

# UNAIDS Science now

---

HIV this month. Numéro 6. Juin 2015

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

## 1. Réduire la transmission par voie sexuelle

- Hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes en Afrique subsaharienne: revue des données disponibles
- Test de détection groupée de l'acide ribonucléique pour maximiser la détection des infections aiguës par le VIH
- Nécessité d'améliorer le suivi des clients pour la circoncision masculine médicale volontaire
- Les tests de dépistage rapide sur place contribuent à une meilleure détection des cas chez les HSH en Chine
- Auto-déclaration et nombre de comprimés: des mesures peu fiables de l'adhérence dans les essais de prévention du VIH
- Des enseignements très utiles peuvent être tirés du recours répété à la PEP chez les travailleuses du sexe

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

- PrEP directement observée chez les consommateurs de drogues injectables – utile pour améliorer l'adhérence?

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

- Exploiter le degré de priorité politique élevé du VIH pour réduire le fardeau de la syphilis congénitale
- L'infection à cytomégalovirus postnatale précoce pourrait prédire la transmission ultérieure par l'allaitement
- L'élimination de la transmission mère-enfant du VIH: toujours une chimère?

## 4. Éviter les décès liés à la tuberculose

- TARV pour la tuberculose associée au VIH: choisir le bon moment et sauver des vies

## 5. Parer à l'insuffisance des ressources

- Effet du type de maladie chronique dans un foyer sur le risque de maltraitance d'un enfant: le cas de l'Afrique du Sud
- Retrait des donneurs: quel prix pour combler le manque en matière de dépistage du VIH au Viêt Nam?
- L'hospitalisation et l'échec thérapeutique restent onéreux pour le traitement de la tuberculose pharmacorésistante en Afrique du Sud
- Impact des transferts monétaires sur les orphelins et autres enfants vulnérables touchés par le VIH

## 6. Éliminer la stigmatisation et la discrimination

- Les personnes vivant avec le VIH sont plus susceptibles de développer des déficiences en Afrique subsaharienne

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

- Dans ou hors du circuit des soins du VIH ? Tout dépend de la personne à qui la question est posée
- Un bon papa prend soin de sa santé!

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

Peter Godfrey-Faussett et Celeste Sandoval

ONUSIDA

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

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

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

## 1. Réduire la transmission par voie sexuelle

**Thèmes émergents pour les modules de formation de sensibilisation du personnel de santé qui soigne les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes: revue systématique.**

*Dijkstra M, van der Elst EM, Micheni M, Gichuru E, Musyoki H, Duby Z, Lange JM, Graham SM, Sanders EJ. Int Health. mai 2015; 7(3):151-162. Publication en ligne 16 jan 2015.*

La formation de sensibilisation du personnel de santé de première ligne africain qui soigne des hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HSH) est activement encouragée par des programmes nationaux de prévention du VIH au Kenya. Plus de 970 personnels de santé au Kenya ont suivi une formation modulaire en ligne gratuite de huit semaines (<http://www.marps-africa.org>) depuis sa création en 2011. Avant de mettre ces modules à jour, **nous avons entrepris une revue systématique de la littérature consacrée aux études sur les HSH menées en Afrique subsaharienne (Ass) entre 2011 et 2014.** Notre objectif: établir si les études récentes apportaient des éléments nouveaux importants qui n'étaient pas couverts dans les modules en ligne existants; contestaient l'information contenue dans les modules; ou approfondissaient certains sujets déjà couverts. Nous avons utilisé les objectifs de formation des huit modules existants pour catégoriser les données obtenues de la littérature. Pour les données qui n'entraient pas dans ces catégories, de nouveaux modules ont été suggérés. **Notre revue a identifié 142 études consacrées aux HSH contenant des données en provenance d'Ass**, dont 34 demandaient une mise à jour des modules, une contestait le contenu actuel, et 107 le renforçaient. Les thèmes de l'adhérence au TARV et la mobilisation des communautés ont été retenus pour la création de deux nouveaux modules. **Les études récentes consacrées aux HSH en Ass ont apporté de nouvelles connaissances, contesté l'information existante et cerné de nouveaux aspects des services aux HSH actuellement absents de la formation en ligne.**

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

***Note de la rédaction:** Les rapports sexuels entre individus de même sexe sont encore criminalisés en Afrique subsaharienne. Les hommes gays et les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes sont confrontés à la stigmatisation, à la discrimination, au harcèlement et aux arrestations. Rarement formés aux problèmes rencontrés par les hommes gays et les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les personnels de santé ne disposent pas des connaissances nécessaires pour les soigner avec sensibilité. Ce manque de sensibilisation peut dissuader ces hommes d'accéder aux services de santé et de soins VIH/IST, multipliant leur risque face au VIH et autres problèmes de santé.*

*Cette étude a entrepris une revue systématique de la littérature sur les hommes gays et les autres hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes en Afrique subsaharienne. Les conclusions ont servi à mettre à jour un programme de formation en ligne destiné aux personnels de santé au Kenya. Le programme était auparavant composé des modules suivants: 1) Les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes et le VIH en Afrique; 2) Homophobie: la stigmatisation et ses effets; 3) Identité sexuelle, coming-out et révélation; 4) Rapports anaux et pratiques sexuelles courantes; 5) VIH et IST; 6) Utilisation de préservatifs et lubrifiants; 7) Santé mentale: anxiété, dépression et consommation de substances; et 8) Réduction des risques par le conseil. La revue a abouti à la mise à jour du programme de formation par l'ajout de nouvelles données probantes et l'introduction de deux nouveaux modules: 9) Adhérence au TARV et 10) Mobilisation des communautés.*

*Les personnels de santé jouent un rôle crucial dans la réduction de la stigmatisation et de la discrimination dont sont victimes les hommes gays et les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. La revue systématique s'est avérée très utile pour mettre à jour un programme de formation important et accessible. Il est indispensable d'atténuer les préjugés envers l'homosexualité et de bien former les personnels de santé pour encourager un plus grand nombre d'hommes gays et d'autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes à accéder aux soins de santé.*

### **Impact du test d'amplification des acides nucléiques par rapport au test immunologique combiné antigènes/anticorps sur la détection de l'infection aiguë par le VIH.**

*De Souza MS, Phanuphak N, Pinyakorn S, Trichavaroj R, Pattanachaiwit S, Chomchey N, Fletcher JL, Kroon ED, Michael NL, Phanuphak P, Kim JH, Ananworanich J, RV254SEARCH 010 Study Group. AIDS. 24 avr. 2015; 29(7):793-800. doi: 10.1097/QAD.0000000000000616.*

**Objectif: Évaluer l'ajout du test d'amplification des acides nucléiques (NAT) du VIH au test immunologique combiné antigènes/anticorps de quatrième génération pour améliorer la détection de l'infection par le VIH aiguë (AHI).**

Méthodes: des participants fréquentant un important centre de conseil et de tests volontaires en Thaïlande sont testés pour l'AHI au moyen d'un test immunologique pour la détection des antigènes/anticorps du VIH de 4<sup>e</sup> génération et d'un test immunologique séquentiel moins sensible pour la détection des anticorps du VIH. **Des échantillons de test immunologique antigène/anticorps de 4<sup>e</sup> génération non réactif sont ensuite soumis au NAT groupé pour identifier d'autres AHI.** L'infection est vérifiée après recrutement pour une étude sur l'AHI avec visites de suivi et tests de diagnostic supplémentaires.

Résultats: sur les 74 334 patients testés pour l'infection par le VIH, la prévalence du VIH est de 10,9% et **l'incidence globale d'AHI (N = 112) est de 2,2 pour 100 personnes-années. L'inclusion du NAT groupé dans l'algorithme de test augmente le nombre de patients atteints d'infection aiguë détectés, de 81 à 112 (38%), par rapport au test immunologique de détection des antigènes/anticorps du VIH de 4<sup>e</sup> génération.** Des tests de suivi sous 5 jours améliorent marginalement le taux de détection du test immunologique de 4<sup>e</sup> génération (26%). La numération de CD4 moyenne à la première visite est de 353 cellules/ $\mu$ L et **la charge virale plasmatique du VIH, de 598 289 copies/ml.**

Conclusion: l'inclusion du NAT groupé dans l'algorithme de dépistage du VIH chez les populations à haut risque pourrait être bénéfique à long terme. L'ajout du NAT sur pool entraîne une augmentation du coût du dépistage de 22% pour identifier l'AHI: de 8,33\$ par patient testé à 10,16\$. *Les facteurs de risque de la population concernée devraient être pris en compte préalablement à l'inclusion du NAT étant donné la complexité et le coût du test supplémentaire.*

[Accès au résumé](#)

**Note de la rédaction:** *L'infection par le VIH aiguë (AHI) est généralement définie comme étant le moment entre l'acquisition du VIH et l'apparition d'anticorps détectables. Les individus qui présentent une AHI sont très contagieux, en raison notamment de la charge virale élevée. Des stratégies efficaces d'identification des personnes atteintes d'AHI pourraient donc réduire la transmission. Le débat continue toutefois sur la mesure dans laquelle l'AHI induit la transmission au niveau de la population. Même si les tests immunologiques de quatrième génération, avec détection de l'antigène p24, se sont montrés capables de détecter l'infection plus tôt, il reste encore une période pendant laquelle seul l'acide ribonucléique du VIH (ARN) peut être détecté. Le coût élevé limite le recours*

systematique au test de détection de l'ARN du VIH à cette fin. Le regroupement d'échantillons pourrait réduire le coût.

Ces travaux de recherche faisaient partie d'une étude axée sur la détection et le traitement de l'AHI dans une population urbaine de Bangkok, composée principalement d'hommes gays et d'autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Les échantillons non réactifs au test immunologique de quatrième génération ont été combinés (taille moyenne de pool de 14 échantillons) avant d'être soumis au test de détection de l'ARN du VIH. Environ 31 pools sont positifs (0,5% des pools testés) et un spécimen positif a ensuite été identifié dans chacun de ces groupes. Dans l'ensemble, cela ne constituait qu'environ un quart de tous les cas d'AHI détectés. Les autres cas d'AHI ont été détectés à partir de tests de quatrième génération positifs mais de tests de deuxième et troisième génération (anticorps) négatifs. Les cas détectés uniquement par le test de l'ARN du VIH avaient des charges virales quelque peu inférieures à celles des cas détectés par test immunologique. Les tests de suivi ont indiqué que la charge virale augmente rapidement à ce moment-là, mettant en relief l'impact que la détection et le traitement à ce stade pourraient avoir sur la réduction de la transmission.

