

# UNAIDS Science now

---

HIV this month. Numéro 4. Avril 2015

Bienvenue sur [HIV this month](#)! Les thèmes suivants seront abordés dans ce numéro:

## 1. Réduire la transmission par voie sexuelle

- Réorienter la riposte au Niger: faut-il multiplier les programmes axés sur le commerce du sexe?
- Les services de prévention doivent cibler les personnes qui démarrent dans le commerce du sexe en Inde du Sud.

## 2. Prévenir le VIH chez les consommateurs de drogues

- La prévention combinée des risques est plus efficace et rentable que des approches partielles isolées

## 3. Éliminer les nouvelles infections par le VIH chez les enfants

- Occasions manquées de diagnostic des très jeunes enfants en Afrique du Sud
- Faible taux transmission du VIH de la mère à l'enfant grâce à l'option A en Afrique du Sud
- Autres données probantes à l'appui de l'option B+: bon taux de survie sans VIH chez les enfants allaités pendant un an par des mères sous trithérapie

## 4. Permettre à 15 millions de personnes d'accéder à un traitement

- Un simple score de risque peut-il prédire l'insuffisance rénale chronique chez les personnes vivant avec le VIH?

## 5. Éviter les décès liés à la tuberculose

- La détection des antigènes cryptococciques et les visites à domicile réduisent la mortalité précoce
- Les autopsies de patients hospitalisés en Zambie révèlent de nombreux cas de tuberculose

## 6. Parer à l'insuffisance des ressources

- Les dépenses de santé des personnes vivant avec le VIH en Inde rendent les pauvres encore plus pauvres

- Comment réduire le taux d'attrition du personnel de santé essentiel aux programmes de prévention du VIH destinés aux travailleuses du sexe

## 7. Éliminer la stigmatisation et la discrimination

- Nécessité d'améliorer les prestations destinées aux travailleuses du sexe mineures en Afrique occidentale
- Évaluer les comportements à risque et le recours aux soins du VIH à partir d'un réseau en ligne de HSH en Amérique latine
- Possibilités de programmes d'aide psychologique aux personnes vivant avec le VIH qui souffrent de troubles mentaux: des études plus poussées sont nécessaires en Afrique subsaharienne
- Comportement sexuel à moindre risque pour les personnes vivant avec le HIV sous TARV: obstacles et facilitateurs
- Des politiques qui stigmatisent

## 8. Renforcer l'intégration de la riposte au VIH

- Au Malawi, de nombreuses femmes vivant avec le VIH n'ont pas accès à la contraception dont elles ont besoin

Pour savoir comment accéder gratuitement à la majeure partie des revues scientifiques, consultez le site web **UNAIDS Science now** en cliquant [ici](#). Pour vous abonner aux numéros de **HIV this month** cliquez [ici](#). Pour vous désabonner, cliquez [ici](#). Faites-nous savoir ce qui vous intéresse et ce que vous pensez de **HIV this month** en nous envoyant un courriel [ici](#). Si vous avez un article à nous conseiller pour le prochain numéro, contactez-nous. N'oubliez pas que vous trouverez une multitude d'informations sur l'épidémie de VIH et les réponses apportées sur [www.unaids.org](http://www.unaids.org).

Peter Godfrey-Faussett et Celeste Sandoval  
ONUSIDA

---

L'ONUSIDA décline toute responsabilité relative au contenu de **Science now** ou à toutes publications, tous articles, revues ou sites internet extérieurs auxquels le site fait référence ou vers lesquels il contient un lien. Les avis ou opinions exprimés ici n'engagent que les rédacteurs et non l'ONUSIDA.

**Science now** est un service gratuit. En vous inscrivant pour apporter des commentaires, vous vous engagez à respecter cette clause de non responsabilité. Toute reproduction, redistribution ou nouvelle publication de HIV this month, la synthèse mensuelle de Science now, à des fins commerciales est strictement interdite.

HIV this month, une publication de l'ONUSIDA, est une synthèse qui compile les dernières informations sur le VIH parues dans les revues scientifiques. Les rédacteurs de HIV this month élaborent des résumés originaux, accompagnés d'un commentaire éditorial, afin de rendre les informations faciles à comprendre par les acteurs de la lutte contre l'épidémie de VIH dans des milieux très différents. La sélection des contenus, la façon de les résumer et autres modifications éditoriales, ainsi que le point de vue des rédacteurs relèvent de la responsabilité de la rédaction et ne traduisent pas la position officielle de l'ONUSIDA. Il convient de noter que, à l'exception des revues en accès libre, ex. PLoS, les auteurs et/ou éditeurs conservent les droits d'auteur sur le contenu original publié dont traite HIV this month.

## 1. Réduire la transmission par voie sexuelle

**Réorienter la riposte au VIH au Niger vers le commerce du sexe: de l'amélioration des données probantes à une pratique ciblée et élargie.**

*Fraser N, Kerr CC, Harouna Z, Alhousseini Z, Cheikh N, Gray R, Shattock A, Wilson DP, Haacker M, Shubber Z, Masaki E, Karamoko D, Görgens M. J Acquir Immune Defic Syndr. 1<sup>er</sup> mars 2015;68 Suppl 2:S213-20. doi: 10.1097/QAI.0000000000000456.*

Contexte: **L'épidémie de VIH due au commerce du sexe au Niger, où le poids de la morbidité est faible, se situe dans un contexte de forte croissance économique et démographique.** Les ressources disponibles diminuent depuis quelque temps. Pendant la période 2007-2012, **1% seulement des dépenses consacrées au VIH concernaient le commerce du sexe.** On estime cependant que **37% de l'incidence du VIH étaient directement liés au commerce du sexe en 2012.** Le gouvernement du Niger a demandé de l'aide pour veiller à une répartition efficace de ses ressources VIH, ainsi que pour renforcer les programmes s'adressant aux travailleurs du sexe.

Méthodes: **Optima, un outil d'épidémiologie et d'optimisation intégré, a été appliqué** à partir de données épidémiologiques VIH, démographiques, programmatiques et financières (coûts et dépenses) locales. **Un algorithme d'optimisation mathématique a servi à établir comment répartir les ressources de manière à minimiser l'incidence du VIH, ainsi qu'à calculer les AVCI (année de vie corrigée du facteur incapacité) sur 10 ans.**

Résultats: **Une répartition efficiente des ressources disponibles pour la riposte au VIH, dans le but de minimiser l'incidence du virus et les AVCI, porterait de 1 à 4-5% les dépenses d'interventions liées au commerce du sexe - soit presque le double des dépenses de traitement antirétroviral et de prévention de la transmission de la mère à l'enfant - et réduirait les dépenses de programmation VIH destinée à la population générale. Un tel investissement pourrait prévenir 12% de nouvelles infections en plus, et ce, malgré un budget de moins de la moitié de celui de 2012, année de référence. La plupart des infections évitées seraient dues à l'accroissement du financement des interventions liées au commerce du sexe.**

Conclusions: **Cette analyse de l'efficacité de la répartition des ressources justifie l'investissement dans les interventions liées au commerce du sexe pour minimiser l'incidence future du HIV et les AVCI. Une répartition optimale des ressources, conjuguée avec une meilleure mise en œuvre des programmes, pourrait être encore plus efficace dans la lutte contre le VIH.** Un encadrement technique veille au bon usage de l'argent investi dans la programmation liée au commerce du sexe et aide le Niger à mener une riposte au VIH coût-efficace et inscrite dans la durée.

[Accès au résumé](#)

**Note de la rédaction:** *L'épidémie de VIH au Niger est de faible niveau, concentrée sur les populations clés, notamment les travailleuses du sexe. Une prévalence de 17% était enregistrée en 2011. Les travailleuses du sexe qui utilisent un préservatif pour chaque acte sexuel représentent à peu près 23% seulement de ce groupe très vulnérable. S'ajoutent à cela divers obstacles à la fréquentation des centres de santé, notamment le coût et la distance.*

*Cet article résume l'épidémie de VIH et l'état de la riposte au Niger en s'intéressant plus particulièrement aux travailleuses du sexe. Les tendances sont modélisées avec l'outil Optima. Il présente ensuite de nouvelles données probantes sur différents scénarios de répartition des ressources, ainsi que les effets prévus de ces scénarios sur l'épidémie de VIH. Optima, un modèle*

*mathématique déterministe pour l'optimisation et la hiérarchisation des ressources VIH est appliqué aux données épidémiologiques, démographiques, programmatiques et financières (dépenses et coûts) locales.*

*Un algorithme établit la meilleure répartition des ressources pour minimiser soit l'incidence de VIH soit les années de vie corrigées du facteur d'incapacité (AVCI) jusqu'à 2024. À l'inverse de la démarche actuelle qui consiste à allouer 31% des dépenses à la population générale et 1% aux travailleuses du sexe, Optima préconise de porter les dépenses de thérapie antirétrovirale de 27 à 48%. Optima contribue à une approche axée sur la réduction de l'incidence de VIH chez les travailleuses du sexe, avec cartographie des populations et une «intelligence programmatique» comparable à celle mise en œuvre en Inde et au Nigeria.*

**Pays:** Inde, Niger, Nigeria, République démocratique du Congo, Togo

**Région:** Afrique, Asie

**Sous-catégories:** interventions biomédicales et outils de prévention, épidémiologie, prestations de soins de santé, réponses nationales

### **Variations de la prévalence du VIH et de la syphilis chez les travailleuses du sexe observées par trois études transversales en série dans l'État de Karnataka (Inde du Sud).**

*Isac S, Ramesh BM, Rajaram S, Washington R, Bradley JE, Reza-Paul S, Beattie TS, Alary M. BMJ Open. 27 mars 2015; 5(3):e007106. doi: 10,1136/bmjopen-2014-007106.*

**Objectifs: Cet article examinait les tendances d'utilisation des préservatifs dans le temps, ainsi que les prévalences de VIH et de syphilis, chez les travailleuses du sexe en Inde du Sud.**

Conception: Les données de trois cycles d'études transversales ont été analysées, avec comme variables de résultat la prévalence du VIH ou de la syphilis à titre élevé. L'analyse multivariée a été appliquée pour examiner les variations de la prévalence dans le temps.

Localisation: Cinq districts de l'État de Karnataka (Inde).

Participants: **7015 travailleuses du sexe ont été interrogées sur trois cycles d'enquête** (1<sup>er</sup> cycle = 2277; 2<sup>e</sup> cycle = 2387 et 3<sup>e</sup> cycle = 351). Les femmes ayant déclaré consentir à des rapports sexuels contre de l'argent ou des cadeaux au cours du mois écoulé, et âgées de 18 à 49 ans, ont été incluses.

