

# UNAIDS Science now

---

HIV this month. Numéro 12. Décembre 2015

Bienvenue sur **HIV this month**! Les thèmes suivants seront abordés dans ce numéro:

## 1. Réduire la transmission par voie sexuelle

- Mise en balance des risques et des bénéfices de la participation à un essai: comprendre la non-adhérence dans un essai sur la PrEP
- Le préservatif est très efficace en prévention de l'acquisition du HSV-2, notamment chez les femmes
- Les bénéfices de la prévention ciblée auprès des bénéficiaires des services de dépistage du VIH au Brésil
- On n'est pas un homme tant qu'on n'est pas père. Le désir de paternité des jeunes hommes et le risque associé au VIH

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

- Les tests du VIH pratiqués lors de baby showers à l'église multiplient par 11 les chances de dépistage chez les femmes enceintes
- La contraception pour les femmes sous TARV - trouver le bon compromis

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

- Les enfants exposés à la névirapine peuvent-ils passer à un traitement par éfavirenz ?
- La généralisation du TARV est plus bénéfique aux femmes qu'aux hommes en Afrique du Sud car de nombreux hommes négligent les soins
- Vivre sur les routes avec le VIH: les travailleurs migrants dans le nord de l'Inde

## 4. Éviter les décès liés à la tuberculose

- Le TARV pour les personnes vivant avec la TB et le VIH: décalage entre les grands principes et leur application concrète
- Le dépistage et le traitement de l'antigène cryptococcique peuvent-ils améliorer les résultats ?

## 5. Parer à l'insuffisance des ressources

- Étendre l'accès au TARV: augmentation des coûts

- Redonner de l'espoir et encourager l'épargne et les attitudes de prévention du VIH dans la population adolescente vulnérable

## 6. Éliminer les inégalités entre les sexes

- Violence des clients à l'encontre des travailleuses du sexe au Mexique
- Justification de l'utilisation de la PrEP comme protection contre le viol

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

- Les enfants reconnaissent-ils les symptômes associés au VIH chez les personnes qui en ont la charge ? Examen d'un outil d'évaluation verbale pour les enfants en Afrique du Sud.
- Les vulnérabilités des enfants vivant avec des adultes séropositifs

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](#). Faites-nous savoir ce qui vous intéresse et ce que vous pensez de **HIV this month** en nous envoyant un courriel [ici](#). Si vous avez un article à nous conseiller pour le prochain numéro, contactez-nous. N'oubliez pas que vous trouverez une multitude d'informations sur l'épidémie de VIH et les réponses apportées sur [www.unaids.org](http://www.unaids.org).

Peter Godfrey-Faussett et Celeste Sandoval  
ONUSIDA

---

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

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

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

## 1. Réduire la transmission par voie sexuelle

### Les explications des participantes à la non-adhérence dans l'étude clinique FEM-PrEP.

Corneli A, Perry B, McKenna K, Agot K, Ahmed K, Taylor J, Malamatsho F, Odhiambo J, Skhosana J, Van Damme L. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 3 nov 2015. [Publication en ligne avant impression]

Contexte: **FEM-PrEP - essai clinique portant sur l'administration quotidienne par voie orale de l'association emtricitabine/fumarate de ténofovir disoproxil pour la prévention du VIH chez des femmes d'Afrique subsaharienne - n'a pas démontré de baisse de l'acquisition du VIH en raison d'une faible adhérence aux comprimés de l'étude. Nous avons réalisé une étude de suivi pour identifier les motifs de non-adhérence.**

Méthodes: **Des entretiens qualitatifs semi-directifs (n=88) et des auto-entretiens audio quantitatifs assistés par ordinateur (audio-CASI) (n=224) ont été effectués avec d'anciennes participantes de l'étude FEM-PrEP à Bondo, au Kenya, et à Pretoria, en Afrique du Sud.** Une analyse thématique a été utilisée pour analyser les données qualitatives et des statistiques descriptives ont été utilisées pour décrire les réponses à l'audio-CASI. Les données sont présentées dans les cinq catégories du cadre conceptuel d'Ickovics et de Meisler sur l'adhérence: 1) l'individu, 2) les caractéristiques de l'essai et le traitement par comprimés de l'étude, 3) la relation patient-prestataire, 4) le cadre clinique et 5) la maladie.

Résultats: Les explications des participantes à la non-adhérence étaient essentiellement situées dans trois des cinq catégories du cadre: 1) l'individu, 2) les caractéristiques de l'essai et le traitement par comprimés de l'étude et 3) la maladie. **Les préoccupations quant à la nature expérimentale du médicament testé et aux effets secondaires étaient les principaux motifs de non-adhérence invoqués. Les participantes ont aussi expliqué être dissuadées de prendre le comprimé de l'étude par des membres de la communauté, leurs partenaires sexuels et d'autres participantes, essentiellement à cause de ces mêmes préoccupations.** L'acceptabilité limitée des caractéristiques du comprimé a eu un impact sur la non-adhérence chez certaines participantes, de même que les préoccupations sur la stigmatisation liée au VIH. De plus, **de nombreuses participantes ont indiqué que d'autres continuaient l'étude FEM-PrEP sans prendre le comprimé de l'étude en raison des avantages annexes de l'essai et du remboursement des visites** - des facteurs liés au cadre clinique. Les mauvaises relations patient-prestataire ont été rarement rapportées comme facteur influant sur la non-adhérence.

Conclusion: **Malgré l'engagement substantiel du personnel de l'étude auprès des participantes et des communautés, les préoccupations sur le comprimé de l'étude et la dissuasion exercée par des tiers sont apparues comme un facteur considérable de non-adhérence.** Des conceptions d'études ou des procédures alternatives et des modèles d'amélioration de l'engagement de la communauté seront peut-être nécessaires dans les études futures.

[Accès à l'abrégé](#)

**Note de la rédaction:** *Les auteurs de cet important article sur un essai relatif à la PrEP concluent par une invitation à la prudence. Ils soulignent qu'il faut interpréter les résultats sans perdre de vue le fait que les femmes de cette étude prenaient un "produit expérimental". Elles ne prenaient pas un produit à l'efficacité prouvée. Par conséquent, comme le soulignent les auteurs, il serait erroné de prétendre que "les femmes africaines ne peuvent faire et ne feront jamais preuve d'adhérence à une PrEP dispensée en dehors du cadre d'un essai clinique". Elles auraient peut-être agi différemment si on leur avait dit que le produit était efficace. C'est important car un message clé de l'article est que les*

participantes à l'essai ont pris en charge leur participation de façon à se sentir à l'aise dans l'essai. Plusieurs d'entre elles voulaient s'assurer que leur participation leur procurait des avantages, et notamment des soins de santé de qualité, mais elles voulaient aussi gérer le risque: le risque associé aux craintes sur le médicament de l'essai et le risque de désapprobation de leurs partenaires sexuels concernant leur participation. Ces résultats montrent également très clairement que les participantes savaient se conformer aux attentes des membres de l'équipe chargée de l'essai, en leur disant ce qu'ils voulaient entendre pendant l'essai. Ceci démontre la valeur limitée des "questionnaires d'adhérence" dans certains contextes. Les auteurs illustrent de manière très éclairante la valeur des méthodes mixtes dans les essais de ce type. D'après les données sur la concentration des médicaments, les chercheurs ont constaté qu'un grand nombre de femmes ne prenaient pas leur médicament régulièrement. Des entretiens qualitatifs semi-directifs utilisant ces données sur la concentration du médicament auprès de chaque femme ont permis à l'équipe d'en comprendre les raisons. Les auteurs évoquent également l'influence des membres de la communauté et de la famille contribuant à saper la confiance des participantes dans l'essai. Ils expliquent les efforts déployés par l'équipe de l'essai pour informer les membres de la communauté sur l'essai. Un temps considérable a été consacré à l'échange d'informations. Des doutes ont persisté, des préoccupations suffisantes pour décourager la participation. Cela constitue également un constat important qui met en lumière l'intérêt de miser sur l'engagement de la communauté dans la recherche. Mais cela souligne également la nécessité de trouver des solutions pour améliorer non seulement l'engagement mais aussi la compréhension et la confiance.

### **Efficacité de l'utilisation du préservatif sur le risque de transmission du HSV-2 par rapport sexuel chez les couples sérodiscordants VIH-1/HSV-2.**

Magaret AS, Mujugira A, Hughes JP, Lingappa J, Bukusi EA, DeBruyn G, Delany-Moretlwe S, Fife KH, Gray GE, Kapiga S, Karita E, Mugo NR, Rees H, Ronald A, Vwalika B, Were E, Celum C, Wald A, Partners in Prevention HSVHIVTST. *Clin Infect Dis.* 17 nov 2015. pii: civ908. [Publication en ligne avant impression]

Contexte: L'efficacité du préservatif pour la protection contre la transmission du virus Herpès Simplex de type 2 (HSV-2) a été étudiée dans diverses populations avec différents moyens de mesure des effets. L'efficacité a souvent été évaluée comme une évolution du risque de transmission selon que l'utilisation est régulière ou irrégulière, indépendamment du nombre de rapports.

**L'efficacité du préservatif n'a jusqu'à présent pas été mesurée sur la base de chaque rapport.**

Méthodes: Nous avons examiné les **taux de transmission du HSV-2 par rapport avec et sans utilisation du préservatif** auprès de **911 couples sérodiscordants HSV-2** et virus de l'immunodéficience humaine de type 1 (VIH-1) suivis pendant 18 mois en moyenne dans une étude de prévention du VIH. Des modèles d'infectivité ont été utilisés pour associer la probabilité log<sub>10</sub> de la transmission du HSV-2 sur des périodes de risque mensuelles avec le nombre déclaré de rapports sexuels protégés et non protégés. **L'efficacité du préservatif a été calculée comme la réduction proportionnelle du risque de transmission selon que les rapports sexuels sont protégés ou non protégés.**

Résultats: Une transmission du HSV-2 a été constatée dans 68 couples, dont 17 comportant une femme vulnérable et 51 un homme vulnérable. **Le taux de transmission le plus élevé était celui de l'homme à la femme: 28,5 transmissions pour 1000 rapports non protégés.** Nous avons découvert que les **préservatifs apportaient une protection différentielle** contre la transmission du HSV-2 **par voie sexuelle**; l'utilisation du préservatif **réduisait le risque de transmission par**

**rapport sexuel de l'homme à la femme de 96%** ( $P < 0,001$ ) et marginalement **de la femme à l'homme de 65%** ( $P = 0,060$ ).