Bien que l'interprétation de l'étude soit quelque peu compliquée par l'utilisation de plusieurs tests différents et d'algorithmes complexes pour définir les résultats, le message fondamental semble limpide: les tests immunologiques de quatrième génération pourraient détecter la majorité des infections aiguës. Le test de détection de l'ARN du VIH sur pool pourrait toutefois, dans certaines populations clés, maximiser la détection de l'AHI. Cette étude n'était pas vraiment conçue pour évaluer le véritable impact de la stratégie de détection, étant donné que le suivi était très étroitement contrôlé et que presque tous les sujets ont démarré un TARV dans la semaine suivante. Quelques analyses élémentaires des coûts sont incluses mais des études plus détaillées de l'efficacité par rapport aux coûts seront importantes pour comprendre si oui ou non le test de détection de l'ARN du VIH a un rôle à jouer dans la pratique courante.

### **Mise en œuvre et recherche opérationnelle: évaluation de la perte de vue en cours de suivi et des effets secondaires indésirables post-opératoires dans un programme de circoncision masculine médicale volontaire dans la province de Nyanza, au Kenya.**

Reed JB, Grund J, Liu Y, Mwandu Z, Howard AA, McNairy ML, Chesang K, Cherutich P, Bock N. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 1<sup>er</sup> mai 2015; 69(1):e13-23. doi: 10.1097/QAI.0000000000000535.

Contexte: plus de 4,7 millions de circoncisions masculines médicales volontaires (CMMV) ont été prises en charge par des programmes de prévention du VIH en Afrique subsaharienne en 2013. **Bien qu'il soit recommandé à tous les clients de la CMMV de se présenter au centre médical pour le suivi postopératoire, l'adhérence est variable. Le statut clinique des clients perdus de vue est en grande partie ignoré.**

Méthodes: **les clients de la CMMV de la province de Nyanza, au Kenya, de 13 ans ou plus, ont été recrutés immédiatement après l'intervention chirurgicale, entre avril et octobre 2012, dans des centres très fréquentés. Les examens des dossiers médicaux à 13-14 jours après l'intervention chirurgicale indiquaient quels clients étaient « perdus de vue » (PDV) ou « non perdus de vue » (NPDV) en cours de suivi.** Les clients du groupe PDV ont reçu des évaluations cliniques à domicile environ 2 semaines après l'intervention. Les effets secondaires indésirables (ESI) et les taux d'ESI chez les deux groupes ont été comparés.

Résultats: des 4505 hommes et garçons contactés dans 50 centres de CMMV, 1699 (37,7%) sont admissibles et inclus, et 1600 des 1699 (94,2%) contribuent aux données sur le suivi et les ESI.

L'examen des dossiers médicaux révèle que 897 des 1600 (56,1%) sujets sont PDV et que 762 d'entre eux (84,9%) ont reçu des évaluations cliniques à domicile. Le taux de diagnostic d'ESI modérés à aigus est de 6,8% dans le groupe PDV, par rapport à 3,3% dans le groupe NPDV (risque relatif = 2,1, intervalle de confiance à 95%: 1,3 à 3,4).

Conclusions: le taux de diagnostic d'effets secondaires indésirables modérés à aigus est approximativement 2 fois supérieur dans le groupe PDV. **Les programmes nationaux devraient envisager la mise en place de systèmes de veille pour détecter les effets secondaires indésirables qui pourraient autrement ne pas être remarqués. Les prestataires devraient mettre l'accent sur l'importance du suivi et activement contacter les clients PDV pour veiller à l'apport de soins postopératoires complets pour tous.**

[Accès au résumé](#)

***Note de la rédaction:** Les estimations plus récentes suggèrent que plus de neuf millions d'hommes ont subi une circoncision médicale volontaire (CMMV) pour réduire leur risque d'infection par le VIH. Au Kenya, les clients de la CMMV sont priés de se présenter au centre médical, dans les sept jours suivant l'intervention, pour une visite de suivi avec évaluation des effets secondaires indésirables (ESI). Dans cette étude d'envergure, plus de la moitié des hommes circoncis de 50 centres ne se sont pas présentés pour la visite de suivi. Ces hommes sont généralement âgés de 18 à 24 ans (par rapport aux plus jeunes et aux plus âgés), sans beaucoup d'éducation formelle, sans accès à une voiture et utilisant plusieurs modes de transport. Leur suivi à domicile indique qu'ils sont exposés à un risque plus de deux fois supérieur d'ESI modérés ou aigus que les individus qui adhèrent au suivi recommandé (NPDV). La différence de risque entre le groupe NPDV et le groupe PDV concerne principalement le risque d'infection, de réouverture de la plaie et de douleur. L'étude confirme qu'il ne faut pas supposer une guérison sans complications chez les clients de la CMMV perdus de vue après l'intervention chirurgicale. Les programmes de CMMV devraient essayer de nouvelles approches pour améliorer les taux de suivi et continuer de renforcer l'importance du suivi.*

**Avantages des tests de dépistage rapide du VIH sur place pour la détection des cas: hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes dans 12 zones de programme en Chine, 2011.**

Zhang D, Qi J, Fu X, Meng S, Li C, Sun J. *Int J STD AIDS*. mai 2015; 26(6):402-13. doi: 10.1177/0956462414542986. Publication en ligne 15 juil. 2014.

**Nous avons cherché à décrire l'avantage des tests rapides par rapport aux tests ELISA pour le dépistage du VIH au niveau local parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HSH) dans des secteurs urbains de la Chine.** Les données de 31 406 tests de dépistage, effectués sur six mois en 2011 auprès de HSH dans 12 secteurs, sont analysées afin de comparer les différences entre le test rapide et le test ELISA. Les tests rapides représentent 45,8 % de ces tests de dépistage. **Le taux de résultats positifs est de 7,2 % pour les tests rapides et 5,3 % pour les tests ELISA** ( $X^2= 49,161$ ,  $p < 0,001$ ). Cet avantage du test rapide pour la détection des cas de VIH persiste, même après prise en compte des facteurs sociodémographiques, comportementaux, de la voie de recrutement et de la ville dans la régression logistique ( $\exp[\beta] = 1,42$ ,  $p < 0,001$ , IC à 95% = 1,27 ;1,59). Les HSH qui reçoivent les tests rapides, comparés à ceux testés par ELISA, sont moins susceptibles d'avoir utilisé un préservatif lors de leurs derniers rapports anaux (50,8% contre 72,3%,  $X^2= 1706,146$ ,  $p < 0,001$ ), plus susceptibles d'avoir eu des partenaires sexuels multiples (55,7% contre 49,5%,  $X^2= 238,188$ ,  $p < 0,001$ ) et moins susceptibles de s'être déjà soumis à un test de dépistage du VIH (38,8% contre 54,7%,  $X^2= 798,476$ ,  $p < 0,001$ ). **Ces résultats**

démontrent l'avantage manifeste des tests rapides par rapport aux tests ELISA traditionnels pour le dépistage du VIH chez les HSH, en collaboration avec les associations locales, dans les secteurs urbains en Chine.

[Accès au résumé](#)

**Note de la rédaction:** La prévalence du VIH chez les hommes gays et les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes en Chine a augmenté de 1 à 5% entre 2006 et 2011. Cette hausse a motivé le développement d'une nouvelle stratégie de dépistage du VIH pour atteindre cette population clé. Le programme China-Gates a facilité les partenariats entre les services de santé locaux et les associations locales afin d'atteindre les hommes gays et les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes pour leur proposer des tests rapides, dans 14 villes et une province. Entre juillet et décembre 2011, 17 015 hommes ont été testés en centres de dépistage du VIH établis (gérés exclusivement par les services de santé publics, qui utilisaient la méthode immuno-enzymatique ELISA) et 14 391 autres hommes ont été testés en centres établis, promus et gérés par des partenariats entre le gouvernement et les associations locales. Ces centres utilisaient des tests de dépistage rapide du VIH et faisaient confirmer les résultats par les services de santé publics. Après prise en compte des caractéristiques sociodémographiques, des facteurs de risque de transmission et de la situation géographique, la probabilité d'être positif au VIH étaient de 42% supérieures pour les hommes testés dans les sites partenaires. Ce partenariat démontre un modèle innovant, culturellement approprié et évolutif. Pour les populations clés, des partenariats de cette nature pourraient aboutir à un démarrage plus précoce du traitement et une réduction de la transmission secondaire.

**Exactitude des mesures de l'adhérence par l'auto-déclaration et le nombre de comprimés dans l'essai clinique FEM-PrEP : implications pour les futurs essais de prévention du VIH.**

Agot K, Taylor D, Corneli AL, Wang M, Ambia J, Kashuba AD, Parker C, Lemons A, Malahleha M, Lombaard J, Van Damme L. *AIDS Behav.* mai 2015; 19(5):743-51. doi: 10.1007/s10461-014-0859-z.