Interventions: **Les enquêtes ont été menées dans le cadre du suivi d'un programme de prévention du VIH ciblé pendant la période 2004-2012. Les principales interventions comprenaient des actions de proximité par des pairs, des services pour le traitement et la prévention des infections sexuellement transmissibles, et l'autonomisation des travailleuses du sexe par la mobilisation communautaire.**

Résultats: **La prévalence du VIH a baissé de manière significative entre les cycles 1 et 3, de 19,6% à 10,8%** (risque relatif approché corrigé=0,48, p<0,001) ; la prévalence de la syphilis à titre élevé a baissé de 5,9% à 2,4% (risque relatif approché corrigé=0,50, p<0,001). **Des réductions ont été observées dans la plupart des strates secondaires de travailleuses du sexe.** Cependant, les réductions parmi les nouvelles travailleuses du sexe et celles qui racolaient des clients par téléphone portable ou à leur domicile n'étaient pas statistiquement importantes. **L'utilisation systématique d'un préservatif avec les clients occasionnels a augmenté de 73% à 91%** (risque relatif approché corrigé=1,9, p<0,001), **avec les clients réguliers, de 52% à 86%** (risque relatif approché corrigé=5,0, p<0,001) **et avec les partenaires réguliers, de 12% à 30%** (risque relatif approché corrigé=4,2, p<0,001). L'utilisation plus courante des préservatifs était associée à l'exposition au

programme. **Cependant, l'utilisation des préservatifs avec les partenaires réguliers restait peu courante.**

Conclusions: **Les prévalences d'infection à VIH et de syphilis à titre élevé chez les travailleuses du sexe ont diminué au fur et à mesure que l'utilisation des préservatifs a augmenté. Une plus forte réduction exigera l'intensification des actions de prévention s'adressant aux nouvelles travailleuses du sexe et à celles qui racolent des clients par téléphone mobile ou à leur domicile, ainsi que l'augmentation de l'utilisation des préservatifs dans le contexte du couple.**

Résumé [Accès \[gratuit\] au texte intégral](#)

**Note de la rédaction:** *L'épidémie de VIH en Inde est restée largement concentrée dans les populations clés, en particulier les travailleuses du sexe. L'une des actions de prévention du VIH qui a eu le plus grand retentissement en Inde, à savoir l'initiative Avahan contre le sida, a atteint plus de 60 000 travailleuses du sexe dans l'État du Karnataka depuis 2004. Elle comprend des actions de communications par les pairs sur les rapports sexuels protégés, la gestion intensive des infections sexuellement transmissibles, et la facilitation d'environnements propices aux rapports sexuels protégés. Lors du dernier cycle d'une enquête transversale répétée menée entre 2004 et 2011, les enquêteurs ont constaté que presque toutes les travailleuses du sexe avaient été contactées par un éducateur pair, avaient assisté à une démonstration de l'utilisation des préservatifs, ou s'étaient présentées à un centre de soins du programme. Pendant cette période, la prévalence du VIH a chuté de 19,6% à 10,8% ( $P < 0,01$ ) et la prévalence des nouveaux cas de syphilis, de 5,9% à 2,4% ( $P > 0,01$ ). Cependant, la prévalence du VIH parmi les nouvelles travailleuses du sexe est restée élevée, attestant des difficultés rencontrées lorsqu'il s'agit d'accéder aux nouvelles travailleuses du sexe avant qu'elles ne deviennent séropositives. Le programme se distingue par sa réactivité aux besoins de prévention du VIH des travailleuses du sexe et cet article confirme l'augmentation continue du recours aux préservatifs et aux services préventifs. Cependant, compte tenu de la nature changeante du commerce du sexe, de nouvelles difficultés se présentent, notamment en ce qui concerne l'accès aux femmes qui racolent par téléphone mobile et aux nouvelles travailleuses du sexe.*

**Pays:** Inde

**Région:** Asie

**Sous-catégories:** réponses de la société civile et de la communauté, épidémiologie, sexe, transmission sexuelle et prévention

## 2. Prévenir le VIH chez les consommateurs de drogues

### Le rapport coût-efficacité de la réduction des risques

Wilson DP, Donald B, Shattock AJ, Wilson D, Fraser-Hurt N. *Int J Drug Policy*. 2015 fév;26 Suppl 1:S5-11. doi: 10.1016/j.drugpo.2014.11.007. Epub 1<sup>er</sup> déc. 2014.

La prévalence du VIH chez les consommateurs de drogues injectables (CDI) est de l'ordre de 19%. **Les stratégies de réduction des risques pour les CDI prennent la forme de programmes d'échange de seringues (PES) et de traitements de substitution aux opiacés (TSO), souvent conjuguées avec une thérapie antirétrovirale (TARV) pour les personnes vivant avec le VIH.** De nombreuses études se sont penchées sur l'efficacité de chaque stratégie. **Ce commentaire traite des preuves de l'efficacité des mesures de réduction des risques et de leur rentabilité par rapport aux résultats liés au VIH ainsi qu'aux estimations des ressources requises pour atteindre les cibles de couverture mondiale et régionale. L'efficacité et l'innocuité des PES**

**pour réduire la transmission du VIH dans divers contextes a été démontrée.** Nombreux sont les exemples, historiques ou très récents et issus de divers contextes, où l'absence ou réduction des PES a abouti à une explosion de l'épidémie de VIH, à l'inverse des cas d'épidémie contrôlée par la mise en œuvre de PES. **Les PES sont relativement peu coûteux et très coût-efficaces** selon les seuils de consentement à payer couramment utilisés. **Il y a tout lieu de penser que les traitements de substitution sont efficaces et qu'ils réduisent le risque d'acquisition du VIH de 54% en moyenne chez les CDI.** La mise en œuvre des TSO est relativement onéreuse si l'on prend **uniquement en considération les résultats liés au VIH.** Les autres avantages sociétaux **pouvant en être dérivés améliorent considérablement leur taux de rentabilité.** De nombreuses études confirment le bon rapport coût-efficacité de la thérapie antirétrovirale pour maintenir les patients en vie, mais les preuves de **l'efficacité et de la rentabilité de la thérapie antirétrovirale pour prévenir le VIH chez les CDI, bien que de plus en plus nombreuses,** manquent de solidité. Les démarches combinées de réduction des risques seront très vraisemblablement plus efficaces et rentables que les démarches partielles. Les **programmes de réduction des risques restent rares dans le monde entier.** Les **coûts annuels du renforcement de chacune des stratégies de réduction des risques actuelles, par région, en accord avec les cibles de couverture de l'OMS, sont très élevés, à commencer par le TARV, puis le TSO et les PES.** Il est toutefois **essentiel de renforcer les trois démarches.** A court terme, ces interventions peuvent être coût-efficaces par rapport à la plupart des seuils. Elles peuvent être **économiques à long terme.**

Résumé    [Accès \[gratuit\] au texte intégral](#)

***Note de la rédaction:** La propagation du VIH chez les consommateurs de drogues injectables a entraîné des épidémies en Europe orientale, ainsi qu'en Asie centrale et du Sud-Est. En Europe orientale et en Asie centrale, la majorité des infections à VIH ont été attribuées à la consommation de drogues injectables. Certains pays du Moyen-Orient et d'Afrique du Nord ont eux aussi connu des épidémies rapides de VIH parmi les consommateurs de drogues injectables. La notion de réduction des risques fait référence aux méthodes de réduction des risques sanitaires lorsque leur élimination peut ne pas être possible. Cet article examine dans le détail les données probantes sur l'efficacité et la rentabilité des différentes méthodes de réduction des risques. Il s'intéresse notamment aux programmes d'échange de seringues, aux traitements de substitution aux opiacés (TSO) et à la thérapie antirétrovirale, dans différents contextes. Il importe de noter que, en plus de prendre en considération les avantages potentiels de chaque méthode séparément, il défend l'idée que les stratégies de prévention combinées sont synergiques et pourraient avoir des effets pluriels. Malheureusement, les programmes de réduction des risques restent rares dans le monde entier. On estime que 90% des consommateurs de drogues injectables, à l'échelle mondiale, n'ont pas accès à des programmes d'échange de seringues bien que ces derniers soient très efficaces et rentables. En plus du besoin d'investissement accru dans la réduction des risques, certains facteurs socio-politiques et législatifs expliquent le manque de programmes de réduction des risques. Cette situation ne peut pas être améliorée sans prendre en main tout d'abord la stigmatisation, la discrimination et l'intolérance qui limitent l'élargissement des programmes de réduction des risques dans de nombreux contextes. Il est impératif de faire tomber ces obstacles afin que des programmes de réduction des risques efficaces puissent être mis en place. Il est toutefois encourageant de relever une importante couverture de programmes de TSO en Iran, en République tchèque et en Europe occidentale. Plusieurs pays d'Asie et du Moyen-Orient ont également commencé à renforcer leurs programmes. La Chine a récemment entrepris le plus important programme de renforcement des TSO dans le monde. Le recours au TARV par des personnes vivant avec le VIH qui consomment des drogues injectables illustre les plus profondes disparités avec ce qui est requis ou considéré être un accès*

adéquat. 14% seulement des personnes vivant avec le VIH qui consomment des drogues injectables ont accès au TARV ; les plus grands déficits de traitement antirétroviral sont constatés en Europe orientale et en Asie centrale. Un développement plus poussé des stratégies de réduction des risques est requis de toute urgence, à la fois pour atteindre les cibles fixées par l'OMS et la cible 90-90-90 de l'ONUSIDA.

**Pays:** Arménie, Australie, Belarus, Brésil, Chine, Estonie, Géorgie, Kazakhstan, Malaisie, Moldova, Pays-Bas, République islamique d'Iran, République tchèque, Royaume-Uni, Russie, Tadjikistan, Ukraine.

**Région:** Asie, Océanie, Europe

**Sous-catégories:** sang / fluides corporels et prévention du VIH, prestations de soins de santé, consommation de drogues injectables et prévention du VIH

### 3. Éliminer les nouvelles infections par le VIH chez les enfants

**Occasions manquées de diagnostic précoce du VIH chez les nourrissons: résultats d'une étude nationale en Afrique du Sud.**

*Woldesenbet SA, Jackson D, Goga AE, Crowley S, Doherty T, Mogashoa MM, Dinh TH, Sherman GG. J Acquir Immune Defic Syndr. 1<sup>er</sup> mars 2015;68(3):e26-32. doi: 10.1097/QAI.0000000000000460.*

Contexte: Des services de diagnostic précoce de l'infection à VIH chez les nourrissons devraient être proposés dès la visite de vaccination à 6 semaines. **Malgré le nombre important de vaccinations à 6 semaines, le diagnostic précoce chez les nourrissons reste faible dans de nombreux pays d'Afrique subsaharienne. Nous nous sommes interrogés sur ces occasions manquées lors des visites de vaccination à 6 semaines.**

Méthodes: Nous avons utilisé les données de **2 études transversales conduites en 2010 en Afrique du Sud**. Une évaluation nationale a été menée auprès de **dispositifs publics aléatoirement sélectionnés (n = 625) afin d'établir les méthodes de diagnostic précoce chez le nourrisson**. Un **sous-échantillon de ces dispositifs (n = 565) a reçu une deuxième visite pour évaluer le statut sérologique des nourrissons de 4 à 8 semaines** vaccinés à 6 semaines. Nous avons étudié les occasions de diagnostic précoce potentiellement manquées chez les nourrissons. Nous avons utilisé la régression logistique **pour évaluer les facteurs qui influent sur l'intention maternelle de se présenter pour le diagnostic précoce lors des visites de vaccination à 6 semaines**.

Résultats: **Des services de diagnostic précoce chez les nourrissons étaient disponibles dans plus de 95% des dispositifs et 72% des points de vaccination**. La majorité (68%) des points de vaccination assure un service de diagnostic précoce chez les nourrissons, qui signale ou enregistre (sur la fiche ou le livret de santé du nourrisson) l'exposition au VIH. **Seuls 9% des points de vaccination proposaient un service de conseil et de dépistage pour les nourrissons dont l'exposition au VIH était inconnue ou non enregistrée**. Des entretiens avec des **mères séropositives autodéclarées aux points de vaccination** ont révélé que dans **55% des cas seulement, leur séropositivité était enregistrée sur leur fiche/carnet de santé** et que **35% avaient l'intention de demander un diagnostic précoce du nourrisson lors de la visite de vaccination à 6 semaines**. La non-déclaration de séropositivité des mères pour le diagnostic précoce du nourrisson s'expliquait par la crainte de discrimination, une mauvaise adhérence aux antirétroviraux, et des connaissances inadéquates sur la transmission du VIH de la mère à l'enfant.