Conclusions: **Le préservatif est recommandé comme méthode de prévention efficace de la transmission hétérosexuelle du HSV-2.**

Accès à l'abrégé

**Note de la rédaction:** *La prévalence du virus HSV-2 est extrêmement forte en Afrique subsaharienne et c'est un important cofacteur de transmission du VIH. Bien que l'utilisation du préservatif soit recommandée pour prévenir l'infection par le HSV-2, aucune étude n'a encore évalué son efficacité par rapport sexuel. Cette étude réalisée auprès des couples sérodiscordants VIH/HSV-2 participant à un essai de prévention du VIH a porté sur le risque de transmission du HSV-2 pour chaque rapport sexuel avec et sans préservatif masculin. Lors du recrutement, les partenaires de référence vivaient avec à la fois une infection par le VIH et par le HSV-2, tandis que les partenaires vulnérables étaient séronégatifs pour les deux infections.*

*Les auteurs ont observé que le préservatif apportait une plus grande protection contre l'acquisition du HSV-2 aux femmes qu'aux hommes, réduisant le risque de transmission de 96% de l'homme à la femme et de 65% de la femme à l'homme. Cependant, le risque global d'infection par le HSV-2 était beaucoup plus élevé chez les femmes - pour chaque rapport sexuel sans préservatif, les femmes étaient près de 20 fois plus exposées que les hommes au risque d'infection. En conséquence, même en utilisant un préservatif, les femmes vulnérables étaient exposées à un risque d'infection seulement légèrement plus faible que les hommes ayant des rapports sans préservatif. Il est intéressant de noter que le traitement supprimeur du HSV-2 à l'acyclovir n'a eu aucun effet sur la transmission du HSV-2, hommes et femmes confondus. Bien que les auteurs n'aient pas été en mesure de confirmer que les transmissions du HSV-2 soient intervenues au sein du partenariat (ex. par séquençage de l'ADN HSV-2), une analyse restreinte aux couples n'ayant jamais déclaré de rapports sexuels en dehors du partenariat a montré des résultats très similaires.*

*La différence entre hommes et femmes en matière de protection apportée par le préservatif peut s'expliquer par le fait que, chez l'homme, l'excrétion virale du HSV-2 est principalement localisée sur le corps du pénis tandis que chez la femme le virus est excrété dans la zone du périnée et aux alentours, d'où la moindre efficacité du préservatif contre la transmission femme-homme. Ces résultats indiquent que, chez les personnes à la fois positives au VIH et au HSV-2, le préservatif masculin est extrêmement efficace pour prévenir la transmission du HSV-2 de l'homme à la femme et procure également une certaine protection contre la transmission de la femme à l'homme. Bien que le préservatif ne puisse pas apporter le même degré de protection dans les populations séronégatives au VIH, sa promotion demeure une importante activité de santé publique pour prévenir l'infection par HSV-2.*

**Identification efficace des couples sérodiscordants pour le VIH par les programmes existants de dépistage du VIH dans le sud du Brésil.**

*Pilcher CD, Bisol CA, Paganella MP, Vallabhaneni S, da Motta LR, Kato SK, Sperhake RD, Kallas EG, Hecht FM, Diaz RS. PLoS One. 2015; 10(11): e0142638. Publié en ligne le 12 nov.*

Objectif: Examiner la **faisabilité de l'identification des personnes à risque séronégatives au VIH dans les couples sérodiscordants pour le VIH**, à l'occasion de tests de dépistage volontaire du VIH dans le sud du Brésil.

Méthodes: Notre enquête a porté sur des personnes passant un test de dépistage du VIH dans 4 sites de dépistage public à Rio Grande do Sul. Nous avons obtenu des informations sur les comportements à risque et les partenariats sexuels. Des tests de dépistage du VIH et d'infections récentes ont été effectués; **la prévalence du VIH et les comportements à risque ont été évalués chez les sujets déclarant avoir un partenaire stable séropositif au VIH (groupe sérodiscordant) et comparés à l'ensemble de la population testée.**

Résultats: **Sur 3100 patients, 490 (15,8%) ont déclaré entretenir une relation stable avec un partenaire séropositif au VIH. De nouvelles infections par le VIH ont été diagnostiquées dans 23% des cas dans le groupe sérodiscordant (contre 13% dans la population générale,  $p = 0,01$ ); parmi les sujets récemment dépistés positifs, les infections par le VIH récentes étaient plus fréquentes (23/86, 26,7%) chez les personnes testées ayant un partenaire séropositif que dans l'ensemble du groupe testé (52/334; 15,6%;  $p = 0,016$ ).** Moins de la moitié des personnes testées sérodiscordantes ont déclaré avoir utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel avec leur partenaire séropositif. La probabilité de test positif au VIH était quatre fois plus élevée chez les participants utilisant le préservatif de façon irrégulière avec un partenaire stable que chez ceux déclarant toujours utiliser un préservatif avec leur partenaire stable (OR: 4,2; IC 95%: 2,3 à 7,5).

Conclusion: **Il est tout à fait possible d'identifier un grand nombre de personnes exposées au VIH qui font partie de couples sérodiscordants VIH sur les sites de dépistage du Sud du Brésil.** L'utilisation du préservatif au sein des couples sérodiscordants pour le VIH est faible dans ce milieu, ce qui suggère un besoin urgent de stratégies de prévention biomédicales pour réduire la transmission du VIH.

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

***Note de la rédaction:** Cette étude menée au Brésil démontre qu'en demandant aux personnes se rendant à des services de dépistage du VIH si elles ont un partenaire stable qui vit avec le VIH on peut identifier un grand nombre de populations clés qui devraient constituer un public cible important pour les services de prévention du VIH. Dans cette étude, une proportion considérable de sujets testés (15%) ont déclaré être en couple sérodiscordant avec une personne vivant avec le VIH. Cela offre une possibilité intéressante de relier ces populations clés à des services de prévention éprouvés, dont la circoncision masculine médicale et la prophylaxie pré-exposition. Des éléments manifestes ont également montré que ces personnes étaient à haut risque de VIH, par exemple elles étaient près de deux fois plus exposées au risque d'infection aiguë par le VIH que les testeurs ayant des partenaires issus de la "population générale". Cela suggère que les personnes en couple sérodiscordant se sont adressées aux services de dépistage du VIH quand elles ont pensé avoir été exposées à un événement sexuel à haut risque. L'article ne fait pas état du statut thérapeutique des partenaires vivant avec le VIH et on ne sait pas clairement si la question a été posée aux participants. Les auteurs concluent qu'il est possible d'identifier des personnes vulnérables au VIH sur les sites de dépistage. Il est également important de rappeler que cela ne vise pas simplement les personnes ayant un partenaire vivant avec le VIH mais aussi toutes les personnes testées séropositives. Les personnes de ce dernier groupe sont aussi une population clé en matière de prévention car elles risquent de transmettre le VIH à l'intérieur de leur relation stable qui était jusqu'alors séronégative concordante.*

**Paternité, mariage et risque de VIH chez les hommes jeunes dans les zones rurales d'Ouganda.**

Mathur, S, Higgins, J. A, Thummalachetty N, Rasmussen, M, Kelley, L, Nakyanjo, N, Nalugoda, F, Santelli, J. S, *Cult Health Sex* 5 nov 2015:1-15 (Publication en ligne avant impression)

Comparativement au très grand nombre de travaux consacrés à l'impact du genre sur la vulnérabilité des jeunes femmes au VIH, **on sait peu de choses sur l'incidence des pratiques et idéaux masculins concernant le mariage et la fertilité sur le risque de VIH chez les jeunes hommes.** Basée sur les données de récits de vie portant sur 30 jeunes hommes séropositifs et séronégatifs au VIH de 15 à 24 ans, cette **analyse dresse un tableau approfondi du passage de l'adolescence à l'âge adulte chez les jeunes hommes, le désir de paternité et l'expérience des partenariats sexuels dans les zones rurales d'Ouganda.** Les jeunes hommes ont régulièrement exprimé le **désir de paternité comme la pierre angulaire de la virilité et du passage à l'âge adulte.** Dans l'idéal, les jeunes hommes voulaient des enfants dans le cadre d'une union socialement reconnue. Pourtant, la plupart des jeunes hommes n'ont pas pu concrétiser leurs projets maritaux. **Les aspirations sexospécifiques à jouer un rôle économique, associées aux contraintes structurelles, telles que l'accès limité aux possibilités d'éducation et de revenus, ont conduit certains jeunes hommes à s'engager dans divers comportements à risque de VIH.** Les partenariats multiples et l'utilisation limitée du préservatif traduisaient parfois la tentative de certains jeunes hommes d'atteindre une partie de leurs aspirations liées à la paternité et au mariage. Nos **résultats suggèrent que les jeunes hommes possèdent des aspirations relationnelles et parentales qui, dans un environnement économiquement défavorisé, peuvent influencer sur le risque lié au VIH.**

[Accès à l'abrégé](#)

**Note de la rédaction:** *Les risques de VIH sexospécifiques sont influencés par les facteurs biologiques, sociaux et structurels. Comparativement aux facteurs qui influent sur le risque de VIH chez les femmes, on sait relativement peu de choses sur la façon dont la perception de la virilité influe sur le risque de VIH chez l'homme, notamment en ce qui concerne le désir de mariage et d'enfants biologiques chez les jeunes hommes. Dans ce contexte, la réalisation des idéaux de fertilité, la démonstration de virilité des hommes dans des contextes structurels d'évolution sociale et d'instabilité économique, peuvent être associées à certains comportements à risque, y compris les partenariats multiples et l'utilisation irrégulière du préservatif.*

*Cette étude s'est basée sur les données d'entretiens approfondis de type récit de vie avec 30 jeunes hommes séropositifs et séronégatifs au VIH de 15 à 24 ans dans le sud de l'Ouganda. Les jeunes hommes ayant acquis le VIH avec confirmation biomédicale dans le courant de l'année allant de juin 2010 à juin 2011 et leurs homologues séronégatifs ont été regroupés par paires selon le genre, le statut marital, l'âge et le village de résidence. L'échantillon incluait des hommes mariés (n=10), jamais mariés (n=16) et mariés puis séparés (n=4). Les répondants ont participé à deux entretiens espacés d'environ deux à trois semaines. Les entretiens ont été enregistrés au format audio.*

*Trois grands thèmes se sont dégagés des entretiens. Premièrement, les répondants ont cité la paternité et le mariage officiel comme des étapes clés du passage à l'âge adulte pour les jeunes hommes et un aspect crucial de l'idéal masculin dans les régions rurales d'Ouganda. Deuxièmement, du fait d'une offre éducative tronquée et de possibilités économiques limitées, les jeunes hommes ont eu des difficultés à concrétiser un mariage officiel et leur désir de paternité. Troisièmement, les jeunes hommes ayant rencontré des obstacles en tentant d'atteindre ces idéaux masculins se sont souvent engagés dans des stratégies alternatives, comme les rapports sexuels sans préservatif ou les partenaires multiples, pour assouvir leur désir de mariage et d'enfants. Mais ces stratégies ont fini par accroître la vulnérabilité des jeunes hommes à l'infection par le VIH. Indépendamment de leur*

*statut VIH, les jeunes hommes ont constamment exprimé leur désir de mariage et d'enfants, décrit des difficultés économiques similaires et poursuivi des stratégies alternatives pour réaliser leurs idéaux masculins. Les résultats de cette étude illustrent combien la confluence des masculinités idéalisées par les hommes et des inégalités structurelles peut jouer un rôle clé dans la vulnérabilité des jeunes hommes au VIH.*

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

**Effet d'une intervention menée au niveau d'une congrégation sur le recours au dépistage du VIH et le lien avec les soins chez des femmes enceintes au Nigeria (baby shower): essai par sondage aléatoire en grappes.**

*Ezeanolue EE, Obiefune MC, Ezeanolue CO, Ehiri JE, Osuji A, Ogidi AG, Hunt AT, Patel D, Yang W, Pharr J, Ogedegbe G. Lancet Glob Health. 3 nov 2015;3(11):e692-700. doi: 10.1016/S2214-109X(15)00195-3.*

Contexte: Il existe peu d'interventions efficaces à l'échelle communautaire pour développer le dépistage du VIH et le recours au traitement antirétroviral (TARV) chez les femmes enceintes dans les milieux aux ressources limitées et difficiles à atteindre. **Nous avons évalué si la mise à disposition d'une intervention passant par les églises**, la « Healthy Beginning Initiative », **améliorerait le recours au dépistage du VIH chez les femmes enceintes** en comparaison avec les formes standard d'orientation vers des établissements de santé.

