

UNAIDS Science now

HIV this month. Numéro 7. Juillet 2015

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

1. Réduire la transmission par voie sexuelle

- Une bonne planification peut être la meilleure stratégie pour minimiser les risques lors de la conception
- La réduction des risques sexuels et les programmes comportementaux augmentent le recours à la circoncision chez les hommes difficiles à sensibiliser
- La disponibilité du traitement antirétroviral est associée à une plus importante divulgation du statut VIH
- Les rapports hétérosexuels anaux sont considérés comme une pratique courante en Tanzanie du sud

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

- Déceler les points faibles des programmes de prévention de la transmission mère-enfant du VIH.

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

- TAF, une nouvelle version, plus sûre, du ténofovir?
- Contrôle de l'adhérence au TARV en temps réel dans les zones rurales d'Ouganda
- Les traitements à base de ténofovir améliorent l'état de santé des patients co-infectés par le VIH et le HBV
- Les accompagnateurs améliorent la vie quotidienne mais n'ont pas d'effet sur le maintien dans le circuit de soins ni sur la progression du VIH chez les personnes pré-TARV
- Les visites à domicile effectuées par des travailleurs sociaux ont multiplié par deux le maintien dans le circuit des soins pré-TARV

4. Éviter les décès liés à la tuberculose

- Diminution de l'immunité malgré la vaccination ROR chez les enfants avec acquisition périnatale du VIH
- Test Xpert - rationalisation avec radio thoracique ou pré-dépistage du VIH ?

5. Parer à l'insuffisance des ressources

- Débuter un TARV plus précocement peut améliorer l'état de santé des patients mais c'est peut-être aussi un moyen de faire des économies

6. Éliminer la stigmatisation et la discrimination

- Violences policières et travailleuses du sexe en Inde du sud
- Des illustrés pour parler aux enfants de leur VIH en Namibie: ce qui marche
- La généralisation du traitement du VIH est perçue comme atténuant la stigmatisation du VIH

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

Peter Godfrey-Faussett et Celeste Sandoval
ONUSIDA

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

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

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

1. Réduire la transmission par voie sexuelle

Les bénéfiques de la PrEP comme méthode d'appoint de prévention du VIH pour les femmes non infectées par le VIH ayant un désir d'enfant avec un partenaire masculin infecté par le VIH.

Hoffman RM, Jaycocks A, Vardavas R, Wagner G, Lake JE, Mindry D, Currier JS, Landovitz RJ. J Infect Dis. 19 juin 2015. pii: civ109. [Publication en ligne avant impression]

Contexte: Les données sur l'efficacité de la prophylaxie pré-exposition (PrEP) chez les femmes non infectées par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) ayant un désir de conception avec un partenaire masculin infecté par le VIH se limitent aux études observationnelles.

Méthodes: **Pour explorer les bénéfiques de la PrEP en termes de conception, nous avons élaboré un modèle servant à estimer la probabilité annuelle moyenne pour une femme de rester non infectée par le VIH et d'avoir un enfant (résultat « positif ») après avoir eu des relations sexuelles sans préservatif avec un homme infecté par le VIH.** La probabilité du résultat repose sur des paramètres qui définissent l'infectiosité de VIH-1. Nous avons simulé 2 scénarios: la situation optimale (relations sexuelles non protégées limitées à la fenêtre d'ovulation) et suboptimale (rapports non limités à l'ovulation).

Résultats: Selon le scénario optimal, **lorsque l'homme est sous traitement antirétroviral (TARV), la probabilité annuelle moyenne d'aboutir à un résultat positif est de 29,1%, le chiffre passant à 29,2% si l'on y ajoute une PrEP (P = 0,45).** Selon le scénario suboptimal, la probabilité est de 26,8% sous TARV seul, contre un taux de 27,3% avec TARV/PrEP (P < 0,0001). Un âge maternel avancé réduit les chances de réussite dans les deux scénarios, en particulier chez les femmes de plus de 30 ans.

Conclusions: **Selon notre modèle, la PrEP apporte un faible bénéfice supplémentaire lorsque le partenaire masculin infecté par le VIH est sous TARV, lorsque les rapports sexuels sans préservatif se limitent à la fenêtre d'ovulation et que d'autres risques de transmission modifiables sont gérés de manière optimale. Le facteur de l'âge de la femme réduit les probabilités de réussite en augmentant le nombre de rapports sexuels sans préservatif nécessaire pour la conception.**

[Accès au résumé](#)

***Note de la rédaction:** Dans plusieurs études, les antirétroviraux (ARV) ont montré leur grande efficacité dans la prévention à la fois de l'acquisition du VIH chez les personnes séronégatives et de la transmission du VIH des personnes séropositives aux personnes séronégatives. Toutefois, l'application de ces activités aux conditions réelles est toujours à l'étude. Cet article explore une stratégie actuellement examinée d'utilisation des ARV pour rendre plus sûre la période de conception, selon laquelle le partenaire séronégatif pourrait utiliser une prophylaxie pré-exposition (PrEP) et le partenaire séropositif un traitement contre le VIH. Le modèle utilisé dans cet article s'est intéressé spécifiquement au bénéfice supplémentaire procuré à la femme séronégative utilisant une PrEP. Les résultats du modèle ont démontré l'absence de bénéfice supplémentaire chez la femme utilisant une PrEP dès lors que son partenaire séropositif prenait un traitement contre le VIH de façon régulière et qu'ils limitaient le nombre de relations sexuelles non protégées au minimum nécessaire pour optimiser les chances de conception. Il est intéressant d'observer que, plus l'âge de la femme du modèle augmente, plus le nombre de rapports sexuels sans préservatif nécessaires pour concevoir augmente, ce qui accentue le risque d'acquisition du VIH. Même si cet article a montré que le faible bénéfice de la PrEP ne justifiait sans doute pas le surcoût occasionné, elle peut toutefois dans certains cas apporter plus de sécurité aux couples. Enfin, les modèles ne permettent pas d'illustrer*

intégralement ce qui se passe dans la vie réelle et, comme l'indique l'article, il appartiendra aux médecins et à leurs patients de juger au cas par cas de la décision à prendre.

Essai contrôlé sondage aléatoire en grappes pour améliorer la disponibilité et l'acceptabilité de la circoncision masculine médicale et volontaire en Zambie: le Projet Spear and Shield.

Weiss SM, Zulu R, Jones DL, Redding CA, Cook R, Chitalu N. *Lancet HIV*. 1er mai 2015;2(5):e181-e189.

Contexte: On estime que la généralisation de la circoncision masculine médicale et volontaire en Afrique pourrait éviter 3,436 millions d'infections par le VIH et 300 000 décès sur les 10 prochaines années. Mais la procédure n'a suscité que peu d'intérêt chez la plupart des Zambiens. **Nous avons évalué l'impact de l'intervention Spear and Shield (lance et bouclier), visant à accroître la demande de circoncision masculine médicale et volontaire**, chez ces hommes difficiles à sensibiliser.

Méthodes: **Cet essai contrôlé avec sondage aléatoire en grappes a été réalisé entre le 1^{er} février 2012 et le 31 octobre 2014 à Lusaka, Zambie, où la prévalence du VIH est de 20,8%. Treize centres de soins communautaires ont été stratifiés par taux de conseil et de test volontaires du VIH et d'après le recensement des patients, et répartis de manière aléatoire (5:5:3) entre les différents groupes: expérimental (l'intervention), témoin et exclusivement observationnel.**

Dans les 13 sites, les prestataires de soins du centre de soins communautaire ont reçu une formation à la circoncision masculine médicale et volontaire. Les participants éligibles avaient au moins 18 ans, étaient séronégatifs, non circoncis et n'avaient fait aucune démarche pour demander ou programmer de circoncision masculine médicale et volontaire lors de leur inclusion. Les statisticiens de l'essai n'ont pas participé à la randomisation. A l'issue de la phase de conseil et de test volontaires du VIH, les participants ont été recrutés. Les partenaires féminines ont été invitées à y participer. **Les principales données obtenues au niveau individuel étaient la probabilité d'une circoncision masculine médicale et volontaire dans les 12 mois après l'intervention, et l'utilisation du préservatif après la circoncision masculine médicale et volontaire chez les participants ayant bénéficié de l'intervention.** Cet essai est enregistré sur ClinicalTrials.gov, sous le numéro NCT01688167.

Résultats: **800 hommes séronégatifs et non circoncis** (400 dans le groupe expérimental, 400 dans le groupe témoin) **ont été inclus. 161 participants du groupe expérimental et 96 du groupe témoin ont subi une circoncision masculine médicale et volontaire (odds ratio ajusté 2,45, IC 95% 1,24–4,90; p=0,02).** L'utilisation du préservatif a été étudiée chez les participants ayant subi la circoncision masculine médicale et volontaire et déclaré une activité sexuelle dans le mois ayant suivi un examen post-circoncision (88 dans le groupe expérimental et 64 dans le groupe témoin). **L'utilisation du préservatif a augmenté au fil du temps dans le groupe expérimental (p=0,03) mais pas dans le groupe témoin (p=0,2).** Un patient est décédé dans chaque groupe. Aucun événement indésirable lié à la participation à l'étude n'a été signalé.