Conclusions: **Les occasions manquées de diagnostic précoce chez les nourrissons ont été attribuées à l'absence d'enregistrement de la séropositivité sur les fiches et carnets de santé, à des connaissances maternelles inadéquates sur la transmission du VIH de la mère à l'enfant, à la peur de la discrimination, et au manque de services de conseil et de dépistage pour les nourrissons exposés au VIH non enregistrés, inconnus ou non déclarés.**

Résumé [Accès \[gratuit\] au texte intégral](#)

**Note de la rédaction:** *Le diagnostic précoce chez le nourrisson exposé au VIH est important pour plusieurs raisons. Il permet avant tout l'identification et le traitement antirétroviral des nourrissons séropositifs, et donc une réduction sensible de la morbidité et de la mortalité. Il permet en outre une évaluation objective de l'efficacité des mesures de prévention visant à éliminer la transmission de la mère à l'enfant.*

*En Afrique du Sud, les services de diagnostic précoce chez le nourrisson sont généralement proposés aux points de vaccination dans les dispositifs publics de soins primaires. Une majorité d'entre eux (68%) propose un service de dépistage chez les nourrissons exposés au VIH. Cette stratégie repose sur la déclaration ou l'enregistrement par la mère de sa séropositivité dans le carnet de santé du nourrisson. Cette étude a constaté que le carnet de santé et la déclaration maternelle n'étaient pas adéquatement utilisés pour communiquer l'exposition des nourrissons au VIH aux professionnels de santé chargés du diagnostic précoce. Près de la moitié (45%) des mères qui déclaraient leur séropositivité ne l'enregistraient pas dans le carnet de santé. Qui plus est, très peu de dispositifs de soins de santé proposaient des services de conseil et de dépistage pour les nourrissons dont l'exposition au VIH était inconnue.*

*Les mères séropositives étaient moins susceptibles de révéler leur statut lors des visites de vaccination à six semaines en étant peu conscientes du risque de transmission à leur enfant, en ayant sauté des doses du traitement antirétroviral maternel ou infantile, ou en craignant la discrimination et la stigmatisation. Ces résultats laissent à penser que l'amélioration du diagnostic précoce chez le nourrisson exige l'amélioration de l'identification des nourrissons exposés au VIH lors des visites de vaccination à six semaines, ainsi que l'amélioration de la sensibilisation maternelle au dépistage chez les nourrissons dans le cadre des soins prénataux. D'autres stratégies consistent à réduire la stigmatisation et la discrimination par le biais de campagnes de sensibilisation dans les communautés, à améliorer le respect de l'intimité dans les dispositifs de vaccination, et à améliorer les services de conseil et de dépistage de tous les nourrissons dont l'exposition au VIH est inconnue ou non enregistrée.*

**Pays:** Afrique du Sud

**Région:** Afrique

**Sous-catégories :** dépistage du VIH, prévention de l'infection à VIH chez l'enfant, stigmatisation et exclusion sociale

**Première évaluation de l'efficacité au niveau de la population d'un programme national de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, Afrique du Sud.**

Goga AE, Dinh TH, Jackson DJ, Lombard C, Delaney KP. *J Epidemiol Community Health.* 2015 mars; 69(3):240-8. doi: 10.1136/jech-2014-204535. Epub 4 nov. 2014.

Contexte: Il y a un manque de données sur l'efficacité au niveau de la population nationale des programmes de prévention de la transmission de la mère à l'enfant dans les milieux à forte

prévalence du VIH et à ressources limitées. **Nous avons évalué l'impact des programmes nationaux de prévention de la transmission de la mère à l'enfant en Afrique du Sud (AS), 2010.**

Méthodes: Une enquête a été menée auprès des dispositifs, en suivant une méthode d'échantillonnage stratifié par grappes en plusieurs phases. Un échantillon représentatif au niveau national de 10 178 nourrissons de 4 à 8 semaines a été recruté auprès de 565 centres de soins. Les données ont été collectées par le biais d'entretiens avec les aidants, d'examens des dossiers et de taches de sang séché **pour identifier les nourrissons exposés au VIH et les nourrissons infectés.** Pendant l'analyse, le traitement antirétroviral autodéclaré a été catégorisé comme suit: 1a : **trithérapie antirétrovirale**; 1b : **azidothymidine >10 semaines**; 2a: **azidothymidine ≤10 semaines**; 2b : **prophylaxie antirétrovirale incomplète**; 3a: **pas de traitement antirétroviral prénatal** et 3b: **manque d'information sur le traitement antirétroviral.** Les conclusions ont été corrigées de manière à prendre en compte la non-réponse et le modèle d'enquête, puis pondérées en fonction de la répartition des naissances vivantes.

Résultats: **Au niveau national, 32% des nourrissons vivants étaient exposés au VIH ; la transmission précoce de la mère à l'enfant (TME) était de 3,5%** (IC à 95%, 2,9% à 4,1%). Au total, **29,4% des nourrissons exposés au VIH étaient nés de mères sous trithérapie antirétrovirale** (catégorie 1a), **55,6% sous prophylaxie** (1b, 2a, 2b), **9,5% n'avaient reçu aucun TARV prénatal** (3a) et **5,5 % ne possédaient pas des informations complètes sur le traitement antirétroviral** (3b). Après contrôle d'autres groupes de facteurs, les groupes 1b et 2a indiquaient une TME comparable à celle du groupe 1a [(réf; risque relatif approché corrigé) pour 1b, 0,98, (0,52 à 1,83); et 2a, 1,31, (0,69 à 2,48)]. La TME était plus élevée dans le groupe 2b (risque relatif approché corrigé) 3,68, (1,69 à 7,97). Au sein du groupe 3a, la TME précoce était la plus élevée chez les mères allaitantes [11,50% (4, 67% à 18,33%) pour l'allaitement exclusif, 11,90% (7,45% à 16,35%) pour l'allaitement mixte et 3,45% (0,53% à 6,35%) pour le non allaitement]. Le traitement antirétroviral ou la prophylaxie sur plus de 10 semaines neutralisait cette différence [(TME 3,94%, (1,98% à 5,90%); 2,07%, (0,55% à 3,60%) et 2,11%, (1,28% à 2,95%), respectivement)].

Conclusions: L'Afrique du Sud, pays à revenu intermédiaire et à forte prévalence de VIH enregistre **<5% TME à 4-8 semaines post-partum. L'effet au long terme de la PTME sur la survie sans VIH a besoin d'être évalué de toute urgence.**

Résumé [Accès \[gratuit\] au texte intégral](#)

***Note de la rédaction:** L'OMS recommande une démarche globale de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant. Cette démarche comprend notamment la prévention primaire du VIH chez les femmes en âge de procréer, la prévention des grossesses involontaires chez les femmes vivant avec le VIH, la prévention de la transmission du VIH d'une femme vivant avec le VIH à son bébé et l'apport de traitements, de soins et d'encadrement appropriés aux mères vivant avec le VIH, à leurs enfants et à leurs familles. En 2010, l'OMS a révisé ses lignes directrices en matière de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, qui distinguaient deux groupes de femmes. Les femmes du premier groupe, avec une numération de CD4 basse, étaient éligibles au TARV pour leur propre santé ( $\leq 350$  cellules/mm<sup>3</sup>) et ont commencé un TARV. Les femmes du deuxième groupe, avec des numérations de CD4 supérieures ( $> 350$  cellules/mm<sup>3</sup>) n'étaient pas encore éligibles au TARV et ont commencé une prophylaxie antirétrovirale de courte durée. L'Afrique du Sud a adopté l'option A de l'OMS pour son programme national: traitement prophylactique par dose journalière de zidovudine (AZT) antepartum dès la 14<sup>e</sup> semaine de grossesse pour la mère et par dose journalière de névirapine (NVP) pendant six semaines postpartum pour l'enfant.*

*Cette étude évaluait l'efficacité précoce, au niveau de la population, sur la transmission du VIH de la mère à l'enfant entre quatre à huit semaines, en examinant environ 10 000 couples mère-nourrisson de neuf provinces d'Afrique du Sud en 2010. Elle donne ainsi une estimation nationale de l'efficacité du programme sud-africain de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant en 2010.*

*L'étude a constaté des niveaux faibles de transmission du VIH de la mère à l'enfant, 3,5% à quatre à huit semaines post-partum, dans ce milieu à forte prévalence. Environ un tiers des nourrissons étaient exposés au VIH. Les auteurs postulent que ces faibles niveaux de transmission du VIH de la mère à l'enfant sont dus à une forte proportion de femmes sous TARV ou sous prophylaxie antirétrovirale (85%), conjuguée avec de faibles niveaux d'allaitement. Environ 61% des mères ont indiqué nourrir leur enfant au lait maternisé.*

*Cependant, dans de nombreux pays d'Afrique subsaharienne, l'allaitement est considéré comme le meilleur choix pour les femmes vivant avec le VIH, ce qui limite les possibilités de généralisation de ces constatations. Qui plus est, les auteurs reconnaissent que l'étude se concentre sur la transmission précoce, de quatre à huit semaines, et soulignent le besoin urgent de données complémentaires sur l'efficacité à long terme de la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, à partir des chiffres de survie des nourrissons sans VIH à 24 mois post-partum.*

*Il est intéressant de noter que les auteurs relèvent une forte proportion de grossesses involontaires. Environ 61% des nourrissons exposés au VIH étaient le fruit de grossesses involontaires, ce qui indique un déficit important dans la stratégie de l'OMS en matière de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant.*

*En janvier 2015, le ministère sud-africain de la Santé a remplacé l'option A par l'option B+. Désormais, toutes les femmes enceintes et allaitantes vivant avec le VIH sont éligibles au traitement antirétroviral à vie, indépendamment du stade clinique ou immunologique.*

**Pays:** Afrique du Sud

**Région:** Afrique

**Sous-catégories:** prévention de l'infection à VIH chez les enfants, traitement

### **Habitudes d'alimentation et survie sans VIH des nourrissons: conclusions des essais de l'étude Kesho-Bora (Burkina Faso, Kenya, Afrique du Sud).**

*Cournil A, Van de Perre P, Cames C, de Vincenzi I, Read JS, Luchters S, Meda N, Naidu K, Newell ML, Bork K, étude Kesho Bora G. *Pediatr Infect Dis J.* fév. 2015; 34(2):168-74.  
doi: 10.1097/INF.0000000000000512.*

**Objectif: Étudier l'association entre les habitudes d'alimentation et la survie sans VIH des enfants nés de mères infectées par le VIH et établir si la prophylaxie antirétrovirale modifie l'association.**

**Méthodes:** De juin 2005 à août 2008, **des femmes enceintes infectées par le VIH** ont reçu des conseils concernant les options d'alimentation des nourrissons et ont été **désignées, de manière aléatoire, pour recevoir une trithérapie prophylactique jusqu'à l'arrêt de l'allaitement avant l'âge de 6 mois, ou un traitement par zidovudine avec névirapine en dose unique (traitement antirétroviral court). La survie sans VIH à dix-huit mois des nourrissons séronégatifs à 2 semaines a été évaluée selon les habitudes alimentaires (alimentation de substitution dès la naissance, arrêt de l'allaitement < 3 mois, arrêt de l'allaitement ≥3 mois).**

**Résultats: Sur les 753 nourrissons vivants et séronégatifs à 2 semaines, 28 ont acquis l'infection et 47 sont décédés avant d'atteindre 18 mois.** La survie globale sans VIH à 18 mois

était de 0,91 [intervalle de confiance (IC) à 95%: 0,88-0,93]. **Dans le bras de traitement antirétroviral court, la survie sans VIH (0,88; IC: 0,84-0,91) ne changeait pas selon les habitudes alimentaires. Dans le bras de trithérapie, la survie globale sans VIH était de 0,93 (IC: 0,90-0,95) et l'arrêt de l'allaitement < 3 mois était associé à une survie sans VIH inférieure à celle de l'arrêt de l'allaitement ≥3 mois (rapport de risque ajusté: 0,36; IC: 0,15-0,83) et de l'alimentation de substitution (rapport de risque ajusté: 0,20; IC: 0,04-0,94).** Dans le bras de trithérapie, 4 des transmissions sur 9 se sont produites après l'arrêt de l'allaitement déclaré (et 5 sur 19 dans le bras de traitement court), indiquant que certaines femmes continuaient d'allaiter après l'interruption de la prophylaxie antirétrovirale.

Conclusions: Dans les milieux où les ressources sont limitées, le sevrage précoce a déjà été lié à un taux supérieur de mortalité infantile. Nous montrons que, **même avec une trithérapie prophylactique pendant l'allaitement, le sevrage précoce reste lié à un plus faible taux de survie sans VIH**, en raison notamment de la mortalité accrue.