Méthodes: Dans cet essai par sondage aléatoire en grappes, **nous avons inclus des femmes auto-identifiées enceintes** de 18 ans et plus **fréquentant des églises du sud-est du Nigeria**. **Nous avons affecté de manière aléatoire les églises (grappes) dans les groupes intervention ou témoin**, stratifiées selon le nombre annuel moyen de baptêmes de nourrissons (<80 contre ≥80). **L'intervention « Healthy Beginning Initiative » incluait une éducation à la santé et des tests de laboratoire sur site organisés lors de fêtes du type « baby shower » dans les églises du groupe intervention, tandis que les participantes des églises du groupe témoin étaient référées vers des établissements de santé de référence.** Les participantes et les investigateurs savaient à quel groupe l'église était affectée. **Le critère principal était le dépistage du VIH confirmé.** Cet essai est enregistré sur ClinicalTrials.gov, sous le numéro NCT 01795261.

Résultats: Entre le 20 jan 2013 et le 31 août 2014, **nous avons recruté 3002 participantes dans 40 églises (20 par groupe)**. 1309 (79%) sur 1647 femmes ont bénéficié de soins anténataux dans le groupe de l'intervention contre 1080 (80%) sur 1355 dans le groupe témoin. **1514 femmes (92%) dans le groupe de l'intervention ont passé un test du VIH contre 740 (55%) dans le groupe témoin (rapport de côtes ajusté 11,2, IC 95% 8,77-14,25; p<0,0001).**

Interprétation: **Des programmes communautaires culturellement adaptés tels que la « Healthy Beginning Initiative » peuvent être efficaces pour améliorer le dépistage du VIH chez les femmes enceintes dans des milieux aux ressources limitées.**

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

**Note de la rédaction:** *Le dépistage du VIH est un point d'accès essentiel à la prévention de la transmission de la mère à l'enfant. Le dépistage du VIH décentralisé au niveau communautaire, en dehors des établissements de santé, peut améliorer le recours au dépistage chez les femmes enceintes mais cela ne se traduit pas toujours par un bon lien avec les soins.*



*Au Nigeria, les organisations confessionnelles disposent d'un puissant réseau social et d'une présence plus large que les établissements de santé. Cet essai a coordonné des églises du sud-est du Nigeria, majoritairement chrétien, pour identifier les femmes enceintes à un stade précoce et organiser une fête de type « baby shower » là où des tests de laboratoire sur site étaient proposés. Pour éviter la stigmatisation, le programme proposait de dépister cinq autres maladies en plus du VIH. Les femmes dont le test du VIH était positif étaient mises en relation avec les soins et suivies lors d'une réception organisée à l'église après la naissance du bébé. Les femmes du bras du programme étaient moins réticentes à passer un test du VIH et, en cas de résultat positif, avaient plus de chances d'accéder aux soins avant l'accouchement et de démarrer un TARV pendant la grossesse.*

*Les résultats illustrent les bénéfices d'une collaboration avec les organisations confessionnelles pour atteindre des communautés mal desservies par les établissements de santé. Le fait que les partenaires masculins aient joué un rôle dans la « baby shower » a pu augmenter l'adhésion car les femmes enceintes sont moins réticentes à accepter le test du VIH lorsque les partenaires masculins sont également impliqués. L'essentiel des coûts supportés était constitué des « Mama Packs » (coffret cadeau comprenant le nécessaire pour accoucher en toute sécurité et présenté lors de la « baby shower ») et de tests de laboratoire intégrés. L'activité a connu un tel succès que les communautés l'ont poursuivie après la fin de l'essai. Le programme est désormais en cours d'adaptation pour les mosquées du nord du Nigeria et les temples hindous en Inde.*

### **Taux de grossesse chez les femmes séropositives au VIH qui utilisent un contraceptif et un traitement antirétroviral à base d'éfavirenz ou de névirapine au Kenya: étude de cohorte rétrospective.**

*Patel RC, Onono M, Gandhi M, Blat C, Hagey J, Shade SB, Vittinghoff E, Bukusi EA, Newmann SJ, Cohen CR. Lancet HIV. 2 nov 2015;2(11):e474-82. doi: 10.1016/S2352-3018(15)00184-8. Publication en ligne 22 oct 2015.*

Contexte: Des craintes ont été exprimées quant à l'impact négatif de l'éfavirenz sur l'efficacité des implants contraceptifs. **Nous avons cherché à établir si les taux de grossesse étaient différents entre les femmes séropositives utilisant diverses méthodes contraceptives et un traitement antirétroviral (TARV) à base soit d'éfavirenz soit de névirapine.**

Méthodes: Nous avons mené cette étude de cohorte rétrospective sur des femmes séropositives âgées de 15 à 45 ans enregistrées dans 19 établissements de soin du VIH soutenus par les « Services d'Education et la Prise en Charge du SIDA pour les Familles » au Kenya occidental entre le 1<sup>er</sup> jan 2011 et le 31 déc 2013. Notre principal critère était les grossesses incidentes diagnostiquées cliniquement. La principale exposition était la combinaison d'une méthode contraceptive et d'un traitement ARV à base d'éfavirenz ou de névirapine. **Nous avons utilisé des modèles de Poisson, avec ajustement compte tenu des mesures répétées, et des facteurs démographiques, comportementaux et cliniques, pour comparer les taux de grossesse parmi les femmes recevant différentes combinaisons contraceptif et TARV.**

Résultats: 24 560 femmes ont représenté 37 635 années de suivi avec 3337 grossesses incidentes. **Chez les femmes utilisant des implants, l'incidence des grossesses ajustée était de 1,1 pour 100 personnes-années (IC 95% 0,72-1,5) chez les utilisatrices d'un TARV à base de névirapine et de 3,3 pour 100 personnes-années (1,8-4,8) chez les utilisatrices d'un TARV à base d'éfavirenz (rapport des taux d'incidence ajusté [IRR] 3,0, IC 95% 1,3-4,6).** Chez les femmes utilisant de l'acétate de médroxyprogestérone retard, l'incidence des grossesses ajustée était de 4,5 pour 100 personnes-années (IC 95% 3,7-5,2) chez les utilisatrices d'un TARV à base de névirapine et

de 5,4 pour 100 personnes-années (4,0-6,8) chez les utilisatrices d'un TARV à base d'éfavirenz (IRR ajusté 1,2, IC 95% 0,91-1,5). **Les femmes utilisant d'autres méthodes contraceptives, hormis les dispositifs intra-utérins et les méthodes définitives, présentaient des taux de grossesse supérieurs de 3,1 à 4,1 par rapport aux femmes utilisant des implants**, et supérieurs de 1,6 à 2,8 chez les femmes utilisant un TARV à base d'éfavirenz.

Interprétation: **Bien que les femmes séropositives utilisant des implants et un TARV à base d'éfavirenz présentent un risque d'échec contraceptif trois fois plus élevé que celles utilisant un TARV à base de névirapine, ces femmes ont toutefois enregistré des taux d'échec contraceptif plus faibles que celles recevant toutes les autres méthodes contraceptives, à l'exception des dispositifs intra-utérins et des méthodes définitives.** Les recommandations relatives aux combinaisons contraceptif et TARV devraient trouver le bon compromis entre les taux d'échec de chaque combinaison méthode contraceptive et TARV et la grande efficacité des implants.

Accès à l'abrégé

***Note de la rédaction:** L'utilisation des contraceptifs par les femmes vivant avec le VIH qui souhaitent éviter une grossesse demeure un élément clé de la stratégie d'élimination des nouvelles infections par le VIH chez les enfants. Les implants à base de progestérone sont la méthode contraceptive réversible la plus efficace mais certains éléments de preuve laissent à penser que leur efficacité peut être réduite chez les femmes recevant de l'éfavirenz (EFV) comme traitement antirétroviral (TARV).*

*L'utilisation globale d'une contraception chez ces femmes en âge de procréer était faible - dans 70% des cas, les femmes n'utilisaient aucune contraception ou des méthodes moins efficaces (préservatif ou méthodes naturelles). Avec l'implant hormonal, les taux de grossesse étaient globalement faibles, à peu près équivalents à ceux observés chez les femmes porteuses d'un dispositif intra-utérin et nettement plus bas qu'avec les contraceptifs oraux et les contraceptifs injectables retard. Des éléments ont prouvé que le taux de grossesse chez les utilisatrices de l'implant était plus élevé chez les femmes sous TARV à base d'éfavirenz que chez celles sous TARV à base de névirapine. Cependant, le taux de grossesse est resté inférieur à celui constaté avec les contraceptifs injectables ou oraux.*

*Bien que cela confirme les éléments probants sur la réduction de l'efficacité de l'implant quand il est associé à un TARV à base d'EFV, on ne peut tout de même pas remettre en cause l'efficacité de cette méthode contraceptive. Il est peu probable que ces éléments influent sur les recommandations actuelles de l'OMS selon lesquelles toutes les formes de contraception doivent être mises à la disposition des femmes vivant avec le VIH. Le faible taux d'utilisation d'une contraception souligne la nécessité d'améliorer l'accès des femmes vivant avec le VIH à des services intégrés de qualité pour la santé sexuelle et de la reproduction. Les données de cette étude suggèrent que, pour les femmes souhaitant éviter une grossesse, le choix de la méthode de contraception est peut-être plus important que le choix du type de TARV.*

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

**Traitement antirétroviral à base d'éfavirenz chez des enfants infectés par le VIH et exposés à la névirapine en Afrique du Sud: essai clinique par sondage aléatoire.**

Coovadia A, Abrams EJ, Strehlau R, Shiao S, Pinillos F, Martens L, Patel F, Hunt G, Tsai WY, Kuhn L. *JAMA*. 3 nov 2015;314(17):1808-17. doi: 10.1001/jama.2015.13631.

Importance: **L'utilisation de l'éfavirenz** dans le cadre du traitement des enfants infectés par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) **a pour avantages une prise quotidienne unique, la simplification du traitement conjoint de la tuberculose, la préservation du lopinavir potentialisé par le ritonavir en traitement de deuxième intention et l'harmonisation des schémas thérapeutiques chez l'adulte et chez l'enfant.** Cependant, des doutes se sont exprimés sur une **possible réduction de l'efficacité antivirale de l'éfavirenz chez les enfants exposés à la névirapine en prévention de la transmission mère-enfant.**

Objectif: **Évaluer si les enfants exposés à la névirapine atteignant une suppression virale initiale avec un traitement par lopinavir potentialisé par le ritonavir peuvent passer à un traitement à base d'éfavirenz sans risque d'échec viral.**

Conception, milieu et participants: Essai **ouvert de non infériorité** par sondage aléatoire mené à l'hôpital « Rahima Moosa Mother and Child Hospital » de Johannesburg, Afrique du Sud, du mois de juin 2010 à décembre 2013, impliquant **300 enfants infectés par le VIH et exposés à la névirapine** pour la prévention de la transmission mère-enfant qui avaient **3 ans ou plus et un ARN VIH plasmatique inférieur à 50 copies/mL** durant un traitement à base de lopinavir potentialisé par le ritonavir; 298 ont été sélectionnés de manière aléatoire et 292 (98%) ont été suivis jusqu'à 48 semaines après la randomisation.