Interprétation: **Les programmes complets de prévention du VIH peuvent accroître la demande et le recours aux services de circoncision masculine médicale et volontaire.**

[Accès au résumé](#)

***Note de la rédaction:** Si la circoncision masculine médicale et volontaire réduit le risque d'acquisition du VIH chez l'homme d'environ 60%, le recours à cette méthode est rare dans certains pays à prévalence élevée. Cette situation constitue un obstacle à la réalisation de l'objectif de 80%*

d'hommes circoncis fixé par l'OMS. En Zambie, l'objectif national n'a été atteint qu'à 37%. Dans cet essai sondage aléatoire en grappes, 13 centres de soins communautaires ont été randomisés pour recevoir une formation dans le cadre du programme « Spear and Shield », jouer un rôle de témoin (pendant une période de temps équivalente formation aux stratégies générales de prévention des maladies) ou d'observation uniquement. Le programme Spear and Shield se composait de quatre sessions de groupe hebdomadaires de 90 minutes. Chez les hommes du groupe programme les probabilités de se faire circoncire étaient 2,5 fois plus élevées que chez les participants du groupe témoin. Cette augmentation du recours à la circoncision masculine n'était pas associée à une augmentation des comportements sexuels à risque. En fait, on a observé une augmentation de l'utilisation du préservatif dans le groupe programme. D'après l'OMS, la création de demande continue d'être le principal obstacle à la réalisation des objectifs de 80% d'hommes circoncis. Les auteurs suggèrent de renforcer un programme basé sur des données probantes comme Spear and Shield, tout en formant les travailleurs de santé communautaires à pratiquer les circoncisions, comme une des solutions optimales et les plus rentables pour réduire significativement les taux de prévalence du VIH dans les milieux à forte incidence.

Disponibilité des traitements antirétroviraux et divulgation du statut VIH au conjoint à Rakai, Ouganda; étude longitudinale axée sur la population.

Haberlen SA, Nakigozi G, Gray RH, Brahmbhatt H, Ssekasanvu J, Serwadda D, Nalugoda F, Kagaayi J, Wawer MJ. J Acquir Immune Defic Syndr. 1^{er} juin 2015 ;69(2):241-7. doi: 10.1097/QAI.0000000000000600.

Contexte: Dix ans après le déploiement du traitement antirétroviral (TARV) en Afrique subsaharienne, les effets de cette évolution structurelle sur les aspects sociaux du VIH, tels les taux de divulgation du statut VIH aux partenaires, demeurent largement sous-étudiés. **A partir de données longitudinales basées sur la population, nous avons évalué si l'instauration du TARV avait un impact sur la divulgation du diagnostic du VIH aux conjoints à Rakai, Ouganda.**

Méthodes: Nous avons identifié des couples mariés/concubins ayant récemment reçu un diagnostic de VIH dans des enquêtes sur l'Etude de cohorte de la communauté de Rakai entre 2000 et 2008, où le TARV a été introduit courant 2004. **A l'aide d'une analyse de survie à temps discret, nous avons évalué les probabilités de divulgation spontanée au conjoint de l'infection par le VIH après un diagnostic pré-TARV et après la mise en route du TARV, en ajustant les résultats en fonction des caractéristiques individuelles et du couple. La divulgation pendant la durée du TARV a en outre été stratifiée en fonction de l'instauration du TARV.**

Résultats: L'analyse a porté sur 557 adultes mariés, dont 264 ont été diagnostiqués porteurs du VIH avant la mise à disposition du TARV (2000-2004) et 293 ont été diagnostiqués après l'instauration du TARV (2005-2008). **L'incidence cumulée de la divulgation spontanée était de 75,2% durant la période post-TARV, contre 58,3% avant la mise à disposition du TARV [P < 0,001, hazard ratio ajusté: 1,46 (intervalle de confiance 95%: 1,16 à 1,83)].** Durant la période post-TARV, les taux de divulgation observés étaient de 39% (72 sur 184) parmi les personnes ne bénéficiant pas de soins du VIH, 65% (82 sur 126) chez celles bénéficiant de soins pré-TARV et de 85% (64 sur 75) chez les personnes sous TARV (P < 0,001).

Conclusions: **La disponibilité et l'utilisation des traitements, en particulier l'instauration du TARV, étaient associées à un meilleur taux de divulgation spontanée du diagnostic de VIH aux partenaires.** L'accès au TARV peut favoriser la prévention de la transmission aux partenaires non infectés et le lien avec les traitements pour les couples infectés.

Note de la rédaction: *Pour une prévention efficace de la transmission par voie sexuelle du VIH, il est important que les personnes séropositives révèlent leur statut à leur conjoint et autres partenaires sexuels. Toutefois, l'appréhension face aux conséquences négatives potentielles de la révélation de son statut séropositif peut être un obstacle majeur à la divulgation. L'accès au traitement antirétroviral (TARV) a considérablement augmenté dans les pays à revenu faible et intermédiaire depuis 2003. Les données longitudinales sur l'effet de la disponibilité du TARV et de la divulgation du VIH dans la population africaine générale sont limitées. Cette étude a étudié, à Rakai, Ouganda, si un accès accru au TARV avait eu un impact sur la divulgation au conjoint d'une infection par le VIH récemment diagnostiquée chez des hommes et des femmes en relation de couple stable. Bien que la population de l'étude soit relativement réduite, les investigateurs ont démontré que la disponibilité du TARV était associée à de meilleurs taux de divulgation spontanée de l'infection par le VIH au conjoint. Il est possible que certains cas de divulgation aient été involontaires, car il est sans doute difficile de dissimuler à un conjoint ou un partenaire conjugal que l'on prend un traitement, qui inclut de fréquentes consultations médicales. Malgré cela, l'augmentation des divulgations, autant chez les hommes que chez les femmes, a été significative. En outre, le souhait d'accéder au TARV a été documenté comme un facteur d'incitation à révéler un diagnostic de VIH. Bien que cette étude révèle un taux de divulgation relativement élevé, un sous-groupe important d'adultes n'avaient pas parlé de leur diagnostic VIH à leur conjoint. Ceci souligne l'importance de modèles de soins qui inspirent confiance, en plus du TARV, pour faciliter la divulgation de l'infection par le VIH dans de bonnes conditions.*

La perception des rapports hétérosexuels anaux chez les chauffeurs routiers et les villageois du sud-est rural de la Tanzanie: étude qualitative.

Mtenga S, Shamba D, Wamoyi J, Kakoko D, Haafkens J, Mongi A, Kapiga S, Geubbels E. Sex Transm Infect. 25 juin 2015. pii: sextrans-2015-052055. doi: 10.1136/sextrans-2015-052055. [Publication en ligne avant impression]

Objectif: Étudier le point de vue des chauffeurs routiers et des villageois des zones rurales de Tanzanie sur les rapports hétérosexuels anaux (RHA) et les risques sanitaires associés.

Méthodes: **Étude qualitative basée sur 8 entretiens approfondis (EA) et 2 forums de discussion (FD) avec des chauffeurs routiers et sur 16 EA et 4 FD avec des villageois de la région de Morogoro.** Les participants de l'étude incluaient 24 femmes et 46 hommes. Une analyse thématique des données a été effectuée, en utilisant des techniques qualitatives standard.

Résultats: **Les raisons données par les hommes pour pratiquer les RHA étaient le plaisir sexuel, l'impression que les rapports anaux sont plus sûrs que les rapports vaginaux, une pratique sexuelle différente, l'exploration et la preuve de leur virilité. Les raisons données par les femmes pour pratiquer les RHA étaient les besoins financiers, le désir de garder leur partenaire, une alternative sexuelle pendant les règles, la prévention des grossesses et des raisons esthétiques, les RHA étant réputées faire grossir les fesses des femmes. La plupart des participants pensaient que les préservatifs n'étaient pas nécessaires pendant les RHA.** Les idées à l'origine de ces croyances étaient que les infections sont localisées dans les endroits « humides » (le vagin) et que l'anus n'est pas favorable à l'utilisation du préservatif; les préservatifs réduisent la « sécheresse » et les « frottements » (plaisir), et peuvent rester coincés à l'intérieur.

Conclusions: **Les participants à l'étude ont rapporté des pratiques et des croyances sur les RHA qui les exposent au risque d'infection par le VIH et d'infections sexuellement**

transmissibles. Il est urgent d'accorder une plus grande attention aux RHA en Tanzanie, où cette pratique sexuelle est encore considérée comme taboue. Cette étude offre des informations utiles qui pourraient être intégrées aux programmes d'éducation sexuelle.

[Accès au résumé](#)

Note de la rédaction: Cet article explore les points de vue des chauffeurs routiers et des villageois sur les rapports hétérosexuels anaux. Lors des entretiens approfondis et des forums de discussion réalisés dans la région de Morogoro en République Unie de Tanzanie, les chercheurs ont demandé aux participants leur avis sur les pratiques sexuelles en général et plus précisément sur les rapports hétérosexuels anaux. Les résultats révèlent que les participants considèrent les rapports hétérosexuels anaux comme une pratique courante. En discutant des raisons pour lesquelles les hommes ont des rapports hétérosexuels anaux, les principales motivations avancées par les participants sont le plaisir sexuel, la réalisation d'un idéal de virilité et l'exploration sexuelle. Chez les femmes en revanche les participantes ont cité comme principales raisons des motivations financières, la volonté de faire durer la relation, la prévention des grossesses, la poursuite des rapports pendant les règles et le fait que cela fasse « grossir » les fesses des femmes. Interrogés sur la protection contre le VIH, de nombreux participants ne pensaient pas qu'il était possible ou nécessaire d'utiliser un préservatif pour se protéger lors des rapports hétérosexuels anaux. Les résultats, bien qu'ils soient fondés sur des perceptions du comportement d'autrui et non sur son propre comportement, suggèrent que les rapports hétérosexuels anaux sont plus répandus en Tanzanie qu'on ne le pense souvent. Et s'il s'agit d'une pratique sexuelle répandue et non protégée, c'est une importante voie de contamination par le VIH.

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

Reconstituer la cascade des interventions de PTME à partir des données d'enquêtes transversales auprès des ménages: l'étude PEARL.

