populations TS et HSH à Yaoundé. La raison principale était davantage la disponibilité dans ce milieu caché plutôt que la confidentialité.

ABSTRACT

Introduction. With about 94% of people living with HIV knowing their status, Cameroon has a great success rate in screening overall. However, programmatic data show that some population targets are poorly covered by this intervention. Self-screening is an alternative strategy recommended by the WHO to target hard-to-reach populations. In Yaoundé, this study explored the acceptability, the profile of participants accepting the HIV self-test and the motivations related to its use. **Methodology.** This was a cross-sectional and descriptive study conducted in Yaoundé from January 27 to March 31, 2018 in two main phases among Men Who Have Sex with Men (MSM) and sex workers (SWs): a phase of distribution of self-testing kits in the drop-in center and local distribution, and a phase of post-test evaluation. **Results.** A total of 601 MSMs and 870 SWs were recruited for self-testing, of which 549 (91.3%) MSMs and 650 (74.7%) SWs were considered eligible for the study. The uptake of self-testing was 90% (495/549) MSM and 87% (568/650) SW. Overall, 67 (13.6%) MSM and 108 (19.2%) SW had been tested for HIV more than 12 months previously or never before. The most frequently reported reason for taking a self-test was the desire to know HIV status (MSM: 38%; SW: 26%). Only 3% of participants mentioned the benefit of confidentiality. **Conclusion.** HIV self-testing has been accepted by the SW and MSM populations in Yaoundé. The main reason was more the convenience and availability in this often hidden environment rather than confidentiality.

1. Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales, Université de Yaoundé I, Yaoundé, Cameroun ;
2. Metabiota -Cameroun
3. Johns Hopkins University, CPHHR Baltimore USA

Auteur correspondant :

Dr Serge Clotaire Billong

Email : sergebillong@yahoo.fr

Tél. 677 12 11 64

BP. 15723 Yaoundé, Cameroun

Mots-clés : Démédicalisation – Diagnostic - VIH -Autotest – Cameroun

Keywords: Demedicalization - Diagnosis - HIV - Self-test - Cameroon

INTRODUCTION

La pandémie du VIH est déjà à sa 40^{ème} année et reste invaincue. On estime à 38 millions [31,6 millions–44,5 millions] le nombre de personnes vivant avec le VIH en 2019 dans le monde dont 1,7 millions [1,2 millions–2,2

millions] de personnes devenues nouvellement infectées par le VIH en 2019. [1]. Au Cameroun environ 500 000 personnes vivent avec le VIH. Le profil est celui d'une épidémie VIH mixte, à la fois généralisée, avec une prévalence dans la population générale estimée à 3,0 %

chez les 15-49 ans en 2020 et concentrée dans certaines populations, notamment celles considérées comme des populations-clés pour la riposte. Dans celles-ci, la prévalence du VIH se situe respectivement à 20,6% et 24,3% chez les hommes ayant des rapports avec les hommes (HSH) et chez les travailleuses de sexe (TS) [2]. Bien que la prévalence chez les adolescentes et jeunes femmes soit relativement basse, se situant à 0,8% chez les 15-19 et 2,4% chez les 20-24 ans [3], l'incidence du VIH la plus forte est en revanche observée dans cette sous-population. Celle-ci est 6 à 9 fois supérieure à celles des jeunes hommes de la même classe d'âge, et deux fois supérieure à celle de femmes plus âgées¹. [4]. En juillet 2014 à la 20^{ème} conférence de la lutte contre le VIH et sida, les gouvernements se sont engagés à atteindre les objectifs 90-90-90 [5]. Selon ces objectifs, à l'horizon 2020, 90% des personnes infectées par le VIH étaient prévu connaître leurs statuts, 90% de ces personnes infectées devraient être sous TARV et 90% des personnes sous TARV avoir une suppression virale. A l'échelle mondiale, il s'agissait donc d'intensifier l'accès au TARV en vue de diminuer de 35% les décès liés au sida. Et ceci passait inéluctablement par une intensification du dépistage du VIH. Selon les données programmatiques, le Cameroun a atteint et largement dépassé en 2020 la cible du premier « 90 » ; en effet on peut noter que 94% des personnes vivants avec le VIH (PvVIH) connaissaient leur statut sérologique au mois de juillet 2020. [6]. Ce résultat globalement excellent semble pourtant cacher de grandes disparités territoriales et populationnelles. En effet on remarque que certains groupes populationnels sont mal desservis. Notamment les personnes dont les comportements sexuels (HSH, TS) ou celles dont les attitudes (consommations de drogues) sont en désaccords avec la loi. Il en est de même des autres populations difficiles à atteindre par les programmes classiques comme les conjoints des femmes enceintes, les hommes en tenue mobilisés pour des interventions de longue durée, les populations en situation particulière telles que les pêcheurs etc. Pour ces populations l'autotest du VIH serait, selon l'OMS [7], une stratégie pertinente pour améliorer la connaissance du statut sérologique. À ce jour, aucune étude réalisée localement et publiée ne permet d'éclairer dans le milieu camerounais cette orientation stratégique de l'OMS. Il nous a ainsi paru pertinent d'étudier l'auto dépistage du VIH au sein des populations dites clés de la riposte contre le VIH. L'objectif de l'étude était d'évaluer à Yaoundé l'acceptabilité de l'autotest, le profil des participants acceptant l'autotest et les motivations liées à son usage. Ceci pour envisager son introduction et son passage efficace à l'échelle dans la stratégie nationale de lutte contre le sida du Cameroun.

