

UNAIDS Science now

HIV this month. Numéro 8. Août 2015

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

1. Réduire la transmission par voie sexuelle

- Des études secondaires plus longues réduisent le risque de transmission du VIH
- Les femmes migrantes peut-être plus exposées au risque de VIH au Kazakhstan
- En Afrique du Sud, les utilisatrices de contraceptifs AMPR ont plus de risques que les utilisatrices d'EN-NET de contracter le VIH
- La PrEP comme solution relais: quel rapport coût-efficacité ?
- Forte variation d'un pays à l'autre des politiques nationales relatives au VIH associées au dépistage et au traitement du VIH dans six pays africains

2. Éliminer les nouvelles infections par le VIH chez les enfants

- Une mère sur 10 vivant avec le VIH ignore son statut
- Les bénéfices de l'intégration des services de soins du VIH et des CSA pour les femmes et les nouveau-nés

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

- L'essai START démontre qu'il est avantageux de démarrer le TARV avec un CD4>500
- La névirapine en dose unique pour la PTME ne compromet pas la mise en route future d'un TARV à base d'INNTI chez l'enfant
- Les résultats du TARV ne sont pas améliorés par les dispositifs de surveillance de la prise de médicaments associés à des SMS de rappel
- Passage au TARV de deuxième intention - il faut mieux faire

4. Éviter les décès liés à la tuberculose

- TEMPRANO: davantage d'éléments de preuve en faveur du TARV précoce
- Incidence élevée de la TB chez les enfants au Mozambique

5. Parer à l'insuffisance des ressources

- Les programmes agricoles et de microfinance pourraient faire partie de la combinaison de moyens utilisés pour atteindre l'objectif de suppression virale

6. Éliminer la stigmatisation et la discrimination

- Une législation régressive sur les relations homosexuelles augmente la stigmatisation et réduit le recours aux services de santé

7. Renforcer l'intégration de la riposte au VIH

- S'appuyer sur un programme d'amélioration de la qualité spécifique au VIH pour obtenir des bénéfices dans tout le système en Haïti
- Les travailleurs de santé communautaires peuvent améliorer le bien-être émotionnel des mères dans un milieu où la prévalence du VIH est élevée

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.

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

Durée de scolarisation dans le secondaire et risque d'infection par le VIH au Botswana: les preuves apportées par une expérience en grandeur nature.

De Neve JW, Fink G, Subramanian SV, Moyo S, Bor J. Lancet Glob Health. Août 2015;3(8):e470-7. doi: 10.1016/S2214-109X(15)00087-X. Publication en ligne 28 juin 2015.

Contexte: On estime à 2,1 millions le nombre d'individus contractant une nouvelle infection par le VIH chaque année. Des études transversales et longitudinales ont rapporté des éléments de preuve contradictoires concernant l'association entre éducation et risque de VIH, et aucun essai avec sondage aléatoire n'a identifié de lien de causalité entre l'éducation et l'incidence du VIH. **Nous avons cherché à utiliser une réforme des politiques d'enseignement secondaire au Botswana afin d'identifier le lien de causalité entre la durée de scolarisation et les nouvelles infections par le VIH.**

Méthodes: Les données relatives aux biomarqueurs et à la démographie du VIH ont été obtenues à partir des **études Botswana AIDS Impact Surveys de 2004 et 2008 sur des foyers représentatifs de la population nationale (N=7018)**. En 1996, le Botswana a réformé la structure des classes dans l'école secondaire, ouvrant l'accès au dixième niveau et améliorant le niveau scolaire pour les cohortes concernées. **En se basant sur l'exposition à la réforme des politiques comme variable instrumentale, nous avons utilisé la méthode des doubles moindres carrés pour estimer la causalité entre le nombre d'années de scolarisation et la probabilité cumulée qu'une personne contracte le VIH jusqu'à l'âge atteint au moment de l'enquête.** Nous avons également évalué le rapport coût-efficacité des études secondaires comme intervention de prévention du VIH en comparaison avec d'autres interventions établies.

Résultats: **Chaque année supplémentaire d'études secondaires consécutive au changement de politique a entraîné une réduction absolue du risque cumulé d'infection par le VIH à hauteur de 8,1 points de pourcentage (p=0,008)**, par rapport à une prévalence initiale de 25,5% dans la cohorte des personnes nées en 1980, soit avant la réforme. **L'impact était particulièrement net chez les femmes (11,6 points de pourcentage, p=0,046)**. Les résultats ont été confirmés par un large panel d'analyses de sensibilité. **Les études secondaires ont présenté un bon rapport coût-efficacité comme intervention de prévention du VIH conformément à des indicateurs standard** (le coût par infection par le VIH évitée était de US\$27 753).

Interprétation: **Les années supplémentaires d'études secondaires ont eu un important effet protecteur face au risque de VIH au Botswana, en particulier chez les femmes. La durée allongée des études secondaires pourrait être une mesure de prévention du VIH d'un bon rapport coût-efficacité dans les milieux où le VIH est endémique, en plus des autres avantages de type sociétal qu'elle procurerait.**

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

***Note de la rédaction:** Il existe des preuves contradictoires sur le lien entre éducation et risque de VIH, et peu d'éléments de preuve de causalité. Les études observationnelles sont limitées par de puissants facteurs de confusion tels que le statut socio-économique et les caractéristiques psychologiques, tandis que les essais par sondage aléatoire précédents n'ont pas déployé suffisamment de moyens pour évaluer l'incidence du VIH. Une réforme politique conduite au Botswana en 1996 a offert la possibilité unique de se pencher sur cette question. La politique a affecté des cohortes de naissance spécifiques et a prolongé de près d'une année la durée moyenne*

de scolarisation. La réforme n'a probablement pas eu d'impact sur le risque de VIH par d'autres vecteurs que la scolarisation proprement dite. Cela relève donc de l'expérience en grande nature que d'estimer le lien de causalité entre la scolarisation et le risque d'infection par le VIH, à travers la comparaison de cohortes de naissance soumises à la réforme politique et de populations étudiées avant la réforme. Les auteurs ont observé une diminution de 8,1% du risque d'infection par le VIH par année supplémentaire de scolarisation consécutive à la réforme. Cet effet a été particulièrement net chez les femmes, avec une réduction de 11,6 points de pourcentage. Ces résultats se sont traduits par un coût de 27 753\$ par infection par le VIH évitée. Les études secondaires sont donc plus coûteuses que la circoncision ou que le traitement comme moyen de prévention, mais présentent un rapport coût-efficacité dans la plage supérieure des estimations pour la prophylaxie pré-exposition. En outre, la scolarisation offre d'autres avantages que la réduction de la transmission du VIH.

Travailleurs migrants au Kazakhstan: les différences hommes-femmes en matière de connaissance du VIH et de comportements sexuels à risque.

Zhussupov B, McNutt LA, Gilbert L, Terlikbayeva A, El-Bassel N. *AIDS Behav.* Juil. 2015;19(7):1298-304. doi: 10.1007/s10461-014-0914-9. *AIDS Behav.* Juil. 2015;19(7):1298-304. doi: 10.1007/s10461-014-0914-9.

Cette étude compare les comportements sexuels à risque des hommes et des femmes dans la population de migrants commerçants à Almaty, au Kazakhstan. Sur le marché de Barakholka, 209 hommes et 213 femmes commerçants ont été recrutés de manière aléatoire. Les données autodéclarées ont été recueillies à partir d'entretiens en face à face standard. Une goutte de sang séché a été utilisée comme échantillon pour le dépistage de la syphilis. La stratification sur le score de propension a été utilisée pour estimer les ratios de prévalence ajustés par sexe.

Comparativement aux travailleurs migrants masculins, les femmes avaient une connaissance inférieure du VIH et étaient moins susceptibles d'avoir des partenaires sexuels multiples.

Aucune preuve n'a été apportée d'une différence hommes/femmes en matière de prévalence de la syphilis, d'utilisation du préservatif avec des partenaires irréguliers et de communication sur les pratiques sexuelles sûres au sein des couples. **Les associations entre les modèles de mobilité et le fait d'avoir plusieurs partenaires sexuels étaient plus prononcées chez les femmes que chez les hommes. Des efforts doivent être entrepris pour atténuer le différentiel hommes/femmes en matière de connaissance du VIH chez les migrants, et plus particulièrement chez les femmes.** Ces efforts doivent être mis en œuvre dans leur pays d'origine mais aussi dans les pays d'accueil.

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

Note de la rédaction: La migration et la mobilité ont été présentés comme des facteurs contribuant à l'augmentation du risque de VIH à travers le monde. Ce constat s'explique par plusieurs facteurs, dont les plus courants sont l'absence d'aide sociale, l'accès inexistant ou insuffisant aux services et les problèmes de langue et de droit. En fonction du contexte socio-économique, des hommes et des femmes sont souvent amenés à quitter leur domicile pour un certain temps afin de travailler dans l'agriculture ou le bâtiment, soit dans le même pays, soit à l'étranger. Cet article étudie les comportements sexuels à risque en fonction du sexe à Almaty, la capitale financière du Kazakhstan. Le Kazakhstan, et Almaty en particulier, est une plaque tournante pour les migrants venus de toute l'Asie centrale qui cherchent à faire du commerce. L'article relève l'absence de statistiques précises concernant la représentation hommes/femmes parmi les migrants mais, d'après des estimations, une grande majorité d'entre eux seraient des femmes. Dans l'ensemble, l'étude a révélé que la population

de migrants étudiée était plus à risque d'avoir des partenaires sexuels multiples que la population générale, bien que les données utilisées comme base de comparaison de la population générale remontent à une époque assez lointaine. Les femmes ont moins de chances que les hommes d'avoir accès à l'éducation sur le VIH. De plus, comme elles ont moins de chances que les hommes d'avoir de multiples partenaires sexuels, les relations étaient étroitement liées à leur mobilité et au temps passé sur le marché. Cette étude apporte un éclairage important sur la situation de cette région en matière de risque de VIH et de risque sexuel, et souligne l'importance de poursuivre les recherches sur le terrain pour définir des programmes de prévention et de soins du VIH plus à même de répondre aux besoins de la population.

Risque d'acquisition du VIH-1 chez les femmes qui utilisent différents types de progestatifs injectables comme contraception en Afrique du Sud: étude de cohorte prospective.

Noguchi LM, Richardson BA, Baeten JM, Hillier SL, Balkus JE, Chirenje ZM, Bunge K, Ramjee G, Nair G, Palanee-Phillips T, Selepe P, van der Straten A, Parikh UM, Gomez K, Piper JM, Watts DH, Marrazzo JM. Lancet HIV. 1^{er} juil. 2015;2(7):e279-e287.

Contexte: Plusieurs études observationnelles ont signalé que l'acquisition du VIH-1 semblait plus élevée chez les femmes utilisant de l'acétate de médroxyprogestérone retard (AMPR) que chez celles sans contraception hormonale. **Nous avons cherché à évaluer si les risques d'acquisition du VIH-1 étaient différents entre deux progestatifs injectables, l'AMPR et l'énanthate de norethistérone (EN-NET).**

Méthodes: **Nous avons inclus les données de femmes sud-africaines utilisant une contraception injectable et participant à l'étude VOICE**, un essai multisite, par sondage aléatoire contre placebo visant à étudier la sécurité et l'efficacité de trois formulations de ténofovir pour la prévention de l'infection par le VIH-1 chez des femmes entre le 9 septembre 2009 et le 13 août 2012. Les femmes ont été interrogées chaque mois concernant l'utilisation d'un contraceptif et les infections incidentes. Nous avons estimé la différence en matière d'infection incidente par VIH-1 entre les utilisatrices d'AMPR et d'EN-NET à l'aide d'analyses de régression à risques proportionnels de Cox, dans cette cohorte prospective. L'essai VOICE est enregistré sur ClinicalTrials.gov, sous le numéro NCT00705679.