**L'emtricitabine/fumarate de ténofovir disoproxil (FTC/TDF) oral a été évalué en tant que prophylaxie préexposition (PrEP). Nous décrivons l'exactitude de l'adhérence auto-déclarée au FTC/TDF et du nombre de comprimés par rapport aux concentrations médicamenteuses dans l'étude FEM-PrEP. À partir des concentrations de ténofovir (TFV) plasmatique et de diphosphate de ténofovir (TFVdp) sur un sous-échantillon aléatoire de 150 participants désignés pour recevoir un traitement FTC/TDF, nous avons estimé la valeur prédictive positive (PPV) de quatre mesures d'adhérence.** Nous avons également évalué les facteurs liés aux fausses déclarations d'adhérence en utilisant plusieurs seuils de concentration, puis examiné l'utilisation des comprimés et les fausses déclarations à partir d'entretiens semi-structurés. **L'utilisation déclarée de  $\geq 1$  comprimé dans les 7 jours précédents avait la plus forte PPV, tandis les données sur le nombre de comprimés correspondant à  $\leq 1$  comprimé manqué avaient la plus faible PPV. Cependant, les quatre mesures révélaient une PPV médiocre. Le recours déclaré à la contraception orale (OR 2,26; p = 0,014) et les semaines de participation à l'étude (OR 1,02; p < 0,001) étaient en grande partie associés aux fausses déclarations d'adhérence.** Bien que la plupart des participants aux entretiens semi-structurés aient nié toute fausse déclaration d'adhérence, **les mesures d'adhérence dépendantes des participants étaient manifestement peu fiables dans l'essai FEM-PrEP. Le suivi pharmacocinétique reste la mesure à privilégier jusqu'à ce que des mesures dépendantes des participants plus fiables soient mises au point.**

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

**Note de la rédaction:** Plusieurs études ont démontré que la prophylaxie préexposition (PrEP) est efficace pour réduire la transmission du VIH à condition que l'adhérence soit élevée. Il est donc essentiel de comprendre les facteurs qui influent sur l'adhérence et d'évaluer les meilleures méthodes pour la mesurer. Malgré une excellente adhérence auto-déclarée, les essais FEM-PrEP et VOICE n'ont pas dégagé d'avantage de la PrEP. Dans cette étude, les concentrations médicamenteuses ont été évaluées sur 1 200 visites de 150 participants à l'essai FEM-PrEP pour déterminer l'adhérence. Ces résultats ont été utilisés pour évaluer l'exactitude de trois mesures de l'adhérence auto-déclarée et du nombre de comprimés. La valeur prédictive positive des quatre mesures était médiocre, allant de 26,2% à 42,4%. Une augmentation des fausses déclarations d'adhérence a été constatée sur le temps, éventuellement liée à une baisse parallèle des niveaux d'adhérence. Lors des entretiens semi-structurés, la plupart des participants ont nié toute fausse déclaration d'adhérence. Les auteurs demandent l'amélioration des méthodes pour réduire les réponses socialement désirables obtenues par le biais de l'auto-déclaration par les participants, ainsi que l'examen des raisons pour lesquelles les individus choisissent de participer aux essais de prévention du VIH. Les essais futurs devront éventuellement envisager d'utiliser les concentrations médicamenteuses en plus des méthodes actuellement suivies pour mieux estimer l'adhérence.

### **Recours répété à la prophylaxie post-exposition pour le VIH parmi des travailleuses du sexe de Nairobi suite à l'exposition sexuelle.**

Izulla P, McKinnon LR, Munyao J, Ireri N, Nagelkerke N, Gakii G, Gelmon L, Nangami M, Kaul R, Kimani J. *AIDS Behav.* 13 mai 2015. [Publication en ligne avant impression]

Avec l'introduction de la prévention à base de TARV, il sera essentiel de cibler les populations clés, notamment les travailleuses du sexe. **Dans cette étude, nous analysons les tendances d'accès à la prophylaxie post-exposition (PEP) répétée dans le contexte d'un important programme auprès de travailleuses du sexe à Nairobi. Pendant près de 6000 personnes-années de suivi, 20% des participantes (n = 1119) ont demandé une PEP au moins une fois, et 3,7% plus d'une fois.** Ces dernières étaient plus jeunes, avaient un plus grand nombre de partenaires occasionnels, et étaient plus susceptibles d'utiliser des préservatifs avec des partenaires occasionnels et réguliers, d'avoir un partenaire régulier, et de se soumettre à un test de dépistage du VIH préalablement au recrutement. Parmi les obstacles à la PEP figuraient la stigmatisation, les effets secondaires, et le manque d'information, suggérant qu'une promotion répétée pourrait être requise afin d'encourager son adoption. **Un petit sous-ensemble de travailleuses du sexe, éventuellement constitué de celles qui étaient plus conscientes des risques, indiquait un recours plus fréquent à la PEP; ces femmes pourraient être les plus réceptives au déploiement de la prophylaxie préexposition.**

[Accès au résumé](#)

**Note de la rédaction:** La prévention du VIH par la thérapie antirétrovirale se développe, notamment le recours à la prophylaxie préexposition (PrEP), efficace lorsque l'adhérence est élevée. Cependant, compte tenu des difficultés liées à l'adhérence, d'autres options sont essentielles. La prophylaxie post-exposition (PEP) à la suite d'une exposition sexuelle au VIH est une stratégie de prévention qui pourrait être efficace dans certaines situations, et qui est recommandée dans les cas d'exposition dangereuse. Cet article décrit le recours à la PEP chez les travailleuses du sexe à Nairobi. Il s'intéresse plus particulièrement au recours répété à la PEP et aux caractéristiques des travailleuses du sexe qui l'utilisent à plusieurs reprises. Il est intéressant de noter que ces dernières semblaient se croire exposées à un risque accru de VIH et étaient plus conscientes de la PEP en tant qu'option de prévention. Celles qui n'avaient pas recours à la PEP ne savaient que peu de choses ou rien à son



*sujet, avaient peur de la stigmatisation par les membres de la communauté et les prestataires de soins de santé, et craignaient les effets secondaires dont elles avaient entendu parler par les personnes en cours de traitement anti-VIH. Il est essentiel de prendre ces facteurs en compte dans l'élaboration d'un plan de mise en œuvre des programmes futurs, et plus particulièrement des programmes de PrEP, qui pourront tirer les leçons du passé mais ouvriront certainement de nouvelles voies pour la mise en œuvre et la programmation de la prévention du VIH.*

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

**L'impact de l'adhérence à la prophylaxie préexposition sur le risque d'infection par le VIH chez les consommateurs de drogues injectables.**

*Martin M, Vanichseni S, Suntharasamai P, Sangkum U, Mock PA, Leethochawalit M, Chiamwongpaet S, Curlin ME, Na-Pompet S, Warapronmongkhokul A, Kittimunkong S, Gvetadze RJ, McNicholl JM, Paxton LA, Choopanya K, Bangkok Tenofovir Study Group. AIDS. 24 avr. 2015; 29(7):819-24. doi: 10.1097/QAD.0000000000000613.*

**Objectif: Décrire l'adhérence des participants à une dose orale journalière de ténofovir dans le cadre d'un essai de prophylaxie préexposition (PrEP) au VIH, examiner les facteurs associés à l'adhérence, et évaluer l'impact de l'adhérence sur le risque d'infection par le VIH.**

Conception: l'étude de Bangkok sur le ténofovir était un **essai par sondage aléatoire en double aveugle contre placebo sur un échantillon de consommateurs de drogues injectables**, 2005-2012

Méthodes: les participants choisissaient des visites quotidiennes ou mensuelles. **Le personnel infirmier de l'étude observait les participants avaler le médicament et les deux tenaient un journal.** Nous avons évalué l'adhérence à partir du journal. **Nous avons examiné l'adhérence par groupe d'âge et sexe, et utilisé la régression logistique pour évaluer la démographie et les comportements à risque en tant que prédicteurs d'adhérence, ainsi que la régression de Cox pour évaluer l'impact de l'adhérence sur le risque d'infection par le VIH.**

Résultats: **un total de 2412 personnes a été recruté** et a contribué 9665 personnes-années de suivi (moyenne de 4 années, maximum 6,9 années). **Le risque d'infection par le VIH a diminué au fur et à mesure que l'adhérence s'est améliorée**, de 48,9% dans l'ensemble à **83,5% pour les participants avec au moins 97,5% d'adhérence\***. Dans l'analyse multivariée, **les hommes adhéraient moins que les femmes (P = 0,006) et les participants de 20 à 29 ans (P < 0,001) et de 30 à 39 ans (P = 0,01) adhéraient moins que les participants plus âgés.** Parmi les autres facteurs associés à une mauvaise adhérence, l'incarcération (P = 0,02) et l'injection de méthamphétamine (P = 0,04).

Conclusion: dans cet essai de PrEP anti-VIH auprès de consommateurs de drogues injectables, **l'amélioration de l'adhérence à une dose quotidienne de ténofovir a été associée à un risque moindre d'infection par le VIH.** Ce résultat va dans le sens d'essais auprès de HSH et de couples hétérosexuels séro-discordants et **suggère que la PrEP anti-VIH offre un niveau élevé de protection contre l'infection par le VIH.**

\*Les auteurs veulent dire que l'efficacité s'est améliorée de 48,9% dans l'ensemble à 83,5% chez ceux qui adhéraient à 97,5%.

[Accès au résumé](#)

**Note de la rédaction:** Des essais à sondage aléatoire contre placebo ont indiqué qu'une dose journalière de ténofovir par voie orale comme prophylaxie préexposition (PrEP) pouvait réduire la transmission du VIH. Dans cette étude, à partir des données du seul essai de PrEP achevé parmi des consommateurs de drogues injectables, les enquêteurs ont évalué l'impact de l'adhérence à la PrEP directement observée sur l'incidence de l'infection par le VIH dans l'étude sur le ténofovir de Bangkok. L'adhérence était définie comme la proportion de jours de prise du médicament enregistrés dans les journaux des participants. En moyenne, les participants ont pris le médicament pendant 84% des jours. Le lien manifeste constaté entre la hausse des niveaux d'adhérence et la réduction du risque d'infection par le VIH s'ajoute à la littérature sur l'importance de l'adhérence pour assurer l'efficacité de la PrEP chez les hommes gays et les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, ainsi que chez les couples séro-discordants. Cette étude avait pour originalité d'observer directement l'adhérence à la PrEP. L'observation directe du TARV a été employée dans les prisons et dans les centres de traitement de la toxicomanie; cette méthode offre d'intéressantes possibilités d'améliorer l'estimation de l'adhérence.

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

**Prévention de la transmission mère-enfant de la syphilis et du VIH en Chine: quels facteurs déterminent les priorités politiques et que peut-on en déduire pour la double élimination?**

Wu D, Hawkes S, Buse K. *Int J Gynaecol Obstet.* 29 avr. 2015. pii: S0020-7292(15)00202-7. doi: 10.1016/j.ijgo.2015.04.005. [Publication en ligne avant impression]

Objectif: la présente étude se propose de **cerner les raisons du faible niveau de priorité politique accordé à la transmission mère-enfant (TME) de la syphilis par rapport au VIH, en dépit du fait que la première représentait un fardeau bien plus important** que le dernier, et de plus en plus lourd, en **Chine**, pendant les 20 années qui ont précédé 2010.

Méthodes: nous avons entrepris une **analyse comparative des politiques**, basée sur des entretiens avec les informateurs et un examen documentaire du contrôle de la TME de la syphilis et du VIH. L'analyse repose aussi sur l'observation non participative de réunions/formations d'intérêt dans le but d'étudier la manière dont les programmes étaient établis avant 2010.