Interventions: **Les participants ont été désignés de manière aléatoire pour passer au traitement à base d'éfavirenz (n = 150) ou pour continuer le traitement à base de lopinavir potentialisé par le ritonavir (n = 148).**

Principaux critères et mesures: La différence de risque entre les groupes en termes de **(1) rebond viral (à savoir  $\geq 1$  mesure de l'ARN VIH  $>50$  copies/mL) et (2) échec viral (à savoir confirmation d'un ARN VIH  $>1000$  copies/mL)** avec un rebond de non infériorité de -0,10. Les réponses immunologiques et cliniques étaient les critères secondaires.

Résultats: D'après la méthode Kaplan-Meier, **la probabilité de rebond viral à 48 semaines était de 0,176 (n = 26) dans le groupe éfavirenz et de 0,284 (n = 42) dans le groupe lopinavir potentialisé par le ritonavir. Les probabilités d'échec viral étaient de 0,027 (n = 4) dans le groupe éfavirenz et de 0,020 (n = 3) dans le groupe lopinavir potentialisé par le ritonavir.** La différence de risque en termes de rebond viral était de 0,107 (IC unilatéral 95%, 0,028 à l'infini) et d'échec viral était de -0,007 (IC unilatéral 95%, -0,036 à l'infini). **Nous avons rejeté l'hypothèse nulle selon laquelle l'éfavirenz serait inférieur au lopinavir potentialisé par le ritonavir (P < 0,001) pour les deux critères.** A 48 semaines, le pourcentage de cellules CD4 était plus élevé de 2,88% (IC 95%, 1,26%-4,49%) dans le groupe éfavirenz que dans le groupe lopinavir potentialisé par le ritonavir.

Conclusions et pertinence: **Chez les enfants séropositifs exposés à la névirapine en prévention de la transmission mère-enfant et présentant une suppression virale initiale sous traitement par lopinavir potentialisé par le ritonavir, le fait de passer à un traitement à base d'éfavirenz au lieu de continuer le traitement à base de lopinavir potentialisé par le ritonavir n'a pas entraîné d'augmentation significative du taux de rebond viral ou d'échec viral.** Cette approche thérapeutique peut offrir des avantages chez les enfants, tels que les suivants.

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

**Note de la rédaction:** *Chez le nourrisson et l'enfant en bas âge (moins de trois ans), l'Organisation mondiale de la santé recommande le lopinavir potentialisé par le ritonavir comme schéma thérapeutique antirétroviral de première ligne. Cette recommandation s'appuie sur les questions*

autour du risque accru d'échec virologique associé aux traitements à base d'inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse (INNTI) chez les nourrissons préalablement exposés aux INNTI en prévention de la transmission mère-enfant du VIH et de la meilleure efficacité virologique du traitement à base de lopinavir même chez les nourrissons et les enfants en bas âge séropositifs non exposés. Cependant, l'utilisation du traitement par lopinavir potentialisé chez l'enfant est associée à plusieurs problèmes importants. Premièrement, la forme sirop du médicament a un goût désagréable, ce qui pose des problèmes majeurs d'adhérence. Deuxièmement, son utilisation chez les enfants également traités contre la tuberculose est soumise à des contraintes pharmacocinétiques. Troisièmement, il existe des toxicités métaboliques associées à l'utilisation du traitement par lopinavir potentialisé.

Dans cet essai ouvert de non infériorité, les investigateurs ont examiné si l'éfavirenz pouvait être utilisé chez des enfants de plus de trois ans, préalablement exposés à la névirapine dans le cadre de la prévention de la transmission mère-enfant du VIH, ayant atteint une suppression virologique avec le traitement à base de lopinavir. L'éfavirenz a été jugé non inférieur pour les deux critères de l'essai, à savoir le risque de rebond viral et le risque d'échec virologique. Aucune différence n'a été observée entre les groupes en matière de numération de CD4 ou d'autres critères cliniques - taille ou poids en fonction de l'âge, anémie ou neutropénie, réactions cutanées ou élévation préoccupante des transaminases. En outre, les enfants sélectionnés de manière aléatoire pour passer à l'éfavirenz présentaient un profil lipidique nettement meilleur que les sujets qui ont continué à prendre un traitement à base de lopinavir. Les enfants sélectionnés de manière aléatoire pour recevoir l'éfavirenz ont présenté des taux plus élevés de troubles neuropsychiatriques, signes qui n'ont toutefois pas persisté plus de huit semaines, et aucune différence n'a notamment été observée dans le pourcentage de problèmes comportementaux entre les deux bras à la fin du suivi.

Les résultats de cette étude sont clairement favorables au passage à l'éfavirenz chez les enfants ayant atteint une suppression virologique. Les mises en garde de cette étude sont que les résultats ne peuvent être généralisés aux enfants de moins de trois ans ou à ceux en échec de traitement par lopinavir potentialisé. De plus, on ne sait pas vraiment combien de temps les enfants peuvent être maintenus sous lopinavir avant de pouvoir passer à l'éfavirenz.

Il n'existe actuellement aucune recommandation sur la prise en charge des enfants de plus de trois ans traités par lopinavir. Cette étude apporte des éléments probants solides pour soutenir le passage à l'éfavirenz chez les enfants de plus de trois ans ayant atteint la suppression virale. C'est un constat important compte tenu des avantages considérables de l'éfavirenz, parmi lesquels le maintien des traitements à base d'inhibiteurs de la protéase en traitement de deuxième intention, l'harmonisation des recommandations destinées aux adultes et aux enfants qui préconisent l'éfavirenz comme traitement de première ligne, la posologie à une prise quotidienne, le meilleur goût et le moindre coût.

### **Traitement de masse du VIH et disparités entre hommes et femmes pour l'espérance de vie: surveillance démographique dans les zones rurales d'Afrique du Sud.**

Bor J, Rosen S, Chimbindi N, Haber N, Herbst K, Mutevedzi T, Tanser F, Pillay D, Bärnighausen T. *PLoS Med.* 24 nov 2015;12(11):e1001905. doi: 10.1371/journal.pmed.1001905. eCollection 2015.

Contexte: **En Afrique subsaharienne l'état de santé des patients suivant des soins et des traitements du VIH est meilleur chez les femmes que chez les hommes. Nous avons évalué, à l'échelle de la population, si et dans quelle mesure le traitement de masse du VIH est associé à une évolution des disparités sexuelles en matière d'espérance de vie adulte, un indicateur résumé de survie qui enregistre la mortalité tout au long de la cascade de soins du VIH.** Nous avons également déterminé les tendances sexospécifiques de mortalité liée au VIH et la répartition

des décès liés au VIH chez les hommes et les femmes avant et à chaque étape de la cascade clinique.

Méthodes et résultats: **Des données ont été recueillies sur tous les décès survenus de 2001 à 2011 dans une vaste cohorte de surveillance basée sur la population (52 964 femmes et 45 688 hommes, de 15 ans et plus) dans la région rurale du KwaZulu-Natal, en Afrique du Sud.** La cause du décès a été confirmée par autopsie verbale (taux de réponse de 93%). Les données démographiques ont été reliées, au niveau individuel, aux registres cliniques du programme public de soins et de traitement du VIH mis en œuvre dans la région. **Les taux annuels de mortalité liée au VIH ont été évalués séparément pour les hommes et les femmes,** et des rapports de taux femmes-hommes ont été estimés dans des modèles de risques exponentiels. **Les tendances sexospécifiques d'espérance de vie adulte et d'espérance de vie adulte après suppression de la cause de mortalité VIH ont été calculées.** La proportion de décès dus au VIH survenant chez les hommes et les femmes à différents stades de la cascade des soins du VIH a été estimée chaque année. **Depuis le début de la généralisation du traitement du VIH en 2004, la mortalité liée au VIH a diminué aussi bien chez les hommes que chez les femmes. L'espérance de vie adulte des femmes a augmenté de 51,3 ans (IC 95% 49,7- 52,8) en 2003 à 64,5 ans (IC 95% 62,7 - 66,4) en 2011, soit un gain de 13,2 années. L'espérance de vie adulte des hommes a augmenté de 46,9 ans (IC 95% 45,6 - 48,2) en 2003 à 55,9 ans (IC 95% 54,3 - 57,5) en 2011, soit un gain de 9,0 années. L'écart entre l'espérance de vie adulte féminine et masculine a doublé, de 4,4 années en 2003 à 8,6 années en 2011, soit un écart de 4,3 années (IC 95% 0,9 - 7,6).** Chez les femmes, la mortalité due au VIH a diminué de 1,60 décès pour 100 personnes-années (IC 95% 1,46, 1,75) en 2003 à 0,56 pour 100 personnes-années (IC 95% 0,48 - 0,65) en 2011. Chez les hommes, la mortalité liée au VIH a diminué de 1,71 décès pour 100 personnes-années (IC 95% 1,55 - 1,88) à 0,76 pour 100 personnes-années (IC 95% 0,67 - 0,87) sur la même période. **Le rapport femmes-hommes des taux de mortalité due au VIH a baissé de 0,93 (IC 95% 0,82 - 1,07) en 2003 à 0,73 (IC 95% 0,60 - 0,89) en 2011, soit une baisse statistiquement significative (p = 0,046).** En 2011, 57% et 41% des décès liés au VIH sont survenus respectivement chez des hommes et les femmes qui n'avaient jamais eu recours aux soins du VIH malgré la disponibilité généralisée du traitement gratuit du VIH. Les résultats présentés ici proviennent d'un milieu rural et pauvre du sud de l'Afrique où la prévalence du VIH et la couverture des traitements du VIH sont élevées. On ignore s'il est possible d'élargir cette généralisation. En outre, d'autres facteurs que la généralisation des traitements du VIH ont pu influencer les tendances de mortalité de la population.

Conclusions: **Le traitement de masse du VIH s'est accompagné d'un déclin plus rapide de la mortalité due au VIH chez les femmes que chez les hommes et d'une disparité femmes-hommes croissante de l'espérance de vie adulte au niveau de la population. En 2011, plus de la moitié des hommes décédés du VIH n'avaient jamais eu recours aux soins cliniques du VIH. Il existe un besoin urgent d'interventions visant à augmenter le dépistage du VIH et le lien avec les soins chez les hommes.**

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

**Note de la rédaction:** *En Afrique du Sud et dans de nombreux autres pays d'Afrique subsaharienne, le traitement de masse par les antirétroviraux (TARV) a contribué à faire chuter considérablement la mortalité et à relever l'espérance de vie. L'Afrique du Sud propose le TARV gratuitement depuis 2004 mais les maladies associées au VIH demeurent la première cause de décès chez l'adulte. Cet article utilise les données cliniques et démographiques d'une cohorte longitudinale d'une zone rurale du KwaZulu-Natal en Afrique du Sud pour évaluer l'évolution des différences hommes/femmes en matière d'espérance de vie adulte et de mortalité liée au VIH entre 2001 et 2011.*

*L'espérance de vie générale a augmenté aussi bien chez les hommes que chez les femmes depuis 2004, mais avec un effet sensiblement plus marqué chez les femmes que chez les hommes. Le différentiel hommes/femmes d'espérance de vie sur la période 2004-2011 a augmenté de 4,4 à 8,6 années. L'analyse illustre que cette diminution s'explique par la baisse des taux de mortalité associée au VIH car l'espérance de vie après suppression de la cause VIH (c'est-à-dire l'espérance de vie qui aurait été obtenue en l'absence du VIH) est restée constante sur cette période.*

