Demander à connaître son statut VIH et impact du fait de connaître sa séropositivité, Malawi

Researchers:

Nicole Angotti

Agatha Bula

Lauren Gaydosh

Susan Godlonton

Eitan Zeev Kimchi

Rebecca Thornton

Sara Yeatman

Sector(s): Santé

Location: Mchinji, Rumphi, Balaka Districts, Malawi

Sample: 2 812 personnes provenant de 120 villages

Target group: Adults

Outcome of interest: HIV/AIDS Sexual and reproductive health Take-up of program/social service/healthy behavior

Intervention type: Information Preventive health Non-monetary incentives

Données: Download Dataset from the Open ICPSR

Research Papers: Increasing the Acceptability of HIV Counseling and Testing with Three C's: Conv...

Partner organization(s): The Rockefeller Foundation, National Institutes of Health (NIH), The University of Pennsylvania

Policy issue

D'après les chiffres publiés en décembre 2007, plus des deux tiers des 33 millions de personnes infectées par le virus VIH ou malades du SIDA vivent en Afrique sub-saharienne.[1], En l'absence de programmes de prévention de grande ampleur et en l'absence de traitement, on s'attend à ce que l'épidémie s'aggrave dans de nombreuses régions du monde. Près d'un quart des nouveaux cas déclarés sont dus à des rapports sexuels non protégés.[2] Des actions de dépistage et de conseil pourraient avoir un impact sur les comportements sexuels et offrir ainsi une chance de ralentir la progression de la maladie. Certains gouvernements ont proposé de mettre en place des programmes de dépistage universels, avec des infirmiers se déplaçant de porte en porte. Cependant, parce qu'ils sont mal acceptés, ces programmes de dépistage s'avèrent très coûteux. Des informations supplémentaires sont nécessaires afin de mettre en évidence les barrières spécifiques qui empêchent les gens d'aller se faire dépister et de modifier leur comportement sexuel.

Context of the evaluation

Au Malawi, presque 12% des adultes sont infectés par le VIH ou sont malades du SIDA, ce qui place le pays en neuvième position parmi les pays ayant le plus fort taux de prévalence au monde.[3] Face à l'ampleur de l'épidémie et pour stopper la transmission de

la maladie, les responsables gouvernementaux et les ONG tentent de mettre en place des programmes efficaces incluant des actions de dépistage et de conseil. Si l'on se concentre sur le dépistage comme moyen de prévention, c'est que l'on suppose deux choses : premièrement que les personnes diagnostiquées comme étant séropositives vont prendre des précautions pour protéger leurs partenaires, et deuxièmement, qu'il est difficile de connaître sa séropositivité, sans doute en raison de barrières psychologiques ou sociales. C'est en raison de cette seconde hypothèse que l'on pense souvent qu'il est important d'investir en marketing social afin d'empêcher la stigmatisation de la maladie et d'encourager les gens à se soigner.



In 2004 and 2006, respondents were offered free door-to-door testing for HIV by trained VCT counselors who came from areas of Malawi outside the respondent's district but who were native speakers of the local language. Photo: Shutterstock.com

Details of the intervention

Pour tester ces hypothèses, les chercheurs ont mis au point un protocole expérimental d'évaluation dans une région rurale du Malawi. En étudiant un programme lancé par l'Université de Pennsylvanie, en 1998, les chercheurs ont sélectionné aléatoirement 120 villages. Dans chaque village, approximativement 25 % des couples mariés ont été sélectionnés de manière aléatoire pour participer à l'étude en 1998, et en 2004 un échantillon supplémentaire de jeunes adultes âgés de 15 à 24 ans a été ajouté à l'échantillon de départ.

Entre mai et août 2004, des infirmiers ont fait du porte à porte, proposant un dépistage gratuit ainsi que des bons d'une valeur de 0 ou 3 dollars, attribués de manière aléatoire. Pour pouvoir échanger les bons, il fallait aller chercher les résultats du test de dépistage au centre de test et de conseil voisin.

La localisation des centres de résultats a également été affectée de manière aléatoire, ce qui randomisait l'effet de la distance – puisque les centres étaient situés à des distances différentes. L'échantillon de l'étude se composait de ceux ayant accepté le test

de dépistage du VIH, soit 2.812 personnes. Plusieurs mois plus tard, des entretiens de suivi ont été menés et les personnes enquêtées avaient la possibilité d'acheter des préservatifs.

Results and policy lessons

Impact des incitations financières et de la distance : Si seulement 34 % des personnes ayant reçu une incitation financière se sont rendues dans les dispensaires pour connaître les résultats de leur test, cette incitation a été très efficace: en moyenne, les personnes ayant reçu des bons échangeables contre de l'argent étaient deux fois plus susceptibles de se rendre au centre de test pour obtenir leurs résultats que celles n'ayant reçu aucune incitation financière. Bien que le montant moyen de l'incitation ait été équivalent à un dixième d'une journée de travail, les gains en termes de participation ont été très importants. La distance est un autre facteur qui a joué un rôle important : le fait de vivre à plus de 1 km du centre réduisait de 6 % le comportement de recherche des résultats.

Impact sur le comportement sexuel : Les personnes sexuellement actives ayant eu un diagnostic positif étaient beaucoup plus susceptibles d'acheter des préservatifs: en moyenne, elles ont acheté deux préservatifs de plus que celles qui ont appris qu'elles étaient séronégatives ou que celles qui n'étaient pas sexuellement actives. Dans la mesure où ces changements de comportement sexuel, mis en évidence par l'achat de préservatifs, étaient limités à une petite proportion des personnes séropositives et sexuellement actives ayant choisi de se faire dépister pour connaître leur statut, et dans la mesure où les coûts du dépistage par porte à porte est assez élevé – 44,06 dollars/test/personne - il est possible qu'une intervention plus ciblée soit plus efficace d'un point de vue économique.

Thornton, Rebecca L. 2008. "The Demand for, and Impact of, Learning HIV Status." American Economic Review 98(5):1829-63. Thornton, Rebecca. 2012. ‰ÛÏHIV Testing, Subjective Beliefs and Economic Behavior.‰Û Journal of Development Economics 99(2012): 300-13. Godlonton, Susan and Rebecca Thornton. 2012. ‰ÛÏPeer Effects in Learning HIV Results.‰Û Journal of Development Economics 97: 118-129. Angotti, Nicole, Agatha Bula, Lauren Gaydosh, and E. Yeatman. 2009. "Increasing the Acceptability of HIV Counseling and Testing with Three C's: Convenience, Confidentiality, and Credibility." Social Science & Medicine 68(12):2263-70. Godlonton, Susan, and Rebecca L. Thornton. 2013. "Learning from Others' HIV Testing: Updating Beliefs and Responding to Risk." American Economic Review 103(3): 439-44.

1. UNAIDS (2010) "UNAIDS Report on the Global AIDS Epidemic."