MATÉRIELS ET MÉTHODES

La présente étude prospective transversale et descriptive a été menée à Yaoundé entre le 27 janvier et le 31 mars 2018. La procédure a consisté en une phase de concertation avec les HSH et TS, qui comprenait des discussions de groupe, une phase de distribution de kits d'Autotests en centre d'accueil et en distribution de

proximité, suivi d'une phase d'évaluation post-test. Les participants à chaque phase ont été recrutés en collaboration avec deux organisations communautaires, Humanity First Cameroon et Horizons Femmes, fournissant respectivement des services aux HSH et TS à Yaoundé. Nous avons inclus dans l'étude, des personnes de 18 ans ou plus; celles dont le sexe biologique féminin avait été attribué à la naissance et déclaraient des rapports sexuels contre de l'argent comme principale source de revenus au cours des 12 derniers mois, ou celles de sexe masculin attribué à la naissance et déclarant avoir eu des relations sexuelles anales avec un autre homme au cours des 12 derniers mois. Nous avons exclu les personnes ayant une incapacité mentale ou toute autre maladie empêchant la compréhension des procédures de l'étude ou le consentement éclairé.

Phase de concertation

Un total de quatre Focus Group (FGD), deux avec les femmes TS et deux avec les HSH, ont été menés pour recueillir des informations permettant d'adapter l'approche de distribution de l'Autotest. Les participants ont été recrutés grâce aux recommandations des associations locales de TS et HSH. Ils ont été sélectionnés de manière raisonnée pour assurer une diversité d'expériences vécues (plus jeunes / plus âgés, différents types de lieux de travail du sexe fréquentés, différents quartiers, etc.). Les groupes de discussion ont été effectués par un guide de discussion et ont duré environ 1 à 2 heures. Les participants ont été informés que leurs contributions éclaireraient l'affinement de l'étude et la conception du recrutement des participants pour la distribution de l'autotest. Le personnel de l'étude a été formé aux méthodes de l'étude.

Phase de distribution de l'Autotest

Les kits d'autotest ont été distribués, par le réseau communautaire. Deux moyens de distributions ont été utilisés : une distribution directe par un agent de collecte des données assisté par un pair éducateur, et une distribution indirecte par les participants qui avaient émis le vœux de distribuer les kits dans leur réseau respectif. Ces deux moyens de distribution étaient appliqués en stratégie fixe dans les organisations à base communautaire et aussi stratégie avancée. Les centres fixes associatifs retenus étaient Horizons Femmes pour les TS et Humanity First Cameroon pour les HSH. La distribution effectuée dans le cadre des activités de sensibilisation contre le VIH a utilisé les programmes de sensibilisation et d'éducation par les pairs existants dans les lieux de travail du sexe, les points chauds et d'autres lieux communautaires où se rassemblent les populations clés. Ce moyen de distribution visait à cibler les membres de la population clé qui n'accèdent pas aux services de dépistage et de prévention du VIH existants. Dans chacun de ces contextes, les éducateurs pairs ont identifié, sensibilisé et référé les participants potentiels à des intervieweurs formés. Les enquêteurs ont sélectionné les participants potentiels pour l'admissibilité, obtenu le consentement éclairé, fourni des instructions sur l'utilisation de l'autotest avec des conseils optionnels pré-test et administré un court questionnaire. Les