[Accès au résumé](#)

***Note de la rédaction:** L'évaluation de l'effet des habitudes d'alimentation sur la survie sans VIH des nourrissons est essentielle dans le cadre de la prévention du VIH. Cette étude de grande envergure sur plusieurs pays était intégrée à l'essai Kesho-Bora, à tirage aléatoire, qui a vérifié que la prophylaxie antirétrovirale jusqu'à l'arrêt de l'allaitement était associée à un taux de transmission de la mère à l'enfant inférieur à celui de la prophylaxie antirétrovirale courte. D'autres analyses ont montré que dans les deux bras, la mortalité infantile était à son plus haut niveau lorsque l'allaitement cessait avant l'âge de trois mois. Cette analyse s'est intéressée à la survie sans VIH et a constaté que parmi les mères recevant une trithérapie antirétrovirale pendant l'allaitement, le sevrage avant trois mois était associé à un taux de survie sans VIH considérablement plus faible que celui de l'allaitement sur une plus longue durée ou de l'alimentation de substitution dès la naissance. Dans l'ensemble, les résultats s'inscrivent en appui des lignes directrices de l'OMS de 2013 en matière de traitement antirétroviral, qui recommandent une trithérapie prophylactique en début de grossesse, poursuivie soit tout au long de la période d'allaitement (option B) soit à vie (option B+). Ils appuient également les recommandations de l'OMS en faveur d'un allaitement continu jusqu'à un an au moins pendant le traitement antirétroviral.*

**Pays:** Burkina Faso, Kenya, Afrique du Sud

**Région:** Afrique

**Sous-catégories:** sang / fluides corporels et prévention du VIH, prévention de l'infection à VIH chez l'enfant, traitement

#### **4. Permettre à 15 millions de personnes d'accéder à un traitement**

**Élaboration et validation d'un score de risque pour l'insuffisance rénale chronique chez les personnes atteintes du VIH à partir de données de cohortes prospectives de l'étude D:A:D.**

*Mocroft A, Lundgren JD, Ross M, Law M, Reiss P, Kirk O, Smith C, Wentworth D, Neuhaus J, Fux CA, Moranne O, Morlat P, Johnson MA, Ryom L, groupe d'étude D:A:D, cohorte clinique du Royal Free Hospital, et groupes d'étude INSIGHT, SMART et ESPRIT. PLoS Med. 31 mars 2015; 12(3):e1001809. doi: 10.1371/journal.pmed.1001809. eCollection 2015.*

Contexte: L'insuffisance rénale chronique (IRC) est un problème de santé majeur pour les personnes séropositives, associé à une morbidité et une mortalité accrues. L'élaboration et l'application d'un

modèle de score de risque pour l'IRC permettrait de comparer les risques et les avantages de l'ajout d'antirétroviraux potentiellement néphrotoxiques à un régime thérapeutique et identifierait les individus les plus exposés à l'IRC. **L'étude se proposait d'élaborer un modèle de score de risque simple, validé en externe et largement applicable au long terme pour l'IRC chez les individus séropositifs**, qui guiderait la prise de décision dans l'exercice clinique.

Méthodes et résultats: **Un total de 17 954 individus séropositifs** de l'étude D:A:D (Data Collection on Adverse Events of Anti-HIV Drugs) **avec un taux de filtration glomérulaire estimatif (TFGe)  $\geq 3$  après le 1<sup>er</sup> janvier 2004 étaient inclus**. Le taux de référence correspondait au premier TFGe  $>60$  ml/min/1,73 m<sup>2</sup> après le 1<sup>er</sup> janvier 2004. Les individus exposés à un traitement par ténofovir, atazanavir, atazanavir/ritonavir, lopinavir/ritonavir et d'autres inhibiteurs de protéases potentialisés avant le taux de référence étaient exclus. L'IRC était confirmée ( $>3$  mois d'intervalle) TFGe  $\leq 60$  ml/min/1,73 m<sup>2</sup>. **Le modèle de régression de Poisson a été employé pour élaborer un score de risque, validé en externe sur deux cohortes indépendantes**. Dans le cadre de l'étude D:A:D, 641 individus ont développé une IRC pendant 103 185 années-personnes de suivi (APS ; incidence 6,2/1000 APS, 95% IC 5,7-6,7; suivi moyen 6,1 ans, intervalle 0,3-9,1 ans). **L'âge plus avancé, la consommation de drogue par voie intraveineuse, la coïnfection à l'hépatite C, un TFGe de référence inférieur, le sexe féminin, un nadir de numération des CD4 inférieur, l'hypertension, le diabète et les maladies cardio-vasculaires étaient tous prédictifs d'IRC**. Les ratios du taux d'incidence corrigés de ces neuf variables catégorielles ont été mis à l'échelle et additionnés pour obtenir le score de risque. Le score de risque moyen au taux de référence était de -2 (intervalle interquartile de -4 à 2). **Il y avait une chance sur 393 de développer une IRC dans les 5 années suivantes dans le groupe à risque faible** (score de risque  $<0,33$  événements), **qui passait à 1 sur 47 et 1 sur 6 dans les groupes à risque moyen** (score de risque 0-4, 103 événements) **et élevé** (score de risque  $\geq 5$ , 505 événements) respectivement. **Le nombre nécessaire pour nuire (NNN) à 5 ans après le début du traitement par atazanavir ou lopinavir/ritonavir non potentialisés parmi les individus à faible score de risque était de 1702** (95% IC 1166-3367); le NNN était de **202** (95% IC 159-278) **et de 21** (95% IC 19-23), respectivement, pour les individus à score de risque moyen et élevé. **Le NNN était de 739** (95% IC 506-1462), **88** (95% IC 69-121) **et de 9** (95% IC 8-10) **pour les individus à score de risque faible, moyen et élevé, respectivement, en début de traitement par ténofovir, atazanavir/ritonavir, ou autre inhibiteur de protéase potentialisé**. La cohorte clinique du Royal Free Hospital comprenait 2548 individus, dont 94 ont développé une IRC (3,7%) pendant 18 376 APS (suivi moyen 7,4, intervalle 0,3-12,7 ans). Parmi les 2013 individus inclus des bras de contrôle SMART/ESPRIT, 32 ont développé une IRC (1,6%) pendant 8452 APS (suivi moyen 4,1, intervalle 0,6-8,1 ans). **La validation en externe a montré que le score de risque donnait de bonnes prédictions dans ces cohortes**. Cette étude a été limitée par l'insuffisance de données sur la race et l'absence de données sur la protéinurie.

Conclusions: Des facteurs traditionnels et des facteurs liés au VIH étaient prédictifs d'IRC. Ces facteurs ont été utilisés pour élaborer un score de risque d'IRC en cas d'infection par le VIH, validé en externe, d'une pertinence clinique directe pour les patients et les médecins puisqu'il permet de peser les avantages de certains antirétroviraux par rapport au risque d'IRC et d'identifier les individus les plus exposés à l'IRC.

[Résumé](#)    [Accès \[gratuit\] au texte intégral](#)

**Note de la rédaction:** *La néphrotoxicité des médicaments antirétroviraux, en particulier le ténofovir, est préoccupante, surtout en cas d'accès limité à un laboratoire de suivi de la fonction rénale. Associée à de mauvais résultats, l'insuffisance rénale chez les personnes vivant avec le VIH peut être catastrophique dans les milieux à ressources limitées, sans possibilités de dialyse.*

*Cette étude, à l'instar de travaux antérieurs, cherche à résoudre ce problème en élaborant un score de risque pour l'insuffisance rénale chronique (IRC). Sa force réside dans la disponibilité de données pour plus de 17 000 hommes et femmes vivant avec le VIH qui participent à des études de cohortes depuis de nombreuses années, dans plus de 40 pays dans le monde entier. Le score de risque obtenu utilise neuf variables cliniques simples qui prédisent l'IRC à la fois dans l'ensemble et après le début d'un traitement par antirétroviraux potentiellement néphrotoxiques. Un score de risque court, qui n'inclut pas les facteurs de risque cardio-vasculaires, éventuellement mieux adapté aux milieux à faibles ressources, donne une prédiction d'IRC presque aussi fiable.*

*Ce score de risque sera-t-il largement employé dans la prise de décision clinique ? Pour les pays à revenu élevé, cet outil pourrait aider à identifier les individus sur lesquels les stratégies de prévention des maladies cardio-vasculaires et rénales devraient se concentrer. Il pourrait aussi être utile pour identifier les personnes à haut risque d'IRC pour qui le ténofovir pourrait être inacceptable, en particulier lorsque le suivi de la fonction rénale est limité. Cependant, une faible proportion des participants était issue de pays à revenu faible et moyen et les informations sur leur race étaient limitées. Par conséquent, le score de risque devra éventuellement être validé dans les milieux à faible revenu avant de pouvoir être employé. On ignore encore si l'utilisation de l'outil, conjuguée avec un suivi fréquent de la fonction rénale, pourrait améliorer les résultats cliniques.*

*En attendant, un nouveau médicament, le ténofovir alafénamide (TAF), est en cours d'essais cliniques. Il semble être moins néphrotoxique, sans danger et bien toléré parmi les adultes à fonction rénale réduite. Si les résultats d'essais futurs confirment ces données probantes, et si le ténofovir alafénamide peut être généralement prescrit, la néphrotoxicité des médicaments pourrait être moins préoccupante dans l'immédiat.*

**Pays:** Allemagne, Argentine, Australie, Autriche, Belarus, Belgique, Bosnie-et-Herzégovine, Brésil, Bulgarie, Canada, Croatie, Danemark, Espagne, Estonie, États-Unis d'Amérique, Finlande, France, Grèce, Hongrie, Irlande, Israël, Italie, Japon, Lettonie, Lituanie, Luxembourg, Maroc, Norvège, Pays-Bas, Pologne, Portugal, République tchèque, Royaume-Uni, Russie, Serbie, Singapour, Slovaquie, Slovénie, Suède, Suisse, Thaïlande, Ukraine.

**Région:** Europe, Amérique du Nord, Asie, Océanie, Afrique, Amérique latine

**Sous-catégories:** interventions biomédicales et outils de prévention, comorbidité, prestations de soins de santé, personnes vivant avec le VIH; traitement

## 5. Éviter les décès liés à la tuberculose

**Dépistage de la méningite cryptococcique et soutien à l'adhérence précoce dans la communauté chez les personnes à un stade avancé de l'infection par le VIH qui entament une thérapie antirétrovirale en Tanzanie et en Zambie: un essai contrôlé avec tirage aléatoire open-label.**

*Mfinanga S, Chanda D, Kivuyo SL, Guinness L, Bottomley C, Simms V, Chijoka C, Masasi A, Kimaro G, Ngowi B, Kahwa A, Mwaba P, Harrison TS, Egwaga S, Jaffar S, équipe d'essais REMSTART. Lancet. 9 mars 2015. pii: S0140-6736(15)60164-7. doi: 10.1016/S0140-6736(15)60164-7. [Publication en ligne avant impression]*

Contexte: **En Afrique, la mortalité des individus infectés par le VIH qui commencent une thérapie antirétrovirale est élevée, en particulier chez ceux à un stade avancé de la maladie.**

Nous avons évalué l'effet d'une courte période d'encadrement dans la communauté en complément des services en centre médical, combinée avec la détection de l'antigène cryptococcique dans le sérum.

Méthodes: **Nous avons mené un essai contrôlé avec tirage aléatoire open-label dans six centres médicaux urbains à Dar es Salaam (Tanzanie) et Lusaka (Zambie).** À partir de février 2012, **nous avons recruté des individus vivant avec le VIH et répondant à certaines conditions (18 ans ou plus, numération de CD4 <200 cellules par uL, naïfs de TARV) et nous les avons désignés aléatoirement pour soit des soins standard en centre médical complétés par un encadrement dans la communauté, soit des soins en centre médical seuls**, stratifiés par pays et centre médical, en blocs permutés de dix. **Les soins en centre médical complétés par un encadrement dans la communauté consistaient en un dépistage de l'antigène cryptococcique sérique en combinaison avec une thérapie antifongique pour les patients antigène-positifs, des visites de soutien à domicile hebdomadaires pendant les 4 premières semaines de TARV par des non professionnels** et, en Tanzanie uniquement, un autre test de dépistage de la tuberculose à 6-8 semaines après le début du TARV. **Le critère d'évaluation principal était la mortalité toutes causes confondues à 12 mois**, analysée en intention de traiter. Cet essai figure dans le registre ISCRTN (International Standard Randomised Controlled Trial Number), sous le numéro 201410413.