Résultats: **nous avons identifié plusieurs facteurs qui contribuent au niveau inférieur de priorité accordé à la TME de la syphilis : négligence relative à un niveau mondial, manque de soutien financier et technique international, communauté nationale de décideurs peu unifiée et mécanismes de reddition de comptes faibles, connaissance insuffisante de l'épidémie et des options de politique, cadrage principalement négatif de la syphilis** à l'origine d'une stigmatisation considérable.

Conclusion: un double objectif d'élimination ne pourra être atteint que lorsqu'un plus haut degré de priorité sera accordé à la TME de la syphilis dans les programmes internationaux et nationaux.

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

**Note de la rédaction:** En 2009, plus de 11 000 cas de syphilis congénitale ont été déclarés en Chine, par rapport à 57 cas de transmission mère-enfant du VIH. Pourtant, la syphilis congénitale n'est pas une priorité stratégique. Les auteurs examinent et comparent les réponses stratégiques aux deux infections afin de comprendre les déterminants du niveau de priorité qui leur est accordé dans la politique chinoise en matière de santé. La réponse stratégique nationale à la transmission mère-enfant du VIH souligne l'importance des programmes mondiaux. Ceux-ci sont notamment

caractérisés par des mécanismes de remontée de l'information, une assistance financière et technique internationale, des indicateurs crédibles, ainsi que des communautés nationales de décideurs cohésives autour d'un mécanisme formel de coordination et d'influence politique, à savoir le Centre national chinois pour la santé des femmes et des enfants. Qui plus est, l'environnement stratégique national spécifique et d'autres événements marquants ont joué un rôle critique dans l'établissement d'un niveau élevé de priorité pour la transmission mère-enfant du VIH. Les nouveaux dirigeants évoluaient vers un programme d'égalité socio-économique et la récente épidémie de syndrome respiratoire aigu sévère (SARS) avait souligné l'importance de contrôler les maladies infectieuses. En même temps, le scandale national de la vente de sang, cause de l'infection par le VIH de centaines de milliers de Chinois des zones rurales dans les années 90, recevait de plus en plus d'attention de la part des médias internationaux. Tout cela a contribué à un cadrage différent du problème du VIH, qui s'éloignait d'un discours d'« immoralité » stigmatisant pour se rapprocher d'un discours axé sur les « innocentes victimes ». La syphilis congénitale, malheureusement, a continué de souffrir d'un cadrage stigmatisant. Or, des plates-formes pour la prévention efficace de la transmission mère-enfant du VIH ont été mises en place et pourraient être utilisées dans le cadre d'une approche plus avantageuse de double contrôle et élimination. Les auteurs concluent que le niveau de priorité politique pourrait être amélioré en cadrant les deux infections de manière plus nuancée, mettant en valeur les liens entre les deux en ce qui concerne la vulnérabilité sous-jacente et la faisabilité des solutions. Une telle approche demande un partenariat et une collaboration solides entre les communautés de décideurs concernées par la transmission mère-enfant de la syphilis et du VIH.

### **Effet de l'infection à cytomégalovirus sur la transmission du VIH par l'allaitement et sur la santé des nourrissons nés de mères séropositives.**

Chang TS, Wiener J, Dollard SC, Amin MM, Ellington S, Chasela C, Kayira D, Tegha G, Kamwendo D, Jamieson DJ, van der Horst C, Kourtis AP; BAN Study Team. *AIDS*. 24 avr. 2015; 29(7):831-6. doi: 10.1097/QAD.0000000000000617

Contexte: l'infection à cytomégalovirus (CMV) peut être acquise in utero ou au stade postnatal par transmission horizontale et par l'allaitement. **On ignore l'effet de l'infection à CMV postnatale sur la transmission postnatale du VIH.**

Méthodes: **l'étude Allaitement, Antirétroviraux et Nutrition**, menée au Malawi, a réparti de manière aléatoire 2 369 mères et leurs nourrissons entre trois branches de prophylaxie antirétrovirale – mère (triple régime), nourrisson (névirapine), ou ni l'un ni l'autre – pendant 28 semaines d'allaitement, suivies par le sevrage. Des spécimens de plasma et de cellules mononucléées de sang périphérique étaient disponibles pour 492 nourrissons à 24 semaines et ont été testés pour le CMV par PCR. Les prélèvements de nourrissons testés PCR-positif pour le CMV à 24 semaines ont également été testés à la naissance (N = 242), et ceux des nourrissons testés PCR-négatif à 24 semaines ont été testés à 48 semaines (N = 96). **Les modèles à risques proportionnels de Cox ont été utilisés pour déterminer s'il existait un lien entre l'infection à CMV et la morbidité, la mortalité ou l'acquisition postnatale du VIH des nourrissons.**

Résultats: à 24 semaines d'âge, l'ADN du CMV a été détecté chez 345 des 492 nourrissons (70,1%); le taux d'infection congénitale par le CMV était de 2,3% et le taux estimé d'infection par le CMV à 48 semaines était de 78,5%. **L'infection par le CMV à 24 semaines était associée à l'acquisition ultérieure du VIH par l'allaitement ou à la mortalité infantile entre 24 et 48 semaines d'âge (risque relatif 4,27, P = 0,05).**

Conclusion: la plupart des nourrissons allaités nés de mères séropositives dans ce milieu aux ressources limitées sont infectés par le CMV lorsqu'ils atteignent l'âge de 24 semaines. **L'infection précoce par le CMV peut être un facteur de risque d'infection ultérieure par le VIH par l'allaitement**, d'où le besoin d'approches globales pour éliminer la transmission du VIH par l'allaitement.

[Accès au résumé](#)

**Note de la rédaction :** *Les études ont illustré que la transmission mère-enfant du VIH est plus fréquente chez les nouveau-nés présentant une infection congénitale par le cytomégalo virus (CMV). Les nourrissons co-infectés par le VIH et le CMV ont des taux supérieurs de progression de maladie à VIH et de mortalité. Cette étude, fondée sur des données et des échantillons de plasma et de cellules mononucléées de sang périphérique de nourrisson fait partie de l'essai clinique contrôlé avec sondage aléatoire BAN (Breastfeeding, Antiretrovirals and Nutrition - allaitement, antirétroviraux et nutrition). Elle cherche à savoir si l'infection postnatale à CMV chez le nourrisson est associée à la transmission du VIH par l'allaitement. Elle s'intéresse au rapport entre la thérapie antirétrovirale postnatale et l'acquisition postnatale du CMV. Les données suggèrent que l'infection à cytomégalo virus postnatale précoce chez le nourrisson non infecté exposé au VIH pourrait prédire la transmission ultérieure du VIH par l'allaitement et la mortalité infantile. L'étude confirme les conclusions antérieures, à savoir qu'environ 70% des nourrissons allaités nés de mères vivant avec le VIH dans les milieux à faibles revenus acquièrent l'infection à CMV dans les six premiers mois de leur vie. L'étude ne constate toutefois pas de lien entre la thérapie antirétrovirale maternelle et le risque de transmission postnatale du CMV. Il importe de noter que dans l'essai clinique contrôlé avec sondage aléatoire, la thérapie antirétrovirale n'est démarrée qu'au début de l'accouchement. On ignore l'effet de la thérapie antirétrovirale maternelle en début de grossesse sur la prévention ou le retardement de l'acquisition du CMV, bien que quelques études observationnelles aient constaté que la thérapie antirétrovirale maternelle réduit l'infection à CMV congénitale et post-natale précoce. Il est biologiquement plausible que la thérapie antirétrovirale réduise ou prévienne la réactivation du CMV chez la mère, prévenant ainsi les périodes transitoires de virémie CMV maternelle. Ce mécanisme pourrait expliquer la réduction de la transmission du CMV au nourrisson (avant ou après la naissance). Des taux supérieurs de morbidité et de mortalité sont enregistrés chez les nourrissons exposés mais non infectés. Toute maladie attribuable au CMV pourrait donc potentiellement être réduite par le démarrage d'une thérapie antirétrovirale à un stade plus précoce de la grossesse.*

#### **Dépistage du VIH chez les femmes enceintes qui reçoivent des soins prénataux au Malawi.**

*Tenthani L, Haas AD, Egger M, van Oosterhout JJ, Jahn A, Chimbandira F, Tal K, Myer L, Estill J, Keiser O. J Acquir Immune Defic Syndr. 6 mai 2015. [Publication en ligne avant impression]*

Le Malawi a adopté la stratégie de l'Option B+ en 2011. Son **succès relatif à la réduction de la TME dépend de la couverture et du moment du dépistage du VIH**. Nous avons évalué la constatation du statut VIH et ses prédicteurs pendant la grossesse. **La détermination du statut VIH était de 82,3% (IC à 95% 80,2-85,9) dans la période pré-Option B+ et 85,7% (IC à 95% 83,4-88,0) dans la période Option B+.** Un taux supérieur du statut VIH établi a été indépendamment associé à un **âge plus avancé, à la présence à plus d'une séance de soins prénataux**, et à l'inscription en 2010. La **forte variabilité observée de la constatation du statut VIH d'un centre à l'autre (50,6% - 97,7%) et sur le temps** suggère que les **pénuries de kits de dépistage du VIH et l'insuffisance de personnel étaient des obstacles majeurs** à la réduction de la TME.

[Accès au résumé](#)

**Note de la rédaction :** L'ONUSIDA a lancé un appel à l'élimination de la transmission mère-enfant du VIH à travers le Plan mondial pour éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants à l'horizon 2015 et maintenir leurs mères en vie. Les lignes directrices unifiées de l'OMS sur l'utilisation des antirétroviraux pour le traitement et la prévention de l'infection à VIH, en 2013, recommandent deux options pour les femmes enceintes et allaitantes. L'une d'elles est le traitement antirétroviral (TARV) à vie pour toutes les femmes enceintes vivant avec le VIH, indépendamment de leur numération de CD4 ou du stade de leur maladie, dite « Option B+ ». Le Plan mondial exige que 90% de toutes les femmes vivant avec le VIH aient accès au TARV. Le succès du Plan mondial dépendra du nombre de femmes testées pour le VIH.