participants avaient la possibilité de réaliser l'autotest sur place ou plus tard à leur convenance. Il a été recommandé à tous les participants, quel que soit le résultat, de demander un test de confirmation du VIH à un centre de dépistage agréé de son choix. Les participants qui avaient reporté un résultat réactif à l'autotest avaient été fortement encouragés à visiter un centre de dépistage agréé pour un test de confirmation et une prise en charge adéquate. La distribution en réseau a été lancée à partir des centres fixes associatifs retenus. Les participants atteints par ce biais ont reçu un kit d'autotest pour eux-mêmes et deux kits de test supplémentaires à distribuer au sein de leurs réseaux personnels. Les personnes touchées par le biais de la distribution en réseau ont reçu un kit d'autotest comprenant des instructions écrites, des informations sur le VIH et le dépistage, et une carte de référence pour un test de confirmation. Le test de confirmation du VIH pour tous les participants consistait en un double test rapide, conformément aux directives nationales.

Phase Post-test

Au total, 20 entretiens approfondis ont été réalisés avec des participants inscrits à l'étude (10 TS, 10 HSH) pour comprendre leurs expériences dans l'étude, y compris la clarté des instructions d'utilisation du kit d'autotest, la facilité d'utilisation et les obstacles.

Description des Kits d'autotest VIH utilisés

Les kits d'auto-test du VIH OraQuick, impliquant un écouvillon oral non invasif, ont été utilisés. OraQuick est fabriqué par Orasure Technologies, Inc (www.OraSure.com). Des études cliniques ont estimé que la sensibilité du test VIH à domicile OraQuick est de 92%, et la spécificité de 99,98%. [8]. Les kits d'autotest comprenaient des instructions écrites, étape par étape, sur l'utilisation correcte de l'autotest; un bâtonnet de test pour écouvillon oral et un tube avec une solution, des brochures d'information sur le VIH et le dépistage, des Informations générales sur le test, les numéros de téléphone pour plus d'informations et des cartes d'orientation vers une clinique de santé VIH pour un test de confirmation. Une autorisation éthique a été obtenue du Comité national d'éthique de la recherche en santé humaine au Cameroun.

RÉSULTATS

Acceptabilité de l'autotest

Au total 601 HSH et 870 TS ont été approchés pour l'autotest, dont 549 (91,3%) HSH et 650 (74,7%) TS ont été jugés éligibles pour l'étude. L'adoption de l'autotest était respectivement de 90% (495/549) et 87% (568/650) parmi ceux HSH et FSW qui ont été jugés éligibles, et globalement de 82% et 65% respectivement chez tous les HSH et FSW approchés. Concernant l'aisance de la manipulation, presque tous les participants ont trouvé les instructions proposées pour l'autotest faciles à suivre (95%). Plus de TS (89%) que de HSH (78%) se sentaient à l'aise pour faire le l'autotest. Une proportion similaire de HSH (92%) et de TS (95%) ont trouvé les kits d'autotests faciles à utiliser. La plupart (95%) des participants ont dit qu'ils recommanderaient l'autotest à