Chi BH, Tih PM, Zanolini A, Stinson K, Ekouevi DK, Coetzee D, Welty TK, Bweupe M, Shaffer N, Dabis F, Stringer EM, Stringer JS. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 11 juin 2015. [Publication en ligne avant impression]

Contexte: Compte tenu des objectifs ambitieux de réduction des chiffres du SIDA chez les enfants dans le monde, il est primordial d'évaluer en continu les programmes de prévention de la transmission mère-enfant (PTME) du VIH. **Le concept de « cascade des interventions de PTME » est largement utilisé pour identifier les goulets d'étranglement dans la mise en œuvre des programmes. Pourtant, la plupart des efforts déployés pour reconstituer la cascade se sont appuyés sur des approches axées sur les structures de soins, ce qui peut en limiter la validité du point de vue extérieur.**

Méthodes: **Nous avons analysé les données de l'enquête PEARL auprès des ménages qui a mesuré l'efficacité de la PTME dans 26 communautés de Zambie, d'Afrique du Sud, de Côte-d'Ivoire et du Cameroun.** Nous avons recruté des femmes ayant déclaré un accouchement dans les deux années précédentes. **Parmi les femmes dont l'infection par le VIH a été confirmée au moment de l'enquête, nous avons reconstitué la cascade PTME grâce aux informations autodéclarées par les participantes.** Nous avons également analysé les données portant sur le statut vital de l'enfant. Chez les enfants encore en vie, un dépistage du VIH a été effectué par test ADN par PCR.

Résultats: **Sur les 976 femmes éligibles, seules 355 (36%) ont accompli toutes les étapes de la cascade PTME.** Parmi les 621 couples mère-enfant ne les ayant pas toutes accomplies, 22 (4%) ont déclaré ne jamais avoir eu recours aux soins prénataux, 103 (17%) n'ont pas subi de dépistage du VIH pendant la grossesse, 395 (64%) ont déclaré avoir subi un test mais jamais reçu le résultat de leur séropositivité, 48 (8%) n'ont pas reçu de prophylaxie antirétrovirale maternelle et 53 (9%) n'ont pas reçu de prophylaxie antirétrovirale infantile. **La plus faible prévalence d'infection ou de décès infantile par le VIH a été observée chez les couples ayant suivi les interventions en cascade (10%, IC 95%: 7%-12%).**

Conclusions: **Les efforts futurs à accomplir pour mesurer l'impact de la PTME dans la population devront intégrer les aspects explorés dans l'Etude PEARL - y compris le test du VIH chez les enfants exposés au VIH dans les enquêtes auprès des ménages - pour mieux comprendre l'efficacité des programmes.**

[Accès au résumé](#)

***Note de la rédaction :** Les programmes de prévention de la transmission mère-enfant du VIH peuvent pratiquement éliminer la transmission lorsqu'ils offrent la couverture et la qualité qui conviennent. Cette étude basée sur la population a recruté des femmes vivant avec le VIH et ayant accouché au cours des 24 derniers mois dans quatre pays d'Afrique subsaharienne dont le Cameroun, la Côte-d'Ivoire, l'Afrique du Sud et la Zambie. Les 976 mères ont autorisé les tests de dépistage du VIH sur leur enfant et ont évalué le niveau de services de santé maternelle qu'elles ont reçu pour cet enfant, la « cascade des interventions de prévention de la transmission mère-enfant du VIH ». Si 98% des mères ont eu au moins un contact avec des services de santé anténatale, seules 36% ont en fait reçu des services considérés comme adaptés pour prévenir la transmission du VIH à leur enfant. Cette étude est précieuse dans la mesure où elle montre exactement où se situent les lacunes de prise en charge sur l'ensemble du parcours de soins. En particulier, 53% des mères n'ont pas reçu le résultat d'un test du VIH, et donc n'ont pas reçu les services de suivi pour la prévention de la transmission. S'agissant d'une étude basée sur la population, ces données donnent une image plus complète de la couverture des services qui ne peut être obtenue par les systèmes traditionnels de surveillance et d'évaluation. Ces résultats peuvent fournir des indications sur les points à renforcer le long de la « cascade d'interventions de prévention de la transmission mère-enfant du VIH », de façon à minimiser le risque de transmission pour tous les enfants nés de femmes vivant avec le VIH.*

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

Ténofovir alafénamide contre fumarate de ténofovir disoproxil, coformulé avec de l'élvitégravir, du cobicistat et de l'emtricitabine, pour le traitement initial d'une infection par VIH-1: deux essais de non infériorité par sondage aléatoire, en double-aveugle de phase 3.

Sax PE, Wohl D, Yin MT, Post F, DeJesus E, Saag M, Pozniak A, Thompson M, Podzamczar D, Molina JM, Oka S, Koenig E, Trottier B, Andrade-Villanueva J, Crofoot G, Custodio JM, Plummer A, Zhong L, Cao H, Martin H, Callebaut C, Cheng AK, Fordyce MW, McCallister S, GS-US-292-0104/0111 Study Team. Lancet. 27 juin 2015;385(9987):2606-15. doi: 10.1016/S0140-6736(15)60616-X. Publication en ligne 15 avr 2015.

Contexte: **Le fumarate de ténofovir disoproxil peut avoir des effets toxiques au niveau rénal et osseux du fait des concentrations plasmatiques élevées du ténofovir. Le ténofovir alafénamide est un nouveau promédicament du ténofovir qui présente une réduction de 90% des**

concentrations plasmatiques du ténofovir. Les traitements à base de ténofovir alafénamide peuvent procurer une sécurité rénale et osseuse améliorée en comparaison avec les traitements contenant du fumarate de ténofovir disoproxil.

Méthodes: Dans ces **deux études contrôlées en double-aveugle de phase III**, nous avons recruté, dans 178 centres de soins ambulatoires répartis dans 16 pays, **des patients infectés par le VIH et n'ayant jamais reçu de traitement** avec une libération **de créatinine estimée à 50 mL par min ou plus**. Les patients ont été **répartis de manière aléatoire (1:1)** pour recevoir **des comprimés à prendre par voie orale une fois par jour contenant 150 mg d'elvitégravir, 150 mg de cobicistat, 200 mg d'emtricitabine et 10 mg de ténofovir alafénamide (E/C/F/ténofovir alafénamide) ou 300 mg de fumarate de ténofovir disoproxil (E/C/F/fumarate de ténofovir disoproxil) avec le placebo correspondant**. Le tirage aléatoire a été réalisé par une séquence d'attribution générée de manière informatisée (taille de bloc 4) et a été stratifié par ARN VIH-1, par numération de CD4 et par zone géographique (États-Unis ou hors États-Unis). Les investigateurs, les patients, le personnel de l'étude et les personnes chargées d'évaluer les résultats étaient inconnus du groupe de traitement. **Tous les participants ayant reçu une dose du médicament expérimental ont été inclus dans les analyses principales d'efficacité et de sécurité en intention de traiter**. Les **principales données obtenues** étaient la **proportion de patients présentant un ARN VIH-1 plasmatique inférieur à 50 copies par mL à la semaine 48**, comme défini par l'algorithme instantané de la US Food and Drug Administration (FDA) (marge de non infériorité prédéfinie de 12%) et **les critères rénaux et osseux prédéfinis à 48 semaines**. Ces études sont enregistrées sur ClinicalTrials.gov, sous les numéros NCT01780506 et NCT01797445.

Résultats: Nous avons recruté des patients du 22 janvier 2013 au 4 novembre 2013 (2175 retenus et 1744 répartis de manière aléatoire), et avons donné un traitement à 1733 patients (866 ont reçu E/C/F/ténofovir alafénamide et 867 E/C/F/fumarate de ténofovir disoproxil). **E/C/F/ténofovir alafénamide n'était pas inférieur à E/C/F/fumarate de ténofovir disoproxil**, avec 800 (92%) sur 866 patients du groupe **ténofovir alafénamide** et 784 (90%) sur 867 patients du groupe **fumarate de ténofovir disoproxil ayant un ARN VIH-1 plasmatique inférieur à 50 copies par mL** (différence ajustée 2,0%, IC 95% -0,7 à 4,7). **Les patients ayant reçu E/C/F/ténofovir alafénamide ont enregistré une augmentation moyenne de la créatinine sérique significativement plus faible que ceux ayant reçu E/C/F/fumarate de ténofovir disoproxil** (0,08 contre 0,12 mg/dL; $p < 0,0001$), **une protéinurie considérablement inférieure** (variation en pourcentage médian -3 contre 20; $p < 0,0001$), **et une diminution nettement plus faible de la densité minérale osseuse au niveau de la colonne vertébrale** (variation en pourcentage moyen -1,30 contre -2,86; $p < 0,0001$) **et de la hanche** (-0,66 contre -2,95; $p < 0,0001$) **à 48 semaines**.

Interprétation: Sur 48 semaines, plus de 90% des patients ayant reçu E/C/F/ténofovir alafénamide ou E/C/F/fumarate de ténofovir disoproxil ont obtenu des résultats virologiques positifs. **Les effets au niveau rénal et osseux ont été significativement réduits chez les patients ayant reçu E/C/F/ténofovir alafénamide**. Bien que ces études ne puissent pas évaluer les événements de sécurité clinique tels que l'insuffisance rénale et les fractures, nos données suggèrent que l'association E/C/F/ténofovir alafénamide aura un profil de sécurité favorable à long terme au niveau rénal et osseux.

[Accès au résumé](#)

Note de la rédaction: *Le fumarate de ténofovir alafénamide (TAF) est un nouvel agent antirétroviral élaboré par Gilead Sciences et est très similaire au fumarate de ténofovir disoproxil (TDF). Le TDF est largement utilisé, présente une activité élevée et une grande sécurité chez la majeure partie des*

patients mais, sur le long terme, son utilisation est associée à de faibles risques de diminution de la fonction rénale, de maladie rénale chronique et de diminution de la densité minérale osseuse. Le TAF et le TDF sont deux promédicaments du ténofovir mais le TAF génère des concentrations très puissantes de ténofovir dans les cellules immunitaires concernées par le VIH, avec des concentrations plasmatiques beaucoup plus faibles que le TDF. La plus faible concentration plasmatique du ténofovir associée au TAF réduirait, selon les hypothèses, les effets toxiques sur la santé rénale et osseuse. Le TAF est également efficace à la dose réduite de 10-25 mg, comparativement à la dose quotidienne standard de TDF de 300mg. Cet aspect peut contribuer à réduire le coût du médicament si la diminution de la dose s'accompagne d'une baisse des coûts de production.