Cette étude comprend des données de 19 dispositifs de soins secondaires et primaires offrant des soins prénataux au Malawi, le premier pays à introduire la stratégie de l'Option B+ en 2011. L'introduction de la stratégie de l'option B+ n'a pas entraîné de changement significatif de la proportion de femmes testées pour le VIH. La détermination des cas de VIH variait considérablement d'un dispositif à l'autre, de 50 à 98%, et fluctuait énormément à l'intérieur des dispositifs sur de courtes périodes. Les baisses soudaines observées du nombre de femmes testées pour le VIH suggèrent l'existence d'obstacles importants au dépistage du VIH au niveau des dispositifs. Des études précédentes ont montré que des pénuries temporaires de kits de dépistage du VIH et de personnel interrompent le dépistage prénatal aux centres de soins. Les femmes présentes à plusieurs séances de soins prénataux avaient plus de chances que leur statut VIH soit établi, probablement parce que le nombre de visites augmentait leurs chances d'être au bon endroit au bon moment, lorsque le personnel et les kits nécessaires étaient disponibles. Malheureusement, cette étude n'a pas pu déterminer les facteurs associés à l'absence de test de dépistage du VIH au niveau des individus.

Nous avons maintenant des programmes très efficaces en place, qui peuvent virtuellement éliminer les nouvelles infections par le VIH chez les enfants, dans le monde entier. Pour atteindre ce but, il est urgent de veiller à renforcer les systèmes de santé. L'élimination des nouvelles infections chez les enfants demandera que l'on se penche sur l'ensemble de la chaîne de soin, du diagnostic du VIH à la communication des résultats, au traitement et au soutien à apporter aux femmes pour faire en sorte qu'elles adhèrent à leur TARV.

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

**L'impact de la fidélité thérapeutique sur la mortalité dans le cadre d'une stratégie de planification stratifiée sur la numération de CD4 pour la thérapie antirétrovirale de patients tuberculeux.**

Patel MR, Westreich D, Yotebieng M, Nana M, Eron JJ, Behets F, Van Rie A. *Am J Epidemiol.* 1er mai 2015;181(9):714-22. doi: 10.1093/aje/kwu338. Publication en ligne 18 mars 2015.

Parmi les patients atteints de tuberculose et de virus de l'immunodéficience humaine de type 1, le démarrage du TARV stratifié sur la numération de CD4 est recommandé, à savoir un TARV plus précoce chez les personnes à faible numération de CD4. On ignore cependant l'impact de la fidélité à cette recommandation. **Nous avons examiné une étude de cohorte prospective de 395 patients adultes tuberculeux et séropositifs entre août 2007 et novembre 2009, à Kinshasa, en République démocratique du Congo. Le TARV devait démarrer après 1 mois de traitement de la tuberculose à une numération de CD4 de <100 cellules/mm<sup>3</sup> ou au stade 4 de l'Organisation mondiale de la Santé (autre que la tuberculose extra-pulmonaire) et après 2 mois de traitement de la tuberculose à une numération de CD4 de 100 à 350 cellules/mm<sup>3</sup>.** Nous avons utilisé la

formule paramétrique g pour estimer l'impact de la fidélité sur la mortalité à 6 mois. **La fidélité observée était faible (46%); pour 54% des patients, le TARV a démarré en retard ou n'a pas démarré du tout**, ce qui pourrait être évité avec une fidélité parfaite. Le risque de mortalité observé était de 12,0% (intervalle de confiance (IC) à 95 %: 8,2 ; 15,7); avec une fidélité totale (contre-factuelle), le risque de mortalité était de 7,8% (IC à 95%: 2,4 ; 12,3), **correspondant à une réduction de risque de 4,2% (IC à 95%: 0,3; 8,1) et une fraction évitable de 35,1% (IC à 95%: 2,9; 67,9)**. Des stratégies pour obtenir une fidélité élevée à la planification du TARV stratifiée sur la numération de CD4 sont nécessaires pour maximiser les chances de survie.

[Accès au résumé](#)

**Note de la rédaction :** *Les essais contrôlés avec tirage aléatoire prouvent clairement que le démarrage précoce du traitement antirétroviral (TARV) pendant le traitement de la tuberculose réduit la mortalité chez les individus co-infectés par le VIH et la tuberculose. Ces preuves ont été traduites en politiques et la plupart des pays suivent désormais les lignes directrices de l'OMS qui recommandent le traitement sous huit semaines du début du traitement de la tuberculose, et sous deux semaines pour les personnes atteintes de l'immunodéficience la plus avancée (numération de CD4 <50 cellules/ $\mu$ L).*

*Cet article présente une analyse post hoc d'une étude d'intervention évaluant les soins tuberculose/VIH intégrés, administrés par le personnel infirmier, dans des centres de soins primaires de la République démocratique du Congo. L'étude parente montrait que les soins intégrés aboutissaient à une meilleure adoption du TARV et à un taux de mortalité inférieur, par comparaison avec la cohorte historique avant l'intégration. Le taux de mortalité est toutefois resté important – environ un participant sur 10 est mort dans les six mois – et moins de la moitié de tous les participants n'ont pas démarré le TARV au moment prévu. La définition de la fidélité était assez étroite: cinq jours seulement permis au-delà du seuil d'un ou de deux mois.*

*L'analyse suggère qu'environ un tiers de la mortalité pourrait avoir été prévenue si le TARV avait démarré dans les temps recommandés. Comme pour la majorité des études, la mortalité est fortement associée à une faible numération de CD4+ (<50cellules/ $\mu$ L) et ce groupe est responsable d'une grande partie de ce qui est considéré comme une mortalité évitable. D'autres stratégies sont évidemment nécessaires pour améliorer les résultats dans ce groupe, parallèlement à des stratégies plus globales pour favoriser le diagnostic précoce du VIH et de la tuberculose.*

## 5. Parer à l'insuffisance des ressources

**Maladie dans le foyer, pauvreté et victimisation des enfants par les violences physiques et psychologiques: conclusions de la première étude de cohorte prospective en Afrique du Sud.**

*Meinck F, Cluver LD, Boyes ME. BMC Public Health. 1er mai 2015; 15(1):444. doi: 10.1186/s12889-015-1792-4.*

Contexte: les violences physiques et psychologiques infligées aux enfants posent un problème à grande échelle en Afrique du Sud, avec de graves répercussions sur les survivants. Bien que **la maladie chronique dans le foyer se soit révélée comme un prédicteur de violences physiques et psychologiques**, aucune recherche ne s'est jusqu'à présent intéressée aux différents cheminement entre la maladie chronique dans le foyer et la victimisation des enfants par la maltraitance en Afrique du Sud.

Méthodes: des questionnaires d'auto-déclaration confidentiels, employant des mesures utilisées à l'échelle internationale, ont été remplis par des enfants de 10 à 17 ans (n = 3315, 56,7% de filles), selon une approche d'échantillonnage en porte-à-porte, dans des secteurs urbains et ruraux d'Afrique du Sud sélectionnés de manière aléatoire. Des enquêtes de suivi ont été menées un an plus tard (taux de rétention de 96,7%). **À partir de plusieurs analyses de médiation, cette étude s'est intéressée aux effets directs et indirects de la maladie chronique dans le foyer (sida et autres maladies) sur la victimisation fréquente (mensuelle) par les violences physiques et psychologiques, en prenant la pauvreté et l'étendue de l'invalidité de la personne malade comme médiateurs supposés.**

Résultats: pour les enfants de familles vivant avec le sida, un effet direct positif sur la violence physique a été obtenu. Par ailleurs, des effets indirects positifs à travers la pauvreté et l'invalidité ont été établis. Pour les garçons, un effet direct et indirect positif de la maladie liée au sida sur la violence psychologique à travers la pauvreté a été détecté. Pour les filles, un effet positif direct à travers la pauvreté a été observé. Pour les enfants de familles vivant avec d'autres maladies chroniques, un effet indirect négatif sur la violence physique a été obtenu. Par ailleurs, un effet indirect négatif a été établi à travers la pauvreté et un effet indirect positif à travers l'invalidité. Pour les garçons, des effets indirects positifs et négatifs ont été constatés à travers la pauvreté et l'invalidité respectivement. Pour les filles, un effet indirect négatif à travers la pauvreté a été observé.

Conclusions: ces résultats indiquent que **les enfants de familles touchées par la maladie liée au sida sont exposés à un plus grand risque de victimisation par la maltraitance**, et que ce risque est atténué par des niveaux supérieurs de pauvreté et d'invalidité. **Les enfants touchés par d'autres maladies chroniques sont exposés à un moindre risque de victimisation par la maltraitance sauf si les niveaux d'invalidité dans le foyer sont supérieurs.** Les interventions cherchant à réduire la pauvreté et à accroître le soutien aux familles pourraient contribuer à prévenir les maltraitements dans les familles touchées par la maladie en Afrique du Sud.

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

**Note de la rédaction:** *La recherche a montré que les enfants de familles touchées par le VIH en Afrique subsaharienne sont exposés à un risque accru de maltraitance. Il s'agit ici de la première étude longitudinale des cheminements entre la maladie chronique dans le foyer et la maltraitance des enfants dans le monde en développement, par l'analyse de médiation. À partir de questionnaires d'auto-déclaration, l'étude a recueilli des données auprès de 3 515 enfants (âgés de 10 à 17 ans) en Afrique du Sud.*

*Dans leurs conclusions, les auteurs font un constat frappant: le rapport entre le risque de maltraitance des enfants et le type de maladie affectant le foyer, atténué par la pauvreté et l'invalidité. Ils relèvent des niveaux élevés de violences physiques et psychologiques dans les foyers touchés par le VIH par rapport aux foyers sans VIH. Ils constatent cependant aussi des taux de prévalence de la maltraitance inférieurs dans les foyers touchés par d'autres maladies chroniques. Étant donné que le diabète et l'hypertension sont davantage susceptibles d'affecter les personnes plus âgées, les auteurs supposent que le membre du foyer malade a probablement accès à une pension de l'État et bénéficie donc d'une certaine protection contre le risque de pauvreté. L'exception à cette hypothèse concerne les foyers de ce groupe avec des niveaux élevés d'invalidité.*

*Cette étude est une contribution importante car les recherches précédentes se sont principalement intéressées aux foyers touchés par le sida ou le cancer. Ces foyers doivent probablement gérer des niveaux supérieurs de stigmatisation liée à ces maladies, une espérance de vie perçue comme plus courte et des options de traitement plus complexes. Ainsi, les recherches précédentes ont peut-être*