d'autres. Du suivi effectué, au total 495 HSH et 568 TS ont été enrôlés et ont reçu un autotest directement. À deux semaines de suivi, 875 (82%) participants avaient été atteints avec succès, 152 (14%) n'avaient pas pu être rejoints et 36 (3%) avaient refusé de participer au suivi. Il en ressort que presque tous les participants (97%) retrouvés ont déclaré avoir utilisé leur autotest. Parmi ces personnes, 117 (29%) HSH et 42 (9%) TS ont déclaré avoir utilisé plusieurs autotest sur eux-mêmes. La majorité des participants a déclaré utiliser l'autotest à la maison (90%) et dans les deux jours (63%) après l'avoir reçu. Parmi les HSH qui ont déclaré utiliser leur autotest, 11 (2,7%) ont déclaré un autotest réactif, 26 (6,4%) ont refusé de divulguer et 14 (3,5%) ne connaissaient pas leur résultat. Parmi les TS qui ont déclaré avoir utilisé leur autotest lorsque le résultat a été demandé (manquant chez 7 participants), 11 (2,6%) ont déclaré un test réactif, 16 (3,7%) ont refusé de divulguer et 9 (2,1%) ne connaissaient pas leur résultat. Dans l'ensemble, 59 (15%) HSH et 162 (38%) TS ont déclaré avoir demandé un autre test de dépistage du VIH selon l'algorithme classique national pour confirmer leur résultat. La réalisation de test de confirmation était le plus élevé parmi ceux qui signalaient un autotest réactif (48%) suivi d'un autotest non réactif (27%). D'autre part 12% de ceux qui ont refusé de divulguer et 13% de ceux qui ne connaissaient pas leur résultat ont demandé un test de confirmation. L'acceptabilité par les pairs était donc grande. En effet, au moment de l'inscription, 461 (93%) HSH et 410 (72%) TS ont pris des kits d'autotests supplémentaires pour la distribution indirecte de 1 402 kits au total. Plus de HSH (68%) que de TS (34%) ont pris les deux kits supplémentaires disponibles. Lors de l'entretien de suivi, 334 (89%) HSH et 307 (92%) TS ont déclaré avoir distribué l'un des kits prévus. Dans l'ensemble, il a été confirmé que 945 kits d'autotest avaient été distribués indirectement, parmi lesquels les participants ont déclaré savoir que 571 kits avaient été utilisés par le receveur. Les HSH distribuaient le plus souvent des tests à un ami (67%) ou à un partenaire sexuel régulier (28%). La TS distribuait le plus souvent des tests à un partenaire sexuel régulier (33%), à une autre TS (29%), un ami (27%) ou un membre de la famille (24%). Plus de TS (92%) que de HSH (78%) ont déclaré se sentir à l'aise pour distribuer l'autotest. Lorsque les participants ont déclaré savoir qu'au moins un de leurs contacts utilisait l'autotest, 90 (47%) HSH et 165 (67%) TS étaient présents pendant l'utilisation.

Profil de risque du participant et motivations à l'utilisation de l'Autotest

L'âge médian était de 24 ans (IQR: 22-28) chez les HSH et de 32 ans (IQR 26-38) chez les TS. 95% des participants ont été recrutés dans des sites de sensibilisation. La majorité des HSH (77%) ont déclaré jusqu'à cinq partenaires sexuels masculins au cours de la dernière année. De plus, la plupart des HSH ont déclaré une (28%) ou plusieurs (36%) partenaire sexuelle féminine au cours de l'année écoulée. La majorité des TS. Dans l'ensemble, 67 HSH (13,6%) et 108 (19,2%) TS avaient été testés pour le VIH plus de 12 mois auparavant ou jamais. Parmi les participants qui avaient

déjà subi un test de dépistage du VIH (n = 983), le cadre le plus courant du dernier test était un hôpital ou une clinique (42%) suivi d'un organisme communautaire (38%) et des tests de proximité dans la communauté (15%).

Motivations de l'usage de l'autotest

Dans les deux populations, la raison la plus fréquemment évoquée pour prendre un autotest était le désir de connaître leur statut (HSH : 38% ; FSW: 26%), Parmi les HSH, d'autres raisons courantes étaient que quelqu'un leur suggérait de se faire tester (19%), faire partie d'un modèle de test régulier (14%) et adopter un comportement à risque (13%). Parmi les TS, d'autres raisons courantes étaient : être engagées dans un comportement à risque (21%), dans le cadre d'un modèle de test régulier (20%) et pour confirmer un autre résultat (15%). En plus des réponses données, 3% des participants ont indiqué une raison spécifiquement liée à l'un des avantages de l'autotest, comme une plus grande confidentialité et plus pratique.