Les auteurs rapportent les résultats combinés de deux études de non infériorité de phase III comparant la sécurité et l'efficacité du TAF et du TDF financées par Gilead Sciences. Dans les deux études, le TAF a été coformulé sous la forme d'un comprimé à prise quotidienne unique avec l'élvitégravir, le cobicistat et l'emtricitabine. Le traitement à base de TAF a abouti à un taux élevé de suppression virologique, non inférieur aux résultats du traitement par TDF. Comparativement au TDF, le TAF a eu des effets nettement plus favorables sur les paramètres rénaux et osseux, avec une diminution plus faible de la libération de créatinine et de la densité minérale osseuse et une augmentation plus faible de la protéinurie. Il reste à apprécier la portée clinique en conditions réelles de ces résultats, mais les traitements à base de TAF peuvent procurer à long terme des bénéfices significatifs en termes de sécurité et de coût par rapport aux traitements à base de TDF. Les caractéristiques favorables du TAF ont également conduit au développement d'un implant sous-cutané à libération prolongée de TAF qui a récemment été évalué chez le chien. Un implant à action prolongée de TAF pourrait avoir un potentiel d'application comme candidat pour la prophylaxie du VIH dans les populations vulnérables.

La durée d'une interruption d'adhérence au traitement antirétroviral est associée à un risque de rebond virologique, comme déterminé par le suivi de l'adhérence en temps réel dans les zones rurales d'Ouganda.

Haberer JE, Musinguzi N, Boum Y, 2nd, Siedner MJ, Mocello AR, Hunt PW, Martin JN, Bangsberg DR. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 24 juin 2015. [Publication en ligne avant impression]

Contexte: Les interruptions d'adhérence au traitement antirétroviral (TARV) ont été associées à un rebond viral mais le véritable risque reste inconnu car l'ARN VIH n'a jamais été mesuré durant les périodes d'interruption.

Méthodes: L'Uganda AIDS Rural Treatment Outcomes Study (l'étude des résultats du traitement du SIDA en milieu rural en Ouganda) est **une cohorte longitudinale observationnelles d'adultes débutant un TARV. Nous avons suivi l'adhérence, à l'aide d'un dispositif qui transmet sans fil les enregistrements des ouvertures des dispositifs, et évalué l'ARN VIH une fois par trimestre. Quand il a été détecté que plus de 48 heures se sont écoulées depuis la dernière ouverture des dispositifs, nous nous sommes rendus sans prévenir chez les participants pour chercher à comprendre la cause et pour évaluer l'ARN VIH.** Des régressions logistiques ajustées à l'aide d'équations d'estimation généralisées ont été utilisées pour évaluer les facteurs associés au rebond viral.

Résultats: Nous avons suivi 479 participants (durée médiane de 25 mois par participant). La plupart d'entre eux étaient des femmes (72%), 36 ans d'âge médian, numération de CD4 pré-TARV médiane de 198 cellules/ μ L, taux médian d'ARN VIH pré-TARV de 5.0 log¹⁰ copies/ml, et durée médiane de la précédente suppression virale de 13 mois. **Un total de 587 interruptions d'adhérence suivies ont**

confirmé une suppression virale antérieure, 13 d'entre elles (2%) présentant un rebond viral détectable. Le rebond viral était associé à la durée de l'interruption d'adhérence (odds ratio 1,25 pour chaque jour au-delà du délai de 48 heures, p=0,007) et à une adhérence de 30 jours avant l'interruption (OR 0,73, p=0,02).

Discussion: Cet article est la première démonstration du rebond de l'ARN VIH pendant les interruptions d'adhérence objectivement mesuré en temps réel. Les probabilités de rebond viral augmentaient de 25% par jour au-delà des 48 heures. Le suivi de l'adhérence en temps réel a été possible dans un environnement d'Afrique subsaharienne. **Des recherches ultérieures devraient évaluer le potentiel des interventions d'adhérence en temps réel à prolonger l'adhérence à des traitements de première ligne abordables.**

[Accès au résumé](#)

***Note de la rédaction:** Plus le nombre de personnes mises sous traitement antirétroviral augmente, plus il est difficile d'assurer le maintien et l'adhérence au traitement. Il est difficile de mesurer l'adhérence au traitement, en particulier dans les milieux où les ressources sont limitées. Elle repose le plus souvent sur les autodéclarations de comprimés oubliés, ce qui génère des données peu sensibles. Cet article décrit une étude dans laquelle l'adhérence a été contrôlée à l'aide d'un pilulier fonctionnant sur piles qui détecte électroniquement chaque ouverture du pilulier. L'ouverture du pilulier est signalée par un SMS, soit immédiatement soit dès que le réseau mobile est disponible. Dans cette étude, si le pilulier n'a pas été ouvert pendant plus de 48 heures, une visite à domicile non annoncée était effectuée pour chercher à trouver la cause et pour prélever du sang afin de procéder à la mesure de la charge virale du VIH.*

Une adhérence inférieure à 80%, mesurée par le dispositif de contrôle de l'adhérence, se traduisait par une charge virale détectable lors de la consultation médicale suivante. Les interruptions plus longues du traitement étaient associées à un risque accru de détectabilité de la charge virale du VIH dans le sang prélevé lors de la visite à domicile. Ces résultats, basés sur un très faible nombre de personnes ayant une charge virale détectable, ne sont pas surprenants. Cependant, la méthodologie est intéressante car ces dispositifs de contrôle du traitement peuvent fournir aux professionnels de santé des alertes en temps réel concernant les personnes qui oublient des doses. Auparavant, les dispositifs de contrôle du traitement étaient trop coûteux pour être utilisés en dehors d'études cliniques. Toutefois, il est intéressant de développer des dispositifs de contrôle pouvant être produits en série, à faible coût. Ces dispositifs de contrôle sont en mesure d'aider les travailleurs de santé à identifier beaucoup plus rapidement qu'il n'est possible de le faire aujourd'hui les personnes présentant une mauvaise adhérence, et à cibler le type d'aide à l'adhérence supplémentaire à privilégier. En tant que tels, ils pourraient jouer un rôle important dans l'amélioration des résultats du traitement.

Comparatif des traitements antirétroviraux hautement actifs (HAART) actifs contre le HBV dans une cohorte multinationale de patients atteints du VIH-HBV: les résultats sur 144 semaines.

Thio CL, Smeaton L, Hollabaugh K, Saulynas M, Hwang H, Saravanan S, Kulkarni S, Hakim J, Nyirenda M, Iqbal HS, Laloo UG, Campbell TB, Lockman S, Currier JS. AIDS. 19 juin 2015;29(10):1173-82. doi: 10.1097/QAD.0000000000000686.

Objectifs: **Explorer les facteurs associés à la suppression à court et à long terme de l'ADN du virus de l'hépatite B (HBV) dans une cohorte multinationale de patients co-infectés par le VIH et le HBV et recevant des antirétroviraux actifs contre le HBV.**

Méthodes: Cent quinze patients co-infectés par le VIH-HBV participant à l'un des deux essais cliniques par sondage aléatoire internationaux conduits par l'Adult AIDS Clinical Trials Group sur différents traitements antirétroviraux ont reçu soit une monothérapie anti-HBV par lamivudine ou emtricitabine (N = 56), soit une bithérapie anti-HBV par fumarate de disoproxil ténofovir (TDF) + lamivudine ou emtricitabine (N = 59). **Le lien entre les caractéristiques prétraitement et les résultats principaux (ADN du HBV <200 IU/ml à 24 semaines) et longitudinaux sur 144 semaines a été exploré par régression logistique.** Les mutations de résistance aux traitements du HBV ont été déterminées par séquençage du gène pol chez les patients présentant un rebond viral.

Résultats: **La proportion de patients présentant un ADN HBV inférieur à 200 IU/ml était de 60% (intervalle de confiance 95% 50-69%) à 24 semaines et de 79% (intervalle de confiance 95% 69-88%) à 144 semaines.** Les facteurs prétraitement associés au résultat principal étaient l'ADN HBV, la numération des CD4 et l'aspartate aminotransférase, mais seul l'ADN HBV prétraitement est resté associé à une suppression sur le long terme (P < 0,0001). **Le groupe de traitement du HBV n'était pas significativement associé au résultat principal à 24 semaines, mais, longitudinalement, une plus grande proportion du groupe en bithérapie a atteint un ADN HBV inférieur à 200 IU/ml (P = 0,007).** Une plus grande proportion de patients non porteurs de l'antigène et de l'hépatite B (n = 57) ont atteint un ADN HBV inférieur à 200 IU/ml à un moment ou un autre, indépendamment du groupe de traitement. **Les 12 patients chez lesquels sont apparus des mutants résistants à la lamivudine faisaient tous partie du groupe monothérapie.**

Conclusions: La bithérapie antirétrovirale active contre le HBV à base de TDF est préférable pour traiter les patients co-infectés par VIH-HBV. Dans les milieux aux ressources limitées dans lesquels le TDF n'est pas toujours universellement disponible, la monothérapie anti-HBV par lamivudine ou emtricitabine est une option raisonnable chez les patients présentant une faible répllication virale.

