

# ATTEINDRE LES POPULATIONS PÉRIPHÉRIQUES EN AFRIQUE DE L'OUEST : AUTO-DÉPISTAGE DU VIH ET DISTRIBUTION SECONDAIRE

*Interview de Joseph Larmarange, Démographe en santé publique, chargé de recherche à l'IRD*

*Propos recueillis par Fabiana Cazzorla (ISP à Grenoble) avec l'aide de Bénénger Thomas et Audrey Geoffroy (ISP à Paris)*

**Fabiana Cazzorla** Bonjour Dr. Larmarange et merci d'avoir accepté cette interview. Vous allez intervenir au CNISP 2022 sur la thématique de la démographie en santé. Racontez-nous votre parcours et votre travail actuel.

**Joseph Larmarange** Bonjour et merci pour l'invitation. Mon parcours universitaire débute avec une formation mathématique mais ma passion dans le social, développée au sein de l'association AIDES, a fait réorienter mon champ d'étude en sociologie et démographie. Suite à la réalisation d'un stage au sein d'un laboratoire qui travaillait en Afrique subsaharienne autour de la thématique du VIH, j'ai commencé à travailler sur la mesure des connaissances liées au VIH. J'ai continué ce double cursus sciences sociales et démographie avec un DEA en sciences sociales puis un DESS d'expert démographe. J'ai poursuivi sur ce sujet avec une thèse en démographie, portant sur l'estimation de la prévalence du VIH en Afrique subsaharienne pour laquelle j'ai eu un financement de l'ANRS. Plus précisément, ma thèse de doctorat portait sur la mesure des épidémies. Pendant longtemps on estimait la prévalence des épidémies en population générale à partir des femmes enceintes, ce qui posait un problème de représentativité. L'arrivée des enquêtes en population générale, avec des mesures de prévalence, a remis en cause les estimations que l'on avait. J'ai défendu ma thèse en 2007 et j'ai été recruté à l'IRD (Institut de Recherche et Développement) en 2008.



A l'IRD, j'ai pu rejoindre l'un des plus gros essais français qui était un essai randomisé en population générale en Afrique du Sud sur le dépistage et le traitement universels du VIH (ANRS 12249 TasP). Alors que la trithérapie est disponible en France depuis 1996, l'arrivée des traitements en Afrique ne date que de 2004. Et avec la découverte de

l'absence de transmission chez les personnes séropositives traitées depuis au moins 6 mois et avec une charge virale indétectable, cela a permis de poser l'idée du TasP (treatment as prevention). Autrement dit, en dépistant et traitant tout le monde, on pourrait arrêter l'épidémie. Cette stratégie est illustrée par le modèle de Granich en 2009 : en dépistant 90% de la population, et en traitant 90% des personnes diagnostiquées VIH+, il serait possible d'éliminer le VIH dans un pays comme l'Afrique du Sud en 20 à 30 ans.

Plusieurs essais ont ainsi été mis en place pour évaluer cette stratégie sur le terrain. Celui auquel j'ai participé (ANRS 12249 TasP), un essai à 13 millions d'euros, a notamment permis de mettre en place un dépistage répété à domicile tous les 6 mois de plus de 26 000 personnes. Les essais sur le dépistage et le traitement universel ont montré que ce type de stratégie pouvait faire baisser le nombre de nouvelles infections à l'échelle populationnelle.

## **On sait cependant qu'on ne pourra pas mettre en place un dépistage universel partout de la même manière.**

L'enjeu est alors de déterminer s'il faut dépister tout le monde, compte tenu des coûts élevés, et comment cibler les populations. Des pistes ont été évoquées, par exemple en dépistant par ciblage géographique plutôt que par type de populations.

Un autre enjeu concerne la PrEP (pre-exposition prophylaxis) ou prévention pré-exposition. Fin 2015, il a été démontré que cela était efficace, notamment avec l'essai Ipergay en France. J'ai monté en Côte d'Ivoire une étude de faisabilité pour un essai de non-infériorité de la PrEP à la demande versus PrEP continue chez les femmes travailleuses du sexe. Je co-portais cela avec Serge Eholié, un grand clinicien infectiologue ivoirien. Au-delà de la prévention, du dépistage et du traitement du VIH, il y a plein d'enjeux autour de l'offre en santé sexuelle, pour les femmes séronégatives mais aussi séropositives. Par exemple, le ténofovir, utilisé pour la PrEP est également un traitement de l'hépatite B. Il est gratuit pour les personnes VIH+ mais payant pour les patientes atteintes uniquement par l'hépatite B. Les conditions de travail et de vie des travailleuses du sexe qui restent en zone rurale compliquent l'accès aux offres de santé sexuelle. Pour répondre à cela, une offre de cliniques mobiles sur les lieux de prostitution a été montée dans le cadre d'un essai clinique (le projet PRINCESSE ANRS 12381).