DISCUSSION

Dans cette étude, il s'agissait essentiellement d'étudier la faisabilité de l'autotest ; notamment évaluer l'acceptabilité de l'autotest et les motivations associées à son usage dans les groupes de populations les plus à risques, ceci pour une meilleure efficacité et efficience d'un éventuel passage à l'échelle de la démedicalisation du diagnostic du VIH sur les cibles les plus pertinentes que sont les TS et les HSH. Les résultats montrent une acceptabilité dans les différents groupes. Plusieurs études effectuées dans le monde ont eu cette même observation. [9,10] Les TS et les HSH ont utilisé pour eux même les autotests à prêt de la moitié des cas (43%). Dans le cadre des activités normales du programme de lutte contre le VIH, surtout lors des campagnes de sensibilisation organisées dans la communauté. Le reste des tests a été distribué aux participants dans leurs propres réseaux et il a été confirmé que deux tiers ont été reçus des participants. On peut ainsi remarquer que la distribution par les pairs n'est pas aussi efficace que espéré contrairement à ceux qui a été observé dans d'autres pays comme en Ouganda et ailleurs [11,12]. Le suivi montre en plus que les TS seraient plus enclines à distribuer l'autotest à leurs partenaires sexuels réguliers et dans leurs familles, ce qui n'est pas forcément l'objectif visé. Un nombre important d'HSH a aussi signalé qu'ils utilisaient de multiples autotests pour leurs propres besoins ce qui constitue un gâchis. Compte tenu des antécédents de dépistage du VIH des participants recrutés, la distribution directe de ce test n'a profité qu'à un petit nombre d'individus qui n'avaient jamais subi de test de dépistage ou le faisaient de façon irrégulière. Ceci met en question l'intérêt envisagé au départ de cette stratégie. Mais on peut comprendre que cette situation serait due au fait que la distribution intervenait essentiellement dans le cadre d'un programme de prévention et de dépistage du VIH en cours de réalisation. Au regard des résultats positifs obtenus à l'issue des tests de dépistage du VIH effectués dans le cadre des activités classiques du programme de

prévention (12-13 % à Yaoundé [13], on peut estimer que le nombre de résultats positifs déclarés par les intéressés était bas (2,6 %)). Ceci interroge une fois de plus la capacité de la stratégie d'autotest à identifier de nouveaux cas positifs à mettre sous traitement. Mais ce faible taux de séropositivité pourrait s'expliquer par une sous déclaration en raison de la stigmatisation qui entoure le VIH au Cameroun. Aussi plusieurs tests ont été effectués dans les familles des concernés et non dans la population cible la plus à risque et à taux de prévalence plus élevé. 3 % des participants ont déclaré ne pas connaître le résultat de leur autotest, ce qui corrobore les résultats de l'étude relative à l'acceptabilité selon lesquels la majorité des participants ont trouvé l'utilisation de l'autotest facile. Le taux de déclarations d'accès au test de confirmation par les intéressés était faible (26 %), mais beaucoup plus élevé que la proportion de participants ayant eux-mêmes déclarés que leurs résultats de dépistage du VIH étaient positifs. Cela pourrait être là un signe de sous-déclaration des résultats de l'autotest, mais également la preuve d'une certaine volonté de toujours utiliser les services conventionnels après l'utilisation de l'autotest. Très peu de participants (3%) ont indiqué une raison spécifiquement liée à l'avantage de l'autotest, comme une plus grande confidentialité et plus pratique. Donc dans ce groupe, ces aspects ne sont pas les déterminants de l'utilisation de l'autotest. Ces résultats permettraient ainsi de comprendre qu'envisager une distribution à plus large échelle de l'autotest au Cameroun pourrait être utile, parce qu'il permet une plus grande disponibilité des tests auprès des bénéficiaires difficiles à atteindre, l'acceptabilité étant élevée et le taux de retour pour confirmation important. L'auto dépistage est ainsi efficace pour accompagner et compléter les programmes habituels de prévention du VIH au sein des populations dites clés de la riposte, toutefois au vu des résultats obtenus on devrait s'attendre à sa faible efficience. En effet ce test ne fait pas partie de l'algorithme national, mais il constitue une incitation substantielle au dépistage classique, ce qui est déjà observé dans d'autre pays. [12]

CONCLUSION

L'auto dépistage du VIH est une stratégie de dépistage globalement acceptée par les populations de TS et HSH à Yaoundé. La manipulation de ce test a été perçue très facile pour les personnes l'ayant utilisé. La raison principale de l'adoption était beaucoup plus l'aspect pratique et disponible plutôt que la confidentialité évidente qu'il permet. Une adoption de cette stratégie par les programmes de prévention du VIH au Cameroun, augmenterait considérablement la connaissance du statut VIH (premier 90) chez les personnes difficiles à atteindre par les programmes classiques. Cette adoption devra tenir compte toutefois de sa faible efficience.

Limites

L'étude n'a utilisé que l'autotest salivaire, de ce fait cette conclusion ne peut pas s'appliquer pour un autotest sanguin. D'autre part l'autotest utilisé, malgré sa sensibilité et sa spécificité élevées ne figure pas dans l'algorithme national de dépistage du VIH. Ceci

nécessite une confirmation obligatoire recommandée par l'OMS pour les cas positifs.