[Accès au résumé](#)

***Note de la rédaction:** L'infection par le virus de l'hépatite B demeure une cause majeure de morbidité et de mortalité évitables dans le monde, consécutive aux cirrhoses et cancers du foie. Dans les milieux où la prévalence de la co-infection par VIH-HBV est élevée, il est possible d'optimiser la prise en charge clinique dans le cadre de l'approche de santé publique de la thérapie antirétrovirale. Cette étude s'ajoute aux éléments de preuve suggérant que les traitements antirétroviraux à base de lamivudine/emtricitabine et ténofovir sont associés à de meilleurs résultats virologiques que les traitements sans ténofovir chez les personnes co-infectées par le VIH et le HBV. Dans cette étude, une analyse post hoc de deux essais contrôlés par sondage aléatoire multicentriques, les traitements associant deux agents actifs contre le HBV ont procuré une suppression virologique plus durable et ont limité l'émergence de souches de HBV résistantes à la lamivudine. Bien que les recommandations sur le traitement de la co-infection par VIH-HBV soient intégrées aux directives de l'OMS sur les antirétroviraux, les tests de dépistage de l'infection par le HBV dans les programmes antirétroviraux restent rares et le ténofovir n'est pas universellement utilisé dans les traitements antirétroviraux de première ligne standard. Étant donné le nombre croissant de personnes qui optent pour des traitements antirétroviraux de deuxième intention, il se pose la difficulté supplémentaire d'identifier l'infection par le HBV afin de conserver les agents actifs contre le HBV dans le traitement de deuxième intention. Il est maintenant nécessaire de disposer de meilleures preuves sur la mise en œuvre de ces recommandations dans le cadre des programmes antirétroviraux à l'échelle nationale.*

L'impact des accompagnateurs choisis par le patient sur l'adhérence aux soins du VIH, la progression de la maladie et le déroulement de la vie quotidienne chez des patients infectés

par le VIH avant traitement antirétroviral à Rakai, Ouganda: essai contrôlé par sondage aléatoire.

Nakigozi G, Makumbi FE, Bwanika JB, Atuyambe L, Reynolds SJ, Kigozi G, Nalugoda F, Chang LW, Kiggundu V, Serwadda D, Wawer MJ, Gray RH, Kamya MR. J Acquir Immune Defic Syndr. 1^{er} juin 2015. [Publication en ligne avant impression]

Contexte: **On dispose de données limitées sur l'impact des aidants issus du foyer ou de la communauté (« accompagnateurs ») lors de l'admission et en termes d'adhérence aux soins du VIH pré-traitement antirétroviral. Nous avons évalué l'impact des accompagnateurs sur l'adhérence aux rendez-vous médicaux pour le VIH, sur la progression de la maladie et sur le déroulement de la vie quotidienne chez des personnes infectées par le VIH pré-TARV à Rakai, Ouganda.**

Méthodes: 1209 patients pré-TARV infectés par le VIH et âgés de ≥ 15 ans ont été répartis de manière aléatoire entre le groupe traitement de référence (SOC) (n = 604) et le groupe accompagnateur choisi par le patient (PSCB) (n= 605) et ont été suivis à 6 et 12 mois. Les critères étudiés étaient l'adhérence aux consultations médicales, la progression de la maladie à VIH et la qualité de la vie quotidienne autodéclarée. Des taux d'incidence et de prévalence et des intervalles de confiance de 95% (IC 95%) ont été utilisés pour évaluer les données obtenues dans les analyses en intention de traiter et sous-traitement.

Résultats: Les caractéristiques de référence étaient comparables. Dans l'analyse en ITT, les deux bras étaient comparables en termes d'adhérence aux consultations de contrôle de CD4 (PRR aj. 0,99, IC 95% 0,93-1,04, p=0,625), et d'éligibilité au TARV (PRR aj.=1,00, IC 95% 0,77-1,31, p=0,946). Le bon déroulement de la vie quotidienne était significativement plus élevé dans le bras PSCB que dans le bras SOC (PRR aj. 1,08, IC 95% 1,03-1,13, p=0,001). Plus d'hommes (61%) que de femmes (30%) ont choisi leur conjoint/partenaire comme accompagnateur (p<0,0001.) 22% des participants du bras PSCB ont arrêté de recourir à des accompagnateurs.

Conclusion: **Parmi les personnes pré-TARV, la présence d'un accompagnateur a amélioré le déroulement de la vie quotidienne des patients infectés par le VIH mais n'a eu aucun effet sur la progression de la maladie et seulement un effet limité sur l'adhérence aux rendez-vous médicaux.**

[Accès au résumé](#)

Note de la rédaction: *Pour optimiser l'impact du traitement antirétroviral (TARV), les personnes vivant avec le VIH doivent être diagnostiquées à un stade précoce, admises et maintenues en soins pré-TARV, démarrer un TARV rapidement et être maintenues dans le circuit de soins du TARV. Une adhérence à long terme pour atteindre et maintenir la suppression de la charge virale est la dernière étape de la continuité des soins du VIH. L'engagement tout au long de la cascade des interventions de traitement du VIH est un facteur déterminant pour la réussite à long terme de la réponse globale au VIH.*

Comme celui-ci, l'article suivant évoque les résultats des essais par sondage aléatoire portant sur les programmes d'amélioration de l'admission et du maintien dans le circuit de soins pré-TARV.

Le premier essai par sondage aléatoire a évalué l'impact d'accompagnateurs formés choisis par le patient parmi les personnes vivant avec le VIH et pas encore sous TARV. Les données obtenues étaient l'adhérence aux rendez-vous de soins du VIH, la progression du VIH et le déroulement de la vie quotidienne (impressions des participants sur leur état de santé général, la douleur et la capacité à exécuter les activités de la vie quotidienne) sur une période de 12 mois. Les auteurs ont trouvé que

la présence d'accompagnateurs améliorerait le déroulement de la vie quotidienne mais n'avait pas d'impact sur le maintien dans le circuit de soins ni sur la progression de la maladie à VIH. Ces résultats indiquent qu'il n'est pas nécessaire, dans les programmes de lutte contre le VIH, de retarder le début des soins du VIH en attendant qu'un patient choisisse un accompagnateur. Ils ont également observé que 22% des participants ont cessé de recourir à un accompagnateur, peut-être à cause de la fatigue de l'accompagnateur après un certain temps, tandis que 10% des participants du bras témoin ont eu recours aux services d'accompagnateurs formés. Cet aspect a resserré l'écart entre les bras et contribué à l'absence d'impact constatée dans l'analyse en intention de traiter.

Constat intéressant, les auteurs soulignent également que les femmes choisissaient moins volontiers leur conjoint comme accompagnateur, à 30%, contre 61% chez les hommes, vraisemblablement parce que la divulgation du statut VIH est souvent associée à des conséquences négatives pour les femmes, parmi lesquelles la violence domestique, l'abandon et le divorce.

L'impact des agents de soutien communautaire sur le maintien dans le circuit des soins prétraitement antirétroviral des personnes vivant avec le VIH - Essai contrôlé par sondage aléatoire en Ouganda oriental.

Lubega M, Tumwesigye MN, Kadobera D, Marrone G, Wabwire-Mangen F, Peterson S, Reynolds SJ, Ekstrom AM. J Acquir Immune Defic Syndr. 12 juin 2015. [Publication en ligne avant impression]

Introduction: Plus de 50% des personnes vivant avec le VIH/SIDA (PVVS) en Afrique subsaharienne sont perdues de vue entre le diagnostic et la mise en route du traitement antirétroviral au cours des soins pré-TARV. **L'impact des visites de conseils à domicile par des agents de soutien communautaires sur le maintien sur 2 ans dans le circuit des soins pré-TARV a été évalué à l'aide d'un essai contrôlé par sondage aléatoire** en Ouganda oriental.

Méthodes: **400 personnes séropositives récemment dépistées ont été réparties de manière aléatoire pour recevoir soit uniquement des conseils post-dépistage (bras soins courants), soit des conseils post-dépistage et une visite de conseil à domicile par mois assurés par des agents de soutien communautaires afin de les encourager à reprendre les soins courants pré-TARV (bras intervention). La mesure du résultat était la proportion de nouvelles PVVS dans l'un et l'autre bras qui se rendaient à leurs rendez-vous de soins pré-TARV au moins six fois sur les huit rendez-vous prévus durant les 24 premiers mois suivant le diagnostic du VIH.** La différence entre les deux bras de l'étude a été évaluée à l'aide de tests du khi2 et de tests t. La méthode de Mantel-Haenszel (MHRR) et les modèles logistiques multivariés ont été utilisés pour évaluer l'effet ajusté de l'intervention sur le résultat.

Résultats: Dans tous les modèles générés, les participants recevant chaque mois une visite de conseil à domicile avaient 2,5 fois plus de probabilités d'être maintenus dans les soins pré-TARV que ceux du traitement de référence sur une période de 24 mois (RRa 2,5, IC 95% 2,0-3,0).

Interprétation: **Les visites de suivi mensuelles à domicile de travailleurs communautaires ont plus que doublé le maintien des PVVS dans le circuit des soins pré-TARV** dans les zones rurales d'Ouganda et sont applicables à des milieux à faibles ressources similaires.

[Accès au résumé](#)

Note de la rédaction: *Dans ce deuxième essai par sondage aléatoire, l'impact des visites de conseil à domicile répétées d'agents de soutien communautaires (ASC) sur le maintien dans le circuit des soins des patients pas encore sous TARV a été évalué.*

Contrairement à l'article précédent, les auteurs ont observé un effet important sur le maintien dans le circuit des soins. Environ 82% étaient maintenus dans le bras du programme deux ans après un test de dépistage du VIH positif, contre 34% dans le bras témoin (soins de référence: conseils dispensés en centre de soins après le dépistage uniquement). Les auteurs suggèrent que le comportement visant à améliorer l'état de santé et le maintien dans le circuit de soins pourrait s'expliquer par le fait que les ASC jouent le rôle de passerelles dans les soins primaires lorsqu'ils ont encouragé les participants à se rendre au centre de soins le plus proche pour recevoir leurs soins du VIH. Ils suggèrent également que les excellents taux de maintien dans le circuit de soins à deux ans s'expliquent par les visites mensuelles permanentes des ASC aux personnes vivant avec le VIH. Le rôle de lien joué par les ASC, qui ne faisait pas partie des fonctions des accompagnateurs décrits dans le premier article, pourrait aussi expliquer les écarts constatés dans les résultats sur le maintien dans le circuit des soins.