### **FC Pouvez-vous nous expliquer en quoi consiste cet essai ?**

**JL** Nous avons monté une offre de santé - le projet PRINCESSE - à partir des besoins des personnes, à la fois par le regard de l'épidémiologie mais aussi des sciences sociales.

Je suis d'ailleurs l'investigateur principal de cet essai (co-dirigé par le Pr. Eholié). Il ne s'agit pas de tester une nouvelle molécule mais un nouveau modèle de mise en œuvre. Tous les soins proposés sont des soins standardisés, offerts gratuitement. Nous avons différents volets de recherche : cliniques, biologiques, sciences sociales, des enquêtes quantitatives et qualitatives. Un volet exploratoire complémentaire va également être mené pour mieux comprendre comment s'articulent les parcours de travailleuses du sexe avec les parcours de mobilité, ou encore comment et à qui nous pourrions proposer des formes de PrEP à longue durée d'action (injections, implants). En effet, l'un des problèmes aujourd'hui est que deux tiers des femmes sont perdues de vue temporairement ou définitivement.



**FC** Avez-vous d'autres projets en Afrique ou ailleurs ?

**JL** En Afrique, j'ai également porté le volet scientifique du projet ATLAS, un projet de mise en œuvre de l'auto-dépistage du VIH, financé par UNITAID, à hauteur de 15 millions de dollars. Pendant 3 ans, nous avons distribué près de 400 000 autotests sur 3 pays : le Mali, la Côte d'Ivoire et le Sénégal. Cela a impliqué les ministères de la santé, les programmes de lutte contre le SIDA, et 30 ONG. Au total, près de 1 400 agents ont été formés à dispenser des auto-dépistages, sur plus de 200 sites. C'est un programme de passage à moyenne échelle, dans lequel est incluse de la recherche pour documenter cette mise en œuvre et son impact.

En dehors de l'Afrique, j'ai aussi un projet sur l'auto-dépistage chez les gays au Cambodge, mais où je suis plutôt en appui. J'ai vraiment travaillé principalement sur l'Afrique subsaharienne.



**FC** Pour une bonne mise en place et une efficacité de ces projets de prévention et promotion de la santé, il est nécessaire d'être imprégné de la culture du pays où le protocole s'applique, et savoir quel est le meilleur moyen d'attirer la population. Par rapport à ces projets mis en place pour des périodes limitées, arrivez-vous à les faire perdurer à plus long terme, et autonomiser la population ?

**JL** Concernant ATLAS, les choses ont vraiment été pensées pour la transition, c'est-à-dire que l'on a intégré l'auto-dépistage à des activités de dépistage déjà mises en œuvre et portées par des ONG locales. Notre équipe accompagne les pays dans les demandes de financement, elle donne une expertise clinique et un accompagnement à la régulation pour que les auto-tests soient

autorisés dans les pays. L'un des enjeux pour nous a été de défendre l'intérêt des auto-tests pour que les gens se dépistent où et quand ils le veulent, en confidentialité, et de mesurer les impacts de manière indirecte.

Pour le projet PRINCESSE, c'est différent. Cela coûte trop cher pour arriver à pérenniser la clinique mobile mise en place aujourd'hui. Néanmoins, nous apprenons un certain nombre de choses et nous arrivons à faire bouger les lignes malgré tout. En Côte d'Ivoire, nous participons au groupe de travail national sur les recommandations PrEP. Une partie de nos résultats arrive à être diffusée chez nos collègues et arrive à faire changer la perception autour de la PrEP. Il est notamment nécessaire d'intégrer la PrEP dans des programmes de santé sexuelle plutôt que de faire des programmes spécifiques, qui délaissent d'autres aspects comme la contraception.

Néanmoins, avec l'arrivée de la PrEP à longue durée d'action (notamment les implants), on pourrait garder le principe de clinique mobile. Celle-ci serait plutôt destinée à réaliser des check-up annuels, sur une journée, de façon conviviale pour attirer les personnes. Les nouvelles technologies nous permettent également de réaliser des tests Chlamydia/Gonocoque avec les résultats en 2 heures, afin de traiter les personnes immédiatement. Si on leur dit de revenir une semaine plus tard pour être traitées, elles ne viendront pas.

**FC** Dans ces pays et territoire d'Afrique subsaharienne, arrivez-vous à avoir l'appui des gouvernements ou c'est totalement aberrant ?