*présenté un rapport plus extrême entre la maladie dans un foyer et le risque de maltraitance des enfants. Les conclusions mettent en valeur l'importance pour les activités et la programmation en identifiant deux groupes de foyers exposés à un risque accru de maltraitance des enfants: les foyers touchés par le VIH et les foyers touchés par d'autres maladies chroniques.*

### **Analyse des dépenses des services de dépistage du VIH et de conseil qui utilisent la cascade de soins au Viêt Nam.**

*Nguyen VT, Nguyen HT, Nguyen QC, Duong PT, West G. PLoS One. 15 mai 2015; 10(5):e0126659. doi: 10.1371/journal.pone.0126659. eCollection 2015.*

**Objectifs:** à l'heure actuelle, **les services de dépistage du VIH et de conseil au Viêt Nam sont principalement financés par des sources internationales. Cependant, les bailleurs de fonds internationaux prévoient maintenant de retirer leur soutien. Le gouvernement du Viêt Nam est en quête de fonds à l'intérieur du pays et envisage de faire payer les clients afin de pouvoir maintenir les services.** Il devient de plus en plus important d'avoir une idée très claire du coût du maintien des services actuels pour faciliter une planification capable de rendre les services de dépistage, de conseil et autres services liés au VIH abordables et viables au Viêt Nam. **Cette analyse cherche à donner une vue d'ensemble des coûts du programme actuel pour que soient réalisés ses principaux objectifs, notamment 1) le dépistage et l'identification des personnes vivant avec le VIH qui ignorent leur statut VIH et 2) le recrutement de clients pour les soins du VIH.**

**Méthodes:** nous avons examiné les chiffres de dépenses déclarés par 34 centres de dépistage et de conseil dans neuf provinces vietnamiennes sur une période d'un an, d'octobre 2012 à septembre 2103. Les données sur les résultats du programme sont extraites de la base de données de dépistage et conseil de 42 390 dossiers de clients. L'analyse a été effectuée du point de vue des prestataires de services.

**Résultats:** la dépense moyenne pour un seul client recevant des services de dépistage et de conseil (test, communication des résultats et renvoi pour les soins/le traitement) était de 7,6 \$ dollars américains. La dépense unitaire par personne vivant avec le VIH identifiée par le biais de ces services variant de 22,8 à 741,5 \$US (moyenne: 131,8 \$). Tests répétés exclus, la fourchette de dépenses pour un nouveau diagnostic d'une personne vivant avec le VIH était encore plus large (de 30,8 \$US à 1483 \$US). **La dépense moyenne pour un client VIH renvoyé aux services de soins était de 466,6 \$US. Le coût du personnel était celui qui contribuait le plus au coût total.**

**Conclusions:** notre analyse a trouvé un large éventail de dépenses par centre, toutes engagées pour obtenir les mêmes résultats. **Il est essentiel de remanier les systèmes pour fournir les services au plus bas coût possible, afin que les services de prise en charge du VIH soient plus abordables et que les programmes de traitement pour la prévention soient plus réalisables au Viêt Nam. L'analyse a également conclu que la compréhension des déterminants et des raisons des variations des coûts des services par centre est importante pour renforcer le cadre de cascade de services de prise en charge du VIH aujourd'hui adapté et largement utilisé au Viêt Nam pour la planification et l'évaluation.**

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

**Note de la rédaction:** *Environ 91% des dépenses consacrées au dépistage du VIH et au conseil au Viêt Nam provient de bailleurs de fonds internationaux. Quand les bailleurs de fonds commenceront à réduire leurs contributions dans les prochaines années, une plus grosse part des coûts devra être*



assumée par le gouvernement du Viêt Nam. Par conséquent, cet article s'intéresse au coût du diagnostic de VIH dans le contexte de la cascade de soins et de traitement, y compris non seulement le coût par personne qui reçoit un diagnostic mais aussi le coût du recrutement efficace de personnes positives au VIH afin qu'elles soient soignées et traitées. Cela est particulièrement important au Viêt Nam, où 29% seulement des personnes estimées vivre avec le VIH ont été recrutées dans les services de soins et de traitement.

La ventilation des coûts par intrant par centre est une importante conclusion de l'article. Les auteurs concluent que le coût du personnel représente 40% du coût total. Plus important encore, ils concluent également que le coût du personnel varie considérablement d'un dispositif à l'autre, ce qui pourrait suggérer que certains dispositifs ont trop de personnel et ne répartissent pas les tâches efficacement. Cette constatation est cruciale. Lorsque les ressources financières commenceront à diminuer, des économies devront éventuellement être trouvées par la détermination du niveau optimal de dotation en personnel et le transfert des tâches.

L'article montre, sans surprise, que le coût par personne efficacement recrutée pour les soins et le traitement est considérablement supérieur au coût par personne testée et par personne testée positive. Cependant, on ne sait pas exactement si le coût supplémentaire s'explique simplement par le fait que les frais généraux et les frais de démarrage sont distribués sur un petit nombre de personnes, ou si un renvoi fructueux implique des coûts supplémentaires. Cette question demande un examen plus approfondi. Qui plus est, il serait intéressant de donner suite à cet article en examinant les coûts d'un point de vue sociétal. Cela permettrait de comprendre le rapport entre les coûts au niveau du patient et le lien probant entre le test et le renvoi aux services de soins et de traitement.

### **Coût par patient du traitement de la tuberculose résistante à la rifampicine dans un programme local à Khayelitsha, Afrique du Sud**

Cox H, Ramma L, Wilkinson L, Azevedo V, Sinanovic E. *Trop Med Int Health*. 15 mai 2015. doi: 10.1111/tmi.12544. [Publication en ligne avant impression]

Objectifs: le coût élevé du traitement de la tuberculose résistante à la rifampicine (RR-TB) fait obstacle à l'accès au traitement. L'Afrique du Sud est lourdement touchée par la RR-TBK, et la politique nationale met l'accent sur la décentralisation pour améliorer l'accès et réduire les coûts.

**Nous avons analysé les coûts supportés par le système de santé en rapport avec le traitement de la RR-TB par profil de pharmacorésistance et résultats du traitement dans le cadre d'un programme décentralisé.**

Méthodes: **des données rétrospectives, régulièrement recueillies auprès de patients, combinées avec des données sur les coûts unitaires pour déterminer le coût pour chaque patient dans une cohorte traitée entre janvier 2009 et décembre 2011.** Les coûts des médicaments étaient basés sur des régimes recommandés en fonction de la pharmacorésistance et de la durée du traitement. Les coûts d'hospitalisation ont été estimés en fonction des dates d'admission/décharge, tandis que les coûts des visites et du diagnostic/suivi ont été estimés selon les recommandations et la durée du traitement. Les données manquantes ont été imputées.

Résultats: **sur 467 patients (72% séropositifs), 49% ont été traités avec succès. Le traitement a démarré en soins primaires pour 62%, le restant en milieu hospitalier. Le coût moyen par patient traité était de 7916 \$ (fourchette 260-87 140); allant de 5369 \$ parmi les patients qui n'ont pas achevé le traitement à 23 006 \$ pour les échecs thérapeutiques. Le coût moyen d'un**

traitement réussi était de 8359 \$ (2585-32 506). La résistance aux médicaments de deuxième intention était associée à un coût moyen de 15 567 \$ par rapport à 6852 \$ pour les médicaments de première intention, la plus grande partie de la différence de coût étant due à l'hospitalisation. Coûts indiqués en \$US en 2013.

Conclusions: **le coût du traitement de la RR-TB était élevé et variait en fonction du résultat thérapeutique. Malgré la décentralisation, l'hospitalisation continuait de représenter un coût important, particulièrement dans les cas de pharmacorésistance plus généralisée et d'échec thérapeutique.** Ces estimations de coût peuvent être utilisées pour modéliser l'impact de nouvelles interventions visant à améliorer l'état de santé du patient.

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

***Note de la rédaction:** Avant 2011, les lignes directrices sud-africaines recommandaient que tous les patients atteints de tuberculose multirésistante (MDR-TB) soient hospitalisés pendant au moins six mois, ou jusqu'à conversion des cultures. Cette politique a été modifiée en 2011 pour permettre les soins ambulatoires décentralisés des patients dont le test s'est révélé négatif aux analyses de crachat. Cet article évalue le coût du traitement de la tuberculose résistante à la rifampicine à Khayelitsha, en Afrique du Sud, à partir de données recueillies auprès des patients afin de représenter avec précision les cheminements réels des patients sous la nouvelle politique.*

*Les auteurs constatent que le coût du traitement de la tuberculose selon cette nouvelle politique varie considérablement en fonction du profil de pharmacorésistance et des résultats thérapeutiques. Le traitement ne réussit que dans environ la moitié de l'échantillon de cette étude. Le traitement échoue pour approximativement 20% ('échecs thérapeutiques' et 'décès' compris) et environ 30% des individus sont perdus de vue en cours de traitement. Les individus pour qui le traitement a échoué coûtent le plus cher, soit 23 006 \$ en moyenne. Ces personnes sont généralement hospitalisées pendant le traitement et pendant plus longtemps. Les personnes infectées par des tuberculoses dites ultra-résistantes (XDR) étaient exposées à plus grand risque d'échec thérapeutique. Par conséquent, le coût de leur traitement est beaucoup plus élevé que les personnes présentant une mono-résistance à la rifampicine ou tuberculose MDR. Les traitements réussis coûtent en moyenne 8359 \$. Ce chiffre est nettement inférieur au coût moyen de 17 164 \$ encouru quand les directives de traitement précédentes étaient en vigueur.*

*Ces conclusions indiquent que la nouvelle politique est moins coûteuse dans l'ensemble que la politique d'hospitalisation dans tous les cas de tuberculose MDR. Cependant, les coûts continuent de varier considérablement selon la pharmacorésistance et les résultats thérapeutiques. Pour réduire encore davantage les coûts et améliorer la rentabilité, les échecs thérapeutiques doivent être encore réduits.*

### **Effets des transferts monétaires sur la santé infantile et la protection sociale en Afrique subsaharienne: différences de résultats selon le statut d'orphelin et les actifs du foyer.**

Crea TM, Reynolds AD, Sinha A, Eaton JW, Robertson LA, Mushati P, Dumba L, Mavise G, Makoni JC, Schumacher CM, Nyamukapa CA, Gregson S. *BMC Public Health*. 28 mai 2015; 15:511. doi: 10.1186/s12889-015-1857-4.