Les auteurs signalent également que les patients du bras du programme divulguaient deux fois plus volontiers leur statut VIH que les patients du bras témoin.

Ils en concluent que les programmes communautaires qui encouragent l'acceptation et la divulgation du statut devraient être davantage renforcés.

4. Éviter les décès liés à la tuberculose

L'immunité contre la rougeole, les oreillons et la rubéole chez les enfants aux États-Unis ayant été infectés par le VIH ou exposés au VIH sans infection en période périnatale.

Siberry GK, Patel K, Bellini W, Karalius B, Purswani M, Burchett SK, Meyer WA, 3rd, Sowers SB, Ellis A, Van Dyke RB, Pediatric HIVACS, Pediatric HIV AIDS Cohort Study PHACS. *Clin Infect Dis.* 9 juin 2015. pii: civ440. [Publication en ligne avant impression]

Contexte: **Les enfants présentant une infection périnatale par le VIH (VIHP) peuvent ne pas être protégés contre la rougeole, les oreillons et la rubéole à cause d'une réponse initiale au vaccin insuffisante ou d'un affaiblissement de l'immunité. Nos objectifs consistaient à estimer la séro-immunité chez les enfants infectés par le VIHP et ceux ayant subi une exposition périnatale au VIH mais non infectés (EVN) et à identifier les prédicteurs d'immunité dans la cohorte VIHP.**

Méthodes: Les enfants du groupe VIHP et du groupe EVN ont été inclus dans la Pediatric HIV/AIDS Cohort Study (PHACS) à l'âge de 7 à 15 ans de 2007 à 2009. A chaque visite annuelle, les données démographiques, de laboratoire, d'immunisation et données cliniques étaient extraites et des échantillons sérologiques étaient recueillis. L'échantillon sérologique le plus récent était utilisé pour déterminer la séroprotection contre la rougeole à l'aide d'un test de neutralisation par réduction des plages et la séroprotection contre la rubéole et la séropositivité aux oreillons par immunoenzymologie. Un TARVc durable a été défini comme la prise d'un TARVc pendant au moins 3 mois.

Résultats: **Parmi les 428 participants VIHP et 221 EVN de l'étude PHACS, la prévalence était significativement plus faible chez les enfants VIHP en termes de séroprotection contre la rougeole (57% [IC 95%: 52-62%] contre 99% [IC 95%: 96-100 %]), de séroprotection contre la rubéole (65 % [IC 95%: 60-70 %] contre 98 % [IC 95%: 95-100 %]) et de séropositivité aux oreillons (59 % [IC 95%: 55-64 %] contre 97 % [IC 95%: 94-99%]). Dans l'analyse multivariée, un plus grand nombre de doses de vaccin lors de la réception du TARVc durable et un pourcentage de CD4 nadir supérieur entre la dernière dose de vaccin et les tests sérologiques ont amélioré indépendamment les prédictions cumulées de séroprotection contre la rougeole**

dans le groupe VIHP. Les prédictors de séroprotection contre la rubéole et de séroposivité aux oreillons étaient similaires.

Conclusions: Une proportion élevée d'enfants VIHP, mais pas les enfants EVN, ne présentent pas de signes sérologiques d'immunité à la rougeole, aux oreillons et à la rubéole, malgré une vaccination et un TARVc en cours attestés par des justificatifs. **L'instauration effective d'un TARVc avant l'immunisation est un fort prédictor de séro-immunité.**

Accès au résumé

***Note de la rédaction:** L'administration d'un vaccin combiné contre la rougeole, les oreillons et la rubéole (ROR) a contribué au déclin considérable de ces maladies. Toutefois, les enfants atteints du VIH peuvent être sensibles aux maladies évitables par la vaccination malgré l'immunisation, en raison de réponses immunologiques plus faibles ou de courte durée après l'immunisation. Les enfants vivant avec le VIH sont exposés à un plus grand risque de maladies plus sévères. En outre, les enfants sensibles à ces maladies peuvent être à l'origine d'un risque d'épidémie communautaire dans la mesure où le contrôle de la rougeole, des oreillons et de la rubéole nécessite qu'une proportion élevée de la population soit immunisée.*

L'étude démontre que la séroprotection contre la rubéole et la rougeole et la séroposivité aux oreillons étaient sensiblement plus faibles chez les enfants vivant avec le VIH âgés de sept à quinze ans que chez les enfants exposés au VIH mais séronégatifs. Notamment, presque tous les enfants vivant avec le VIH de cette étude avaient reçu les deux séries de deux doses de vaccins ROR, contrairement aux études précédentes dans lesquelles l'infection par le VIH était un facteur de risque de la non réception des immunisations recommandées. De plus, malgré les inquiétudes sur le fait que les enfants exposés au VIH mais séronégatifs puissent présenter des anomalies immunologiques subtiles susceptibles d'altérer leur réponse aux vaccins, les taux de séroprotection et de séro-immunité dans ce groupe étaient élevés et comparables aux taux de la population générale.

De précédentes études ont montré que l'immunosuppression, l'absence de traitement antirétroviral (TARV) ou une suppression virologique incomplète du VIH sont associées à une réponse insuffisante aux vaccins. Cette étude démontre qu'une proportion élevée d'enfants plus âgés et de jeunes (ayant tous subi une infection périnatale) ne sont peut-être pas protégés contre les maladies ROR bien que présentant une suppression virale et un bon statut immunitaire avec le TARV. Le calendrier de vaccination ROR par rapport au TARV était associé de manière indépendante à la séroposivité au vaccin ROR, mais pas le nombre total de doses de vaccin. Les enfants ayant reçu des doses de vaccin ROR après avoir suivi un TARV sur une longue durée présentaient des taux significativement plus élevés de séroposivité et de séroprotection que les enfants ayant reçu le vaccin ROR avant la mise en route du TARV.

L'étude a des implications politiques importantes. Dans le monde, la couverture des TARV chez l'enfant est encore inférieure à la couverture chez l'adulte. De nombreux enfants vivant avec le VIH ne débutent un TARV que plus tard dans l'enfance. L'instauration précoce d'un TARV chez l'enfant, suivie du calendrier de vaccination ROR standard ainsi que d'un rappel de vaccination ROR chez l'enfant plus âgé, et notamment chez ceux ayant été vaccinés contre le ROR avant la mise en route du TARV, sera importante pour éviter le risque constitué par ces infections évitables par la vaccination dans cette population vulnérable.

Étude de mise en œuvre pour ouvrir la réflexion sur l'utilisation de Xpert MTB/RIF dans des structures de soins primaires dans des milieux aux ressources limitées dans lesquels les taux de prévalence de la TB et du VIH sont élevés.

Muyoyeta M, Moyo M, Kasese N, Ndhlovu M, Milimo D, Mwanza W, Kapata N, Schaap A, Godfrey Faussett P, Ayles H. *PLoS One*. 1^{er} juin 2015;10(6):e0126376. doi: 10.1371/journal.pone.0126376. eCollection 2015.

Contexte: Le coût actuel des consommables de Xpert MTB RIF (Xpert) est tel que des algorithmes sont nécessaires pour sélectionner les patients prioritaires pour le test avec Xpert.

Objectif: **Évaluer deux algorithmes pour la priorisation de Xpert dans les structures de soins primaires dans un milieu où la prévalence de la TB et du VIH est élevée.**

Méthode : Ainsi, **des patients présumés atteints de TB présentant une toux, toutes durées confondues, ont été soumis à un test Xpert ou à un test de microscopie en fluorescence (FM), selon le résultat de la radio thoracique ou leur statut VIH.** Dans l'une des structures, les crachats des patients présentant une radio thoracique anormale ont été analysés avec Xpert et ceux associés à une radio thoracique normale ont été analysés par FM (« algorithme RxT »). La RxT a été évaluée automatiquement à l'aide d'un programme de Diagnostic assisté par ordinateur (DAO). Dans l'autre structure, les patients séropositifs ont été testés à l'aide de Xpert et les patients séronégatifs ont été testés par FM (« algorithme VIH »).

Résultats: **Sur les 9482 personnes prédépistées par la RxT, Xpert a dépisté une TB chez 2090/6568 (31,8%) ayant une RxT anormale,** et la FM était positive aux BAR dans 8 cas sur 2455 (0,3%) avec une RxT normale. **Sur les 4444 personnes prédépistées vivant avec le VIH, Xpert a dépisté une TB chez 508/2265 (22,4%) personnes séropositives,** et la FM était positive aux BAR dans 212 cas sur 1920 (11,0 %) chez les personnes séronégatives. **Le taux de notification d'une nouvelle TB après confirmation bactériologique a augmenté, de 366 à 620/100 000/an et de 145 à 261/100 000/an respectivement sur les sites de l'algorithme RxT et de l'algorithme VIH.** La durée médiane avant la mise en route du traitement anti-TB sur le site RxT comparativement au site de l'algorithme VIH était: 1(EI 1-3 jours) et 3 (2-5 jours) ($p < 0,0001$) respectivement.

Conclusion: L'utilisation de Xpert dans un milieu aux ressources limitées au niveau des soins primaires conjointement avec des tests pré-dépistage a réduit le nombre de tests Xpert réalisés. **L'utilisation habituelle de Xpert a eu pour effet d'augmenter le nombre de cas de patients atteints d'une TB confirmée débutant un traitement. Cependant, il n'y a eu aucune augmentation du nombre absolu de patients débutant un traitement antituberculeux.** Quand Xpert a été utilisé conjointement avec la RxT, le diagnostic et la mise en route du traitement ont été possibles le même jour aussi bien pour les patients ayant reçu une confirmation bactériologique que chez ceux diagnostiqués de manière empirique.