**JL** Non, les programmes se font le plus souvent en partenariat avec les ministères de la santé des pays concernés. En revanche, les programmes sont majoritairement financés par des acteurs extérieurs. Entre les priorités affichées par le pays, et ce qui est réellement financé, il peut y avoir des divergences. Au Sénégal par exemple, on a fait dès 2004 les premières enquêtes auprès des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH). Bien que l'homosexualité soit considérée comme "contre-nature" selon la loi sénégalaise, cela ne nous empêche pas de réaliser ces projets avec l'appui du ministère de la santé. Cependant, la situation est beaucoup plus tendue aujourd'hui qu'il y a 20 ans, il y a des épisodes récurrents d'homophobie entravant le travail d'ONG communautaires. Dans d'autres pays c'est plus compliqué, comme au Nigeria ou au Cameroun. Ces pays n'ont pas été retenus dans le projet ATLAS par manque de volonté politique.

**FC** Je change complètement de sujet, vous avez un site internet sur lequel vous publiez des webinaires sur RStudio, et en tant qu'interne de santé publique à la recherche d'outils, je voulais en parler, je ne le connaissais pas mais j'ai trouvé ça vraiment bien et pratique. Comment avez-vous appris à utiliser R ?

**JL** J'ai appris tout seul à utiliser R pendant ma thèse parce que je voulais faire un outil d'estimation accessible pour les pays, avec un logiciel libre et gratuit. Le point de départ est [le site web analyse-R](#) qui a été développé à partir d'un cours de Julien Barnier avant d'évoluer et d'avoir sa vie propre. Analyse-R est maintenant composé de 1 300 pages et il est devenu l'une des plus grosses plateformes de documentation en français sur R.

Les [webin-R](#) ont été créés pendant la crise liée au Covid à partir d'analyse-R. Le public de ces webinaires est surtout issu des sciences sociales et de la médecine/santé publique/épidémiologie. Les besoins ne sont pas tout à fait les mêmes en termes de techniques d'analyse. Pour vos analyses sur R, je vous invite à utiliser "gtsummary". Il s'agit d'un package qui fait des tableaux, des tests de comparaison des modèles, etc. Et en plus le développeur est plutôt orienté épidémiologie.

**FC** Cela fait partie des choses que personne ne nous apprend, il faut chercher les infos sur internet. Heureusement qu'il y a une bonne communauté autour de R !

**JL** Il y a également le site Rzine.fr, ils ont réalisé un catalogue des ressources qui existent sur R en sciences sociales, ça marche aussi pour l'épidémiologie.

**FC** Une dernière question, pour nous recentrer sur le contexte d'un travail réalisé par un médecin de santé publique : avez-vous l'opportunité de travailler avec des médecins de santé publique dans votre carrière ?

**JL** Travailler avec des médecins, oui. Avec des médecins de santé publique, c'est un peu plus flou. Notre laboratoire, le CEPED, est un laboratoire de sciences humaines et sociales lié à l'IRD et à l'Université Paris Cité. J'y dirige une équipe santé labellisée Inserm et nous accueillons ce semestre notre première interne de santé publique, qui part au Sénégal pour 6 mois.

C'est quelque chose qui est nouveau pour nous, d'accueillir des internes de santé publique. Dans PRINCESSE il y a une équipe de médecins mais qui ne sont pas des médecins de santé publique, et il y a un travail pour les accompagner sur le versant plutôt recherche. Et un certain nombre de médecins ont aussi une formation en épidémiologie, en biostatistiques ou autre chose à côté. J'ai été beaucoup amené à travailler avec des médecins, mais je ne sais pas si certains d'entre eux ont l'étiquette santé publique. On sent un décloisonnement progressif entre les disciplines. Nos métiers autour de la recherche en santé sont en train de se recomposer d'une part avec plus de recherche interventionnelle, la question du transfert de connaissance science-société, de la co-construction avec les bénéficiaires, avec les ONG d'implémentation et les soignants, ça concerne des éléments de soin. Les choses bougent aussi sur l'interdisciplinarité et l'intersectorialité.