Résultats: Entre le 9 février 2012 et le 30 septembre 2013, 1001 patients ont été désignés aléatoirement pour recevoir des soins en centre médical plus un soutien dans la communauté, et 998 pour recevoir des soins standards. 89 (9%) des 1001 participants du groupe de soins en centre médical plus encadrement dans la communauté n'ont pas reçu l'intervention pour laquelle ils avaient été désignés. 11 (1%) des 998 participants du groupe désigné pour les soins standard ont reçu une visite à domicile ou un dépistage de l'antigène cryptococcique au lieu des soins standard seuls. À 12 mois, 25 (2%) des 1001 participants du groupe de soins en centre médical plus encadrement dans la communauté et 24 (2%) des 998 participants du groupe désigné pour les soins standard n'étaient plus suivis, et ont été censurés lors de leur dernière visite pour l'analyse primaire. **À 12 mois, 134 (13%) des 1001 participants du groupe de soins en centre médical plus encadrement dans la communauté étaient décédés, par rapport à 180 (18%) des 998 participants du groupe désigné pour les soins standard.** Dans le groupe de soins en centre médical plus encadrement dans la communauté, la mortalité était de 28% (95% IC 10-43) inférieure à celle du groupe de soins standard ( $p=0,004$ ).

Interprétation: Le dépistage et le traitement préemptif de l'infection cryptococcique, combinés avec une courte période initiale de soutien à l'adhérence après le début d'un TARV, pourraient considérablement réduire la mortalité dans les programmes VIH en Afrique.

[Accès au résumé](#)

***Note de la rédaction:** Malgré l'immense succès du déploiement du programme antirétroviral, la mortalité précoce chez les personnes entamant un traitement antirétroviral (TARV) dans les pays à revenu faible et moyen reste élevée. La réduction de la mortalité précoce est une priorité. Le risque de mortalité précoce est le plus élevé chez les personnes à faible numération de CD4. En dépit d'une hausse de la numération moyenne de CD4 au début du TARV, sur le temps, de nombreuses personnes entament encore un TARV avec une faible numération de CD4 et sont exposées à un risque élevé de mortalité.*

*La maladie cryptococcique est très souvent détectée à l'autopsie chez les personnes séropositives, bien que moins couramment que la tuberculose et autres infections pulmonaires. La maladie cryptococcique est généralement présente chez les individus à très faible numération de CD4. Son taux de létalité est élevé pour diverses raisons, dont la présentation tardive ainsi qu'un traitement et des soins sous-optimaux. Chez les personnes à faible numération de CD4, l'antigène cryptococcique peut être détecté dans le sang plusieurs semaines avant les premiers symptômes de maladie*

cryptococcique. En 2011, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a diffusé un conseil rapide sur la prévention et le traitement de la méningite cryptococcique dans les milieux à ressources limitées. Il s'agissait notamment d'une recommandation conditionnelle (basée sur des éléments probants de qualité médiocre) pour détecter l'antigène cryptococcique chez les individus dont la numération de CD4 était inférieure à 100 cellules par  $\mu\text{l}$ , suivie d'un traitement soit pour la méningite cryptococcique, soit par le fluconazole pour l'antigénémie cryptococcique asymptomatique, selon les besoins.

Cet essai est le premier à prouver que cette stratégie peut sauver des vies. Il s'agissait d'un essai pragmatique, à tirage aléatoire individuel, recrutant des personnes séropositives naïves de TARV ayant, au départ, des numérations de CD4 inférieures à 100 cellules par  $\mu\text{l}$ . En raison de la lenteur du recrutement, les critères d'inclusion ont par la suite été élargis aux personnes dont les numérations de CD4 étaient inférieures à 200 cellules par  $\mu\text{l}$ . Le programme se présentait en deux volets. Le premier consistait à détecter l'antigène cryptococcique au moyen d'un test par piqûre au bout du doigt au point de soins, suivi par une gestion selon les lignes directrices de l'OMS. Le deuxième concernait le soutien à l'adhérence, avec des non professionnels formés qui rendaient visite aux patients à domicile ou près de chez eux, une fois par semaine, pendant les quatre premières semaines. Les non professionnels administraient le TARV, assuraient le soutien à l'adhérence et surveillaient les effets secondaires indésirables.

La réduction de la mortalité de 18% à 13% dans le bras d'intervention est évidemment importante mais non moins intrigante lorsqu'il s'agit d'identifier l'«ingrédient actif». Cela pourrait être difficile dans le cadre d'un essai pragmatique d'un programme en plusieurs volets. Par exemple, il n'y a pas eu de test de l'antigène cryptococcique chez les participants du bras de contrôle. Nous ne pouvons donc pas évaluer avec précision la réduction de mortalité attribuable à ce volet du programme. Les auteurs estiment que le dépistage de l'antigène cryptococcique et le traitement ont contribué à environ la moitié de l'effet observé. Cet élément est également intéressant compte tenu du fait que, dans la pratique, l'application du modèle «dépistage et traitement» dans le cadre de l'essai n'était pas exactement conforme aux lignes directrices de l'OMS. Les lignes directrices de l'OMS recommandent une ponction lombaire pour les personnes qui testées positives pour l'antigène cryptococcique et présentent des symptômes suggestifs de méningite. Cependant, dans le cadre de cet essai, 76% des personnes testées positives pour l'antigène cryptococcique ont refusé la ponction lombaire, comme ailleurs. Malgré le programme, 32% des personnes dans le bras d'intervention qui avaient été testées positives pour l'antigène cryptococcique sont décédées. Cela suggère que le fluconazole administré à la plupart des personnes était peut-être inadéquat, et que des alternatives à la ponction lombaire sont nécessaires pour repérer les personnes les plus gravement exposées qui bénéficieraient d'un traitement complet pour la méningite cryptococcique par amphotéricine B. La quantification du titre d'antigène cryptococcique dans le sang pourrait servir à cette fin et doit être étudiée de plus près.

Lors d'un essai précédent en Ouganda, les soins à domicile (administration mensuelle du TARV par des non professionnels) était aussi efficace que les soins en centre médical, en ce qui concerne l'échec virologique. Cependant, d'autres programmes comparables visant à accompagner les individus qui entament un TARV n'ont pas aussi bien réussi. Par exemple, un essai récemment présenté de «navigateurs» de santé qui utilisaient des téléphones mobiles et des SMS pour aider les personnes vivant avec le VIH à former un lien avec le TARV et, dans les cas pertinents, le traitement de la tuberculose, n'a pas réussi à réduire la mortalité à neuf mois. Le soutien à l'adhérence et à la rétention est de toute évidence essentiel pour le succès au long terme des programmes de TARV. La difficulté réside dans la définition des moyens les plus efficaces et les plus viables.

Dans les deux bras de cet essai, le TARV devait, si possible, être entamé dans les quatre à sept jours suivant la première visite, soit beaucoup plus rapidement qu'auparavant. Tous les participants ont été



*invités à fournir des crachats pour le dépistage de la tuberculose avec Xpert MTB/RIF, indépendamment des symptômes signalés. Environ 16% des participants étaient déjà traités pour la tuberculose au moment du recrutement. 11% avaient reçu un diagnostic de tuberculose au moment du recrutement, basé pour à peu près la moitié sur une analyse de crachat ou des caractéristiques cliniques, et pour l'autre moitié, sur les résultats du dépistage avec Xpert MTB/RIF. Cela souligne l'importance de la détection régulière de la tuberculose chez les personnes qui se présentent pour commencer un TARV. En République Unie de Tanzanie, les personnes qui n'étaient pas sous traitement pour la tuberculose ont été soumises à un nouveau test avec Xpert MTB/RIF six semaines après le recrutement. 5% ont été constatées atteintes de tuberculose, ce qui souligne la sensibilité inadéquate du test avec Xpert MTB/RIF, sur le crachat dans ce groupe de personnes.*

*Dans l'ensemble, cet essai donne des indications encourageantes sur le fait que la mortalité précoce sous TARV parmi les personnes à faible numération de CD4 peut être réduite. Il convient pour cela de mettre en place un traitement ciblé de la maladie cryptococcique et un soutien à domicile à l'adhérence précoce, dans le contexte d'un dépistage universel de la tuberculose et d'un début de TARV rapide. Des études en cours cherchent à déterminer si le traitement empirique de la tuberculose réduira la mortalité précoce parmi des populations de patients comparables. Ces résultats aideront à définir la formule optimale de soins pour minimiser la mortalité chez les individus à faible numération de CD4. En même temps, les tests de séropositivité doivent être encouragés afin que les personnes vivant avec le VIH puissent entamer un TARV avant d'atteindre un stade avancé de la maladie avec risque élevé de mortalité.*

**Pays:** République Unie de Tanzanie, Zambie

**Région:** Afrique

**Sous-catégories:** prestations de soins de santé, traitement

**Fardeau de la tuberculose observée post-mortem chez des patients hospitalisés dans un centre spécialisé tertiaire en Afrique subsaharienne: étude descriptive prospective fondée sur des autopsies.**

*Bates M, Mudenda V, Shibemba A, Kaluwaji J, Tembo J, Kabwe M, Chimoga C, Chilukutu L, Chilufya M, Kapata N, Hoelscher M, Maeurer M, Mwaba P, Zumla A. Lancet Infect Dis. 9 mars 2015. pii: S1473-3099(15)70058-7. doi: 10.1016/S1473-3099(15)70058-7. [Publication en ligne avant impression]*

Contexte: Les patients atteints de tuberculose latente, de tuberculose à frottis négatif, de tuberculose extra-pulmonaire, de tuberculose multirésistante et de tuberculose asymptomatique sont difficiles à diagnostiquer et peuvent être ignorés à tous les points de soins de santé. **Nous avons procédé à une étude fondée sur des autopsies pour déterminer le fardeau de la tuberculose observée post-mortem chez des patients hospitalisés dans un centre spécialisé tertiaire de Lusaka (Zambie).**

Méthodes: Entre le 5 avril 2012 et le 22 mai 2013, nous avons effectué des autopsies complètes sur des patients hospitalisés âgés d'au moins 16 ans, décédés dans les services adultes du CHU de Lusaka, en Zambie. Nous avons procédé à une analyse pathologique macroscopique et à une analyse histopathologique, puis nous avons soumis des tissus pulmonaires de patients tuberculeux au test GeneXpert MTB/RIF pour identifier les patients atteints de tuberculose multirésistante. Le résultat primaire était mesuré par à une ou plusieurs maladies précises, stratifiées par statut VIH. Les résultats secondaires correspondaient à la tuberculose non détectée, à la tuberculose multirésistante, et aux comorbidités avec tuberculose. Les données ont été analysées avec le test du khi carré de Pearson, le test U de Mann-Whitney U, et la régression logistique binaire.

Résultats: L'âge moyen des 125 patients inclus était de 35 ans (EI 29-43), 80 (64%) étaient des hommes et 101 (81%) étaient séropositifs. **78 (62%) des patients étaient atteints de tuberculose, dont 66 (85%) étaient infectés au VIH.** 35 (45%) de ces 78 patients présentaient une tuberculose extra-pulmonaire. Le risque de tuberculose extra-pulmonaire était supérieur chez les patients infectés au VIH par rapport aux patients non infectés (risque relatif approché 5,14, IC à 95% 1,04-24,5 ;  $p=0,045$ ). **20 (26%) des 78 patients tuberculeux n'avaient pas été diagnostiqués de leur vivant et 13 (71%) présentaient une tuberculose multirésistante non diagnostiquée.** Les comorbidités communes avec la tuberculose étaient la pneumonie pyogène chez 26 patients (33%) et l'anémie chez 15 (19%).

Interprétation: Une vigilance clinique accrue et un dépistage en amont de la tuberculose et de la tuberculose multirésistante chez les patients hospitalisés sont nécessaires. D'autres études basées sur des autopsies permettraient d'établir si ces constatations sont généralisables.

Accès au résumé

**Note de la rédaction:** Cet article s'ajoute à une littérature de plus en plus abondante qui fait état d'un très lourd fardeau de tuberculose chez les jeunes adultes, dont la plupart sont séropositifs, qui décèdent dans les hôpitaux d'Afrique subsaharienne. Des connaissances exactes sur les causes de décès des personnes vivant avec le VIH sont essentielles pour élaborer des stratégies de réduction de la mortalité. Bien que les autopsies soient le meilleur moyen de cerner les causes de décès, les données d'autopsie sont rares. Dans cette étude, les auteurs ont procédé à des autopsies complètes de patients hospitalisés pour décrire le fardeau de tuberculose. Le test GeneXpert MTB/RIF a été utilisé pour évaluer la prévalence de la tuberculose multirésistante.