*Cette étude souligne le retard en matière de traitement du VIH chez l'homme, vu qu'approximativement un décès sur deux liés au VIH dans cette population concerne un homme n'ayant jamais eu recours aux soins. La mortalité masculine était significativement plus élevée que la mortalité féminine à chaque étape de la cascade de traitement.*

*Bien que cette étude s'appuie sur les données d'un milieu rural donné, plusieurs des caractéristiques sous-jacentes reflètent celles observées dans de nombreuses autres régions rurales du pays. Il est nécessaire de poursuivre les travaux pour comprendre les facteurs socioculturels qui sous-tendent ces observations et qui pourraient ensuite conduire au développement de programmes conçus pour y répondre. Ces travaux interdisciplinaires en collaboration avec les responsables de la conception et de la mise en œuvre des programmes de prise en charge du VIH devront être significativement intensifiés dans la prochaine décennie afin d'atteindre l'objectif 90-90-90 de l'ONUSIDA.*

### **Accès complexe aux soins du VIH pour les travailleurs migrants: étude qualitative menée dans le nord de l'Inde.**

*Rai T, Lambert HS, Ward H. AIDS Care. 26 nov 2015:1-6. [Publication en ligne avant impression]*

Considérés comme une population charnière dans la propagation du VIH, les travailleurs migrants infectés doivent être diagnostiqués et traités précocement. **Cette étude s'est intéressée aux procédures de diagnostic du VIH et d'accès aux soins pour les travailleurs migrants circulaires quittant le milieu rural pour les villes et pour les partenaires des migrants dans le nord de l'Inde, en identifiant les facteurs de type structurel, social et individuel de leur parcours vers les soins. Nous avons mené une étude qualitative à l'aide d'entretiens approfondis avec des hommes (n=20) et des femmes (n = 13) séropositifs au VIH ayant vécu la migration circulaire, recrutés dans un centre de traitement antirétroviral dans un quartier d'Uttar Pradesh, dans le nord de l'Inde.** Les migrants et les partenaires de migrants ont rencontré plusieurs obstacles complexes dans l'accès au dépistage et aux soins du VIH. **L'insécurité de l'emploi, l'absence de congés de maladie ou d'assurance maladie sur le lieu de destination et la dépendance économique de leur foyer à leurs revenus de migrants ont conduit plusieurs hommes à continuer à travailler jusqu'à être rendus invalides par une cause de morbidité liée au VIH.** Durant les périodes de dégradation de leur état de santé, ils ont souvent dépensé toutes leurs économies dans des traitements privés axés sur la prise en charge des symptômes et ne se sont fait dépister et traiter pour le VIH à l'hôpital qu'après une urgence médicale ou financière. **Les femmes de migrants étaient en général diagnostiquées après le diagnostic ou le décès de leur mari, l'accès au dépistage et au traitement intervenant par l'intermédiaire de membres de la famille. Pour certaines d'entre elles, un retard de divulgation du statut VIH de leur mari a entraîné des retards dans leur propre dépistage.** Il est important de diagnostiquer et de traiter rapidement l'infection par le VIH afin de ralentir la propagation de l'épidémie et les personnes exposées au risque le plus élevé doivent être ciblées en priorité. Cependant, malgré des campagnes ciblées, les circonstances associées à la migration empêchent parfois les travailleurs migrants et leurs partenaires d'accéder au dépistage et au traitement avant de tomber malades. **L'insécurité du travail des migrants, la prédominance des soins de santé privés et les différences de**

**comportement vis-à-vis de la santé entre hommes et femmes retardent le diagnostic et l'instauration du traitement.**

Accès à l'abrégé

***Note de la rédaction:** Les travailleurs migrants qui se déplacent dans leur pays pour trouver du travail sont confrontés à des difficultés pour accéder aux soins de santé et à l'aide sociale. Dans un pays aussi vaste et varié que l'Inde, la migration interne peut être particulièrement éprouvante. Pour les personnes qui vivent avec le VIH ou qui sont infectées par le VIH lors d'une migration pour raisons professionnelles, les difficultés peuvent être immenses. Cet article présente de manière concise les problèmes rencontrés par ces migrants en termes d'accès à l'information, au traitement et à l'assistance aussi bien à leur destination qu'à leur lieu de départ. Les auteurs expliquent comment les hommes migrants reculent parfois le moment du traitement en raison de leur besoin de travail et peut-être également pour ne pas révéler leur statut VIH. Pour les femmes de migrants, ce retard peut nuire gravement à leurs propres conditions d'accès aux soins. Le traitement antirétroviral est disponible et gratuit mais, comme le suggèrent les auteurs, les migrants sont nombreux à l'ignorer. Ce manque d'informations souligne l'importance d'apporter un meilleur soutien aux travailleurs migrants. L'aide à l'accès à des soins de santé gratuits, ou au moins abordables, est réclamée par de nombreux migrants. Pour les migrants vivant avec le VIH, cette aide est indispensable.*

#### **4. Éviter les décès liés à la tuberculose**

**L'impact du statut VIH et du traitement antirétroviral sur les effets du traitement de la TB sur la santé de nouveaux patients TB atteints qui ont recours à des services de soins regroupés TB/TARV en Afrique du Sud: étude de cohorte rétrospective.**

*Nglazi MD, Bekker LG, Wood R, Kaplan R. BMC Infect Dis. 19 nov 2015;15(1):536. doi: 10.1186/s12879-015-1275-3.*

Contexte: La mise en œuvre de services TB-VIH collaboratifs constitue un défi. Nous avons donc évalué les effets du traitement anti-TB par rapport à l'infection par le VIH et au traitement antirétroviral (TARV) chez des patients TB bénéficiant de services de soins primaires auprès de centres de soins TARV et anti-TB regroupés au Cap, en Afrique du Sud.

Méthodes: Dans cette étude de cohorte rétrospective, tous les nouveaux patients TB âgés de  $\geq 15$  ans qui se sont inscrits et ont démarré un traitement anti-TB entre le 1<sup>er</sup> octobre 2009 et le 30 juin 2011 ont été identifiés dans une base de données électronique. **Les effets de l'infection par le VIH et du TARV sur les résultats du traitement anti-TB ont été analysés à l'aide d'un modèle de régression logistique multinomiale dans lequel le succès du traitement était le résultat de référence.**

Résultats: Les 797 nouveaux patients TB inclus dans l'analyse étaient classés comme suit: séronégatifs au VIH, pour 325 patients (40,8%); séropositifs au VIH sous TARV, pour 339 patients (42,5%) et séropositifs non sous TARV, pour 133 patients (16,7%). Globalement, les analyses bivariées n'ont montré aucune différence significative au niveau des taux de décès et de défaillance entre les patients TB séropositifs au VIH sous TARV et les patients séronégatifs. Des taux de mortalité supérieurs statistiquement significatifs ont été observés chez les patients séropositifs non sous TARV comparativement aux patients séronégatifs (rapport de cotes (OR) non ajusté 3,25; intervalle de confiance (IC) de 95% 1,53 - 6,91). **Lorsque des analyses multivariées ont été effectuées, la seule différence significative entre les catégories de patients sous traitement**

**anti-TB était que les patients TB séropositifs non sous TARV présentaient des taux de mortalité sensiblement plus élevés que les patients séronégatifs (OR ajusté 4,12; IC 95% 1,76 - 9,66). Parmi les patients TB séropositifs (n = 472), 28,2% considérés éligibles n'ont pas débuté de TARV malgré le regroupement des services TB et TARV.** Lorsque les analyses multivariées étaient limitées aux patients séropositifs de la cohorte, nous avons observé que le statut séropositif sans TARV était associé à un taux de mortalité plus élevé (OR ajusté 7,12; IC 95% 2,95 -18,47) et à des taux de défaillance plus élevés (OR ajusté 2,27; IC 95% 1,15 - 4,47).

Conclusions: Aucune différence significative n'a été observée au niveau des taux de décès et de défaillance entre les patients TB séropositifs au VIH sous TARV et les patients TB séronégatifs. Malgré le regroupement des services, 28,2% des 472 patients TB séropositifs considérés éligibles n'ont pas débuté de TARV. Ces patients ont enregistré des taux de décès et de défaillance significativement plus élevés.

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

**Note de la rédaction:** *On dispose d'éléments évidents pour prouver que, chez les personnes atteintes de TB et du VIH, et notamment celles présentant une faible numération de CD4+ (<350 cellules/ $\mu$ L), le fait de suivre un traitement antirétroviral (TARV) pendant le traitement anti-TB réduit le risque de mortalité. Cependant, il demeure un décalage entre les principes et leur application dans ce domaine. Ainsi, en 2013 dans le monde seulement environ une personne séropositive vivant avec la TB sur trois bénéficiait d'un TARV. Cet article basé sur un seul centre de santé en Afrique du Sud souligne l'impact d'un tel retard de traitement, et le fait que le regroupement des services de soins de la TB et du VIH ne se traduit pas toujours par des soins intégrés axés sur le patient.*

*Les personnes incluses dans cette analyse ont été traitées pour la TB entre 2009 et 2011, soit avant l'adoption par l'Afrique du Sud des directives préconisant l'instauration du TARV chez toutes les personnes TB dépistées positives pour le VIH. Néanmoins, la majorité des personnes vivant avec le VIH présentait une numération de CD4+ qui les aurait rendues éligibles au TARV à l'époque de l'étude. Bien que les résultats globaux aient été relativement bons, une personne sur six démarrant un traitement anti-TB est décédée ou a été perdue de vue. La mortalité chez les personnes séropositives n'étant pas sous TARV était sensiblement plus élevée que chez les personnes sous TARV et les personnes séronégatives pour le VIH. Une personne sur quatre éligible au TARV n'a pas débuté de TARV. On ne sait pas précisément si la cause de la non instauration d'un TARV chez certaines personnes est leur décès ou la perte de vue. Dans cette analyse, aucune distinction n'est opérée entre les personnes déjà sous TARV au moment de l'instauration du traitement anti-TB et les personnes ayant débuté un TARV pendant le traitement anti-TB.*

*Cette étude montre que le regroupement des services de soins du VIH et de la TB ne répond pas forcément aux besoins si les soins restent fragmentés. Les soins étaient dispensés par différentes personnes et les programmes de prise en charge du VIH et de la TB reposaient sur des structures organisationnelles différentes, comme c'est encore souvent le cas. Des modèles exploitables de soins intégrés axés sur le patient pour le VIH et la TB sont nécessaires. En outre, pour atteindre les objectifs d'éradication des décès dus à la TB, nous avons encore besoin de mieux comprendre pourquoi les patients décèdent après le démarrage du traitement anti-TB.*

**Dépistage de l'antigène cryptococcique chez les patients démarrant un TARV en Afrique du Sud: étude de cohorte prospective.**

Longley N, Jarvis JN, Meintjes G, Boulle A, Cross A, Kelly N, Govender NP, Bekker LG, Wood R, Harrison TS. *Clin Infect Dis.* 12 nov 2015. pii: civ936. [Publication en ligne avant impression]



Contexte: Les données rétrospectives suggèrent que le dépistage de l'antigène cryptococcique (CrAg) chez les patients vivant avec un VIH de stade avancé qui débutent un traitement ARV peut réduire l'infection cryptococcique et la mortalité. Les données prospectives sont limitées.