**FC** Merci pour votre temps et ces échanges très intéressants.

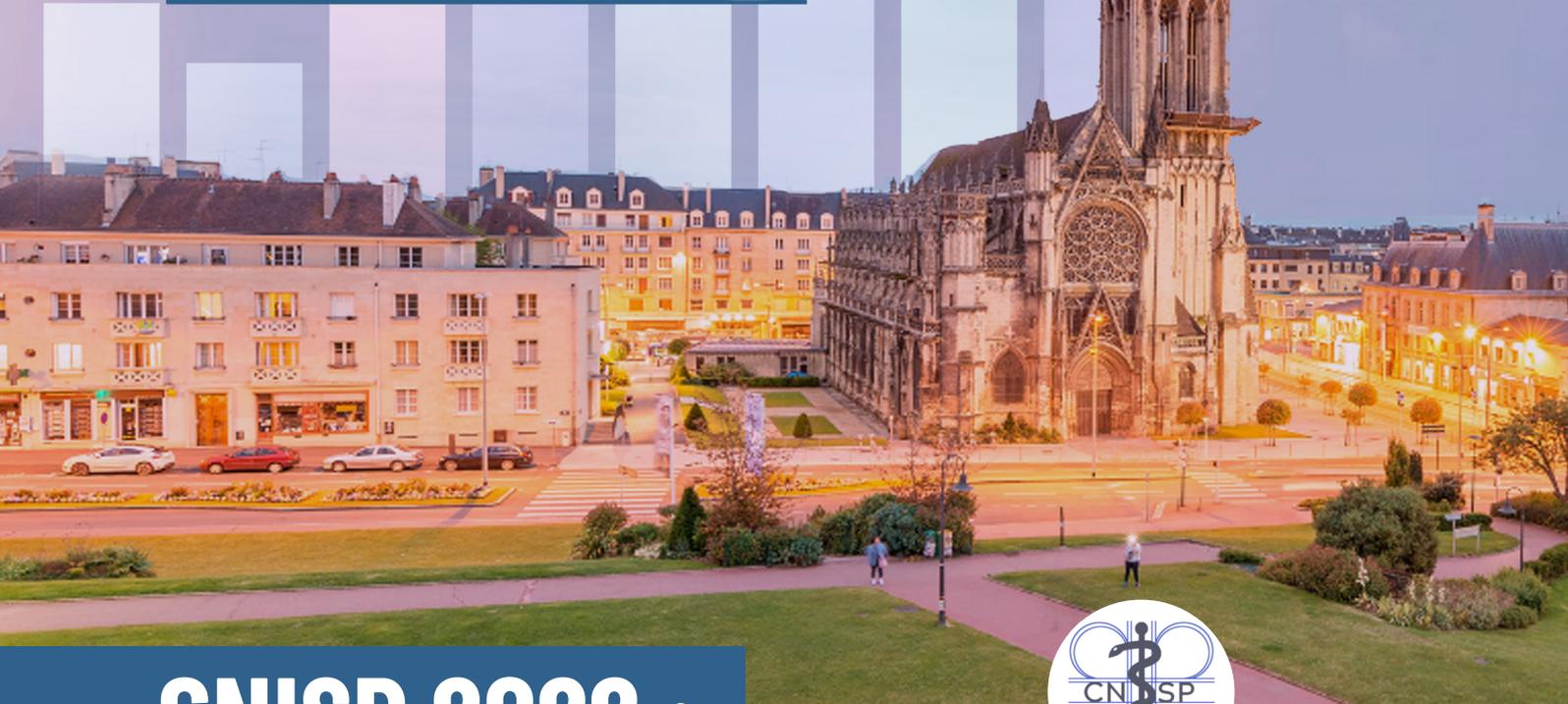
**JL** Le plaisir est pour moi, on se voit bientôt au congrès national des internes de santé publique à Caen !





COLLÈGE DE LIAISON  
DES INTERNES  
DE SANTÉ PUBLIQUE

# 47  
- juin 2022 -



**CNISP 2022 :**



La santé publique face aux enjeux démographiques



COLLÈGE DE LIAISON  
DES INTERNES  
DE SANTÉ PUBLIQUE

avec le soutien de :



## MEMBRES DU COLLÈGE DU CLISP 2021-2022

### BUREAU DU CLISP

**Bérenger Thomas** - Président  
[presidence@clisp.fr](mailto:presidence@clisp.fr)

**Cynthia Hurel** - Vice-présidente  
[presidence@clisp.fr](mailto:presidence@clisp.fr)

**Léo Delbos** - Secrétaire  
[secretariat@clisp.fr](mailto:secretariat@clisp.fr)

**Serena Tumelero** - Trésorière  
[tresorier@clisp.fr](mailto:tresorier@clisp.fr)

**Marie-Gwenaëlle Paryl**  
Vice-secrétaire chargée  
de l'évènementiel  
[evenement@clisp.fr](mailto:evenement@clisp.fr)

**Daphnis Miller**  
Vice-secrétaire délégué  
aux affaires nationales  
[affaires.nationales@clisp.fr](mailto:affaires.nationales@clisp.fr)