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

Note de la rédaction: *Bien que plusieurs pays aient commencé à généraliser le diagnostic moléculaire de la TB, le coût de ces technologies reste prohibitif pour une utilisation élargie aux pays à revenus faibles et intermédiaires. Cette étude dans des centres de soins primaires de Zambie avait pour but d'explorer si l'utilisation de Xpert® MTB/RIF pourrait être rationalisée en pré-sélectionnant les patients présentant une toux, soit par radiographie thoracique (RxT) soit par dépistage du VIH. Le dépistage par RxT n'a réduit que de façon marginale l'utilisation de Xpert® (car trois quarts des personnes examinées avaient une RxT anormale, selon une interprétation de radiologie numérique et informatisée). La restriction de l'utilisation de Xpert® aux personnes assurément séropositives a réduit de près de moitié le nombre de tests Xpert®. Selon les deux algorithmes, la proportion de patients testés positifs par Xpert® était très élevée (22-32%), suggérant que trop peu de personnes ont été identifiées comme ayant besoin d'analyses sur la TB. A l'instar d'autres études sur la mise en*

œuvre de Xpert®, le nombre global de personnes débutant un traitement antituberculeux n'a pas augmenté avec l'introduction de Xpert®. En revanche, la proportion de personnes débutant un traitement anti-TB ayant reçu une confirmation microbiologique a sensiblement augmenté conformément aux deux algorithmes. Le traitement anti-TB sur une base empirique (soit l'instauration d'un traitement sans confirmation microbiologique) est resté courant, en particulier dans l'algorithme radio thoracique où un tiers des personnes présentant une RxT anormale mais un Xpert® négatif ont été mises sous traitement antituberculeux. Cette étude n'avait pas pour but de déterminer le nombre de personnes vraiment atteintes de TB non détectées par chaque algorithme. Cet article ne tenait pas compte non plus des analyses coût-efficacité. Compte tenu de ces éléments, aucun de ces algorithmes ne peut être clairement recommandé. Une évaluation ultérieure des différentes stratégies de dépistage et de test sera importante pour ouvrir la réflexion sur l'extension des diagnostics moléculaires.

5. Parer à l'insuffisance des ressources

Le temps et l'argent: le coût réel du recours aux services de santé pour les patients bénéficiant « gratuitement » de soins et de traitements contre le VIH/TB dans la région rurale du KwaZulu-Natal.

Chimbindi N, Bor J, Newell ML, Tanser F, Baltusen R, Hontelez J, de Vlas S, Lurie M, Pillay D, Bärnighausen T. J Acquir Immune Defic Syndr. 18 juin 2015. [Publication en ligne avant impression]

Contexte: Dans un grand nombre de pays d'Afrique subsaharienne, des services de soins du VIH et de la TB sont dispensés gratuitement mais il reste des frais à la charge des patients.

Méthodes: **Des entretiens de sortie auprès des patients ont été réalisés sur un échantillon représentatif de 200 patients infectés par le VIH pas encore sous TARV (pré-TARV), 300 patients sous TARV et 300 patients TB bénéficiant des services de santé publics dans une région rurale d'Afrique du Sud.** Pour chaque groupe, nous avons calculé les dépenses de santé entre les différents postes de dépenses, le temps passé à se rendre et à utiliser les services, et la façon dont les patients finançaient leurs dépenses. Les liens entre les groupes de patients et les coûts ont été évalués à l'aide de modèles de régression multivariés.

Résultats: Les dépenses de santé mensuelles totales (7,3 rands sud-africains: 1 USD) s'élevaient à: 171 (IC 95% 134-207) pour les patients pré-TARV, 164 (IC 95% 141-187) pour les patients TARV et à 122 (IC 95% 105-140) pour les patients TB. Le coût en temps mensuel (en heures) s'élevait à: 3,4 (IC 95% 3,3-3,5) pour les patients pré-TARV, 5,0 (IC 95% 4,7-5,3) pour les patients TARV et à 3,2 (IC 95% 2,9-3,4) pour les patients TB. **Bien que les coûts soient similaires entre les différents groupes, les patients pré-TARV ont dépensé davantage d'argent auprès des guérisseurs traditionnels, des pharmaciens et des médecins privés, tandis que les patients sous TARV et les patients TB ont dépensé davantage d'argent pour le transport vers les centres de soins. 31% des patients pré-TARV, 39% des patients sous TARV et 41% des patients TB ont emprunté de l'argent ou vendu des biens pour couvrir leurs dépenses de santé.**

Conclusions: Les patients recevant des soins théoriquement gratuits pour le VIH/TB sont confrontés à des coûts privés élevés. **Des transports subventionnés, un nombre réduit de consultations médicales et des points de retrait des médicaments plus proches du domicile pourraient faire baisser les coûts pour les patients sous TARV et ainsi améliorer potentiellement l'adhérence et le maintien dans le circuit de soins.** L'importance des dépenses afférentes aux soins alternatifs

chez les patients pré-TARV suggère qu'il ne serait sans doute pas très coûteux pour les patients de les faire passer au TARV plus tôt, par exemple lors d'un traitement comme moyen de prévention.

[Accès au résumé](#)

Note de la rédaction: *A l'époque de cette étude, en 2010 en Afrique du Sud, les personnes vivant avec le VIH et suivant un traitement antirétroviral (TARV) se rendaient chaque mois au centre de soins pour récupérer leur médicament et pour un examen clinique durant la première année du TARV. Les années suivantes, la fréquence était d'une visite tous les deux mois. Les personnes recevant un traitement anti-TB se rendaient également au centre de soins une fois par mois. Les personnes vivant avec le VIH et n'ayant pas encore débuté le TARV se rendaient au centre de soins tous les six ou douze mois, selon la numération de CD4. Les auteurs ont été surpris de constater que, pour le troisième groupe, les personnes dites « pré-TARV », les coûts du recours aux soins de santé étaient à peu près équivalents aux coûts supportés par les personnes recevant un traitement ARV et/ou anti-TB tous les mois ou tous les deux mois. La faible différence est expliquée dans cet article par le temps et l'argent dépensés par les personnes vivant avec le VIH, non pas dans la mise en route d'un TARV mais auprès de guérisseurs traditionnels et en automédication. D'où la conclusion qu'une mise en route plus précoce du TARV ne risque pas d'augmenter les coûts du recours aux soins. En effet, des programmes de traitement alternatifs, où les personnes sous TARV se rendent moins souvent dans les services de santé au fil des années de traitement, peuvent encore réduire les coûts pour les personnes sous TARV. L'hypothèse formulée dans l'article est que les personnes pré-TARV qui démarrent le traitement cessent de recourir aux soins alternatifs. Vu le contexte de cette étude, où les auteurs déclarent que le recours à des traitements alternatifs n'est pas rare chez les personnes sous TARV, elle est probablement vraie. Il est possible, vu que les données ont été recueillies à l'issue d'entretiens de sortie auprès des patients, que les personnes prenant des médicaments ARV ou anti-TB aient préféré ne pas trop en dire sur leur recours aux traitements alternatifs. Il n'est pas rare d'être réticent à l'idée de partager ces informations avec des interviewers affiliés à une organisation de recherche médicale. C'est un sujet qui mérite d'être davantage étudié, avec des approches combinées, pour déterminer les « coûts réels du recours aux soins de santé ». Cet article nous rapproche un peu du but.*

6. Éliminer la stigmatisation et la discrimination

Évolution dans le temps de la situation en termes d'échanges avec la police et de comportements à risque de VIH chez les travailleuses du sexe à Andhra Pradesh, Inde.

Erausquin JT, Reed E, Blankenship KM. AIDS Behav. Juin 2015;19(6):1108-15. doi: 10.1007/s10461-014-0926-5.

On en sait peu sur l'efficacité des interventions visant à modifier les échanges entre les travailleuses du sexe (TDS) et la police afin de réduire le risque de VIH. A partir de données recueillies dans le cadre d'une intervention de prévention du VIH comportant des projets de modification des pratiques policières (n = 1680), **nous avons examiné le lien entre le signalement par les TDS d'échanges négatifs avec la police et les comportements à risque de VIH, et si ces liens évoluaient au fil du temps.** Les résultats montrent que **les échanges négatifs avec la police ont considérablement reculé au fil du temps. Les TDS ayant eu plus d'un échange négatif avec la police ont expérimenté davantage de symptômes d'IST (ORa 2,97 [IC 95% 2,27-3,89]), n'utilisaient pas régulièrement le préservatif avec leurs clients (ORa 1,36 [IC 95% 1,03-1,79]), et acceptaient les rapports sans préservatif contre plus d'argent (ORa 2,37 [IC 95% 1,76-3,21]).** Au fil du temps, ces

liens ont été stables ou en hausse. Même lorsque les interventions ont fait baisser le nombre d'incidents subis par les TDS avec la police, les acteurs de la prévention du VIH doivent rester vigilants face à ces incidents.