À raison de 9% de tous les décès pendant la période d'étude, la couverture de l'étude est comparable à d'autres études qui ont tenté des autopsies complètes, généralement mal acceptées par les familles. Parmi 124 patients hospitalisés inclus, l'intervalle moyen entre l'admission et le décès était de sept jours. La majorité des personnes incluses étaient séropositives, toutes diagnostiquées de leur vivant. Les auteurs font état d'un important fardeau de tuberculose à l'autopsie, dont 26% (20/78) n'étaient diagnostiqués qu'après le décès et 17% (13/78) étaient des cas de tuberculose multirésistante non diagnostiquée. Aucune des personnes atteintes de tuberculose multirésistante n'était sous traitement adéquat. La pneumonie bactérienne, constatée dans plus d'un tiers des autopsies, était la deuxième maladie la plus souvent constatée à l'autopsie après la tuberculose.

Le lourd fardeau de tuberculose et de tuberculose multirésistante détectées à l'autopsie, signalé dans cette étude, met en valeur la nécessité d'un dépistage systématique de ces maladies chez les patients hospitalisés dans les milieux où la tuberculose est endémique. Il souligne en outre le besoin de mesures de prévention de la transmission de la tuberculose en milieu hospitalier. Des diagnostics rapides au point de soins sont nécessaires pour permettre un traitement approprié à un stade précoce. L'étude met également en exergue le rôle crucial de l'autopsie pour détecter la tuberculose à la mort. Ce point est généralement sous-estimé par les médecins. Des techniques d'autopsie moins invasives, basées sur des biopsies de plusieurs échantillons, sont plus acceptables pour les familles et pourraient jouer un rôle important dans l'examen de la tuberculose en tant que cause de décès.

**Pays:** Zambie

**Région:** Afrique

**Sous-catégories:** comorbidité, épidémiologie, personnes vivant avec le VIH

## 6. Parer à l'insuffisance des ressources

### **Habitudes et niveaux de consommation des ménages comptant des membres séropositifs et économiquement appauvris par les dépenses médicales dans la ville de Pune (Inde).**

*Sharma V, Krishnaswamy D, Mulay S. AIDS Care. 4 mars 2015:1-5. [Publication en ligne avant impression]*

L'infection à VIH fait peser une menace sérieuse sur l'économie d'un ménage. Les dépenses de santé courantes peuvent être prohibitives et enfoncer les ménages dans la pauvreté. **À partir de données recueillies dans le cadre d'une enquête transversale auprès de 401 ménages comptant des membres séropositifs, dans la ville indienne de Pune, cet article examine les niveaux et les habitudes de consommation des ménages et formule des observations sur l'appauvrissement économique causé par les dépenses médicales courantes.** L'analyse révèle que les ménages comptant des membres séropositifs consacrent une importante part de leurs dépenses mensuelles à l'alimentation. **Les dépenses médicales constituent une importante proportion de leur consommation totale.** L'éducation des enfants représente une proportion mineure des dépenses mensuelles totales. La situation économique des ménages comptant des membres séropositifs souffre de cette proportion élevée de dépenses médicales. La pauvreté augmente de 20% parmi les foyers étudiés lorsque les dépenses médicales courantes sont ajustées. Elle augmente de 18% parmi les foyers dirigés par un homme et de 26% parmi les foyers dirigés par une femme. Les résultats réitèrent le **besoin d'une aide accrue de la part des pouvoirs publics en ce qui concerne l'accessibilité et le prix des soins de santé pour sauver les ménages comptant des membres séropositifs de la catastrophe économique.**

[Accès au résumé](#)

***Note de la rédaction:** Cet article décrit les habitudes de dépenses des ménages comptant une ou plusieurs personnes vivant avec le VIH. Les auteurs constatent que les dépenses médicales d'un ménage dont un membre vit avec le VIH sont relativement élevées, soit environ 9,6% des dépenses totales. Dans l'ensemble, les ménages étaient économiquement vulnérables, souvent enfoncés dans la pauvreté par leurs dépenses de santé. Ce type de recherche tombe particulièrement à propos dans le contexte de l'intérêt accru pour la réduction des dépenses courantes. Des recherches complémentaires sur l'appauvrissement causé par la maladie sont essentielles pour éclairer les politiques, à l'heure où l'accès universel s'impose de plus en plus parmi les priorités internationales.*

**Pays:** Inde

**Région:** Asie

**Sous-catégories:** ressources/ impact/ développement, déterminants structurels et vulnérabilité

### **Le travail de proximité en tant qu'activité économique: conséquences sur les interventions de prévention du VIH auprès des travailleuses du sexe.**

*George A, Blankenship KM. PLoS One. 16 mars 2015 ; 10(3):e0119729. doi: 10.1371/journal.pone.0119729. eCollection 2015.*

**Les travailleuses du sexe qui interviennent en tant qu'agents de proximité dans les programmes de prévention du VIH sont issues de groupes socio-économiques pauvres** et considèrent le travail de proximité, entre autres, comme une activité économique. Pourtant, bien que les résultats positifs de ces programmes de prévention du VIH soient en partie attribués au travail de pairs qui entretiennent des relations proches avec les communautés de travailleuses du sexe, **les**

**conséquences économiques du travail de proximité de ces travailleuses du sexe sont très peu étudiées.** À partir de données observationnelles obtenues d'une intervention de prévention du VIH pour les travailleuses du sexe en Inde du Sud, nous avons examiné les avantages économiques et les coûts du travail de proximité pour les pairs, ainsi que leurs conséquences sur la sécurité économique des travailleuses du sexe. **Nous avons constaté que les pairs considèrent que la rémunération est disproportionnée par rapport à la charge de travail, qu'elle peut être très tardive et qu'il leur faut parfois avancer l'argent afin de pouvoir faire le travail de proximité qui leur est confié. Dans le cas de l'intervention étudiée, ces conditions se soldaient par l'attrition des pairs et l'augmentation des difficultés de recrutement de nouveaux agents.** Nous traitons des conséquences de ces constatations sur le recours aux services, ainsi que de la possibilité d'obtenir les résultats voulus en matière de prévention du VIH. Une rémunération inadéquate et irrégulière des pairs, conjuguée avec des budgets insuffisants pour mener à bien leur travail de proximité, pourrait affaiblir les relations des pairs avec les membres de la communauté de travailleuses du sexe, compromettre l'efficacité des programmes de prévention du VIH avec intervention de pairs, et invalider les arguments en faveur du recours à des pairs.

Résumé    [Accès \[gratuit\] au texte intégral](#)

***Note de la rédaction:** De nombreux programmes de prévention du VIH parmi les populations de travailleuses du sexe recrutent des travailleuses du sexe en tant qu'agents de santé dans la communauté. Les agents de santé dans la communauté servent de pont entre les services de santé et la communauté ; elles adaptent les activités au contexte local et encouragent l'appropriation des programmes par la communauté. Les données probantes suggèrent que l'intervention de travailleuses du sexe en tant qu'agents de santé dans la communauté peut être cruciale pour maximiser les avantages des programmes de prévention du VIH. Elles constituent en outre un réseau pour la défense des intérêts sociaux et juridiques parmi les travailleuses du sexe. Pourtant, malgré leur importance pour les programmes, le taux d'attrition des agents de santé dans la communauté est souvent élevé et peu de recherches ont été effectuées pour en déterminer la raison. Cet article recueille des données d'Inde et constate qu'un programme de prévention du VIH payait les agents de santé dans la communauté beaucoup moins que ce qu'elles auraient pu gagner en tant que travailleuses du sexe. Qui plus est, leur charge de travail était telle que leur rémunération ne couvrait pas tout le temps consacré à leurs activités de proximité. Cette situation encourageait l'attrition des agents de santé dans la communauté, qui aurait pu diminuer considérablement l'impact du programme de prévention du VIH. Les auteurs suggèrent que l'importance des agents de santé dans la communauté pour les programmes devrait être reconnue par une rémunération suffisante. Bien que cette étude ait été menée parmi une population de travailleuses du sexe, ces constatations sont pertinentes dans tous les milieux où des agents de santé interviennent dans le cadre de programmes. Par ailleurs, d'autres recherches suggèrent que la réduction de leur vulnérabilité économique est un important facteur de motivation des agents de santé dans la communauté. Si les programmes rémunèrent trop peu, ou trop irrégulièrement, les agents de santé dans la communauté, ils risquent en fait d'aggraver la vulnérabilité économique des personnes qu'ils cherchent à protéger.*

**Pays:** Inde

**Région:** Asie

**Sous-catégories:** prestations de soins de santé, ressources/ impact/ développement

## 7. Éliminer la stigmatisation et la discrimination

**Déterminants structurels de la santé chez les femmes qui ont commencé à pratiquer le commerce du sexe alors qu'elles étaient encore mineures au Burkina Faso.**

Grosso AL, Ketende S, Dam K, Papworth E, Ouedraogo HG, Ky-Zerbo O, Baral S. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 1<sup>er</sup> mars 2015 ; 68 Suppl 2:S162-70. doi: 10.1097/QAI.0000000000000447.

**Objectifs: Étudier la prévalence du commerce du sexe chez les mineures et les facteurs associés à sa pratique.**

**Conception: Des données ont été extraites d'études transversales menées auprès de travailleuses du sexe** recrutées par échantillonnage déterminé par les répondants à Ouagadougou et Bobo-Dioulasso (Burkina Faso).

**Méthodes: Des travailleuses du sexe ont répondu à un questionnaire qui comportait une question rétrospective concernant l'âge auquel elles avaient commencé à pratiquer le commerce du sexe.** Plusieurs analyses de régression multivariées ont été effectuées pour chaque ville, dans le but d'examiner les liens avec le début du commerce du sexe chez les mineures (moins de 18 ans), après contrôle de l'âge courant.

**Résultats: Des participantes à l'étude, 27,8% (194/698) ont déclaré pratiquer le commerce du sexe lorsqu'elles étaient mineures,** allant de 24,4% (85/349) à Bobo-Dioulasso à 31,2% (85/349) à Ouagadougou. **À Ouagadougou, celles qui avaient commencé très tôt avaient deux fois plus tendance à signaler avoir eu des rapports sexuels forcés** [risque relatif corrigé du facteur d'âge: 2,54, intervalle de confiance (IC) à 95%: 1,53 à 4,23]. **À Bobo-Dioulasso, celles qui avaient commencé quand elles étaient mineures avaient davantage tendance à signaler avoir été torturées** (risque relatif approché corrigé du facteur d'âge: 2,29, IC 95%: 1,28 à 4,10). **Dans les deux villes, celles qui avaient commencé jeunes tendaient plus à ne pas utiliser de préservatif avec un client si elles étaient payées** (risque relatif approché corrigé du facteur d'âge à Ouagadougou: 2,34, IC 95%: 1,23 à 4,47; risque relatif approché corrigé du facteur d'âge à Bobo-Dioulasso: 2,37, IC 95%: 1,29 à 4,36). **À Ouagadougou, les femmes qui avaient commencé à pratiquer le commerce du sexe dès un jeune âge avaient deux fois plus de chances d'avoir été testées pour le VIH plus d'une fois** (risque relatif approché corrigé du facteur d'âge: 0,50, IC 95%: 0,26 à 0,94). **À Bobo-Dioulasso, les femmes qui avaient commencé à pratiquer le commerce du sexe dès un jeune âge avaient moins tendance à assister à des conférences ou des réunions sur le VIH** (risque relatif approché corrigé du facteur d'âge: 0,56, IC 95%: 0,33 à 0,97).

**Conclusions: Une proportion importante de travailleuses du sexe au Burkina Faso ont commencé à pratiquer le commerce du sexe lorsqu'elles étaient mineures.** L'étude constate des **vulnérabilités accrues liées à la pratique du commerce du sexe à moins de 18 ans**, notamment des risques de violence physique et sexuelle, des obstacles à l'utilisation de préservatifs posés par les clients, et un manque d'accès à des services liés au VIH.