Résultats: 3141 femmes sud-africaines utilisant une contraception injectable ont été incluses dans la présente analyse: 1788 (56,9%) ont utilisé exclusivement de l'AMPR, 1097 (34,9%) ont utilisé exclusivement de l'EN-NET et 256 (8,2%) ont utilisé les deux formes injectables à différents moments du suivi. Pendant 2733,7 personnes-années de suivi, 207 infections par VIH-1 incidentes sont survenues (incidence de 7,57 pour 100 personnes-années, 95% IC 6,61-8,68). **Le risque d'acquisition de VIH-1 était plus élevé chez les utilisatrices d'AMPR (incidence de 8,62 pour 100 personnes-années, IC 95% 7,35-10,11) que chez les utilisatrices d'EN-NET (5,67 pour 100 personnes-années, 4,35-7,38; hazard ratio 1,53, IC 95% 1,12-2,08; p=0,007).** Cette association a été conservée après ajustement compte tenu des variables parasites possibles (hazard ratio ajusté [HRa] 1,41, IC 95% 1,06-1,89; p=0,02). Parmi les femmes séropositives au virus Herpès Simplex de type 2 (HSV-2) lors de l'inclusion, le HRa était de 2,02 (IC 95% 1,26-3,24), contre 1,09 (0,78-1,52) chez les femmes séronégatives au HSV-2 (interaction p=0,07).

Interprétation: Même si les associations modérées dans les analyses observationnelles doivent être interprétées avec prudence, **ces résultats suggèrent que l'EN-NET pourrait constituer une alternative de contraceptif injectable, présentant un risque de VIH inférieur à celui de l'AMPR dans les milieux où l'incidence du VIH-1 est élevée et où l'EN-NET est disponible.**

Note de la rédaction : *En Afrique de l'est et du sud, les méthodes injectables sont les moyens de contraception les plus populaires. Mais comme les éléments de preuve indiquent que le progestatif injectable acétate de médroxyprogestérone retard (AMPR) est associé à un risque accru d'acquisition du VIH-1, il est nécessaire de trouver des méthodes contraceptives injectables alternatives. Cette vaste étude prospective a utilisé les données de l'essai de prévention du VIH VOICE qui a analysé des données provenant d'Afrique du Sud portant sur 3141 femmes ayant utilisé l'un des deux progestatifs pour leur contraception. L'incidence du VIH était élevée dans la population (7,57/100 personnes-années globalement) et les participantes ayant utilisé l'AMPR avaient 40% de risques de plus de devenir séropositives que les femmes ayant utilisé l'énanthate de norethistérone (EN-NET) après ajustement compte tenu des variables parasites démographiques et comportementales. Les points forts de cette étude sont la comparabilité entre les femmes utilisant des progestatifs et les visites de suivi fréquentes prévues pour évaluer le statut VIH, le recours à un contraceptif, le comportement sexuel et la présence d'infections de l'appareil génital. Les résultats suggèrent que l'EN-NET pourrait être une alternative de contraception injectable présentant un risque d'acquisition du VIH-1 plus faible que l'AMPR.*

Rapport coût-efficacité de la prophylaxie pré-exposition destinée aux couples sérodiscordants à haut risque comme passerelle pour une utilisation durable du TARV à Kampala, Ouganda.

Ying R, Sharma M, Heffron R, Celum CL, Baeten JM, Katabira E, Bulya N, Barnabas RVP. J Int AIDS Soc. 20 juil. 2015;18(4 Suppl 3):20013. doi: 10.7448/IAS.18.4.20013. eCollection 2015.

Introduction: Malgré la généralisation du traitement antirétroviral (TARV) destiné aux personnes séropositives, l'incidence du VIH demeure élevée dans les populations à haut risque telles que les personnes engagées dans des relations sérodiscordantes. La prise d'antirétroviraux par des personnes séronégatives à titre de prophylaxie pré-exposition (PrEP) permet d'éviter les infections chez les personnes engagées dans des relations sérodiscordantes. **Il est crucial d'évaluer le rapport coût-efficacité de la mise en œuvre d'une PrEP limitée dans le temps comme solution à court terme pendant les six premiers mois du TARV pour le partenaire séropositif en prévention de la transmission du VIH comparativement à celui de l'augmentation de la couverture du TARV, afin d'informer les décideurs politiques chargés de la mise en œuvre de la PrEP.**

Méthodes: Pour estimer les coûts réels d'administration de la PrEP, **nous avons réalisé des analyses de micro-costing et des analyses de temps et de mouvement dans le cadre d'une étude prospective open-label sur l'administration d'une PrEP et d'un TARV destinés aux couples sérodiscordants à haut risque en Ouganda** (le Partners Demonstration Project). Le coût (en USD en 2012) de la PrEP et du TARV pour les couples sérodiscordants a été évalué, avec et sans composantes de recherche, dans le cadre de l'étude. A partir des coûts déclarés par le ministère de la Santé, **le coût de la mise à disposition de la PrEP et du TARV dans le cadre d'un programme gouvernemental a été estimé, de même que le coût d'administration de la PrEP en plus du TARV. Nous avons paramétré un modèle de transmission du VIH pour estimer les impacts pour la santé et l'économie de 1) une PrEP et un TARV visant des couples sérodiscordants à haut risque dans le contexte du recours à un TARV et 2) l'augmentation de la couverture du TARV à 55% des personnes séropositives avec une numération de CD4 \leq 500 cellules/ μ L sans PrEP.** Le rapport coût-efficacité incrémental (ICER) par infection par le VIH et par année de vie ajustée sur l'incapacité évitée (DALY) a été calculé sur 10 ans.

Résultats: Le coût annuel de l'administration de la PrEP et du TARV chez les couples sérodiscordants s'est élevé à 1058\$ par couple dans le cas de l'étude et à 453\$ dans le programme gouvernemental. La part du coût du programme correspondant à la PrEP était respectivement de 408\$ et de 92\$ par couple et par an dans le programme de l'étude et dans le programme gouvernemental. **Sur 10 ans, un programme de PrEP et de TARV pour les couples sérodiscordants à haut risque a été envisagé pour éviter 43% des infections par le VIH par rapport à la pratique actuelle associée à un ICER de 1340\$ par infection évitée.** Les chiffres étaient comparables à la généralisation du TARV, qui à elle seule éviterait 37% des infections avec un ICER de 1452\$.

Conclusions: En utilisant le produit intérieur brut par habitant de l'Ouganda, à savoir 1681\$, comme valeur de seuil, la PrEP et le TARV pour les personnes à haut risque ont un potentiel d'action synergique et offrent un bon rapport coût-efficacité dans la prévention des infections par le VIH dans les milieux où la prévalence est élevée. Le coût annuel de la PrEP dans ce programme est inférieur à 100\$ par couple sérodiscordant s'il est mis en œuvre dans des hôpitaux publics.

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

***Note de la rédaction:** Le traitement antirétroviral (TARV) est un moyen efficace de prévention de la transmission ultérieure du VIH. Toutefois, les partenaires séronégatifs dans les couples sérodiscordants restent à risque durant la période qui précède la mise en route du TARV chez le partenaire séropositif et durant la période comprise entre l'instauration du traitement et la suppression virale. Une PrEP limitée dans le temps est proposée comme solution pour remédier à ce problème et réduire le risque de transmission. Cette étude a étudié le rapport coût-efficacité de l'introduction d'une PrEP dans ce contexte. Il l'a comparé au rapport coût-efficacité de l'augmentation d'une couverture du TARV. L'étude a également étudié les coûts dans la clinique de l'étude, un établissement privé, et élaboré un modèle pour estimer le coût de l'administration avec l'aide du ministère de la Santé.*

L'un des points forts de l'étude est qu'elle repose sur un exercice de micro-costing, ce qui n'avait jamais été fait jusqu'alors, sur les coûts de programme de la mise en œuvre de la PrEP. Cela est très important car les études coût-efficacité sur ce sujet peuvent souvent être basées sur des hypothèses de coût qui ne sont pas représentatives ou qui sont obsolètes. Ces données ont ensuite été utilisées pour modéliser les différents scénarios à l'aide d'un modèle de transmission dynamique.

L'étude a jugé qu'en matière d'infections évitées la combinaison de la PrEP et du TARV et la généralisation du TARV étaient deux méthodes d'un très bon rapport coût-efficacité. Mais la combinaison de la PrEP et du TARV a évité plus d'infections que la généralisation du TARV par rapport aux valeurs de référence (respectivement 43% contre 37%). Si on s'intéresse aux années de vie ajustées sur l'incapacité évitées (DALY), la combinaison du TARV et de la PrEP n'est pas apparue comme ayant un bon rapport coût-efficacité mais elle éviterait 62% de DALY en plus que le scénario de référence. La généralisation du TARV présentait en revanche un très bon rapport coût-efficacité et éviterait 60% de DALY en plus que le scénario de référence.

Il est important de noter que l'étude repose sur un échantillon relativement petit. Il semble qu'un seul centre hospitalier ait été échantillonné et qu'un nombre relativement faible de visites ait été programmé pour déterminer les coûts de personnel. En outre, l'étude formule certaines hypothèses qui restent inexplicables, y compris le coût des tests de charge virale sur le lieu des soins, qui sont en grande partie inconnus car la technologie doit encore être mise en œuvre. Cependant, malgré ces lacunes, l'étude est significative car elle pourrait contribuer à éclairer les directives des pays sur la façon de cibler les PrEP pour les populations clés spécifiques, en l'occurrence les couples

sérodiscordants. Il serait intéressant d'envisager un suivi de cette étude qui s'intéresserait aux coûts à l'échelle des patients associés à cette stratégie d'administration de la PrEP, qui pourrait avoir un effet sur l'utilisation et qui peut varier entre les populations clés.

Analyse comparative des politiques nationales de lutte contre le VIH dans six pays africains touchés par des épidémies généralisées.

Church K, Kiweewa F, Dasgupta A, Mwangome M, Mpandaguta E, Gomez-Olive FX, Oti S, Todd J, Wringe A, Geubbels E, Crampin A, Nakiyingi-Miuro J, Hayashi C, Njage M, Wagner RG, Ario AR, Makombe SD, Mugurungi O, Zaba B. Bull World Health Organ. 1^{er} juil 2015;93(7):457-67. doi: 10.2471/BLT.14.147215. Publication en ligne 28 avr 2015.

Objectif: Comparer les politiques nationales de lutte contre le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) qui influent sur l'accès aux services de dépistage et de traitement du VIH dans six pays d'Afrique subsaharienne.