Méthodes: **Le CrAg a été mesuré par immunographie sur membrane (LFA) et par le test d'agglutination au latex (LA) chez 645 patients séropositifs au VIH n'ayant jamais reçu de TARV et présentant une numération de CD4  $\leq$ 100 cellules/ $\mu$ L au Cap, Afrique du Sud. Aux patients testés positifs au CrAg il a été proposé une ponction lombaire (PL) et ils ont reçu un traitement antifongique. Les patients ont été mis sous TARV entre 2 et 4 semaines et suivis pendant 1 an.**

Résultats: **4,3% (28/645) des patients étaient positifs au CrAg** sérique et plasmatique selon la technique LFA. 16 patients ont également été testés positifs par le test LFA urinaire (2,5% du nombre total de patients dépistés) et 7 par le test LA sérique (1,1% du total). Chez 4 patients sur 10 testés positifs par LFA et acceptant la PL, le test CrAg-LFA dans le liquide céphalo-rachidien (LCR) était positif. Un test positif du CrAg dans le LCR était associé à des titres plus élevés de dépistage par LFA dans le plasma/sérum. **Parmi les 28 patients positifs au CrAg, la mortalité était de 14,3% à 10 semaines et de 25% à 12 mois.** Seul un patient positif au CrAg, en défaut de soins, est décédé d'une méningite cryptococcique (MC). La mortalité chez les patients négatifs au CrAg était de 11,5% à 1 an. Seuls 2 cas de MC possibles ont été identifiés chez des patients négatifs au CrAg.

Conclusions: **Le dépistage de l'antigène cryptococcique chez des personnes démarrant un TARV et le traitement préemptif au fluconazole des patients positifs au CrAg ont contribué à réduire nettement le nombre de cas de méningite cryptococcique en comparaison avec les cohortes non dépistées historiques. Des études sont nécessaires pour améliorer la prise en charge des patients positifs au CrAg, dont les taux de mortalité élevés ne semblent pas entièrement imputables à l'infection cryptococcique.**

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

***Note de la rédaction:** En Afrique subsaharienne, la méningite cryptococcique est la première cause de méningite chez l'adulte. Malgré les traitements antifongiques actuels, la mortalité reste élevée. La méningite cryptococcique est précédée par une antigénémie cryptococcique asymptomatique, un facteur prédictif de mortalité indépendant chez les personnes débutant un traitement antirétroviral (TARV). Par conséquent, la prévention de la maladie chez les personnes testées positives à l'antigène cryptococcique (CrAg) à la mise en route du TARV peut réduire la morbidité et la mortalité.*

*Dans cette étude prospective menée au Cap, en Afrique du Sud, les personnes démarrant un TARV avec une faible numération de CD4 ( $\leq$ 100 cellules/ $\mu$ L) ont subi un dépistage de CrAg. Les personnes sans méningite cryptococcique avérée mais testées positives à l'antigène cryptococcique ont reçu un traitement préemptif par fluconazole oral et ont été mises sous TARV dans un délai de deux à quatre semaines. Elles ont été suivies pendant un an. Cette approche n'a pas occasionné de retards dans la mise en route du TARV et s'est traduite par une diminution des cas de méningite cryptococcique. Cependant, malgré le traitement antifongique préemptif, la mortalité est restée deux fois plus élevée chez les personnes positives au CrAg, même après ajustement compte tenu de la numération de CD4. Cette mortalité élevée ne semble pas entièrement imputable à l'infection cryptococcique et les auteurs supposent que la réponse positive à l'antigène cryptococcique est en soi le marqueur d'une immunosuppression sévère.*

*Point intéressant, les auteurs ont observé une plus faible prévalence de l'antigénémie asymptomatique qu'attendu: environ 4% dans cette étude (2011-2014) par rapport aux 6% observés*

*dans une population similaire de 2001 à 2005. Les auteurs suggèrent qu'un diagnostic plus précoce du VIH et un meilleur accès aux soins peuvent en être les principales raisons, et ainsi qu'une réduction de la durée de l'immunosuppression sévère peut réduire le risque d'infection cryptococcique, du fait de la réactivation ou de la progression rapide de la nouvelle infection.*

*Les auteurs concluent que les stratégies optimales de mise en œuvre du dépistage et le traitement antifongique préemptif optimal restent à définir. Le dépistage peut être assuré dans les meilleures conditions dans le cadre d'un service combiné de dépistage et de traitement des infections opportunistes s'adressant aux personnes avec des CD4 faibles.*

## 5. Parer à l'insuffisance des ressources

**Les retards de traitement du VIH: estimation des moyens financiers nécessaires par rapport aux moyens disponibles pour la généralisation du traitement antirétroviral dans 97 pays de 2015 à 2020.**

*Dutta A, Barker C, Kallarakal A. PLoS Med. 24 nov 2015;12(11):e1001907. doi: 10.1371/journal.pmed.1001907. eCollection 2015.*

Contexte: **L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a publié en 2015 ses directives révisées préconisant que toutes les personnes vivant avec le VIH, indépendamment de la numération de CD4, démarrent un traitement antirétroviral (TARV) dès le diagnostic posé.** Cependant, rares sont les études à avoir établi des projections quant aux ressources globales nécessaires à une généralisation rapide du TARV. Conformément au Health Policy Project (projet des politiques de santé), nous avons réalisé des analyses de modèles pour 97 pays afin d'estimer l'éligibilité au TARV et le nombre de TARV de 2015 à 2020, ainsi que les ressources financières nécessaires établissement par établissement. **Nous avons comparé les besoins financiers estimés aux fonds disponibles estimés.**

Méthodes et résultats: Les données épidémiologiques et démographiques propres à chaque pays ont servi à déterminer les niveaux de couverture actuels et les besoins de traitement futurs. **La simulation du nombre annuel de personnes sous traitement a été obtenue à partir de trois scénarios: (1) poursuite des politiques nationales d'éligibilité au TARV en vigueur, (2) adoption universelle des aspects des directives 2013 de l'OMS relatives à l'éligibilité et (3) élargissement de l'éligibilité conformément aux directives 2015 de l'OMS et réalisation des objectifs "90-90-90" pour le TARV du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida.** Nous avons modélisé l'incertitude dans les besoins en ressources annuels pour les antirétroviraux, les tests de laboratoire et le personnel des établissements et les frais généraux.

**Nous estimons que 25,7 millions d'adultes (IC 95% 25,5 - 26,0) et 1,57 millions d'enfants (IC 95% 1,55 - 1,60) pourraient recevoir un TARV d'ici à 2020 si les pays maintiennent leurs plans d'éligibilité actuels et augmentent la couverture sur la base des taux historiques, ce qui peut être ambitieux. Si les pays adoptent uniformément les aspects des directives 2013 de l'OMS, 26,5 millions d'adultes (IC 95% 26,0 - 27,0) et 1,53 millions d'enfants (IC 95% 1,52 - 1,55) pourraient être sous TARV d'ici à 2020. Selon le scénario 90-90-90, 30,4 millions d'adultes (IC 95% 30,1 - 30,7) et 1,68 millions d'enfants (IC 95% 1,63 - 1,73) pourraient recevoir un traitement d'ici à 2020. Les ressources financières au niveau des établissements nécessaires pour la généralisation du TARV dans ces pays de 2015 à 2020 sont estimées à 45,8 milliards de \$US (IC 95% 45,4 - 46,2) selon le scénario actuel, à 48,7 milliards de \$US (IC 95% 47,8 - 49,6) selon**

**le scénario de l'OMS 2013 et à 52,5 milliards de \$US (IC 95% 51,4 - 53,6) selon le scénario 90-90-90.** Après projection des tendances récentes au niveau national et international en matière de financement, le retard de financement de 6 ans estimé va de 19,8 milliards à 25,0 milliards de \$US selon le scénario de calcul des coûts et le niveau de contribution au Plan d'urgence du Président des États-Unis pour la lutte contre le sida, le retard au niveau des produits nécessaires au TARV s'échelonnant à lui seul de 14,0 à 16,8 milliards de \$US. L'étude est limitée par l'exclusion des coûts qui dépassent le niveau des établissements et des autres coûts essentiels à la prestation des services relatifs au TARV ainsi que par la disponibilité et la qualité des données propres à chaque pays et région.

Conclusions: Le nombre projeté de personnes recevant un TARV sur l'ensemble des trois scénarios suggère que les pays ont peu de chances d'atteindre l'objectif de traitement de 90-90-90 (81% des personnes vivant avec le VIH sous TARV à l'horizon 2020) s'ils n'adoptent pas une approche « tester et offrir » et n'augmentent pas la couverture du TARV. **Nos résultats suggèrent que les futurs besoins en ressources pour la généralisation du TARV sont plus faibles qu'on le dit ailleurs mais menacent significativement la durabilité de la réponse globale au VIH faute de mobilisation de moyens supplémentaires issus de sources de financement nationales ou innovantes ou de gains d'efficacité. A l'heure où le monde s'apprête à adopter les directives 2015 de l'OMS, les avancées technologiques, dont l'introduction de traitements antirétroviraux hautement efficaces et à moindre coût, dont la valeur est évaluée ici, vont peut-être modifier les règles du jeu pour permettre au plus grand nombre de bénéficier d'un TARV avec les ressources disponibles.**

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

***Note de la rédaction:** Il s'agit d'un article complexe et important qui vise à comprendre les conditions financières nécessaires pour: a) poursuivre les politiques actuelles d'éligibilité au TARV des pays, b) déployer l'adoption universelle de certains aspects des directives 2013 de l'OMS en matière d'éligibilité et c) accroître l'éligibilité conformément aux directives 2015 de l'OMS en répondant aux objectifs "90-90-90" du Programme commun des Nations unies sur le VIH/sida.*

*Les auteurs ont estimé le nombre d'adultes et d'enfants éligibles et recevant le traitement du VIH, ainsi que le coût de la fourniture du TARV dans 97 pays de six régions, couvrant différents niveaux de revenus. Ils ont estimé que 25,7 millions d'adultes et 1,57 millions d'enfants pourraient recevoir un TARV à l'horizon 2020 si les pays poursuivent les stratégies d'éligibilité actuelles. Si les pays adoptaient les critères 2013 de l'OMS en matière d'éligibilité, 26,5 millions d'adultes et 1,53 millions d'enfants seraient sous TARV à l'horizon 2020 et, s'ils adoptaient le scénario 90-90-90, 30,4 millions d'adultes et 1,68 millions d'enfants pourraient recevoir le traitement d'ici là. Les ressources financières nécessaires à cette généralisation sont estimées à 45,8 milliards de \$US dans les conditions d'éligibilité actuelles, à 48,7 milliards de \$US selon le scénario de l'OMS 2013 et à 52,5 milliards de \$US selon le scénario 90-90-90. L'écart de financement estimé pour la période de six ans est compris entre 20 et 25 milliards de \$US. Dans cette étude, les coûts des produits étaient directement tirés des données réunies par d'autres organisations. Aucune estimation empirique des coûts de la prestation des services n'a été réalisée. Aucune tentative n'a été faite non plus pour comprendre les implications en termes de coût des synergies de développement et des facteurs sociaux et programmatiques susceptibles d'être requis pour augmenter le nombre de personnes vivant avec le VIH qui connaissent leur statut. Les nouvelles recommandations de l'OMS doivent être activement appliquées si nous voulons atteindre les objectifs, plutôt que de continuer sur la même voie comme si de rien n'était.*