Contexte: **les programmes de transferts monétaires conditionnels et inconditionnels (TMC et TMI) pourraient améliorer le bien-être des orphelins et autres enfants vulnérables (OEV) touchés par le VIH/sida.** Nous nous sommes intéressés aux lacunes dans les connaissances actuelles concernant les **effets différentiels des transferts monétaires aux foyers sur la vie des**

**enfants, en fonction de facteurs de risque ou de protection dont le statut d'orphelin et les actifs du foyer.**

Méthodes: des données ont été obtenues dans le cadre d'un **essai contrôlé à tirage aléatoire par grappes** au Zimbabwe oriental, avec **répartition aléatoire en trois bras d'étude: TMI, TMC ou contrôle**. L'échantillon comprenait **5331 enfants de 6 à 17 ans de 1697 foyers**. Des **modèles mixtes linéaires généralisés** ont été précisés pour prédire la **vulnérabilité de la santé des OVC (maladie et invalidité chroniques de l'enfant) et la protection sociale (déclaration de naissance et 90% de fréquentation scolaire)**. Les modèles comprenaient les **facteurs de risque de l'enfant** (âge, statut d'orphelin); **les facteurs de risque du foyer** (adultes souffrant de maladies et d'invalidité chroniques, grande taille du foyer); **et les facteurs de protection du foyer** (dont la possession d'actifs). Les interactions ont été systématiquement testées.

Résultats: **le statut d'orphelin a été associé à une probabilité réduite de déclaration de la naissance**. Les **orphelins paternels et les enfants dont on ignorait le statut de survie des deux parents étaient moins susceptibles de fréquenter l'école**. Dans le **bras TMI, les orphelins paternels étaient plus susceptibles d'avoir été déclarés à la naissance que les orphelins non paternels**. Les effets des bras de l'étude sur les résultats n'ont pas été modérés par d'autres facteurs de risque ou de protection. **La possession d'actifs à un niveau élevé était associée à une probabilité réduite de maladie chronique de l'enfant et une probabilité accrue de déclaration à la naissance et de fréquentation scolaire**, mais les actifs du foyer ne modéraient pas l'effet des transferts monétaires sur les facteurs de risque ou de protection.

Conclusion: **les enfants orphelins sont exposés à un plus grand risque de mauvaise protection sociale même lorsqu'ils vivent en milieu familial**. Les TMI et les TMC ont chacun des effets directs sur la protection sociale des enfants, qui ne sont pas modérés par d'autres facteurs de risque au niveau de l'enfant ou du foyer, mais les orphelins sont moins susceptibles de fréquenter l'école ou d'obtenir la déclaration de leur naissance. **Les effets des TMI et TMC ne sont pas modérés par la possession d'actifs, mais plus les actifs du foyer sont importants, meilleure est la protection sociale**. **Les interventions** doivent être axées sur l'amélioration du fardeau de risque supplémentaire porté par les enfants orphelins. Il pourrait notamment s'agir d'**éduquer les aidants et d'inclure des incitations supplémentaires basées sur les efforts réalisés précisément pour les enfants orphelins**.

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

***Note de la rédaction:** En Afrique subsaharienne, l'impact des transferts monétaires sur le risque de VIH des jeunes, sur l'état de santé des orphelins et autres enfants vulnérables touchés par le VIH, ainsi que sur la protection sociale (fréquentation scolaire), est de plus en plus manifestes. À partir des données d'un essai contrôlé à tirage aléatoire par grappes au Zimbabwe oriental, les auteurs ont cherché à comprendre dans quelle mesure les facteurs de risque individuel au niveau de l'enfant et l'accumulation d'actifs du foyer influent sur les effets des transferts monétaires sur la santé de l'enfant (maladie et invalidité chroniques) et sa protection sociale (déclaration de naissance et fréquentation scolaire).*

*Aucune preuve n'indique le type de statut d'orphelin – maternel, paternel ou les deux – associé à l'invalidité ou à la maladie chronique de l'enfant. Quelques éléments probants suggèrent que le statut d'orphelin prédit la vulnérabilité sociale, par ex. le risque de ne pas obtenir la déclaration de la naissance. Cependant, les transferts monétaires inconditionnels font tampon contre ce risque pour les orphelins paternels, ce qui suggère que la déclaration des naissances est une activité sexospécifique et que les mères pourraient utiliser les incitations financières pour investir dans le*

capital humain de leurs enfants. Les résultats démontrent par ailleurs que les transferts monétaires, conditionnels et inconditionnels, ainsi que l'accumulation d'actifs par les foyers, ont des effets positifs sur la protection sociale, y compris la déclaration des naissances et la fréquentation scolaire, séparément. L'effet des transferts monétaires n'est toutefois pas influencé par la quantité d'actifs possédés par un foyer. Par ailleurs, a contrario d'autres études, rien dans ces conclusions n'indique que les transferts monétaires ont un effet sur la santé. Cependant, la possession d'actifs semble avoir un effet faible mais positif sur la maladie chronique des enfants, mais aucun effet sur l'invalidité chronique. Cela suggère que les foyers qui possèdent plus d'actifs sont en mesure de les utiliser pour accéder aux services de soins de santé et traiter les maladies chroniques. Qui plus est, ces foyers possédant davantage d'actifs vivent parfois dans de meilleures conditions, ce qui contribue peut-être à une meilleure santé.

C'est sur le fardeau financier que fait peser le VIH sur les foyers avec des enfants orphelins et vulnérables à charge, que les programmes de prévention du VIH devraient se concentrer. Cette étude contribue à la base d'éléments probants d'autres pays d'Afrique subsaharienne. Les conclusions du Malawi et du Kenya, par exemple, ont montré que les transferts monétaires aux foyers touchés par le VIH donnaient une impulsion importante aux foyers, efficace pour améliorer la situation des enfants vulnérables, et notamment leur protection sociale (fréquentation scolaire).

## 6. Éliminer la stigmatisation et la discrimination

### **Le rapport entre le VIH et la prévalence d'incapacités en Afrique subsaharienne: revue systématique.**

Banks LM, Zuurmond M, Ferrand R, Kuper H. *Trop Med Int Health*. Avr. 2015; 20(4):411-29. doi: 10.1111/tmi.12449. Publication en ligne 14 jan. 2015.

**Objectif: revue systématique des données probantes sur la prévalence et le risque d'incapacités parmi les enfants et les adultes vivant avec le VIH en Afrique subsaharienne.**

Méthodes: des articles datant de 1980 à juin 2013 ont été identifiés en interrogeant sept bases de données électroniques. **Les études épidémiologiques menées en Afrique subsaharienne pour examiner le lien entre la séropositivité et l'invalidité générale ou les insuffisances spécifiques, avec ou sans groupe de comparaison de personnes non infectées par le VIH, pouvaient être incluses.**

Résultats: sur les 12 867 dossiers initialement identifiés, **61 remplissaient les critères d'inclusion. La prévalence d'incapacité était élevée sur l'ensemble des groupes d'âge, des types d'insuffisance et des lieux étudiés.** Qui plus est, **73% des études utilisant un comparateur VIH ont constaté des niveaux considérablement inférieurs de fonctionnement chez les personnes vivant avec le VIH (PVVS).** Par type d'insuffisance, les résultats étaient les suivants: 1) pour les études mesurant l'incapacité physique (n = 14), **la prévalence moyenne des limitations de mobilité ou de fonction motrice parmi les personnes vivant avec le VIH était de 25,0% (IC à 95%: 21,8-28,2%).** Cinq des huit études comparatives constataient un fonctionnement considérablement réduit chez les PVVS; pour l'arthrite, deux de trois études utilisant un groupe de comparaison VIH constataient une prévalence considérablement accrue chez les PVVIH; 2) pour les études des insuffisances sensorielles (n = 17), **la prévalence moyenne de l'insuffisance visuelle était de 11,2% (IC à 95%: 9,5-13,1%) et d'insuffisance auditive, de 24,1% (IC à 95%: 19,2-29,0%) chez les PVVS.** Une prévalence considérablement accrue était constatée parmi les PVVIH dans une de quatre (vision) et trois de trois études (audition) avec comparateurs; 3) pour les insuffisances cognitives chez

les adultes (n = 30=, **la prévalence moyenne pour la démence était de 25,3% (IC à 95%: 22,0-28,6%) et de 40,9% (IC à 95%: 37,7-44,1%) pour l'insuffisance cognitive générale.** Pour tous les types d'insuffisance cognitive confondus, douze des quatorze études constataient un effet nuisible significatif de l'infection par le VIH; 4) pour le retard du développement chez les enfants séropositifs (n = 20), la **prévalence moyenne du retard moteur était de 67,7% (IC à 95%: 62,2-73,2%)**. Les neuf études qui incluaient un comparateur constataient une différence significative entre les PPVS et les contrôles; pour le développement cognitif et le retard général, un effet nuisible important du VIH était constaté dans cinq de six études, et une de deux études, respectivement. Dans les neuf études de cohorte comparant les enfants verticalement infectés et non infectés, huit indiquaient un écart significatif du développement sur le temps chez les enfants séropositifs. Enfin, quinze des trente-et-une (48%) études constataient un rapport dose-effet statistiquement différent entre les indicateurs de progression de la maladie (CD4 ou stade OMS) et d'invalidité.