Méthodes: Nous avons étudié les politiques de lutte contre le VIH dans le cadre d'une étude multipays sur la mortalité adulte en Afrique subsaharienne. **Un outil d'extraction des politiques a été mis au point et utilisé pour examiner la documentation sur les politiques et les lignes directrices nationales relatives au VIH publiées au Kenya, au Malawi, en Afrique du Sud, en Ouganda, en République Unie de Tanzanie et au Zimbabwe entre 2003 et 2013.** Des entretiens avec des informateurs clés ont contribué à combler les lacunes au niveau des résultats. Les politiques nationales ont été classées selon leur conformité explicite ou implicite à 54 indicateurs de politique, identifiés à travers la littérature et des examens d'experts. Nous avons également comparé les politiques nationales aux directives de l'Organisation mondiale de la santé (OMS).

Résultats: **Une variation considérable a été observée entre les politiques des différents pays. Chaque pays était progressiste dans certains domaines et pas dans d'autres.** Le Malawi était particulièrement avancé pour la promotion de la mise en route rapide du traitement antirétroviral. **Cependant, aucun pays ne disposait d'un contexte politique uniformément propice au renforcement de l'accès aux soins et à la prévention de l'abandon des traitements.** Dans certains domaines, les pays sont allés au-delà des directives de l'OMS et les informateurs clés ont indiqué que la pratique dépassait souvent la politique.

Conclusion: Il est difficile d'évaluer l'impact des différences de politiques sur l'accès aux soins et leurs effets sur la santé chez les personnes vivant avec le VIH. Certaines politiques exerceront plus d'influence que d'autres et les politiques officielles ne sont pas toujours mises en œuvre. **Les recherches futures devraient évaluer dans quelle mesure ces politiques sont mises en œuvre et relier ces résultats à ceux de la lutte contre le VIH.**

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

Note de la rédaction: *Malgré les preuves relatives à la réduction de la mortalité due au VIH, les taux élevés d'abandon tout au long de la cascade du diagnostic au traitement demeurent préoccupants. Cet article utilise une analyse comparative des politiques pour repérer les différences dans les réponses des politiques nationales en matière de VIH face à l'épidémie de VIH. La méthodologie utilisée est notable car elle offre un cadre conceptuel utile pour la politique relative au VIH et les facteurs de service qui influent sur les différences spécifiques au niveau de la mortalité adulte associée au VIH tout au long de la cascade du diagnostic au traitement.*

L'éventail des politiques entre les pays était inattendu, étant donné l'explication fournie par les auteurs selon laquelle les pays africains ont tendance à adopter les normes et les directives de

l'OMS. De plus, bien que les pays aient montré des éléments progressistes, aucun pays n'avait le contexte de politique global nécessaire pour avoir un impact décisif sur l'accès aux services. D'importantes différences ont également été relevées en ce qui concerne le rôle influent donné à certaines politiques, le calendrier de mise en œuvre des politiques sur certains indicateurs, et l'adoption ou non des normes nationales de l'OMS par les pays.

Ces résultats sont particulièrement utiles pour mieux comprendre les incitations et les obstacles à l'accès au traitement antirétroviral dans différents contextes.

2. Éliminer les nouvelles infections par le VIH chez les enfants

Occasions manquées tout au long de la cascade des services de prévention de la transmission mère-enfant en Afrique du Sud: utilisation, déterminants et risque attribuable (le SAPMTCTE).

Woldesenbet S, Jackson D, Lombard C, Dinh TH, Puren A, Sherman G, Ramokolo V, Doherty T, Mogashoa M, Bhardwaj S, Chopra M, Shaffer N, Pillay Y, Goga A, South African PET. PLoS One. 6 juil 2015;10(7):e0132425. doi: 10.1371/journal.pone.0132425. eCollection 2015.

Objectifs: Nous avons examiné l'utilisation des services de prévention de la transmission mère-enfant (PTME) du VIH, les prédicteurs d'occasions manquées et la transmission périnatale du VIH attribuable aux occasions manquées tout au long de la cascade de PTME en Afrique du Sud.

Méthodes: Une étude transversale a été réalisée en 2010 sur des nourrissons de 4 à 8 semaines recevant leurs premiers vaccins **dans 580 établissements publics de santé représentatifs au niveau national.** Elle a inclus des entretiens avec les mères et un dépistage du VIH par la méthode de la goutte de sang séché sur les nourrissons. Une analyse pondérée **a été effectuée pour évaluer l'utilisation des services de PTME anténatale et périnatale tout au long de la cascade de PTME** (à savoir: **dépistage du VIH chez la mère, numération de CD4/résultat et réception du traitement antirétroviral maternel et infantile**) et les prédicteurs d'abandon. La fraction attribuable à la population associée à des abandons à chaque centre de services de santé est estimée.

Résultats: Sur 9803 mères incluses, 31,7% étaient séropositives, d'après le résultat des tests de dépistage aux anticorps effectués sur les nourrissons. Dans ce groupe, 80,4% ont reçu une forme de traitement antirétroviral maternel et infantile. Plus d'un **tiers (34,9%) des mères ont été absentes à une ou plusieurs étapes de la cascade des services de PTME.** Dans une analyse multivariée, les caractéristiques suivantes ont été associées à un taux accru d'abandon de la cascade de PTME: mères adolescentes (<20 ans), niveau socio-économique faible, niveau éducatif faible, mères primipares, première visite anténatale tardive, accouchement à domicile et non divulgation du statut VIH. Les mères adolescentes avaient deux fois plus de risques d'ignorer leur statut séropositif (odds ratio ajusté: 2,2; intervalle de confiance de 95%: 1,5-3,3) et présentaient un taux significativement plus élevé (85,2%) de grossesses non planifiées que les mères adultes ≥20 ans (55,5%, p = 0,0001). **Un tiers (33,8%) des infections infantiles par le VIH étaient attribuables à un abandon à une ou plusieurs étapes de la cascade.**

Conclusion: Un tiers des transmissions attribuables à des occasions manquées de bénéficier des services de PTME peut être évité en optimisant le recours aux services de PTME. Les facteurs de risque identifiés pour expliquer une faible utilisation des services de PTME doivent être gérés à travers des interventions à l'échelle des établissements de santé et à l'échelle communautaire, y

compris par un travail de sensibilisation, la promotion de l'éducation des femmes, des interventions en direction des adolescentes et le renforcement des liens/du système de référence entre les communautés et les infrastructures de santé.

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

Note de la rédaction: *L'OMS préconise une approche globale pour la prévention de la transmission mère-enfant. Cela passe par la prévention primaire du VIH chez les femmes en âge de procréer, la prévention des grossesses non planifiées chez les femmes vivant avec le VIH, la prévention de la transmission du VIH d'une femme vivant avec le VIH à son enfant et la mise à disposition du traitement, des soins et du soutien adéquats aux mères vivant avec le VIH, à leurs enfants et à leurs familles.*

Cette étude a évalué le recours aux services de prévention anténatale et périnatale de la transmission mère-enfant à quatre étapes clés de la cascade de prévention de la transmission mère-enfant (dépistage maternel du VIH, test de numération de CD4/résultat, réception du traitement antirétroviral maternel et du traitement antirétroviral infantile).

Sur la totalité des mères incluses dans l'étude, 31,7% étaient séropositives, d'après le résultat des tests de dépistage aux anticorps effectués sur les nourrissons. Environ 11% des mères séropositives ignoraient, d'après elles, leur statut séropositif. Le jeune âge des mères adolescentes était le plus fort prédicteur de méconnaissance du statut séropositif.

Globalement, 35% des mères ont manqué au moins une étape de la cascade. Les abandons en cours de parcours, toutes étapes combinées, ont représenté 33,8% des infections par le VIH parmi les nourrissons, et la connaissance du statut VIH maternel a contribué à près de la moitié de ce total.

Les auteurs suggèrent que la méconnaissance prétendue de son statut séropositif pourrait être due à une infection maternelle récente ou à une séroconversion pendant la grossesse. Ils préconisent un dépistage du VIH répété et amélioré pendant les soins anténataux et à l'accouchement afin d'identifier de nouvelles infections, et une couverture accrue des tests et des conseils aux couples pour adopter des pratiques sexuelles sûres.

Point intéressant, les auteurs ont découvert que la plupart des grossesses étaient non planifiées (60%), démontrant une lacune importante dans la stratégie globale de prévention de la transmission mère-enfant de l'OMS. Les mères adolescentes (< 20 ans) avaient un taux significativement plus élevé de grossesses non planifiées que les mères adultes. Les auteurs suggèrent que les programmes sont nécessaires pour les adolescentes sexuellement actives afin de réduire les grossesses non planifiées ainsi que le risque de contracter le VIH lors de la conception ou ultérieurement.

L'intégration des services de PTME et de santé anténatale améliore le recours au traitement antirétroviral combiné (TARVc) chez les femmes enceintes séropositives dans le sud de la Zambie - un prototype pour l'option B+ ?

Herlihy JM, Hamomba L, Bonawitz R, Goggin CE, Sambambi K, Mwale J, Musonda V, Musokatwane K, Hopkins KL, Semrau K, Hammond EE, Duncan J, Knapp AB, Thea DM. J Acquir Immune Defic Syndr. 15 juil 2015. [Publication en ligne avant impression]

Contexte: L'instauration précoce d'un traitement antirétroviral combiné (TARVc) chez les femmes enceintes séropositives peut faire baisser la transmission verticale à moins de 5%.

Les obstacles programmatiques à un TARVc précoce sont la décentralisation des soins, l'évaluation tardive du stade de la maladie et la perte de vue.

Intervention: **Notre intervention comportait 3 volets: services intégrés de soins du VIH et anténataux au même endroit, avec un seul prestataire; messagerie de laboratoire pour accélérer les tests de numération de CD4 et suivi communautaire des couples mère-enfant pour améliorer la présence aux interventions de PTME.** Des femmes enceintes séropositives pré-intervention ont été adressées à un centre de soins du VIH pour une évaluation du stade de la maladie et la mise en route d'un TARVc en cas de CD4<350 de stade OMS >2 indiquant une maladie avancée.

Méthodes: **Nous avons employé un modèle quasi-expérimental avec des évaluations pré/post-intervention dans 6 centres de soins anténataux (CSA) publics dans la Province méridionale, en Zambie.** Des données cliniques rétrospectives ont été collectées à partir de registres cliniques pendant une période initiale de 7 mois. Les données post-intervention ont été recueillies auprès des femmes enceintes séropositives et de leurs nourrissons, n'ayant jamais reçu de TARV, se présentant au CSA de décembre 2011 à juin 2013.