*Néanmoins, les résultats de cette étude soulignent l'écart entre les directives rédigées par l'OMS et des obstacles programmatiques on ne peut plus réels sur le terrain. Il existe des éléments de preuve qui suggèrent que les stratégies universelles associant dépistage et traitement pourraient sensiblement améliorer l'état de santé de la population et générer des économies sur le long terme. Cependant, comme les auteurs l'ont illustré, cela nécessiterait des niveaux de financement accrus. Il convient à présent d'explorer davantage les moyens de surmonter les obstacles logistiques au déploiement d'une telle initiative. Il faut de l'argent et du temps pour transformer les systèmes et les pratiques. Les travailleurs de la santé devront suivre une nouvelle formation et les stratégies de collecte des données devront être révisées. L'élargissement de l'accès au traitement revient aussi à augmenter le nombre de personnels de santé travaillant sur cette initiative, qui a un coût d'opportunité susceptible de se répercuter sur d'autres composantes du système de santé. La modification substantielle de la fourniture de services de santé, notamment dans les systèmes de santé affaiblis, peut avoir des répercussions, avec des conséquences inattendues et imprévues.*

*Les directives de l'OMS ont pour objet essentiel de nous donner un but à atteindre. Mais les études telles que celle-ci nous aident à savoir si et comment on peut y parvenir.*

### **L'effet de l'autonomisation économique basée sur l'épargne sur les pratiques de prévention du VIH chez des adolescents orphelins dans les régions rurales d'Ouganda: résultats de l'étude par sondage aléatoire Suubi-Maka.**

*Jennings L, Ssewamala FM, Nabunya P. AIDS Care. 7 nov 2015:1-10. [Publication en ligne avant impression]*

**L'augmentation des ressources économiques des jeunes défavorisés peut les amener à reconsidérer leurs comportements sexuels à risques à travers des projets d'avenir positifs de prévention du risque de VIH et l'évolution du contexte économique contribuant au risque de VIH.** Pourtant, rares sont les études à avoir étudié l'impact de l'amélioration des conditions économiques sur les comportements économiques et sexuels des jeunes orphelins, malgré la prévalence élevée de la pauvreté et de l'infection par le VIH dans cette population. **Des régressions longitudinales hiérarchiques ont été utilisées pour examiner l'impact d'une intervention d'autonomisation économique axée sur l'épargne, le projet Suubi-Maka, sur l'évolution au fil du temps de l'épargne et des attitudes vis-à-vis de l'épargne ainsi que des pratiques de prévention du VIH des adolescents orphelins.** Nous avons réparti de manière aléatoire 346 adolescents ougandais âgés de 10 à 17 ans soit dans le groupe témoin bénéficiant du mode habituel de prise en charge des orphelins ainsi que d'un mentorat (n = 167) soit dans le groupe intervention bénéficiant du mode habituel de prise en charge des orphelins ainsi que d'un mentorat, d'une éducation financière et d'un compte d'épargne jumelée (n = 179). Les évaluations ont été réalisées au début de l'étude, à 12 et à 14 mois. **Les résultats ont indiqué que les adolescents du groupe de l'intervention ont significativement augmenté le montant de leur épargne au fil du temps** (b = 12,32 \$US, +/-1,12, p < 0,001) par rapport aux adolescents du groupe témoin. A 24 mois après le début de l'étude, 92% des adolescents de l'intervention avaient réalisé des économies, contre 43% dans le groupe témoin (p < 0,001). Les principaux changements en matière d'objectifs d'épargne étaient la proportion d'adolescents de l'intervention à vouloir épargner pour s'acheter un logement (DeltaT1-T0 = +14,9, p < 0,001), pour poursuivre leur formation professionnelle (DeltaT1-T0 = +8,8, p < 0,01) et pour monter leur entreprise (T1-T0 = +6,7, p < 0,01). **Les adolescents de l'intervention ont également enregistré une augmentation significative relative dans le temps des scores dans leurs attitudes de prévention du VIH** (b = +0,19, +/-0,09, p < 0,05), le plus souvent dans le risque perçu de VIH (95,8%, n = 159), l'abstinence sexuelle ou le recul du premier rapport sexuel (91,6%, n = 152) et l'utilisation régulière du préservatif (93,4%, n = 144). Par ailleurs, les adolescents

de l'intervention avaient plus de chances (2,017 points en plus) d'avoir un score de prévention du VIH maximal (OR = 2,017, IC 95%: 1,43-2,84). Pour minimiser le risque de VIH durant l'adolescence et le début de l'âge adulte, des stratégies à long terme sont nécessaires pour intégrer le développement économique des jeunes, y compris l'épargne et la production de revenus, avec des interventions de prévention combinées adaptées à l'âge.

Accès à l'abrégé

**Note de la rédaction:** Cette étude contribue à enrichir les preuves encore limitées mais croissantes de l'efficacité des activités de renforcement économique pour la prévention et le traitement du VIH. Elle a utilisé une conception expérimentale par sondage aléatoire en grappes pour évaluer l'impact d'un programme d'autonomisation économique axé sur l'épargne destiné à des adolescents orphelins sur le comportement vis-à-vis de l'épargne ainsi que des attitudes protectrices sur le plan sexuel. Les auteurs constatent un vaste et considérable impact sur l'épargne individuelle et une augmentation des scores relatifs aux attitudes de prévention du VIH. C'est particulièrement prometteur compte tenu du besoin de répondre aux multiples besoins des adolescents pour les inciter à passer à l'âge adulte dans de bonnes conditions de santé.

Il est important de noter que cette étude s'est penchée sur les résultats en matière d'attitudes plutôt que sur les résultats biologiques ou même comportementaux rapportés. Il existe des limites considérables à ces mesures qui ne reflètent pas toujours les comportements sexuels réels. De plus, compte tenu du surcoût significatif et des bénéfices économiques de la composante épargne dans le bras du programme, il reste une question clé, à savoir la mesure de son rapport coût-efficacité progressif dans la réalisation des objectifs liés au VIH et au développement économique.

## 6. Éliminer les inégalités entre les sexes

### Prévalence et corrélats de la violence perpétrée par les clients à l'encontre des travailleuses du sexe dans 13 villes mexicaines.

Semple SJ, Stockman JK, Pitpitan EV, Strathdee SA, Chavarin CV, Mendoza DV, Aarons GA, Patterson TL. *PLoS One*. 23 nov 2015;10(11):e0143317. doi: 10.1371/journal.pone.0143317. eCollection 2015.

Contexte: Dans le monde, les actes de violence perpétrés par les clients envers les travailleuses du sexe (TS) ont toujours été associés à une multitude de risques sanitaires, y compris les comportements sexuels à haut risque et une exposition accrue au VIH et aux IST. Cette étude a examiné les corrélats de la **violence sexuelle, physique et économique perpétrée par les clients** (ex. vol) envers les TS dans **13 villes du Mexique**.

Méthodes: **Les TS (N = 1089)** qui ont été recrutées dans une brève intervention de réduction des risques sexuels fondée sur des éléments probants destinée aux TS (Mujer Segura) ont été interrogées sur leurs conditions de travail, et notamment les faits de violence perpétrés par les clients, les pratiques sexuelles à risque et la consommation de substances, le besoin d'argent et les soutiens sociaux. **Trois grandes catégories de facteurs (sociodémographiques, conditions de travail, caractéristiques comportementales et sociales des TS) ont été étudiées comme corrélats de la violence sexuelle, physique et économique.**

Résultats: **La prévalence des différentes formes de violence perpétrée par les clients envers les TS sur les 6 derniers mois était de type: sexuel (11,7%), physique (11,8%), économique (16,9%) et indéterminé (22,6%). Ces trois types de violence étaient tous indépendamment associés à**

**une augmentation des besoins financiers, à une auto-identification comme travailleuse de rue et au manque d'aide psychologique perçu. La consommation d'alcool avant ou pendant les rapports sexuels avec les clients durant le mois écoulé était associée à une violence physique et sexuelle.** La consommation de drogues avant ou pendant les rapports avec les clients, la consommation de drogues injectables durant le mois écoulé et la taille de la population de la ville étaient associées à une violence sexuelle uniquement et le score de consommation d'alcool des TS (AUDIT-C) était associé à la violence économique uniquement.

Conclusions: Les corrélats de la violence perpétrée par les clients englobaient des facteurs sociodémographiques, professionnels ainsi que comportementaux et sociaux, suggérant que les approches de prévention de la violence pour les TS doivent être pluridimensionnelles. La prévention pourrait impliquer l'enseignement aux TS de stratégies d'évitement des risques sur le lieu de travail (ex. éviter de consommer de l'alcool avec les clients), l'amélioration de l'aide communautaire aux TS, le développement d'interventions de lutte contre la violence destinées aux clients, ainsi que des programmes de réponse aux besoins financiers des TS par l'extension de leurs possibilités économiques en dehors du commerce du sexe.

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

***Note de la rédaction:** La violence à l'encontre de femmes qui vendent des services sexuels fait l'objet d'une attention de plus en plus grande. Les auteurs de ces violences sont notamment les clients, la police, les étrangers, les malfrats locaux ainsi que les maris ou les partenaires intimes (non payants). Cette étude provenant du Mexique a étudié la violence physique, sexuelle et psychologique commise par les clients sur des travailleuses du sexe dans 13 villes mexicaines. La violence perpétrée par les clients était courante (22,6% d'actes de violence indéterminés sur les six mois écoulés) et similaire aux taux rapportés dans d'autres pays. L'exposition à la violence était associée à une augmentation des besoins financiers, du travail sexuel de rue, et à une diminution de l'aide psychologique perçue. La violence sexuelle et physique était également associée à la consommation d'alcool. La consommation d'alcool, le travail sexuel de rue et l'endettement ont été associés à l'exposition à la violence chez les travailleuses du sexe dans d'autres milieux à revenu faible et intermédiaire. Ce travail de recherche est conforme à une multitude de données probantes indiquant que la prévention de la violence devrait être un aspect clé des services conçus pour et avec les travailleuses du sexe. Pour atteindre leurs objectifs, les programmes de prévention de la violence et du VIH devront s'attaquer aux déterminants structurels au sens large de la vulnérabilité tels que la pauvreté, la structure (typologie) du commerce du sexe, la stigmatisation et la discrimination, et à la consommation d'alcool et de drogues associée.*

**Négocier l'utilisation des méthodes de prévention du VIH contrôlées par les femmes dans un environnement caractérisé par la violence à caractère sexiste: le récit du viol.**

*Hartmann M, Montgomery E, Stadler J, Laborde N, Magazi B, Mathebula F, van der Straten A. Cult Health Sex. 9 nov 2015:1-14. [Publication en ligne avant impression]*

Des méthodes de prévention du VIH contrôlées par les femmes sont nécessaires pour vaincre les obstacles à la prévention du VIH enracinés dans les inégalités entre les sexes. Il est donc essentiel de comprendre le contexte socioculturel des essais sur la prophylaxie pré-exposition (PrEP), et notamment les violences sexistes. **MTN-003C (VOICE-C), sous-étude qualitative du plus vaste essai MTN-003 (VOICE), a examiné les barrières socioculturelles et les leviers d'accès à la PrEP chez des femmes de Johannesburg. Nous avons organisé des groupes de discussion, des entretiens approfondis et des entretiens ethnographiques auprès de 102 participantes à**