Remerciements

Nous tenons à remercier les personnes ayant accepté de participer à cette étude et les OBC Horizon femmes et Humanity First qui ont offert leur site pour la mise en œuvre des opérations de terrain.

Conflits d'intérêts

L'étude a été entièrement financée par les auteurs et l'appui du Fabricant ORASURE qui a fourni gratuitement les Autotests. Aucun conflit d'intérêt n'est déclaré.

Contributions des auteurs

Conception de l'étude : Serge Clotaire Billong, Stefan Baral, Mfochive Njindam Iliassou, Ubald Tamoufe, Gnilane Turpin, Guy Fako.

Collecte des données sur le terrain : Serge Clotaire Billong, Horizons Femmes et Humanity First.

Analyse et/ou interprétation des données : Serge Clotaire Billong; Ubald Tamoufe, Mfochive Njindam Iliassou.

Rédaction du manuscrit : Serge Clotaire Billong.

Révision du manuscrit : tous les autres auteurs.

Approbation de la version finale : tous les auteurs.

RÉFÉRENCES

1. ONUSIDA, 2020, Fiche informations statistiques mondiales sur le VIH. Lu le 22 décembre 2020, disponible sur : <https://www.unaids.org/fr/resources/fact-sheet>
2. Comité National de lutte contre le SIDA. (2017); 2016 Integrated Biological and Behavioral Survey (IBBS) Report among Key Populations in Cameroon : Female sex workers and men who have sex with men
3. Institut National de la Statistique et ICF International. Rapport de l'Enquête Démographique et de Santé et à indicateurs multiples du Cameroun 2016. 2018. Calverton, Maryland, USA : INS et ICF International <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/fr260/fr260.pdf>
4. CNLS, CAMPHIA 2018. Cameroon population-based HIV impact assessment: preliminary findings. 2018. summary sheet for CAMPHIA 2017. https://phia.icap.columbia.edu/wpcontent/uploads/2018/07/3471CAMPHIA_Cameroon_SS_A4_v13_requests_7.25.18.pdf
5. ONUSIDA. « 90-90-90 Une cible ambitieuse de traitement pour aider à mettre fin à l'épidémie du sida ». 2014. Disponible le 22/12/2020 sur: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/90-90-90_fr.pdf
6. CNLS. 2020. Rapport du premier semestre 2020 des activités de Lutte Contre le VIH, Le SIDA et les IST. Rapport. 2020. Yaoundé: CNLS.
7. OMS | VIH/sida (2016) lignes directrices sur les services de dépistage du VIH, l'autodépistage du VIH et la notification aux partenaires ; supplément aux lignes directrices unifiées sur les services de dépistage du VIH, Lu le 20 décembre 2020, disponible sur : <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272938/9789242549867-fre.pdf?ua>
8. ORASURE. (2015) Informations sur le test de dépistage du VIH à domicile OraQuick, Lu le 20 décembre 2020, disponible sur : <http://www.fda.gov/BiologicsBloodVaccines/BloodBloodProducts/ApprovedProducts/PremarketApprovalsPMAs/ucm311895.htm>.
9. MacGowan RJ, Chavez PR, Borkowf CB, et al. Effect of Internet-distributed HIV self-tests on HIV diagnosis and behavioral outcomes in men who have sex with men: A randomized clinical trial. *JAMA Internal Medicine*. 2019; en voie d'impression.
10. Adel Ferreira I, Taryn Young, Catherine Mathews, Moleen Zunza. (2018) Stratégies de notification des partenaires pour les infections sexuellement transmissibles, y compris le VIH. PMID: 24092529 ; DOI: 10.1002 / 14651858.CD002843.pub2
11. Okoboi S, Lazarus O, Castelnuovo B et al. Peer distribution of HIV self-test kits to men who have sex with men to identify undiagnosed HIV infection in Uganda: a pilot study. *PLoS ONE*. 2020; 15(1):e0227741.
12. Logan Broeckaert, Laurel Challacombe. (2015). Dépistage rapide du VIH au point de service : Un examen des données probantes. Lu le 20 décembre 2020, disponible sur : <https://www.catie.ca/fr/pdm/printemps-2015/depistage-rapide-vih-point-service-examen-donnees-probantes>
13. CNLS. 2020. Rapport annuel 2019 des activités de Lutte Contre le VIH, Le SIDA et les IST. Rapport. 2020. Yaoundé: CNLS.