Résultats: Les données issues de 510 couples mère-enfant de départ ont été analysées et 624 femmes enceintes ont été incluses pendant la période d'intervention. **La proportion de femmes enceintes séropositives recevant une numération de CD4 a augmenté de 50,6% à 77,2%, RR=1,81 IC 95%: 1,57-2,08; p<0,01. La proportion de femmes enceintes éligibles au TARVc et recevant un TARVc a augmenté de 27,5 % à 71,5 %, RR=2,25 IC 95%: 1,78-2,83; p<0,01. La proportion de nourrissons exposés au VIH éligibles avec une PCR pour le dépistage du VIH à 6 semaines documentée a augmenté de 41,9% à 55,8%, RR=1,33, IC 95%: 1,18-1,51; p<0,01.**

Conclusion: **L'intégration des soins du VIH dans le CSA et le soutien à l'échelle communautaire ont amélioré l'utilisation de la numération de CD4, la proportion de femmes éligibles au TARVc mises sous TARVc et de nourrissons dépistés.**

[Accès au résumé](#)

***Note de la rédaction:** L'intégration des services de soins du VIH dans d'autres éléments des soins de santé, comme les services de planification familiale ou de santé maternelle, peut améliorer le recours au dépistage du VIH et la mise en route d'un traitement antirétroviral (TARV). Chez les femmes enceintes, le diagnostic et le traitement du VIH, s'ils sont faits à un stade précoce, peuvent considérablement réduire la probabilité de transmission mère-enfant. L'intégration des services de soins du VIH aux services des centres de soins maternels et anténataux (CSA) peut donc être bénéfique aux femmes qui vivent avec le VIH et à leur nouveau-né. Cet article décrit une étude expérimentale dans laquelle six centres de santé CSA en Zambie - tous très fréquentés et situés dans des provinces où la prévalence du VIH est élevée - ont intégré le dépistage et le traitement du VIH à leurs services de CSA habituels. Cette intégration a consisté à former les prestataires des CSA existants au diagnostic et à la prise en charge du VIH, à fournir un service de numération rapide de CD4 et à former des conseillers bénévoles pour assurer un contact régulier avec les mères vivant avec le VIH pour améliorer l'instauration du TARV et l'adhérence à ce traitement. Le programme a été associé à une nette augmentation de l'instauration du TARV, au dépistage précoce des nourrissons et à l'instauration précoce d'un TARV. L'approche intégrée utilisée ici a le potentiel d'améliorer les services de prévention de la transmission mère-enfant. Elle consiste à rationaliser l'instauration du traitement antirétroviral combiné (TARVc) et à réduire les délais dans les modèles de référence. L'approche facilite la réduction de la stigmatisation et des craintes associées au VIH car le centre de soins propose des services de santé maternelle/infantile ainsi que des soins du VIH. Le centre de soins propose une certaine continuité grâce à un conseiller bénévole qui suit le couple mère-enfant pendant les périodes de la grossesse, de l'accouchement et de l'allaitement. Il est nécessaire de*

poursuivre les efforts pour évaluer les stratégies de maintien dans le circuit de soins du VIH à l'aide de modèles similaires basés sur des travailleurs de santé communautaires et des soins du VIH centrés sur la famille.

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

Instauration du traitement antirétroviral durant la phase précoce asymptomatique de l'infection par le VIH.

Lundgren J, Babiker A, Gordin F, Emery S, Grund B, Sharma S, Avihingsanon A, Cooper D, Fätkenheuer G, Llibre J, Molina J, Munderi P, Schechter M, Wood R, Klingman K, Collins S, Lane H, Phillips A, Neaton J. INSIGHT START Study Group. N Engl J Med. 20 juil 2015. [Publication en ligne avant impression]

Contexte: Il manque de données issues d'essais par sondage aléatoire sur les bénéfices et les risques de l'instauration d'un traitement antirétroviral chez des patients asymptomatiques infectés par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) qui présentent une numération de CD4+ supérieure à 350 cellules par millimètre cube.

Méthodes: **Nous avons sélectionné des adultes séropositifs présentant une numération de CD4+ supérieure à 500 cellules par millimètre cube pour démarrer un traitement antirétroviral immédiatement** (groupe à instauration immédiate) **ou pour le reporter jusqu'à ce que la numération de CD4+ chute à 350 cellules par millimètre cube ou jusqu'au développement du syndrome de l'immunodéficience acquise (sida) ou d'une autre pathologie justifiant le recours à un traitement antirétroviral** (groupe à instauration reportée). **Le principal critère composite était tout événement grave lié au sida, un événement grave non lié au sida ou le décès par toute cause.**

Résultats: Au total 4685 patients ont été suivis sur une moyenne de 3,0 années. A l'entrée dans l'étude, la charge virale de VIH médiane était de 12 759 copies par millilitre et la numération de CD4+ médiane était de 651 cellules par millimètre cube. Le 15 mai 2015, sur la base d'une analyse intermédiaire, le conseil de suivi des données et de la sécurité a déterminé qu'une réponse avait été apportée à la question de l'étude et a recommandé que les patients du groupe à instauration reportée se voient proposer un traitement antirétroviral. **Le critère principal a été obtenu chez 42 patients du groupe à instauration immédiate (1,8%; 0,60 événement pour 100 personnes-années), contre 96 patients dans le groupe à instauration reportée (4,1%; 1,38 événements pour 100 personnes-années), pour un risque relatif de 0,43** (intervalle de confiance [IC] de 95%, 0,30 à 0,62; P<0,001). Les risques relatifs pour des événements graves liés au sida et des événements graves non liés au sida étaient respectivement de 0,28 (IC 95% 0,15 à 0,50; P<0,001) et de 0,61 (IC 95% 0,38 à 0,97; P=0,04). Plus de deux tiers des critères principaux (68%) ont été satisfaits chez les patients ayant une numération de CD4+ supérieure à 500 cellules par millimètre cube. Les risques de survenue d'un événement de niveau 4 étaient similaires dans les deux groupes, de même que les risques d'hospitalisation non programmée.

Conclusions: **La mise en route d'un traitement antirétroviral chez des adultes séropositifs dont la numération de CD4+ est supérieure à 500 cellules par millimètre cube a procuré des bénéfices évidents comparativement à la mise en route de ce traitement après que la numération de CD4+ a diminué à 350 cellules par millimètre cube.**

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

Note de la rédaction: Les recommandations sur le démarrage d'un traitement antirétroviral (TARV) évoluent rapidement. Le principal point d'incertitude et de désaccord entre les recommandations consiste à se demander si les bénéfices pour les personnes qui démarrent un TARV sont supérieurs aux risques chez les personnes ayant une numération de CD4 élevée, pour lesquelles le risque absolu de morbidité et de mortalité est relativement faible.

L'étude START s'est intéressée à cette question chez les personnes présentant une numération de CD4 supérieure à 500 cellules par μl . Les participants à l'étude ont été recrutés sur plusieurs continents, la majorité provenant d'Europe (33%), puis d'Amérique latine (25%) et d'Afrique (21%). Environ 55% d'entre eux étaient des hommes gays et des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes. Le maintien dans l'étude était très bon, et les résultats virologiques chez les personnes ayant démarré un TARV ont été excellents (98% et 97% ont atteint une suppression virale en l'espace de 12 mois dans les bras à instauration immédiate de l'étude, comparativement au bras à instauration reportée). Une réduction de 57% a été observée sur le risque des données principales, une information composite incluant les événements graves associés au sida, les événements graves non associés au sida et la mortalité toute cause. Les événements associés au sida les plus fréquents étaient la tuberculose (principalement chez les participants africains), le lymphome malin et le sarcome de Kaposi. Parmi les événements graves non associés au sida, les cancers non liés au sida ont été réduits de 50% mais, chose intéressante, aucune modification n'a été observée au niveau des événements cardiovasculaires. Il n'y a eu aucune augmentation du risque d'événements indésirables graves. Il est intéressant de noter que le degré de réduction des risques concernant les données principales était similaire dans les pays à revenus élevés et à faibles revenus.

Ces résultats seront très importants car les lignes directrices en matière de TARV sont étudiées et aboutiront probablement à des recommandations pour l'instauration du TARV, indépendamment de la numération de CD4 dans la plupart des milieux. Les auteurs font remarquer que, compte tenu du risque absolu relativement faible d'événements graves, certaines personnes présentant une numération de CD4 élevée peuvent décider de différer leur traitement, et cet essai a apporté des données très utiles pour éclairer le débat. Les bénéfices retirés d'une instauration plus précoce du TARV sont fonction des tests précédents. Sachant que l'on estime à 50% le taux de porteurs du VIH ayant une méconnaissance globale de leur statut, le recours au dépistage par les personnes asymptomatiques devra être renforcé. En outre, le maintien dans les soins devra être optimisé si les bénéfices potentiels du TARV démontrés par cette étude doivent être réalisés.

L'exposition à la névirapine en dose unique n'a pas d'effet sur la réponse au traitement antirétroviral chez les enfants africains infectés par le VIH en dessous de 3 ans.

Musoke P, Szubert AJ, Musiime V, Nathoo K, Nahirya-Ntege P, Mutasa K, Williams DE, Prendergast AJ, Spyer M, Walker AS, Gibb DM, and the ARROW Trial Team. AIDS. 24 juil 2015. [Publication en ligne avant impression]

Objectifs: Évaluer l'impact de l'exposition à la névirapine (NVP) en dose unique sur la réponse virologique chez de jeunes enfants ougandais/zimbabwéens (<3 ans) démarrant un traitement antirétroviral (TARV), et étudier d'autres prédicteurs de réponse.

Conception: Analyse observationnelle dans l'essai par sondage aléatoire ARROW.

Méthodes: l'exposition à la NVP en dose unique a été confirmée par autodéclaration de l'aidant lorsque l'enfant a démarré un TARV basé sur les inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse (INNTI). La charge virale a été analysée rétrospectivement sur une durée moyenne de suivi de 4,1 ans. Des modèles de régression logistique multivariée ont été utilisés pour identifier des

prédicteurs indépendants de charge virale en dessous de 80 copies/ml, 48 et 144 semaines après l'instauration du TARV (élimination descendante, sortie P = 0,1).

Résultats: **L'âge médian (IQR) à la mise en route du TARV était de 17 (10-23) mois** chez 78 enfants exposés à la NVP en dose unique contre 21 (14-27) mois chez 289 enfants non exposés (36 contre 20% <12 mois). **A la semaine 48, 49 des 73 (67%) enfants exposés à la NVP en dose unique et 154 des 272 (57%) enfants non exposés avaient une charge virale inférieure à 80 copies/ml [odds ratio ajusté (ORa) 2,34 (1,26-4,34), P = 0,007];** 79 et 77% avaient une charge virale inférieure à 400 copies/ml. La suppression était significativement plus faible chez les hommes (P = 0,009), chez les personnes présentant une charge virale pré-TARV supérieure (P = 0,001), prenant des sirops (P = 0,05) et autodéclarant une faible adhérence (P = 0,04). A la semaine 144, 55 des 73 (75%) enfants exposés et 188 des 272 (69%) enfants non exposés avaient moins de 80 copies/ml [ORa 1,75 (0,93-3,29), P = 0,08]. **Il n'y avait aucune différence entre les enfants avec et sans exposition préalable à la NVP en dose unique dans la résistance intermédiaire/élevée aux INTI (P > 0,3) ou aux INNTI (P > 0,1) (n = 88) à la semaine 144.**

Conclusion: Étant donné la disponibilité globale limitée de l'association lopinavir/ritonavir, les difficultés significatives de sa formulation chez les jeunes enfants et les lacunes significatives du traitement pédiatrique, **le TARV combiné à base de NVP en dose fixe en comprimés reste une bonne alternative au TARV à base de lopinavir en sirop pour les enfants, en particulier les enfants de plus de 1 an et même en cas d'exposition à la NVP en dose unique.**

[Accès au résumé](#)

***Note de la rédaction:** L'instauration universelle d'un traitement antirétroviral (TARV) est recommandée pour tous les enfants de moins de cinq ans, quel que soit leur statut immunitaire ou clinique. L'Organisation mondiale de la santé préconise de débiter par un TARV associant le lopinavir et le ritonavir chez l'enfant en dessous de trois ans. Cette recommandation a été encouragée par les essais P1060 qui ont montré une réponse virologique plus faible à la névirapine comparativement aux traitements contenant du lopinavir chez les enfants exposés et non exposés à la névirapine en dose unique (NVP en dose unique) en prophylaxie contre la transmission mère-enfant du VIH. Des études antérieures avaient démontré une réponse plus faible au traitement antirétroviral (TARV) combiné contenant de la névirapine initié ensuite par des mères exposées à la NVP en dose unique.*

Cependant, l'association lopinavir/ritonavir chez les jeunes enfants n'est disponible que sous forme liquide. Sa disponibilité est limitée, elle est extrêmement désagréable à avaler, elle implique des contraintes liées à la chaîne du froid et elle est volumineuse et peu discrète à transporter. Faute de pouvoir administrer un TARV contenant du lopinavir, les lignes directrices suggèrent comme alternative un traitement basé sur des inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse (INNTI). L'INNTI à privilégier est la névirapine car le dosage de l'éfavirenz est problématique chez les jeunes enfants. Il est donc important de comprendre si la NVP en dose unique est associée à des risques sensiblement supérieurs d'échec virologique chez les enfants démarrant un traitement à base de névirapine.