[Accès au résumé](#)

**Note de la rédaction:** *Les jeunes filles d'Afrique subsaharienne risquent plus de contracter le VIH que leurs pairs masculins. Les études effectuées ont cerné plusieurs facteurs de risque d'infection à VIH chez les jeunes filles, aux niveaux individuel et structurel, dont notamment l'utilisation irrégulière de préservatifs et la violence. Les travailleuses du sexe qui commencent lorsqu'elles sont mineures sont particulièrement exposées à ces risques. En Afrique centrale et de l'Ouest, l'infection à VIH est concentrée dans les populations clés, notamment les travailleuses du sexe, et la prévalence cumulée*

du VIH est estimée à 34,9%. Malgré cela, relativement peu d'études se sont intéressées aux filles qui pratiquent le commerce du sexe en Afrique subsaharienne alors que plusieurs études ont été menées en Asie et aux Amériques. Cette étude est l'une des premières à comparer le démarrage précoce et plus tardif du commerce du sexe en Afrique de l'Ouest. À partir des données d'études transversales, elle examine les déterminants structurels de la santé associés au démarrage du commerce du sexe en tant que mineures chez les travailleuses du sexe au Burkina Faso. Les auteurs constatent que près d'un tiers des travailleuses du sexe ont commencé quand elles étaient mineures, et que le démarrage précoce du commerce du sexe était associé à divers facteurs de risque comportemental. Par ailleurs, ces femmes avaient tendance à être confrontées à des vulnérabilités sociales et structurelles, dont l'accès limité aux services de santé et la violence. L'étude met en avant la nécessité de fournir des services de prise en charge du VIH aux mineures qui pratiquent le commerce du sexe en Afrique subsaharienne, ainsi que de prévenir l'exploitation sexuelle des enfants.

**Pays:** Burkina Faso

**Région:** Afrique

**Sous-catégories:** épidémiologie, sexe, transmission sexuelle et prévention, déterminants structurels et vulnérabilité

### **Participation aux soins du VIH et comportement à risque de transmission sexuelle chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes à travers les réseaux sociaux/sexuels en ligne en Amérique latine.**

*Magidson JF, Biello KB, Safren SA, Rosenberger JG, Novak DS, Mayer KH, Mimiaga MJ. AIDS Care. 4 mars 2015:1-8. [Publication en ligne avant impression]*

**En Amérique latine, le VIH/sida est concentré chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH).** Cependant, **des estimations précises de la participation aux soins du VIH dans cette population peuvent être difficiles à obtenir car un grand nombre ne s'identifie pas comme HSH.** Compte tenu des données probantes sur la baisse de la transmissibilité du VIH par l'adhérence au traitement antirétroviral (TARV), il est impératif, pour la prévention secondaire, de repérer les individus qui ne sont pas soignés et dont le comportement pose un risque de transmission du VIH. **Cette étude avait pour objectifs primaires d'examiner la participation aux soins des HSH, des tests initiaux à l'adhérence au TARV, en utilisant des réseaux sociaux/sexuels en ligne sur toute l'Amérique latine.** Il s'agissait en outre d'établir si les individus non pris en charge à chaque étape signalaient un comportement à plus grand risque de transmission sexuelle que les individus pris en charge. **Sur l'échantillon global (n= 28 779), environ 75% ont signalé avoir été testés pour le VIH, et 9% avoir reçu un diagnostic de VIH. Parmi les individus infectés par le VIH connus, 20% ont signalé ne pas être pris en charge, 30% ne pas suivre un TARV, et 55% ont signalé moins de 100% d'adhérence au TARV.** Plus d'un tiers des individus infectés par le VIH ont signalé un comportement à risque de transmission sexuelle du VIH, c'est-à-dire des rapports anaux non protégés avec un partenaire masculin de statut sérologique différent/inconnu au cours des trois derniers mois. Les individus infectés par le VIH non pris en charge ont signalé des rapports anaux non protégés plus souvent que les individus pris en charge (OR= 1,29; 95% IC= 1,01-1,66). Bien que ce constat soit sans importance statistique, les individus infectés par le VIH qui ne recevaient pas de TARV ont signalé des rapports anaux non protégés plus souvent que les individus qui recevaient un TARV (OR= 1,18; 95% IC= 0,94-1,47). **Les individus qui ont signalé moins de 100% d'adhérence au TARV ont plus souvent déclaré avoir des rapports anaux non protégés que les individus avec 100% d'adhérence (OR= 1,55; 95% IC= 1,26-1,90).** Les conclusions démontrent qu'en Amérique latine, une proportion importante de HSH infectés par le VIH,

vraisemblablement sans suppression virologique par manque de recours ou d'adhérence au TARV, déclarent avoir un comportement à risque de transmission sexuelle du VIH. Une adaptation de la prévention secondaire du VIH pour les HSH d'Amérique latine qui ne sont pas pris en charge ou qui n'adhèrent pas au TARV pourrait être justifiée.

[Accès au résumé](#)

**Note de la rédaction:** *La prévalence du VIH chez les hommes gays et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes en Amérique latine et aux Caraïbes, est parmi les plus élevées à l'échelle mondiale. En raison de la stigmatisation et de la discrimination dont font l'objet les hommes gays et les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes dans ces milieux, un grand nombre d'entre eux ne révèlent pas leur préférence sexuelle, ne reconnaissent pas leur risque de VIH, et n'accèdent pas aux services de diagnostic, de prise en charge et de traitement du VIH. Cet article décrit une importante étude transversale de près de 30 000 hommes gays et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes de 17 pays d'Amérique latine, recrutés par le biais de réseaux sociaux/sexuels en ligne qu'ils avaient récemment utilisés. L'étude souligne les difficultés rencontrées pour encourager les hommes gays et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes vivant avec le VIH à accéder aux services de traitement et de prise en charge dans cette région. Cette situation contribue à son tour à une prévalence et une incidence élevées du VIH, causées par un comportement sexuel à risque et une charge virale non neutralisée chez les hommes gays et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes vivant avec le VIH. Les auteurs relèvent que la plus forte proportion de participants soignés pour le VIH vivait au Brésil. C'est également au Brésil que des mesures ont été prises au niveau national pour réduire l'homophobie et inclure les hommes gays et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes dans les initiatives de prévention du VIH. Des mesures similaires sont requises dans d'autres pays d'Amérique latine pour réduire les niveaux élevés de transmission du VIH dans ces communautés. Elles pourraient prendre la forme, par exemple, de méthodes innovantes utilisant les réseaux sociaux comme plateforme pour l'exécution des programmes.*

**Pays:** Argentine, Bolivie, Brésil, Chili, Colombie, Costa Rica, El Salvador, Équateur, Guatemala, Honduras, Mexique, Nicaragua, Panama, Paraguay, Pérou, République bolivarienne du Venezuela, Uruguay.

**Région:** Amérique latine

**Sous-catégories:** transmission sexuelle et prévention, stigmatisation et exclusion sociale, dépistage du VIH, personnes vivant avec le VIH.

**Interventions psychologiques axées sur les troubles mentaux des personnes vivant avec le VIH dans les pays à revenu faible et intermédiaire: examen systématique.**

*Chibanda D, Cowan FM, Healy JL, Abas M, Lund C. Trop Med Int Health. 7 mars 2015. doi: 10.1111/tmi.12500. [Publication en ligne avant impression]*

**Objectif: Évaluer l'efficacité des interventions psychologiques structurées de lutte contre les troubles mentaux courants (TMC) chez les personnes vivant avec le VIH (PVVIH), dans les pays à revenu faible et intermédiaire (PRFI).**

**Méthodes:** Examen systématique d'interventions psychologiques axées sur les TMC dans les PRFI pour les PVVIH, avec sélection en deux étapes effectuée indépendamment par les deux auteurs.

**Résultats: 5 études sur 190 remplissaient les critères d'inclusion. Il s'agissait d'essais contrôlés à tirage aléatoire basés sur les principes de la thérapie cognitivo-comportementale**

**et qui ont réussi à réduire les symptômes de TMC chez les PVVIH.** Le suivi des participants aux études allait de 6 semaines à 12 mois, utilisant plusieurs outils pour mesurer les résultats primaires. Quatre études ont indiqué un risque élevé de biais, tandis qu'une étude d'Iran a indiqué un faible risque de biais dans les 6 domaines de l'outil Cochrane d'évaluation du risque de biais et pour l'ensemble des 22 éléments de l'instrument CONSORT.

**Conclusion: Des études plus robustes et adéquatement dirigées sont nécessaires pour approfondir l'examen des interventions axées sur les TMC chez les PVVIH. Les études futures devraient traiter des éléments des interventions psychologiques, de la mesure de fidélité et de la formation, y compris l'encadrement des agents d'exécution, en particulier lorsque ces derniers sont des agents de santé non professionnels.**

Résumé    [Accès \[gratuit\] au texte intégral](#)

***Note de la rédaction:** Les troubles mentaux courants (TMC), notamment la dépression et l'anxiété, sont très répandus parmi les personnes vivant avec le VIH et contribuent à des résultats négatifs, dont l'échec du traitement. Cependant, en raison du manque de professionnels de la santé mentale dans un grand nombre de pays à revenu faible et intermédiaire, les agents de santé non professionnels peuvent jouer un rôle important dans le traitement des TMC. Ce constat a été solidement documenté dans des milieux non affectés par le VIH, mais pas parmi des personnes vivant avec le VIH. Cet examen systématique a constaté que peu d'études ont évalué avec rigueur l'efficacité des programmes psychologiques axés sur les TMC parmi les personnes vivant avec le VIH (et une seulement d'Afrique subsaharienne), mais toutes ont signalé des avantages dans le bras d'activité par rapport au bras de contrôle. Cela laisse à penser que d'autres essais, à grande échelle et bien conçus, sont nécessaires pour évaluer ces activités, en particulier dans les pays les plus gravement touchés par le VIH en Afrique australe et orientale. Les principaux points soulevés par cette étude sont la nécessité d'outils validés à l'échelle locale pour évaluer les résultats d'essais futurs en matière de santé mentale. L'importance du travail de formation pour élaborer et finaliser le programme de cadrage de l'essai, notamment les parties prenantes locales, les systèmes d'évaluation de la fidélité de l'activité et un plan de renvoi ou d'encadrement, est de plus en plus mise en avant.*

**Pays:** Chine, Nigeria, République islamique d'Iran, Thaïlande  
**Région:** Afrique, Asie

**Sous-catégories:** personnes vivant avec le VIH, traitement

**Intimité vs isolement: une étude qualitative des pratiques sexuelles chez les patients séropositifs sexuellement actifs recevant un traitement contre le VIH au Brésil, en Thaïlande et en Zambie.**

*Closson EF, Mimiaga MJ, Sherman SG, Tangmunkongvorakul A, Friedman RK, Limbada M, Moore AT, Srithanaviboonchai K, Alves CA, Roberts S, Oldenburg CE, Elharrar V, Mayer KH, Safren SA, équipe d'étude HPTN063. PLoS One. 20 mars 2015 ; 10(3):e0120957. doi: 10.1371/journal.pone.0120957. eCollection 2015.*

**Le succès des mesures de traitement comme prévention (TasP - Treatment as prevention) pour les individus vivant avec le VIH/sida dépend de leur bonne mise en œuvre,** et donc de la contribution appropriée de la science sociale et comportementale à ces mesures. La compréhension du contexte psychologique des rapports sexuels sans préservatif chez les personnes vivant avec le VIH pourrait jeter un éclairage sur l'efficacité des interventions. **L'étude HPTN 063 était une étude**



**observationnelle, à méthodes mixtes, des personnes vivant avec le VIH sexuellement actives et prises en charge en Thaïlande, en Zambie et au Brésil, conçue en tant que base pour l'intégration de la prévention secondaire du VIH dans le traitement VIH.** Entre 2010 et 2012, 80 études qualitatives ont été menées avec des personnes vivant avec le VIH, prises en charge, et qui avaient déclaré un risque sexuel récent. **Trente hommes ayant des rapports sexuels avec des femmes (HSF) et 30 femmes ayant des rapports sexuels avec des hommes (FSH) ont participé en nombres égaux sur l'ensemble des sites.** La Thaïlande et le Brésil ont également recruté 20 hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes de naissance biologique. Une partie de l'entretien concernait l'impact du VIH sur les pratiques sexuelles et les couples. Les entretiens ont été enregistrés, transcrits, traduits en anglais, puis examinés par le biais d'une analyse qualitative descriptive. L'âge moyen était de 25 ans (écart type = 3,2). De nombreuses similarités ont été constatées au niveau des expériences et des attitudes entre les HSH, les HSF et les FSH dans les trois pays. **Les participants avaient un certain niveau de sensibilité au risque de transmission du VIH** et se protégeaient en adoptant certains comportements sexuels, notamment la réduction de l'activité sexuelle, le recours plus fréquent aux préservatifs, et l'éjaculation externe. **Les thèmes liés au comportement à risque peuvent être catégorisés en fonction des combats liés à l'intimité et des peurs de l'isolement, notamment: la peur d'infecter un partenaire sexuel, la culpabilité par rapport au sexe, les difficultés de communication sexuelle, la stigmatisation du VIH, et les inquiétudes liées aux partenariats sexuels. Il est recommandé de mettre en valeur la santé sexuelle, l'intimité et les pratiques de protection en tant qu'éléments d'interventions secondaires de prévention du VIH, positives et non critiques.** Pour les personnes vivant avec le VIH prises en charge, cette approche pourrait s'inscrire en appui du TasP. Les thèmes communs aux groupes et aux pays indiquent que des interventions comparables en termes de contenu pourraient être efficaces dans plusieurs milieux.