**l'essai, 22 partenaires masculins, 17 membres de comités consultatifs communautaires et 23 acteurs de la communauté. Nous avons analysé à quel point le thème du viol était emblématique de l'environnement sexospécifique dans lequel survient le risque de VIH. Le viol a été cité spontanément dans la moitié des discussions avec des membres de comités consultatifs communautaires, deux tiers des discussions avec les acteurs et un cinquième des entretiens/discussions avec les participantes à l'essai. Le viol a été utilisé pour recadrer le risque de VIH comme extérieur au comportement de la femme ou du partenaire et pour justifier l'importance de la PrEP. Notre travail illustre comment les femmes, dans un contexte marqué par un degré élevé de violence sexuelle, peuvent utiliser les inégalités de genre existantes pour négocier le recours à la PrEP. Ceci suggère que les interventions futures doivent répondre simultanément aux attitudes sexistes négatives et doter les femmes de solutions alternatives pour négocier l'utilisation des produits, afin de leur donner des moyens plus efficaces pour se protéger du VIH.**

[Accès au résumé](#)

***Note de la rédaction:** Cet article présente une étude qualitative qui a exploré le vaste contexte des violences sexistes autour de l'utilisation de la PrEP. L'étude était une étude annexe de l'essai VOICE sur le site sud-africain, qui a évalué l'efficacité de la PrEP administrée par voie orale et vaginale une fois par jour. Les participants de l'étude annexe étaient des femmes, des partenaires masculins et des acteurs communautaires. Les auteurs ont observé que le thème du viol était spontanément évoqué par la majorité des participants, à l'exception des partenaires masculins. Ces discussions sur le viol ont suscité des débats sur les normes sexuelles, qui ont révélé la permanence des approches dites conciliantes et peu critiques envers les normes liées au genre. L'attitude conciliante vis-à-vis des normes liées au genre s'est exprimée en associant le viol à la vulnérabilité des femmes. Dans ce cadre, la vulnérabilité des femmes au viol et au VIH constitue une justification à l'utilisation de la PrEP. Ceci inclut leur protection contre les violences sexuelles dont elles peuvent être victimes. L'étude souligne que le viol justifie le recours à la PrEP mais révèle que cette justification est complexe dans la mesure où les femmes sont perçues à la fois comme vulnérables au viol et comme responsables des viols subis du fait de comportements inacceptables, dont la consommation d'alcool. Les auteurs concluent que le fait de se concentrer sur les viols commis par les étrangers masque la vulnérabilité des femmes aux violences sexuelles du partenaire et prétendent que tout effort de légitimation de la PrEP face à la menace du viol peut saper son utilisation dans les rapports sexuels consentis et renforce les normes négatives liées au genre sur la vulnérabilité des femmes face aux étrangers. Ils suggèrent que les initiatives autour de la PrEP doivent reconnaître et remettre en question les normes négatives liées au genre. Cette étude a souligné le fait que, bien que la PrEP n'ait pas été imaginée comme un outil de prévention du VIH sexospécifique, contrairement aux microbicides, elle s'avère en réalité être un outil qui sera associé au genre à des fins potentiellement néfastes.*

## **7. Renforcer l'intégration de la riposte au VIH**

**Mesurer la perception par les enfants du VIH symptomatique de l'adulte à l'aide d'un outil d'évaluation verbale: concordance entre les dyades adulte-enfant sur les symptômes et les maladies associés au VIH de l'adulte.**

*Becker E, Kuo C, Operario D, Moshabela M, Cluver L. Sex Transm Infect. Nov 2015;91(7):528-33. doi: 10.1136/sextrans-2014-051728. Publication en ligne 13 jan 2015.*

**Objectifs:** Cette étude a évalué la perception par les enfants des symptômes et maladies associés au VIH de l'adulte à l'aide d'un outil d'évaluation verbale en analysant la fiabilité inter-évaluateurs entre les dyades adulte-enfant. Cette étude a également évalué les caractéristiques sociodémographiques et domestiques associées à la prise de conscience par l'enfant du VIH symptomatique de l'adulte.

**Méthodes:** Une étude transversale basée sur un échantillon communautaire représentatif de dyades adulte-enfant (N=2477 dyades) a été réalisée dans le KwaZulu-Natal, en Afrique du Sud. Les analyses se sont concentrées sur un sous-échantillon (n=673 dyades adulte-enfant) qui a réalisé des entretiens d'évaluation verbale au sujet du VIH symptomatique. Nous avons utilisé une méthode d'autopsie verbale validée existante, initialement conçue pour déterminer les décès liés au sida, conduite par des déclarants adultes intervenant par procuration. Nous avons adapté cette approche à une utilisation par des enfants déclarants par procuration afin de recueillir leurs déclarations sur les symptômes et maladies associés au VIH chez des adultes vivants. Les analyses ont évalué si les enfants pouvaient faire un compte-rendu fiable sur les symptômes et maladies associés au VIH et le statut VIH provisoire de l'adulte.

**Résultats:** Les couples adulte-enfant se sont situés au-dessus du 65<sup>ème</sup> percentile pour 9 des 10 symptômes et maladies associés au VIH, avec une sensibilité allant de 10% à 100% et une spécificité allant de 20% à 100%. Le taux de déclarations concordantes entre les dyades adulte-enfant concernant le statut VIH provisoire de l'adulte était de 72% (sensibilité=68%, spécificité=73%). Les enfants étaient d'autant plus susceptibles de formuler des déclarations fiables conformes à celles des adultes sur le statut VIH provisoire qu'ils vivaient dans des foyers où vivent plusieurs membres, et dans des foyers présentant des indicateurs socio-économiques plus solides, notamment l'accès à l'eau potable, la sécurité alimentaire et la télévision.

**Conclusions:** Les enfants démontrent qu'ils ont conscience des symptômes et des maladies associés au VIH dont sont atteints les adultes au sein de leur foyer. Les enfants vivant dans des foyers aux ressources socio-économiques plus élevées et avec plus de membres étaient plus susceptibles de faire des déclarations fiables sur le statut VIH provisoire de l'adulte.

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

**Note de la rédaction:** Cette étude a testé un nouvel outil permettant d'évaluer si les enfants qui s'occupent d'adultes vivant avec le VIH à domicile sont capables de reconnaître les symptômes et maladies associés au VIH. L'étude a été menée auprès de foyers d'un site rural et d'un site urbain du KwaZulu-Natal, en Afrique du Sud. Les auteurs s'intéressent à l'analyse des résultats d'un sous-échantillon de 673 dyades composées d'un adulte et d'un enfant vivant dans le même foyer. Avec l'aide des chercheurs, des enfants de 10 à 17 ans ont réalisé un outil verbal adapté pour cette étude d'un ancien outil d'autopsie verbale utilisé pour évaluer les décès associés au sida. L'adulte de chacune des dyades a également réalisé une version adulte de l'outil adapté de l'étude. L'outil contenait des questions sur dix symptômes et maladies associés au VIH. Certains d'entre eux indiquent fortement la présence du VIH quand ils se retrouvent en combinaison de deux ou plus (ex. TB, candidose buccale, diarrhées, herpès). Les réponses des adultes-enfants ont été comparées dans chaque dyade et leur concordance et leur sensibilité ont été testées. Globalement, les réponses des enfants et des adultes étaient concordantes à plus de 65% pour neuf des dix symptômes/maladies cités. La fiabilité de la concordance était variable selon les symptômes/maladies. Les enfants ont pu avoir plus de difficultés à déclarer certains symptômes concernant l'adulte, par exemple des diarrhées constantes. L'outil utilisé avec les enfants peut être utile pour améliorer notre compréhension des problèmes rencontrés par les jeunes aidants dans les



foyers où certains membres vivent avec le VIH. L'outil peut également aider à comprendre les stratégies mises en place par les jeunes aidants s'occupant d'un adulte atteint de maladies associées au VIH.

## **Enfants vivant avec des adultes infectés par le VIH: estimations pour 23 pays d'Afrique subsaharienne.**

Short SE, Goldberg RE. *PLoS One*. 17 nov 2015; 10(11): e0142580.

**Contexte:** En Afrique subsaharienne, de nombreux enfants vivent dans une extrême pauvreté et supportent un fardeau de morbidité excessivement lourd. L'apparition du VIH et du sida n'a fait qu'accentuer les obstacles de longue date à l'amélioration de la santé des enfants dans la région, les cohortes récentes connaissant le sida pédiatrique et comptant de nombreux orphelins, des situations surveillées à l'échelle mondiale et qui concentrent l'attention des politiques et des chercheurs. **Mais la santé de l'enfant peut aussi être impactée par le fait qu'il vit avec des adultes séropositifs, par l'exposition associée à des maladies infectieuses et sa privation des ressources du foyer. Bien que le problème soit reconnu depuis longtemps, la caractérisation de cette population distincte et vulnérable d'enfants séropositifs a été beaucoup moins étudiée.**

**Méthodes:** En nous basant sur les données d'études démographiques et sanitaires de 23 pays recueillies entre 2003 et 2011, nous estimons le pourcentage d'enfants vivant dans un foyer comportant au moins un adulte infecté par le VIH. Nous évaluons les chevauchements avec le statut d'orphelin et nous étudions les relations entre les enfants et les adultes infectés au sein du foyer.

**Résultats:** La population d'enfants vivant dans un foyer comportant au moins un adulte séropositif est importante là où la prévalence du VIH est élevée; dans le sud de l'Afrique, le pourcentage dépassait 10% dans tous les pays et pouvait atteindre 36%. Cette population est en grande partie distincte de la population orpheline. Parmi les enfants vivant dans des foyers comportant des adultes infectés par le VIH dépistés, la plupart vivent avec des parents, souvent la mère, qui sont infectés. Néanmoins, dans la plupart des pays plus de 20% d'entre eux vivent dans des foyers comportant au moins un adulte infecté qui n'est pas un parent.

**Conclusion:** Tant que le nombre de nouvelles infections ne diminuera pas significativement, les progrès des traitements contre le VIH/sida feront que la population d'enfants vivant avec des adultes séropositifs au VIH restera importante. **Il est essentiel que les initiatives en cours pour la réduction de la morbidité et de la mortalité infantiles cherchent à savoir si les soins et la portée actuels répondent suffisamment aux vulnérabilités distinctes de ces enfants.**

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

**Note de la rédaction:** Cet article est une contribution importante à la littérature sur l'impact de l'épidémie de VIH. A partir des données de l'Enquête démographique et de santé (DHS) issues de 23 pays, il met en lumière le nombre considérable d'enfants vivant avec des adultes séropositifs au VIH en Afrique subsaharienne. Cependant, certains pays, dont l'Afrique du Sud, n'ont pas été pris en compte dans l'analyse (aucune donnée de DHS disponible). Autrement dit, en plus des problèmes spécifiques liés aux méthodes de collecte des données de DHS et aux taux de réponse, le nombre d'enfants vivant avec des adultes séropositifs est beaucoup plus élevé. La baisse de mortalité due au VIH en raison d'une plus grande disponibilité des traitements et la comptabilisation des adultes venant de contracter le VIH impliquent que la population d'enfants vivant avec un adulte séropositif au VIH continuera à augmenter dans un futur proche.

*Les enfants vivant avec des adultes séropositifs sont clairement vulnérables et, comme tous les enfants vulnérables, doivent être pris en compte dans les efforts de promotion du bien-être de l'enfant. Les auteurs suggèrent toutefois que les enfants vivant avec des adultes séropositifs peuvent présenter des vulnérabilités distinctes qui doivent être prises en compte. On peut citer notamment l'exposition directe aux infections opportunistes, la stigmatisation sociale et les réseaux perturbés, ainsi que la pauvreté croissante. La difficulté pour de nombreux pays est de parvenir à identifier ces enfants pour s'assurer que des programmes ciblés soient mis en œuvre efficacement.*