L'étude a comparé le risque d'échec virologique chez les jeunes enfants (entre six mois et trois ans) démarrant un TARV basé sur la névirapine et ayant été exposés à la NVP en dose unique et le risque observé chez les sujets n'ayant pas été exposés. L'étude a conclu à l'absence de risque supérieur d'échec virologique chez les personnes ayant été exposées à la NVP en dose unique comparativement aux personnes non exposées, aussi bien à 48 qu'à 144 semaines après la mise en route du TARV. Ce constat est resté vrai quelle que soit la valeur limite de charge virale utilisée pour

définir l'échec virologique, à savoir 80, 400 ou 1000 copies/ml. De plus, aucune différence n'a été observée entre les enfants avec et sans exposition à la NVP en dose unique concernant le pourcentage de mutations de résistance aux INTI ou aux INNTI cliniquement significatives.

Comme prévu, une charge virale pré-TARV élevée était un puissant prédicteur d'une faible réponse virologique. Chose importante, le fait de recevoir un TARV sous forme de sirop et non de comprimés était également prédicteur d'une faible réponse virologique et était équivalent à instaurer un TARV avec une charge virale supérieure de 1 log₁₀. Cette différence de réponse virologique est du même ordre que celle observée entre les traitements contenant du lopinavir et ceux basés sur la névirapine dans les essais P1060. Comme les comprimés de trithérapie à base de névirapine sont disponibles pour les jeunes enfants, on pourrait en déduire qu'un traitement à base de névirapine en comprimés pourrait apporter une réponse virologique similaire à celle d'un traitement à base de lopinavir sous forme de sirop chez les jeunes enfants.

L'étude n'a pas établi de comparaison par sondage aléatoire et l'exposition à la NVP en dose unique a reposé sur des autodéclarations. De plus, un tiers des participants n'ont pris des INNTI que pendant 36 semaines, après quoi ils sont passés aux trithérapies à base d'INTI. Cependant, les résultats étaient similaires lorsque les analyses étaient limitées aux personnes ayant suivi des traitements à base d'INNTI pendant la durée de l'étude.

Cette étude devrait rassurer les professionnels de santé dans les milieux aux ressources limitées sur le fait que le TARV basé sur la névirapine est une bonne alternative au TARV basé sur le lopinavir sous forme de sirop, même en cas d'exposition préalable à la NVP en dose unique.

Essai contrôlé par sondage aléatoire sur la surveillance électronique de l'adhérence en temps réel à l'aide de SMS de rappel chez les personnes démarrant un traitement antirétroviral de première ligne.

Orrell C, Cohen K, Mauff K, Bangsberg DR, Maartens G, Wood RP. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 24 juil 2015. [Publication en ligne avant impression]

Contexte: Les conclusions sont contradictoires quant à l'impact des SMS de rappel envoyés sur le mobile des patients sur l'adhérence au traitement antirétroviral. **Nous avons supposé que des messages de rappel envoyés à chaque retard de prise du médicament amélioreraient l'adhérence et la suppression virale du VIH.**

Méthodes: **Des participants n'ayant jamais reçu de TARV** ont été recrutés dans un centre d'administration de TARV ambulatoire sud-africain, **pour recevoir, de manière aléatoire, soit le traitement de référence (TDR, trois sessions d'information avant le traitement), soit l'intervention (TDR et SMS de rappel automatiques en cas de retard de prise >30 minutes).** L'heure de prise a été enregistrée par un dispositif électronique de surveillance de l'adhérence en temps réel (EAMD), donné aux participants au début du TARV. La numération de CD4 et l'ARN VIH ont été déterminés au début, puis à 16 et 48 semaines. **Le paramètre d'évaluation principal était l'adhérence cumulée par l'EAMD.** La suppression virale de VIH-1 (<40 copies/ml) à la semaine 48 et le nombre d'interruptions de traitement (IT) > 72 heures étaient les le paramètre d'évaluation secondaire. Il s'agissait d'une analyse en intention de traiter (oubli=échec). L'étude a été enregistrée au Registre panafricain des essais cliniques: PACTR201311000641402.

Résultats: 230 participants ont été répartis aléatoirement dans les bras témoin (n=115) ou intervention (n=115). **L'adhérence médiane était de 82,1% (IQR 56,6-94,6%) dans le bras intervention, contre 80,4% (IQR 52,8-93,8%) pour le TDR** (odds ratio ajusté (ORa) pour l'adhérence 1,08, IC 95%:0,77-1,52). **La suppression de l'ARN VIH (<40 copies/ml) a été observée**

chez 80 sujets (69,6%) du bras témoin et chez 75 sujets (65,2%) du bras intervention; ORa pour l'échec virologique dans le bras intervention 0,77, IC 95%:0,42-1,40). Dans le bras intervention le nombre d'IT >72heures était en baisse (taux d'incidence ajusté 0,84, IC 95%:0,75-0,94).

Conclusion: Les SMS de rappel liés aux doses oubliées détectées par une surveillance de l'adhérence en temps réel ont réduit le nombre d'interruptions de traitement prolongées mais n'ont pas amélioré significativement l'adhérence ni la suppression virale.

[Accès au résumé](#)

***Note de la rédaction:** Il est capital de maximiser l'adhérence au traitement pour la gestion des maladies chroniques. Dans le cas du traitement antirétroviral (TARV), une bonne adhérence est essentielle non seulement pour optimiser les résultats du traitement pour les malades mais aussi pour minimiser l'émergence de maladies résistantes aux médicaments. Des dispositifs de surveillance électronique de l'adhérence (EAMD) ont été utilisés comme outil de recherche mais se sont révélés trop coûteux pour une utilisation généralisée. Cependant, des dispositifs de faible coût sont en cours de développement, avec un potentiel d'utilisation élargie, et seraient très valables s'il s'avère qu'ils améliorent les résultats du traitement.*

Dans ce petit essai réalisé au Cap, en Afrique du Sud, des adultes mettant en route un TARV ont été sélectionnés de manière aléatoire pour recevoir soit un EAMD sous la forme d'un simple pilulier, qui enregistre l'ouverture de la boîte mais sans fonction de rappel, soit un EAMD programmé pour envoyer un SMS de rappel si la boîte n'a pas été ouverte dans les 30 minutes qui suivent l'heure de prise programmée. Ce délai de rappel a été sélectionné par les participants à l'étude, qui prenaient pour la plupart leur TARV sous forme de dose unique du soir.

Il n'y a eu aucune différence en matière d'adhérence par bras de l'étude ou de suppression virologique. Comme on pouvait s'y attendre, l'adhérence basée sur le nombre autodéclaré de rappels ou de comprimés pris sur trois jours était plus élevée (100% en moyenne dans les deux bras pour les deux mesures) que l'adhérence mesurée par l'EAMD (82,1% dans le bras du programme et 80,4% dans le bras témoin, calculée comme le nombre de jours où le dispositif a été ouvert, divisé par le nombre de jours de soins). Cependant, dans le bras de programme, moins d'interruptions de traitement de plus de 72 heures ont été observées, un délai important s'agissant du risque de développer une résistance en cours de traitement par inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse (INNTI). Les auteurs soulignent que l'adhérence au traitement dans ce centre de soins est généralement très bonne, grâce au fort soutien à l'adhérence apporté par le centre, ce qui aurait pu expliquer le résultat négatif.

Cette étude suggère que les rappels de prise ont peu de chances à eux seuls d'améliorer l'adhérence au TARV, ce qui n'est pas surprenant vu la complexité des comportements d'adhérence. Des travaux complémentaires doivent être effectués pour savoir si d'autres activités basées sur des EAMD apporteront de meilleurs résultats que les messages de rappel seuls.

Suivi et changement de traitement antirétroviral de première ligne en Afrique subsaharienne: analyse collaborative de cohortes de traitement adultes.

Haas AD, Keiser O, Balestre E, Brown S, Bissagnene E, Chimbetete C, Dabis F, Davies MA, Hoffmann CJ, Oyaro P, Parkes-Ratanshi R, Reynolds SJ, Sikazwe I, Wools-Kaloustian K, Zannou DM, Wandeler G, Egger M, for leDea Southern Africa EA, West A. Lancet HIV. 1^{er} juil. 2015;2(7):e279-e278.

Contexte: Le test de mesure de la charge virale du VIH-1 est recommandé pour surveiller le traitement antirétroviral (TARV) mais n'est pas disponible partout. **Notre étude avait pour but d'évaluer la surveillance du TARV de première ligne et le passage à un TARV de deuxième intention en Afrique subsaharienne.**

Méthodes: Nous avons mené une **analyse collaborative sur des études de cohortes de 16 pays d'Afrique orientale, d'Afrique méridionale et d'Afrique occidentale** qui participent à la base de données épidémiologique internationale pour évaluer le sida (leDEA). **Nous avons inclus des adultes infectés par le VIH-1 qui ont entamé un TARV combiné entre janvier 2004 et janvier 2013.** Nous avons défini le changement de TARV comme le passage d'un traitement basé sur des inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse (INNTI) à un traitement par inhibiteur de protéase avec ajustement d'un ou plusieurs inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse (INTI). Les échecs virologiques et immunologiques ont été définis conformément aux critères de l'OMS. **Nous avons calculé les probabilités cumulées de changement et des risques relatifs avec un IC de 95% en comparant la surveillance de la charge virale, la surveillance continue de la charge virale ciblée, la surveillance de CD4 et la surveillance clinique, avec ajustement compte tenu des caractéristiques de programme et individuelles.**

Résultats: **Sur 297 825 patients éligibles, 10 352 (3%) sont passés à un TARV de deuxième intention** pendant 782 412 personnes-années de suivi. **Comparativement à la surveillance de CD4, les risques relatifs du changement étaient de 3,15 (IC 95% 2,92–3,40) pour la surveillance continue de la charge virale, de 1,21 (1,13–1,30) pour la surveillance de la charge virale ciblée et de 0,49 (0,43–0,56) pour la surveillance clinique. Sur les 6450 patients en échec virologique confirmé, 58,0% (IC 95% 56,5–59,6) ont changé de traitement avant 2 ans, et sur les 15 892 patients en échec immunologique confirmé, 19,3% (18,5–20,0) ont changé dans les 2 ans.** Sur les 10 352 patients qui ont changé de traitement, les preuves d'échec thérapeutique basées sur une numération de CD4 ou une mesure de la charge virale allaient de 86 (32%) des 268 patients sous surveillance clinique à 3754 (84%) des 4452 patients sous surveillance de la charge virale ciblée. La numération de CD4 médiane lors du changement était de 215 cellules par μL (IQR 117–335) avec la surveillance continue de la charge virale mais était inférieure avec d'autres types de surveillance (plage de 114–133 cellules par μL).