Résumé    [Accès \[gratuit\] au texte intégral](#)

***Note de la rédaction:** La thérapie antirétrovirale a transformé les vies d'un grand nombre de personnes vivant avec le VIH, leur promettant de vieillir en bonne santé. Et pourtant, comme nous le rappellent les auteurs de cet article, le VIH reste une maladie stigmatisée. À cause de la peur et des préjugés autour du VIH, vivre avec la maladie sous traitement antirétroviral reste difficile, en particulier au niveau des rapports intimes. À partir des données qualitatives de trois milieux culturellement très différents, les auteurs illustrent l'effet continu de l'infection par le VIH sur les vies des personnes qui suivent une thérapie antirétrovirale. Un grand nombre des participants à l'étude tenaient à réduire le risque d'infecter d'autres personnes par leur comportement sexuel. Par conséquent, certains avaient du mal à établir et entretenir des relations intimes, pris entre la honte de l'infection et la culpabilité du plaisir sexuel. Les conclusions de cet article n'ont rien de nouveau. Il est toutefois intéressant de relever les similitudes entre le vécu des femmes et des hommes séropositifs dans les différents milieux. À l'heure où un nombre sans cesse croissant de personnes infectées par le VIH peuvent continuer de vivre grâce à la thérapie antirétrovirale, il reste nécessaire, et il est aujourd'hui urgent, de mettre en place des programmes qui répondent à leurs peurs et à leurs préoccupations autour du comportement sexuel.*

**Pays:** Brésil, Thaïlande, Zambie

**Région:** Afrique, Asie, Amérique latine

**Sous-catégories:** personnes vivant avec le VIH, transmission sexuelle et prévention, stigmatisation et exclusion sociale, déterminants structurels et vulnérabilité

## Évaluation des politiques et accès aux services de prévention, de prise en charge et de traitement du VIH pour les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et pour les travailleurs du sexe au Burkina Faso et au Togo.

Duvall S, Irani L, Compaore C, Sanon P, Bassonon D, Anato S, Agounke J, Hodo A, Kugbe Y, Chaold G, Nigobora B, MacInnis R. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 1er mars 2015; 68 Suppl 2:S189-97. doi: 10.1097/QAI.0000000000000450.

Contexte: Au Burkina Faso et au Togo, les populations clés d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) et de travailleurs du sexe (TS) enregistrent une prévalence du VIH disproportionnellement élevée. Cette étude a analysé les politiques des deux pays qui ont un effet sur les HSH et les TS ; dans quelle mesure les politiques et les programmes ont été mis en œuvre et le rôle de l'environnement catalyseur, de la direction du pays et du soutien des donateurs.

Méthodes: La méthodologie de modèle d'évaluation des politiques et de décision de plaidoyer du Health Policy Project a été suivie pour analyser les documents de politiques et de programmes concernant les populations clés, pour mener des entretiens avec les principaux informateurs et pour tenir des réunions avec les parties prenantes en vue de valider les conclusions.

Résultats: Plusieurs obstacles politiques empêchent les HSH/TS d'accéder aux services. **Les lois qui criminalisent les HSH/TS, en particulier les lois contre le racolage, aboutissent à des cas de harcèlement et d'arrestations de HSH/TS, même de ceux qui ne racolent pas.** Il manque notamment de politiques en soutien des HSH/TS, ainsi que de mesures de prévention du VIH (ex. absence du lubrifiant dans la liste de médicaments essentiels). Les besoins des populations clés ne sont généralement pas satisfaits en raison des insuffisances des politiques autour de la participation des HSH/TS à la prise de décision et à l'allocation de fonds à la programmation HSH/TS. Des politiques incompatibles (lois et protocoles contradictoires sur le consentement) et une mise en œuvre hétérogène (ruptures de stock de kits de prévention des infections sexuellement transmissibles, de matériel de tests de VIH et d'antirétroviraux) sapent les politiques fondées sur des données probantes. **Même avec le soutien des donateurs et de la communauté politique, la stigmatisation et la discrimination créent un environnement hostile.**

Conclusions: Des politiques sont nécessaires pour lutter contre la stigmatisation et la discrimination, particulièrement en matière de formation des agents de santé et des forces de l'ordre. Elles sont aussi nécessaires pour autoriser, financer, guider et suivre les services destinés aux populations clés. La participation des HSH/TS et l'élaboration de directives opérationnelles peuvent améliorer la mise en œuvre des politiques et le recours aux services.

[Accès au résumé](#)

*Note de la rédaction: Cet article résume une analyse stratégique intéressante des démarches de prestation de services de prise en charge du VIH destinés aux hommes gays et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, ainsi qu'aux travailleurs du sexe au Togo et au Burkina Faso. Les deux pays connaissent des épidémies de VIH comparables, dites «mixtes» avec prévalence de VIH élevée parmi les populations clés, intégrée dans une épidémie généralisée de VIH. Les analyses de politiques cherchent à évaluer l'environnement «catalyseur», c'est-à-dire la présence des politiques et des programmes pour les hommes gays, les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et les travailleurs du sexe, qui facilitent ou entravent la programmation en matière de prévention et de traitement du VIH. Elles illustrent clairement l'importance d'un environnement catalyseur pour faciliter l'utilisation de programmes ainsi que pour influencer les attitudes vis-à-vis des hommes gays, des autres hommes ayant des rapports sexuels*

avec des hommes et des travailleurs du sexe. Les constatations illustrent des environnements politiques comparables dans les deux pays. Bien qu'il n'existe pas de lois précises qui empêchent les hommes gays, les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et les travailleurs du sexe d'utiliser les services, les lois qui criminalisent les rapports sexuels entre hommes ou l'échange de faveurs sexuelles sont causes de harcèlement. Ou bien les lois sont appliquées à tort par la police et découragent les individus d'utiliser les services par crainte de harcèlement et d'attitudes négatives de la part des agents de santé. Les organisations communautaires dirigées par des hommes gays ou d'autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes n'ont pas le droit de participer à l'élaboration de stratégies nationales en matière de VIH, d'où l'existence de programmes qui ne sont pas adaptés aux besoins particuliers des populations. L'étude illustre clairement l'écart entre politiques et pratique. Même lorsqu'une politique existe en appui d'une activité orientée sur les hommes gays, les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ou les travailleurs du sexe, elle n'est pas mise en œuvre par manque de mécanismes d'application appropriés. Cet article donne un aperçu important des priorités en matière de plaidoyer et d'élaboration de politiques pour les hommes gays, les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes et les travailleurs du sexe. Il demande des recherches plus poussées pour éclairer l'éventail complet d'obstacles aux services. Les efforts de plaidoyer doivent être accompagnés de campagnes de sensibilisation pour réduire la stigmatisation et la discrimination des hommes gays, des autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et des travailleurs du sexe.

**Pays:** Burkina Faso, Togo

**Région:** Afrique

**Sous-catégories:** stigmatisation et exclusion sociale, réponses nationales, transmission sexuelle et prévention

## 8. Renforcer l'intégration de la riposte au VIH

**Pratiques de prévention de la grossesse et d'utilisation de préservatifs chez les femmes infectées au VIH sous thérapie antirétrovirale en demande de planning familial à Lilongwe (Malawi).**

Haddad LB, Feldacker C, Jamieson DJ, Tweya H, Cwiak C, Chaweza T, Mlundira L, Chiwoko J, Samala B, Kachale F, Bryant AG, Hosseinipour MC, Stuart GS, Hoffman I, Phiri S. *PLoS One*. 26 mars 2015; 10(3):e0121039. doi: 10.1371/journal.pone.0121039. eCollection 2015.

Contexte: Les programmes d'intégration du planning familial dans l'encadrement du VIH doivent reconnaître les pratiques courantes et les désirs des clients afin de bien cibler et adapter les interventions. **Nous avons cherché à évaluer les intentions de fertilité, la grossesse involontaire, l'utilisation de contraception ou de préservatifs parmi une cohorte de femmes infectées au VIH en demande de services de planning familial dans un centre de traitement antirétroviral (TARV).**

Méthodes: **200 femmes ont rempli un questionnaire** lors de leur recrutement pour une étude prospective sur la contraction au Lighthouse Clinic, un centre de soins VIH/TARV à Lilongwe (Malawi), **entre août et décembre 2010.**

Résultats: **La plupart des femmes (95%) ne désiraient pas de grossesse future. Les taux de grossesses involontaires précédemment signalés étaient élevés (69% de grossesses imprévues et 61% de femmes mécontentes du moment de la grossesse). L'utilisation de préservatifs était hétérogène**, même chez les couples à statut sérologique discordant. Ce manque d'utilisation était souvent attribué au refus de la part du partenaire. **L'éducation supérieure, l'âge**

**plus avancé, la parité inférieure et le fait d'avoir un partenaire séronégatif étaient autant de facteurs associés à une utilisation constante de préservatifs.**

Discussion: **Les taux élevés de grossesses involontaires parmi ces femmes soulignent la nécessité d'intégrer le planning familial, la prévention des infections sexuellement transmissibles (IST) et les services de prise en charge du VIH.** L'accès à la contraception et son utilisation, notamment les préservatifs, doivent être améliorés en cherchant plus particulièrement à obtenir le soutien du partenaire. **Les messages sur l'importance de l'utilisation de préservatifs en conjonction avec des méthodes contraceptives plus modernes, pour la prévention à la fois des infections et des grossesses, doivent continuer d'être renforcés tout au long d'un TARV.**

Résumé    [Accès \[gratuit\] au texte intégral](#)

***Note de la rédaction:** Cet article souligne le taux élevé de besoins contraceptifs non satisfaits en Afrique subsaharienne. Près de la moitié des femmes vivant avec le VIH incluses dans cette étude au Malawi ont déclaré ne pas désirer de fertilité future. La plupart ont dit que leurs partenaires ne désiraient pas non plus d'autres enfants. Malgré cela, les niveaux d'utilisation constante de préservatifs étaient faibles. Pour veiller à une prestation appropriée de services de prise en charge du VIH et de planning familial, il importe de comprendre les besoins particuliers des femmes qui vivent avec le VIH. L'étude présente plusieurs limitations, dont la nature subjective des déclarations rétrospectives des participantes. Cependant, le taux élevé de grossesses involontaires souligne le besoin continu d'intégrer le planning familial dans la prise en charge du VIH. Malgré les biais associés à l'utilisation de préservatifs autodéclarée, l'utilisation hétérogène dont il est fait état par les femmes de cette étude souligne la nécessité de mettre en place des actions complémentaires pour accroître l'accès et le recours à des services de contraception efficaces pour les couples vivant avec le VIH, en complément d'autres services de prévention et de traitement du VIH.*

**Pays:** Malawi

**Région:** Afrique

**Sous-catégories:** sexe, prestations de soins de santé, personnes vivant avec le VIH, transmission sexuelle et prévention.