**Carola Pierobon**  
Chargée de coordination avec les  
représentants des subdivisions  
[coordination@clisp.fr](mailto:coordination@clisp.fr)

**Bertrand Galet** - Webmaster  
[webmaster@clisp.fr](mailto:webmaster@clisp.fr)

**Audrey Kerfriden**  
Chargée de communication  
[communication@clisp.fr](mailto:communication@clisp.fr)

**Fabiana Cazzorla**  
Rédactrice en chef du bulletin  
[bulletin@clisp.fr](mailto:bulletin@clisp.fr)

**Abdullah Azaz**  
Chargé de relation EuroNet MRP  
[euronet@clisp.fr](mailto:euronet@clisp.fr)

**Vanessa Fritz**  
Chargée de mission Actualités  
[actualites@clisp.fr](mailto:actualites@clisp.fr)

## REPRÉSENTANTS DES SUBDIVISIONS

### Île-de-France

**Paris Pol Prévot-Monsacré** [paris@clisp.fr](mailto:paris@clisp.fr)

### Nord-Est

**Besançon Justine Rousse** [besancon@clisp.fr](mailto:besancon@clisp.fr)  
**Dijon Melchior de Giraud d'Agay** [dijon@clisp.fr](mailto:dijon@clisp.fr)  
**Nancy Maxime Ransay** [nancy@clisp.fr](mailto:nancy@clisp.fr)  
**Reims Peter-Joe Noujaim** [reims@clisp.fr](mailto:reims@clisp.fr)  
**Strasbourg Astrid Placide** [strasbourg@clisp.fr](mailto:strasbourg@clisp.fr)

### Nord-Ouest

**Amiens Janice Vendar** [amiens@clisp.fr](mailto:amiens@clisp.fr)  
**Caen Nicolas Vigneron** [caen@clisp.fr](mailto:caen@clisp.fr)  
**Lille Eole Nyangwile** [lille@clisp.fr](mailto:lille@clisp.fr)  
**Rouen Marion Lacassin** [rouen@clisp.fr](mailto:rouen@clisp.fr)

### Ouest

**Angers Jeanne Perrot** [angers@clisp.fr](mailto:angers@clisp.fr)  
**Nantes Adrien Vaudron** [nantes@clisp.fr](mailto:nantes@clisp.fr)  
**Rennes Mareva Geslin** [rennes@clisp.fr](mailto:rennes@clisp.fr)  
**Tours Cathie Faussat** [tours@clisp.fr](mailto:tours@clisp.fr)

### Rhône-Alpes et Auvergne

**Clermont-Ferrand Joséphine Odoul** [clermont-ferrand@clisp.fr](mailto:clermont-ferrand@clisp.fr)  
**Grenoble Carola Pierobon** [grenoble@clisp.fr](mailto:grenoble@clisp.fr)  
**Lyon Damien Hoarau** [lyon@clisp.fr](mailto:lyon@clisp.fr)  
**Saint-Étienne Paul Bonjean** [saint-etienne@clisp.fr](mailto:saint-etienne@clisp.fr)

### Sud-Ouest

**Poitiers Louis Richir** [poitiers@clisp.fr](mailto:poitiers@clisp.fr)  
**Bordeaux Kilian Trin** [bordeaux@clisp.fr](mailto:bordeaux@clisp.fr)  
**Limoges David Lagarde** [limoges@clisp.fr](mailto:limoges@clisp.fr)  
**Antilles, Guyane Philippe le Barrois d'Orgeval** [antilles-guyane@clisp.fr](mailto:antilles-guyane@clisp.fr)  
**Océan Indien Anne-Françoise Casimir** [ocean-indien@clisp.fr](mailto:ocean-indien@clisp.fr)

### Sud

**Toulouse Richard Dudouet** [toulouse@clisp.fr](mailto:toulouse@clisp.fr)  
**Marseille Jacquenod Enzo** [marseille@clisp.fr](mailto:marseille@clisp.fr)  
**Montpellier Anne-Laure Bascou** [montpellier@clisp.fr](mailto:montpellier@clisp.fr)  
**Nice Jonathan Allouche** [nice@clisp.fr](mailto:nice@clisp.fr)



CLISP - Collège de Liaison des Internes  
de Santé Publique  
17, rue du Fer à Moulin - 75005 Paris  
[www.clisp.fr](http://www.clisp.fr) • [contact@clisp.fr](mailto:contact@clisp.fr)  
Rédactrice en chef : Fabiana Cazzorla

#47 - juin 2022 -