Interprétation: Dans l'ensemble, **peu de patients sont passés à un TARV de deuxième intention et ce changement de traitement est survenu tardivement, en l'absence de surveillance continue de la charge virale.** Le changement de traitement était plus courant et survenait plus tôt après l'instauration d'un TARV avec des tests de mesure de la charge virale ciblée ou continue.

[Accès au résumé](#)

***Note de la rédaction:** La surveillance continue de la charge virale doit permettre l'identification précoce de l'échec du traitement antirétroviral (TARV) de première ligne, afin de permettre le passage rapide à un TARV de deuxième intention. La prolongation du traitement avec un schéma inefficace compromet les options thérapeutiques futures (du fait de l'accumulation de mutations de résistance aux médicaments) et peut conduire à une augmentation de la morbidité et de la mortalité. De précédents comptes rendus d'Afrique ont suggéré qu'étonnamment peu de personnes passent à un traitement de deuxième intention, même dans les programmes incluant une surveillance continue de la charge virale. Ceci laisse supposer qu'il existe des obstacles sur le terrain en matière d'identification et de prise en charge de l'échec du TARV.*

Il s'agit d'une analyse complète qui réunit des données issues de plusieurs cohortes bien caractérisées en Afrique. Dans cette analyse, le passage à un TARV de deuxième intention était rare

(3% sur une moyenne de près de trois ans de suivi). Dans les programmes intégrant une surveillance continue de la charge virale, seule une personne sur deux présentant un échec virologique confirmé sous TARV de première ligne (deux charges virales >1000 copies/ml) a été comptabilisée comme étant passée à un TARV de deuxième intention. En outre, la moitié des personnes qui sont passées à un traitement de deuxième intention n'ont pas eu la preuve d'un échec virologique confirmé, suggérant que certaines ont peut-être changé de traitement trop tôt, sans essayer d'abord des programmes d'adhérence en mesure de parvenir à une nouvelle suppression sous TARV de première ligne. Sans surprise, les taux de changement étaient inférieurs dans les programmes incluant une surveillance de CD4+ (avec ou sans test de mesure de la charge virale ciblée) ou une surveillance clinique seule.

Même si les lignes directrices et les algorithmes relatifs à l'identification et à la prise en charge de l'échec d'un TARV de première ligne sont relativement clairs et simples, il semble difficile de traduire ces principes en actes sur le terrain. Cela est probablement dû au moins en partie au manque d'outils pour mesurer de manière fiable l'adhérence et à la difficulté consécutive rencontrée par les travailleurs de santé de première ligne à identifier les personnes qui ont vraiment besoin de passer à un TARV de deuxième intention. De plus, la plupart des programmes ne surveillent pas en continu les indicateurs relatifs à la suppression virale ou à l'échec thérapeutique, de sorte que cela pourrait ne pas être perçu comme une priorité par les travailleurs de santé et les gestionnaires de programmes. Des travaux de recherche sont nécessaires pour étudier la meilleure façon d'optimiser la suppression virale dans les milieux aux ressources limitées ainsi que des études pour évaluer l'impact des programmes tels que les tests de mesure de la charge virale sur le lieu des soins.

4. Éviter les décès liés à la tuberculose

Essai sur les antirétroviraux précoces et le traitement préventif à l'isoniazide en Afrique.

TEMPRANO ANRS 12136 Study Group. *N Engl J Med*. 20 juil 2015. [Publication en ligne avant impression]

Contexte: En Afrique subsaharienne, l'association du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et de la tuberculose représente un lourd fardeau. **Nous avons réalisé en Côte d'Ivoire un essai** selon un plan factoriel de type 2x2 **afin d'évaluer les bénéfices d'un traitement antirétroviral (TARV) précoce, d'un traitement préventif à l'isoniazide (TPI) pendant 6 mois ou les deux, chez des adultes infectés par le VIH et présentant une numération élevée de CD4+.**

Méthodes: **Nous avons inclus des participants présentant une infection par le VIH de type 1 et une numération de CD4+ inférieure à 800** cellules par millimètre cube et ne répondant pas aux critères pour démarrer un TARV conformément aux directives de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Les participants ont été répartis de manière aléatoire dans l'un des quatre groupes de traitement, à savoir TARV reporté (instauration du TARV conformément aux critères de l'OMS), TARV reporté plus TPI, TARV précoce (instauration immédiate du TARV), ou TARV précoce plus TPI. **Le critère d'évaluation principal était un critère composite de maladies incluses dans la définition du syndrome de l'immunodéficience acquise (sida), du cancer non lié au sida, de maladie bactérienne invasive non liée au sida ou de décès toute cause à 30 mois**. Nous avons utilisé des modèles proportionnels de Cox pour comparer les résultats entre les stratégies de TARV reporté et de TARV précoce et entre les stratégies avec TPI et sans TPI.

Résultats: Au total, 2056 patients (dont 41% avec une numération de CD4+ initiale ≥ 500 cellules par millimètre cube) ont été suivis pendant 4757 patients-années. 204 événements associés au critère

d'évaluation principal ont été observés au total (3,8 événements pour 100 personnes-années ; intervalle de confiance [IC] de 95%, 3,3 à 4,4), dont 68 chez des patients présentant une numération de CD4+ initiale d'au moins 500 cellules par millimètre cube (3,2 événements pour 100 personnes-années ; IC de 95%, 2,4 à 4,0). **La tuberculose et les maladies bactériennes invasives ont représenté respectivement 42% et 27% des événements associés au critère principal. Le risque de décès ou de maladie grave liée au VIH était plus faible en cas de TARV précoce que de TARV reporté (risque relatif ajusté, 0,56; IC 95%, 0,41 à 0,76; hazard ratio ajusté chez les patients ayant une numération de CD4+ initiale \geq 500 cellules par millimètre cube, 0,56; IC 95%, 0,33 à 0,94) et plus faible avec TPI que sans TPI (risque relatif ajusté, 0,65; IC 95%, 0,48 à 0,88; risque relatif ajusté chez les patients ayant une numération de CD4+ initiale \geq 500 cellules par millimètre cube, 0,61; IC 95%, 0,36 à 1,01).** La probabilité à 30 mois d'événements indésirables de grade 3 ou 4 n'a pas varié de manière significative entre les différentes stratégies.

Conclusions: Dans ce pays africain, un TARV immédiat et 6 mois de TPI ont conduit, de manière indépendante, à des taux de maladie grave plus faibles qu'un TARV reporté et aucun TPI, aussi bien globalement que chez des patients ayant une numération de CD4+ d'au moins 500 cellules par millimètre cube.

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

Note de la rédaction: *Les recommandations et les lignes directrices sur le moment optimal pour démarrer un traitement antirétroviral (TARV) évoluent rapidement. Elles sont motivées par une amélioration des TARV avec de meilleurs profils de sécurité, par la volonté d'améliorer la survie et la santé des personnes vivant avec le VIH et par la nécessité d'enrayer la transmission du VIH. L'étude TEMPRANO menée en Côte-d'Ivoire fait partie des nombreux essais par sondage aléatoire rapportant des bénéfices significatifs en matière de morbidité sévère et de mortalité consécutifs à l'instauration d'un TARV précoce, avant que la numération de CD4 ne baisse sérieusement ou la manifestation clinique de la maladie. Les résultats sont conformes à l'essai multisite START (cité également dans ce numéro de HIV This Month) et au suivi à long terme de HPTN 052 (un essai sur le TARV précoce dans les couples sérodiscordants pour le VIH), malgré les écarts au niveau des valeurs limites de la numération de CD4, des définitions des résultats, etc. Collectivement, ces résultats ont été au centre des discussions lors de la conférence de l'International AIDS Society à Vancouver, au Canada, en juillet 2015 et ils définiront la révision continue des directives en matière de traitement de l'OMS.*

L'étude TEMPRANO s'est intéressée à l'instauration immédiate d'un TARV (en général ténofovir-émcitrabine + éfavirenz) plus ou moins six mois de prophylaxie à l'isoniazide chez des personnes ne répondant pas aux critères d'éligibilité de l'OMS (qui évoluent), dans un essai contrôlé rigoureux conduit selon un plan factoriel 2x2. Les résultats témoignent d'une réduction significative du risque d'événement grave (TB ou maladie liée au VIH) ou de décès attribuable aux deux programmes sur 30 mois. La tuberculose a représenté 42% de tous les critères d'évaluation principaux. Il convient de noter que le risque absolu d'événements graves (TB ou maladie grave ou décès) était faible dans le groupe ayant une numération de CD4 initiale plus élevée.

Une instauration précoce du TARV sera nécessaire pour atteindre la cible 90-90-90 de l'ONUSIDA (à savoir 90% des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut sérologique, 90% de toutes les personnes infectées reçoivent un TARV et 90% des personnes sous TARV ont une charge virale supprimée), mais cette précaution peut n'avoir d'impact que sur la deuxième de ces cibles. Les observateurs admettent que l'enjeu du diagnostic précoce et le maintien et l'adhérence au traitement

continuent de faire obstacle à l'optimisation de l'impact sur la santé publique des résultats très prometteurs des essais de traitement précoce.

Dans l'étude TEMPRANO, une proportion significative de personnes sélectionnées pour cette étude ont refusé de participer et d'autres ont été perdues de vue pendant l'étude, proportions qui sont susceptibles d'augmenter dans le contexte opérationnel. On a observé un taux plus élevé d'événements indésirables à court terme dans le groupe de traitement précoce, relatif à la toxicité des médicaments proprement dits.

Les éléments de preuve en faveur d'un TARV précoce quant au bénéfice pour les patients et à la réduction de la transmission se développent, en particulier dans les milieux où la tuberculose et les maladies bactériennes représentent un lourd fardeau. L'enjeu consistera à faire participer les populations de personnes en bonne santé et à concevoir des systèmes et des stratégies de traitement pour optimiser cet engagement. Le suivi à long terme des cohortes de ces essais cliniques apportera des informations utiles, de même que les essais sur les stratégies d'administration des traitements.

Incidence de la tuberculose chez les jeunes enfants des zones rurales du Mozambique.

*López-Varela E, Augusto OJ, Gondo K, Garcia-Basteiro AL, Fraile O, Ira T, Ribo Aristizabal JL, Buló H, Muñoz Gutierrez J, Aponte J, Macete E, Sacarlal J, Alonso PL. *Pediatr Infect Dis J.* Juil 2015;34(7):686-92. doi: 10.1097/INF.0000000000000710.*

Contexte: La tuberculose (TB) est un facteur considérable de morbidité et de mortalité infantiles.

Cette étude avait pour but d'estimer le taux d'incidence communautaire minimum de la TB chez les enfants <3 ans dans le sud du Mozambique.