[Accès au résumé](#)

Note de la rédaction: *La législation en matière de travail du sexe est souvent ambiguë. Cela laisse une latitude considérable à la police pour déterminer qui arrêter et pour quels motifs. Les pots-de-vin et les arrestations représentent un coût financier réel pour les travailleuses du sexe, qui sont déjà le plus souvent économiquement vulnérables. La pression financière et/ou la pauvreté peuvent inciter les femmes à accepter des rapports sexuels plus risqués, avec des clients et dans des endroits plus dangereux. Cet article a cherché à savoir s'il existe un lien entre une expérience négative avec la police et une augmentation des conduites à risque de VIH, et si les expériences négatives avec la police ont évolué au fil du temps à la suite de programmes complets de prévention du VIH.*

L'étude a jugé que des échanges négatifs avec la police dans les six mois précédents étaient fréquents. La police est intervenue sur le lieu de travail (36,1%), la police a arrêté la personne interrogée (14,5%), la police a accepté des pots-de-vin ou un cadeau pour ne pas poursuivre la personne interrogée (14,8%), la police a eu des rapports sexuels avec la personne interrogée pour ne pas la poursuivre (11,1%) et la police lui a emporté ses préservatifs (7,6%). Les échanges négatifs avec la police ont été liés à une augmentation du risque de VIH, symptômes d'IST inclus, au cours des 12 derniers mois, à une utilisation non systématique du préservatif avec les clients au cours des sept derniers jours et à des rapports sexuels sans préservatifs acceptés en échange d'une somme d'argent plus importante. Cependant, il y a eu une diminution au fil du temps de la proportion de femmes ayant eu un ou plusieurs échanges négatifs avec la police au cours des six derniers mois (21,2% contre 16,2%). Les comportements à risque ont également diminué au fil du temps.

Cette étude s'ajoute à la littérature récente selon laquelle il est possible d'agir contre l'exposition à la violence et les échanges négatifs avec la police dans le cadre des programmes de prévention du VIH. Elle souligne également l'importance des facteurs structurels dans l'atténuation du risque de VIH dans les populations de travailleuses du sexe.

Grandir comme tout le monde: les aspects clés d'une intervention réussie de divulgation du VIH chez l'enfant en Namibie.

Brandt L, Beima-Sofie K, Hamunime N, Shepard M, Ferris L, Ingo P, John-Stewart G, O'Malley G. AIDS. Juin 2015;29 Suppl 1:S81-9. doi: 10.1097/QAD.0000000000000686.

Objectifs: Pour faciliter la reproduction et l'adaptation des interventions de divulgation du VIH chez l'enfant, nous avons **identifié les aspects clés d'une bande dessinée pour enfants servant de guide aux aidants et aux professionnels de santé (PDS) namibiens dans le cadre d'une procédure d'information progressive et structurée.**

Conception: **Des entretiens qualitatifs ont été effectués avec des aidants et des PDS de quatre importants centres pédiatriques de soins du VIH en Namibie.**

Méthodes: Des entretiens approfondis semi-structurés avec 35 PDS et 64 aidants d'enfants de 7 à 15 ans porteurs du VIH+ ont été analysés à l'aide d'une analyse constante basée sur une théorie de terrain comparative et modifiée. Les principaux obstacles à l'information ont été comparés aux comptes rendus de réussite des interventions, et les thèmes associés aux aspects clés ont été identifiés.

Résultats: L'ouvrage sur l'information surmonte les obstacles à l'information en atténuant les réticences de l'aidant, en augmentant les connaissances sur le VIH et l'information et en offrant un cadre de divulgation structuré et progressif. L'évocation tardive de la terminologie propre au VIH permet à l'aidant de surmonter ses craintes associées à la stigmatisation du VIH, ce qui favorise la mise en place anticipée de la phase initiale d'information. **Les aidants insistent sur les aspects suivants du livre: rester en bonne santé, avoir un corps solide et avoir le même avenir que les autres enfants, misant ainsi sur les preuves des effets positifs de la résilience et de l'espérance plutôt que de souligner les effets négatifs du VIH. Les concepts et images du livre font écho chez les enfants qui adoptent facilement les notions de « soldats du corps » et de « méchants » pour décrire combien il est important pour eux de prendre leur médicament.** Des repères de discussion facilitent la communication entre les PDS, les aidants et les patients pédiatriques.

Conclusion: Étant donné le besoin urgent d'interventions d'information sur le VIH destinées aux enfants, il conviendra d'évaluer dans des contextes similaires l'utilité d'outils faciles à mettre en œuvre tels que l'ouvrage d'information namibien.

[Accès au résumé](#)

***Note de la rédaction:** Les politiques internationales et nationales donnent des orientations claires selon lesquelles les enfants d'âge scolaire doivent recevoir des informations complètes sur leur statut séropositif. Pourtant, dans les faits, l'information donnée aux enfants arrive bien plus tardivement et de manière incomplète. Des activités simples sont nécessaires pour aider les aidants à informer les enfants, en leur enseignant des méthodes adaptées pour dire aux enfants ce qu'ils doivent savoir sur leur statut VIH et la nature de leur maladie. Cet article présente les résultats d'une étude qualitative menée sur une activité basée sur un livre pour enfants en Namibie et conçue pour aider les aidants à surmonter les difficultés qu'ils rencontrent pour tout expliquer, au bon moment, aux enfants.*

Les aidants et les travailleurs de santé ont tous reconnu que le livre les aidait à surmonter plusieurs des obstacles à l'information. Ce résultat suggère que cette activité a un potentiel considérable. La littérature empirique se concentre considérablement sur les raisons qui retardent l'information, dont la culpabilité, la crainte et des connaissances insuffisantes sur la façon d'aborder et d'expliquer le sujet. L'intérêt particulier de cette étude réside dans le rôle joué par les auteurs pour nous faire comprendre ce qui fonctionne pour surmonter ces obstacles à l'information, et pourquoi. Ils insistent particulièrement sur l'utilisation de métaphores dans un récit, et sur l'impact positif d'un comportement de santé particulier (adhérence au traitement) pour aider les enfants à mieux comprendre les implications de leur maladie dans leur corps et dans leur vie sociale. Ce qui contribue au succès et à l'applicabilité du programme est que ces livres sont étudiés pour répondre relativement facilement aux difficultés courantes rencontrées par les cliniques VIH pédiatriques dans des milieux en manque de ressources. Par exemple, les difficultés posées par des aidants incohérents qui accompagnent l'enfant au centre de soins ou les pressions exercées sur le temps d'un professionnel de santé dans un centre de soins avec une grande activité.

Les éléments présentés dans cet article sont basés sur les autodéclarations des professionnels de santé et des aidants. L'étude suggère qu'il serait très intéressant d'évaluer ce programme dans le cadre d'études plus vastes afin de juger de son efficacité. Cependant, au-delà de cela, nous aurions une meilleure compréhension de l'impact du programme dans ce cadre en demandant, pour un futur travail de recherche, directement aux enfants ayant été en contact avec le livre de faire part de leur expérience. Le fait d'impliquer les enfants dans la recherche nous donnerait plus d'éléments sur les possibilités de perfectionnement et d'adaptation du programme à d'autres milieux.

Déploiement des traitements du VIH et stigmatisation liée au VIH en Afrique subsaharienne: analyse transnationale longitudinale

Chan BT, Tsai AC, Siedner MJ. *Am J Public Health*. 11 juin 2015:e1-e7. [Publication en ligne avant impression] doi:10.2105/AJPH.2015.302716

Objectifs: Nous avons estimé le lien entre le recours au traitement antirétroviral (TARV) et la stigmatisation liée au VIH au niveau de la population en Afrique subsaharienne.

Méthodes: Nous avons examiné les tendances en termes de stigmatisation liée au VIH et de couverture du TARV en Afrique subsaharienne durant la période 2003-2013, à l'aide de données longitudinales, basées sur la population, sur la couverture du TARV issues du Programme commun des Nations unies sur le VIH/SIDA et sur la stigmatisation liée au VIH à partir des enquêtes démographiques et de santé et des enquêtes sur les indicateurs du SIDA. Nous avons ajusté 2 modèles de régression linéaire avec des effets fixes par pays, avec le pourcentage d'hommes ou de femmes signalant une stigmatisation liée au VIH comme variable dépendante et le pourcentage de personnes vivant avec le VIH sous TARV comme variable explicative.

Résultats: Dix-huit pays d'Afrique subsaharienne ont été inclus dans notre analyse. A chaque augmentation de 1% de la couverture du TARV, nous avons observé une diminution statistiquement significative du pourcentage de femmes ($b = -0,226$; $P = 0,007$; intervalle de confiance 95% [IC] = $-0,383, -0,070$) et d'hommes ($b = -0,281$; $P = 0,009$; IC 95% = $-0,480, -0,082$) dans la population générale signalant une stigmatisation liée au VIH.

Conclusions: Le déploiement à grande échelle du TARV peut avoir pour bénéfice important la diminution de la stigmatisation liée au VIH dans la population générale.

[Accès au résumé](#)

Note de la rédaction: Ciblée sur l'Afrique subsaharienne, cette étude suggère que le déploiement à grande échelle du traitement antirétroviral (TARV) a pu avoir pour bénéfice la diminution de la stigmatisation liée au VIH. Les auteurs combinent les données sur la stigmatisation liée au VIH issues des enquêtes démographiques et de santé et des enquêtes sur les indicateurs du SIDA avec les données sur la couverture du TARV fournies par l'ONUSIDA. Les résultats sont présentés pour chacun des 18 pays et les auteurs suggèrent que l'augmentation de la couverture du TARV est liée à une diminution de la stigmatisation, notamment dans les pays à prévalence élevée du VIH. Les auteurs formulent l'hypothèse selon laquelle, en permettant à une personne porteuse du VIH de vivre en meilleure santé, le TARV réduit la stigmatisation qui repose sur le lien entre VIH et comportement moralement déviant. Les auteurs associent également le niveau de connaissances à la diminution de la stigmatisation.

Même s'il répond à une question intéressante et importante, l'article présente quelques limites. Nous pensons que les réponses des participants aux questions sur le fait de savoir s'ils accepteraient de s'occuper d'une personne « malade du SIDA » et s'ils voudraient qu'un membre de leur famille garde « secret » un diagnostic du VIH ne peuvent pas être interprétées comme traduisant des attitudes stigmatisantes ou une stigmatisation redoutée. Il aurait été intéressant de savoir si les méthodes utilisées dans l'analyse pourraient évaluer le rôle joué par le TARV par rapport à d'autres facteurs en étant liées aux évolutions potentielles de la stigmatisation liée au VIH au fil du temps.