Méthodes: **Entre octobre 2011 et octobre 2012**, dans le cadre du **Système de surveillance sanitaire et démographique du district de Manhica**, nous avons **recruté de manière prospective tous les cas de TB présumés concernant des enfants de moins de 3 ans, par le biais de dépistages passifs et actifs**. Les participants incluaient tous les enfants qui étaient **soit symptomatiques, soit en contact étroit avec une TB pulmonaire à frottis positif signalée chez un adulte**. Les enfants ont subi une évaluation clinique à la visite initiale et lors des visites de suivi. Les investigations sur la TB maladie incluaient une radiographie thoracique, un test de dépistage du VIH et d'intradermoréaction à la tuberculine, ainsi qu'un prélèvement de liquide d'aspiration gastrique et de crachats induits, qui ont ensuite été traités afin de réaliser un frottis, une culture et une identification moléculaire mycobactérienne.

Résultats: Pendant la durée de l'étude, **13 764 enfants <3 ans ont contribué à un total de 9575 personnes-années. Sur les 789 cas de TB présumés recrutés, 13 ont reçu une confirmation de culture de la TB et 32 étaient des cas probables de TB. Le taux d'incidence communautaire minimum de TB (cas confirmés plus cas probables) était de 470 sur 100 000 personnes-années (intervalle de confiance de 95% : 343-629 sur 100 000). Une co-infection par le VIH était présente dans 44% des cas de TB.**

Conclusion: Ces **données soulignent le lourd fardeau représenté par la TB pédiatrique**. Cette étude fournit certaines des premières données d'incidence prospectives basées sur la population de la tuberculose infantile et apporte des informations utiles à l'effort mondial d'amélioration des estimations produites, une étape cruciale pour éclairer la politique de santé publique.

[Accès au résumé](#)

Note de la rédaction: Le Mozambique est l'un des rares pays lourdement touchés par l'association VIH/TB dans lesquels la prévalence et l'incidence de la TB ne se sont pas améliorées ces dernières années. Cette étude de cohortes prospective portant sur un site de surveillance démographique rural met en lumière l'immense fardeau de la tuberculose pédiatrique dans le sud du pays. Le taux d'incidence minimum estimé de la TB au niveau communautaire chez les enfants âgés < 3 ans, à savoir 470 pour 100 000 personnes-années (près du double du nombre de cas notifiés) met en évidence la sous-estimation grossière de la tuberculose pédiatrique dans cette région.

Les risques de transmission ultérieure de *Mycobacterium tuberculosis* (Mtb) par les enfants sont faibles car leurs sécrétions respiratoires contiennent rarement de grandes quantités de bacilles. Par conséquent, du point de vue de la santé publique, la tuberculose pédiatrique n'a jusqu'à présent pas été considérée comme une priorité dans les milieux fortement touchés. L'un des points forts de l'étude est représenté par les efforts considérables déployés pour confirmer les diagnostics de TB, ce qui, du fait du faible nombre de bacilles dans les crachats et de l'incapacité à produire des prélèvements de crachats, est particulièrement difficile chez les jeunes enfants. Des estimations précises de TB pédiatrique (en particulier chez les très jeunes enfants, c'est-à-dire ≤ 3 ans), comme a tenté d'en effectuer cette étude basée sur la population, sont un indicateur critique de l'efficacité des programmes pour enrayer la transmission au niveau communautaire. Ces résultats soulignent donc un niveau extrêmement élevé de transmission continue de Mtb et le besoin urgent de programmes de santé publique efficaces pour endiguer l'épidémie de TB/VIH au Mozambique.

5. Parer à l'insuffisance des ressources

Shamba Maisha: essai contrôlé par sondage aléatoire sur une intervention agricole et financière permettant d'améliorer la santé des personnes vivant avec le VIH au Kenya.

Weiser SD, Bukusi EA, Steinfeld RL, Frongillo EA, Weke E, Dworkin SL, Pusateri K, Shiboski S, Scow K, Butler LM, Cohen CR. *AIDS*. 23 juil 2015. [Publication en ligne avant impression]

Objectifs: L'insécurité alimentaire et les résultats en matière de lutte contre le VIH/sida sont étroitement liés en Afrique subsaharienne. Nous dressons le bilan des résultats sur le plan sanitaire et nutritionnel d'un essai d'intervention agricole multisectorielle parmi des adultes infectés par le VIH dans les régions rurales du Kenya.

Conception: Il s'agit d'un **essai pilote contrôlé par sondage aléatoire en grappes**.

Méthodes: **L'intervention a inclus une pompe à eau manuelle, un micro-crédit destiné à l'achat de matières premières agricoles et l'éducation aux pratiques agricoles durables et à la gestion financière.** Deux établissements de santé de la région de Nyanza, au Kenya, ont été désignés, de manière aléatoire, comme site d'intervention ou site témoin. Des adultes infectés par le VIH âgés de 18 à 49 ans sous traitement antirétroviral et ayant accès aux eaux de surface et à la terre ont été recrutés à partir d'avril 2012 et suivis une fois par trimestre pendant 1 an. Des données ont été collectées sur les paramètres nutritionnels, la numération des lymphocytes T CD4 et l'ARN VIH. Les différences dans les modèles de régression à effets fixes ont servi à déterminer si les schémas en matière de résultats de santé variaient dans le temps par rapport aux valeurs initiales entre les bras intervention et témoin.

Résultats: **Nous avons recruté respectivement 72 et 68 participants dans les groupes intervention et témoin. Au suivi des 12 mois, nous avons observé une augmentation statistiquement significative de la numération de CD4 (165 cellules/ μ l, $P < 0,001$) et de la proportion de suppression virale dans le bras intervention, en comparaison avec le bras témoin**

(amélioration comparative à raison de 0,33 de suppression, odds ratio de 7,6, intervalle de confiance de 95%: 2,2-26,8). Les participants à l'intervention ont observé une **amélioration significative de leur sécurité alimentaire** (3,6 points de plus, $P < 0,001$) **et de la fréquence de la consommation alimentaire** (fréquence plus élevée de 9,4 fois par semaine, $P = 0,013$) comparativement aux participants du groupe témoin.

Conclusion: Les interventions sur les moyens de subsistance peuvent s'avérer être une approche prometteuse pour gérer les problèmes croisés de l'insécurité alimentaire, de la pauvreté et de la morbidité liée au VIH/sida.

[Accès au résumé](#)

Note de la rédaction: Il existe des preuves incontestables de l'existence d'un cercle vicieux entre insécurité alimentaire et transmission du VIH, morbidité et mortalité. Les études ont relevé des taux alarmants d'insécurité alimentaire modérée et sévère parmi les nouveaux bénéficiaires d'un TARV en Afrique orientale, à savoir au moins 70%. A l'heure où le monde cherche à atteindre la cible 90-90-90 (à savoir 90% des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut sérologique, 90% de toutes les personnes infectées reçoivent un TARV et 90% des personnes sous TARV ont une charge virale supprimée) et donc à accroître la suppression virale à 90% chez les personnes sous traitement antirétroviral, il est clair que l'efficacité et l'efficacé du traitement dépendront du mode de gestion de l'insécurité alimentaire, dans le cadre et/ou parallèlement au programme de VIH.

Dans cette étude pilote menée au Kenya, les auteurs s'intéressent à un programme agricole et de microfinance destiné à des adultes vivant avec le VIH et victimes d'insécurité alimentaire qui avaient accès à des terres agricoles et à des eaux de surface. Les participants de l'étude étaient essentiellement des patients établis recevant un TARV depuis 2,8 années en moyenne. L'étude relève une augmentation significative de la numération de CD4 (165 cellules/mm³) et une augmentation comparative de la proportion de patients présentant une suppression virale, de 33%. En outre, des améliorations significatives ont été relevées sur l'échelle de la sécurité alimentaire. Parmi celles-ci on peut citer la diversité et la fréquence de la consommation d'aliments, ainsi que l'augmentation de l'IMC, sans toutefois aucune modification significative en matière de dépenses alimentaires. Il est important cependant de souligner le déséquilibre entre les échantillons du programme et les échantillons témoins, dans la mesure où le groupe du programme est parti d'un niveau d'insécurité alimentaire plus élevé et d'une plus faible proportion de suppression virale. De plus, avec seulement deux sites, l'étude n'a pas pu séparer les effets du programme des variables à l'échelle des grappes, soulignant la nécessité d'un essai contrôlé aléatoire par grappes de plus grande envergure pour confirmer ces résultats.

Bien qu'il s'agisse d'un essai contrôlé pilote ayant une petite taille d'échantillon et d'autres limitations, il fournit des éléments de preuve prometteurs concernant l'impact direct potentiel d'un programme d'agriculture et de microfinance multisectoriel sur les résultats du TARV, ainsi que son impact sur les mesures de résultats en matière d'insécurité alimentaire et de nutrition. Bien que de précédentes études aient traité des effets de l'aide alimentaire sur les personnes sous TARV, cette étude apporte de nouveaux éléments de preuve car c'est l'une des premières à s'intéresser à un programme de microfinance agricole potentiellement durable. De plus, en mesurant les résultats multiples entre les différents secteurs, cela permet une appréciation plus équilibrée des bénéfices des programmes en matière sociale, plutôt que de ne considérer que son apport sur le VIH.

6. Éliminer la stigmatisation et la discrimination

L'effet immédiat de la Loi interdisant le mariage homosexuel sur la stigmatisation, la discrimination et l'engagement en faveur des services de prévention et de traitement du VIH chez les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes au Nigeria: analyse des données prospectives de la cohorte de l'étude TRUST.

Schwartz SR, Nowak RG, Orazulike I, Keshinro B, Ake J, Kennedy S, Njoku O, Blattner WA, Charurat ME, Baral SD, TRUST Study Group. Lancet HIV. 1^{er} juil 2015;2(7):e299-e306.

Contexte: En janvier 2014, la Loi interdisant le mariage homosexuel a été votée au Nigeria, avec pour effet de pénaliser encore davantage les relations homosexuelles. Nous avons cherché à évaluer l'effet immédiat de cette loi d'interdiction sur la stigmatisation, la discrimination et l'engagement en faveur des services de prévention et de traitement du VIH chez les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HSH) au Nigeria.

Méthodes: L'étude de cohorte TRUST utilise un échantillonnage déterminé par les répondants pour évaluer la faisabilité et l'efficacité de l'engagement des HSH dans les services de prévention et de traitement du VIH sur un site clinique situé dans une organisation de type communautaire à laquelle fait confiance la communauté des HSH. **TRUST est une étude de cohorte prospective sur les HSH (≥16 ans) à Abuja, au Nigeria.** Nous avons comparé les résultats cliniques et la stigmatisation liés au VIH, notamment la crainte et l'évitement des soins de santé, à partir des visites initiales et trimestrielles, avant et après l'application de la Loi interdisant le mariage homosexuel. Les résultats évalués étaient les mesures de la stigmatisation et de la discrimination, de la perte de vue, du statut de patient sous traitement antirétroviral et de la charge virale. Nous avons comparé les données avant et après l'entrée en vigueur de la législation à l'aide de statistiques en χ^2 , et nous avons estimé les événements stigmatisants incidents et la perte de vue à l'aide d'un modèle de régression de Poisson.

Résultats: Entre le 19 mars 2013 et le 7 août 2014, 707 HSH ont participé à des procédures d'études de référence, ce qui représente 756 visites avant l'application de la législation (avant la loi) et 420 après l'application de la législation (après la loi). **Les craintes exprimées à l'idée de demander des soins de santé étaient significativement plus élevées lors des visites après la loi que des visites avant la loi (n=161 [38%] contre n=187 [25%]; p<0,0001), de même que l'évitement des soins de santé (n=118 [28%] contre n=151 [20%]; p=0,001).** Dans les analyses d'incidence, sur 192 HSH possédant des données de suivi et aucun événement à signaler au départ, **la crainte exprimée à l'idée de demander des soins de santé était plus élevée dans la période après la loi qu'avant la loi (n=144; taux d'incidence 2,57; IC 95% 1,29-5,10; p=0,007); la perte de vue et l'évitement des soins de santé incident étaient similaires entre les deux périodes.** Sur les 161 (89%) des 181 HSH infectés par le VIH pour lesquels la charge virale du VIH était connue, ceux ayant parlé de leur comportement sexuel avec un professionnel de santé présentaient plus souvent une suppression virale au stade initial que ceux n'en ayant jamais parlé auparavant (18 [29%] sur 62 contre 13 [13%] sur 99 hommes; p=0,013).

Interprétation: Ces analyses représentent des données prospectives quantitatives en temps réel à l'échelle individuelle sur les effets en matière de santé résultant de la promulgation de la législation qui va encore plus loin dans la pénalisation des pratiques homosexuelles. **Les effets négatifs du traitement et des soins du VIH chez les HSH renforcent les conséquences imprévues de cette législation sur les objectifs mondiaux d'éradication du VIH.** Il faut identifier des stratégies de sensibilisation des HSH moins susceptibles de se soumettre à un dépistage et à

des soins du VIH dans des environnements fortement stigmatisés afin de réduire les délais de diagnostic et de traitement du VIH.

[Accès au résumé](#)

Note de la rédaction: *Malgré l'adoption récente de lois progressistes sur les relations et le mariage homosexuels dans plusieurs milieux, d'autres pays - parmi lesquels le Nigeria - ont décidé de pénaliser les pratiques homosexuelles. Au-delà des préoccupations en matière de droits de l'homme, le risque est que les politiques qui pénalisent les pratiques homosexuelles ou les groupes communautaires qui répondent aux besoins de santé de ces populations imposent des restrictions à la couverture des programmes de prévention, de traitement et de soins du VIH. Malgré cela, les preuves quantitatives de l'impact de ces politiques sont extrêmement limitées. Au Nigeria, le texte de Loi interdisant le mariage homosexuel a été adopté en 2011, et la Loi a été promulguée en 2014. Avant cette législation, les relations sexuelles consenties entre deux hommes étaient déjà interdites. La nouvelle loi a pénalisé encore davantage les pratiques homosexuelles, et interdit la participation à des organisations et à la prestation de services. Cette étude a analysé les données d'une étude de cohorte prospective en cours portant sur des hommes gays et des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes à Abuja, qui avait commencé avant l'entrée en vigueur de la loi et qui s'est poursuivie après. L'étude a évalué le degré de l'impact de cette législation sur l'utilisation par les hommes gays et les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes des services de santé et leur crainte. L'étude illustre, peut-être sans surprise, que la loi a eu un impact négatif sur les hommes gays et les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes - en augmentant sensiblement leur crainte et leur évitement des services de santé, et en augmentant le degré de harcèlement et de chantage subi. Avant la nouvelle législation, les niveaux étaient déjà élevés. Quant à la nouvelle loi, elle semble exacerber les barrières et la stigmatisation existantes. Les résultats sont importants car ils montrent combien une législation régressive peut accroître la stigmatisation de groupes déjà marginalisés et porter préjudice aux hommes gays et aux hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes dans leur accès aux services associés de santé. Un cadre politique favorable, associé à des programmes de lutte contre le VIH destinés aux populations marginalisées, sont des mesures essentielles à une réponse efficace au VIH.*

7. Renforcer l'intégration de la riposte au VIH

Aller au-delà de l'approche verticale: s'appuyer sur un programme national d'amélioration de la qualité de la riposte au VIH pour traiter d'autres priorités de santé en Haïti.

Joseph JP, Jerome G, Lambert W, Almazor P, Cupidon CE, Hirschhorn LR. AIDS. Juil 2015;29 Suppl 2:S165-73. doi: 10.1097/QAD.0000000000000715.

Bien que le rôle clé de la qualité soit largement reconnu pour atteindre les objectifs de santé de la population cible, les moyens à mettre en œuvre pour étendre les capacités de mesure et d'amélioration de la qualité des programmes n'ont pas été étudiés à une échelle suffisante. **Nous décrivons le recours réussi à l'expertise et au cadre d'un programme national d'amélioration de la qualité de la riposte au VIH pour étendre les capacités et améliorer la qualité à travers un réseau de centres de soins du VIH et d'autres secteurs cibles de prestations de soins dans les régions rurales d'Haïti.** L'initiative de ce travail revient à Zamni LaSante, une ONG haïtienne, et à son organisation sœur, Partners in Health, qui travaillent en partenariat avec le ministère de la santé haïtien dans les régions du Plateau Central et du Bas-Artibonite dans 12 infrastructures publiques. Les données ont inclus des évaluations organisationnelles collectées régulièrement sur la capacité

d'amélioration de la qualité des installations, des mesures de performance de la riposte nationale au VIH et les registres du programme de Zamni LaSante. **Nous avons observé que les capacités d'amélioration de la qualité des installations augmentaient lorsque le VIH s'étendait aux autres secteurs des soins aux patients hospitalisés et ambulatoires, y compris la tuberculose (TB), la santé maternelle et les services d'hospitalisation dans l'ensemble des 12 installations de soins de santé supportées. Une augmentation significative de la qualité des soins du VIH a également été observée dans la plupart des secteurs, y compris la surveillance des CD4, le dépistage de la TB, le traitement du VIH (pour tous $P < 0,01$) et l'évaluation nutritionnelle et la prévention de la transmission mère-enfant ($P < 0,05$ pour les deux), avec une augmentation des performances moyennes des installations de 39 à 72% ($P < 0,01$). En conclusion, le recours à une approche diagonale pour exploiter un programme vertical national afin d'élargir les bénéfices obtenus a contribué à accélérer l'évolution de la culture professionnelle et à augmenter la capacité à diffuser des activités d'amélioration de la qualité à différentes installations et domaines des prestations de soins de santé.** Ceci a permis une amélioration dans les soins du VIH et au-delà, en contribuant à l'objectif de qualité des soins pour tous.

[Accès au résumé](#)

***Note de la rédaction:** Compte tenu de l'évolution actuelle du paysage des fonds du VIH, on observe un intérêt croissant pour les programmes spécifiques à des maladies qui se basent sur une "approche diagonale" pour atteindre un plus vaste objectif relatif aux systèmes de santé. Cet article décrit un bon exemple d'utilisation d'un cadre d'amélioration de la qualité spécifique au VIH permettant d'obtenir des bénéfices multiples. Les auteurs décrivent un programme d'amélioration de la qualité qui a été mis en œuvre dans 12 infrastructures de soins en Haïti. Bien que le programme ait été spécifique au VIH au départ, il a été élargi à d'autres thématiques médicales, comme la planification familiale, le dépistage de la TB et la prise en charge de l'insuffisance cardiaque. L'élargissement à d'autres maladies a été facilité par le zoom du programme sur le renforcement des capacités, dans le but de renforcer le leadership et les responsabilités dans l'ensemble des sites. Cet article est un bon exemple du potentiel de l'approche "diagonale" pour optimiser les bénéfices à l'échelle du système dans le cadre d'un programme vertical.*

Consommation d'alcool, violence conjugale et dépression: essai contrôlé par sondage aléatoire en grappes réalisé auprès de mères sud-africaines en milieu urbain sur 3 ans.

Rotheram-Borus MJ, Tomlinson M, Roux IL, Stein JA. Am J Prev Med. 28 juil 2015. pii: S0749-3797(15)00225-1. doi: 10.1016/j.amepre.2015.05.004. [Publication en ligne avant impression]

Introduction: **Chez les femmes sud-africaines enceintes ayant des antécédents de consommation d'alcool, de maltraitance conjugale, de dépression et vivant avec le VIH, le parcours post-accouchement sur 36 mois risque d'être significativement impacté par ces risques.**

Conception: **Toutes les femmes enceintes de 24 quartiers du Cap ont été recrutées dans un essai contrôlé aléatoire en grappes par quartier dans l'un des groupes suivants: (1) une situation de soins standard (n=12 quartiers, n=594 mères); ou (2) une situation d'intervention avec visites à domicile (n=12 quartiers, n=644 mères).**

Milieu/participantes: Femmes enceintes résidant dans des quartiers urbains à faibles revenus du Cap, en Afrique du Sud.

Intervention: **Les visites à domicile incluait des visites prénatales et postnatales assurées par des travailleurs de santé communautaires** (Mères mentors) et axées sur la santé maternelle et infantile en général, sur le VIH/tuberculose, la consommation d'alcool et la nutrition.

Principales mesures des résultats: L'évaluation des mères avait lieu durant la grossesse ainsi qu'au 18^{ème} et au 36^{ème} mois après la naissance. 80,6% des mères ont effectué toutes les évaluations entre 2009 et 2014 et étaient incluses dans ces analyses réalisées en 2014. Un modèle d'équations structurelles longitudinales a examiné la consommation d'alcool, la violence conjugale et la dépression au début de l'étude et des entretiens réalisés à 18 mois comme prédicteurs de la santé maternelle à 36 mois après la naissance.

Résultats: **Concernant les soins standard, les mères du groupe intervention étaient significativement moins susceptibles de déclarer des symptômes dépressifs et déclaraient une qualité de vie plus positive à 36 mois.** La consommation d'alcool était significativement liée à la consommation au fil du temps mais était également liée à la dépression et au statut VIH à chaque évaluation et à la violence conjugale à 36 mois.

Conclusions: Alcool, violence conjugale et dépression sont significativement liés au fil du temps. **Une intervention avec visites à domicile a amélioré la santé émotionnelle des mères à faibles revenus même lorsque la dépression n'était pas la cible initiale.**

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

***Note de la rédaction:** Cette étude évalue le recours à des travailleurs de santé communautaires (TSC) pour mettre en œuvre un programme d'amélioration du bien-être maternel auprès de mères à faibles revenus au Cap, en Afrique du Sud, de la grossesse jusqu'à 36 mois après la naissance. C'est un milieu dans lequel la prévalence du VIH est élevée (environ 30% des femmes enceintes sont séropositives dans la partie ouest du Cap) et le programme a suivi un modèle de changement de comportement axé sur l'alcool et le VIH (mais pas sur la violence exercée par le partenaire intime [VPI] ni sur la dépression). Le programme a été associé à une amélioration de la santé émotionnelle maternelle à 36 mois. Cependant, il y a eu relativement peu de changements en matière de consommation d'alcool ou de VPI. Globalement, l'étude souligne les interrelations entre la consommation d'alcool, la violence exercée par le partenaire intime, le VIH et la dépression. En outre, elle suggère que les futurs programmes devraient former les TSC à élargir leurs activités à la dépression et aux VPI, ainsi qu'au VIH et à l'alcool.*