Conclusions: le VIH est répandu en Afrique subsaharienne et les données probantes suggèrent qu'il est lié aux incapacités, affectant diverses structures et fonctions corporelles. **De nouvelles recherches sont nécessaires pour mieux comprendre les implications de l'invalidité liée au VIH pour les individus, leurs familles et ceux qui travaillent dans les domaines de l'invalidité et du VIH, afin de pouvoir mettre en place des interventions appropriées.**

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

***Note de la rédaction:** Au fur et à mesure que le TARV se développe et que les personnes vivant avec le VIH vivent plus longtemps, le nombre de personnes confrontées aux insuffisances liées au VIH augmente. L'incapacité peut être en partie un effet direct du VIH, mais aussi un effet indirect, notamment des effets secondaires du traitement. Relativement peu de recherches ont été menées à ce sujet, en particulier dans les pays à revenus faibles et moyens. Il s'agit ici de la première revue systématique de la prévalence des incapacités chez les personnes vivant avec le VIH en Afrique subsaharienne. La revue a constaté une forte prévalence de toutes les catégories d'insuffisances. La majorité des études avaient un groupe de comparaison séronégatif parmi lequel les niveaux d'insuffisance étaient inférieurs à ceux des personnes vivant avec le VIH. Le retard du développement était l'insuffisance la plus fortement liée au VIH, avec une prévalence atteignant 78% chez les enfants vivant avec le VIH. Pour minimiser le risque que l'association observée soit due à une causalité inverse, la revue excluait les études clairement axées sur l'incapacité en tant que facteur de risque de VIH, bien qu'il soit probable que certaines études incluaient tout de même des individus chez qui l'incapacité précédait l'infection par le VIH. Relativement peu de données étaient par ailleurs disponibles sur le statut et la durée du TARV dans de nombreuses études, ce qui peut avoir un effet sur l'association entre le VIH et l'incapacité. Malgré ces limitations, cette étude souligne la nécessité de se concentrer sur la prévention et la gestion des insuffisances liées au VIH en Afrique subsaharienne et sur la mise en place d'activités efficaces, à faible coût et appuyées sur des données probantes.*

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

**Trier les objets perdus: la perception par les patients de l'engagement thérapeutique correspond-elle aux mesures types du continuum des soins?**

Castel AD, Tang W, Peterson J, Mikre M, Parenti D, Elion R, Wood A, Kuo I, Willis S, Allen S, Kulie P, Ikwemesi I, Dassie K, Dunning J, Saafir-Callaway B, Greenberg A. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 1<sup>er</sup> mai 2015; 69 Suppl 1:S44-55. doi: 10.1097/QAI.0000000000000575.

Contexte: les indicateurs qui servent à déterminer son statut sur le continuum des soins du VIH sont souvent mesurés à partir de données cliniques et de veille mais n'évaluent généralement pas les points de vue des patients. **Nous avons évalué le statut de soins déclaré par les patients le long du continuum des soins et établi s'il était différent du statut indiqué dans les dossiers médicaux et les données de veille.**

Méthodes: Entre **juin 2013 et octobre 2014, un échantillon de commodité de personnes infectées par le VIH soignées en centre médical a été interrogé au sujet des comportements de recherche de soins et du statut auto-perçu sur le continuum des soins.** Les réponses des participants ont été comparées avec les données de veille et les dossiers cliniques du ministère de la Santé de DC. Les modèles de soins des participants ont été classifiés selon le statut de soins défini par l'Administration des services de ressources de santé: **dans le circuit de soins (DCS), soins sporadiques (SP) ou hors du circuit de soins (HCS).** Des entretiens qualitatifs semi-structurés ont été analysés selon un processus ouvert de codification, afin d'en dégager des thèmes d'intérêt relatifs aux perceptions de l'engagement thérapeutique par les patients.

Résultats: des 169 participants, la plupart étaient de sexe masculin (64%) et noirs (72%), d'un âge moyen de 50,7 ans. **Selon les habitudes de visite auto-déclarées, 115 participants (68%) correspondaient à la catégorie DCS, 33 (20%) à la catégorie SP et 21 (12%) à la catégorie HCS. Parmi les participants HCS, 52% se considéraient comme pleinement intégrés dans le circuit des soins du VIH.** L'année précédente, parmi les participants HCS, 71% avaient déclaré avoir une visite médicale sans rapport avec le VIH et 90% avaient déclaré utiliser des antirétroviraux. Qualitativement, **la plupart des personnes des catégories SP et HCS ne voyaient pas leurs prestataires de soins du VIH régulièrement parce qu'elles se sentaient en bonne santé.**

Conclusions: **les perceptions par les patients de l'engagement thérapeutique VIH étaient différentes de la réalité mesurée par les données de veilles et les dossiers clinique.** Les mesures de l'engagement thérapeutique devront éventuellement être repensées car il est possible que les personnes qui ne reçoivent pas des soins réguliers pour le VIH accèdent à des soins et médicaments pour le VIH ailleurs.

[Accès au résumé](#)

***Note de la rédaction :** Cette étude intéressante basée sur des méthodes mixtes examine l'engagement thérapeutique VIH et la rétention des personnes vivant avec le VIH à Washington DC. En plus de l'échantillon recruté dans les structures de santé, des données ont également été obtenues à partir des personnes qui n'avaient pas reçu de soins cliniques dans les 12 mois précédents, d'après les dossiers cliniques. Ces personnes étaient ciblées par une initiative du ministère de la Santé cherchant à les réintégrer dans le circuit des soins. Lorsque le personnel clinique prenait contact avec ces personnes pour rétablir le dialogue avec elles, il leur offrait la possibilité d'être recrutées pour cette étude. Un diagramme très utile à la page S46 de cet article explique la stratégie de recrutement. Cette démarche d'échantillonnage a permis aux auteurs de comparer les données extraites d'une enquête structurée administrée par l'enquêteur (pour recueillir des données auto-déclarées) avec les données extraites des dossiers cliniques (avec le consentement des participants) et les données des dossiers de veille du ministère de la Santé. 62 des participants se sont livrés à des entretiens approfondis. En écho aux autres études sur les liens avec les soins, les auteurs ont constaté que les participants considérés « hors du circuit des soins » par le ministère de la Santé et les dossiers cliniques ne se considéraient pas forcément eux-mêmes comme en rupture de soins. Il s'agissait souvent de personnes qui se portaient bien et ne voyaient*

*pas l'utilité de se présenter régulièrement au centre médical, d'autant plus que certains individus sous traitement antirétroviral pouvaient accéder à d'autres sources de médicaments.*

*L'étude suggère également l'importance de comprendre les limitations des différentes sources de données. Même si les limitations des données auto-déclarées sont bien connues, les auteurs soulignent l'inconvénient des dossiers cliniques. L'initiative du ministère de la Santé pour favoriser le rétablissement des soins avait constaté que 57% des personnes considérées comme en rupture de soins recevaient en fait des soins ailleurs. Les auteurs soulignent donc l'importance d'utiliser une combinaison de sources de données pour la surveillance.*

*De nombreuses personnes considérées comme « hors du circuit des soins » par leur centre médical étaient surprises d'avoir été ainsi catégorisées. Les auteurs suggèrent que cette conclusion souligne la nécessité d'une meilleure communication entre prestataire et patient afin que les objectifs de traitement et l'importance de visites régulières au centre médical soient compris. Ils ajoutent cependant que cette conclusion s'inscrit également en appui du processus permanent de révision de la définition d'« engagement thérapeutique » pour mieux répondre aux besoins et perceptions individuels. En effet, la modification des directives du Département d'état américain pour la Santé et les services humains, pour recommander que les patients présentant une suppression virale puissent être suivis moins fréquemment, va dans le sens de cette suggestion.*

**« ... Je devrais avoir un mode de vie sain maintenant et non pas simplement n'en faire qu'à ma tête.... » : santé masculine et paternité en Afrique du Sud rurale.**

*Hosegood V, Richter L, Clarke L. Am J Mens Health. 25 mai 2015. pii: 1557988315586440.  
[Publication en ligne avant impression]*

Cette étude examine le **contexte social de la santé masculine et des comportements de santé en milieu rural au KwaZulu-Natal (Afrique du Sud), notamment dans le contexte de la paternité. Des entretiens individuels et des groupes de réflexion ont été organisés avec 51 hommes de langue zouloue.** Trois thèmes liés à la santé masculine se sont dégagés de l'analyse des retranscriptions: (a) les liens intimes entre le statut de santé et les comportements de santé dans les descriptions des « bons » et des « mauvais » pères, (b) la dominance des discours positifs sur la santé et le statut de santé dans le discours des hommes, et (c) les récits par les pères de transformations et de renforcement positif dans les comportements de santé. L'étude révèle **l'omniprésence d'un idéal des pères en bonne santé, dans lequel la santé des hommes a une importance pratique et symbolique non seulement pour les hommes eux-mêmes mais aussi pour les autres membres de la famille et de la communauté.** L'étude suggère également que les **hommes ont de l'estime pour les pères qui arrivent à avoir des rapports avec leurs enfants biologiques qui ne vivent pas avec eux ou qui jouent un rôle de père pour des enfants non biologiques (pères sociaux).** En Afrique du Sud, les interventions de santé masculine se sont principalement concentrées sur les problèmes liés au VIH et à la santé sexuelle. Les nouvelles indications obtenues du point de vue des hommes laissent à penser qu'un **bon accueil serait réservé à des interventions de santé qui reconnaissent et soutiennent les aspirations des hommes et leurs expériences vécues de la paternité sociale et biologique.** Qui plus est, les conclusions donnent une indication de la valeur des données sur l'implication des hommes dans les familles pour la recherche en matière de santé masculine en Afrique subsaharienne.

[Accès au résumé](#)

**Note de la rédaction :** *Comme l'observent les auteurs de cet article, beaucoup de recherches se sont intéressées à la santé sexuelle des hommes et à leur comportement lié à la santé en tant que*

*facteurs de risque d'infection par le VIH de leurs partenaires et d'eux-mêmes. Une attention considérablement moindre a été accordée à la situation familiale des hommes et à l'influence de cette situation familiale et de leur perception de leur rôle dans la famille sur leurs comportements de santé. Cet article commence à combler cette lacune. À partir de données tirées d'entretiens approfondis et de discussions en groupe avec 51 hommes du KwaZulu-Natal (Afrique du Sud), les auteurs décrivent l'image que les hommes ont d'eux-mêmes en tant que pères et son influence sur leur comportement. Chacun des hommes a expliqué ce que signifiait ce rôle dans son comportement et dans celui qu'il attendait d'autres pères. Bien que les auteurs précisent que l'échantillon privilégiait les hommes disposés à parler de leur rôle de père, les résultats sont assez frappants. Les hommes parlaient fréquemment des choses positives qu'ils faisaient pour leurs enfants et qu'ils voulaient faire pour leurs familles. Ils soutenaient que leurs propres comportements de santé étaient exemplaires. Les hommes comparaient les « bons » pères avec les « mauvais » pères, c'est-à-dire les hommes qui boivent et changent fréquemment de partenaires sexuels. Tous les répondants étaient des « bons » pères. Aucun des hommes n'a révélé son statut VIH pendant les entretiens. Les auteurs relèvent que les hommes parlaient beaucoup plus librement lorsqu'il s'agissait d'alimentation, de poids, de tabagisme et d'alcool que lorsqu'il s'agissait de VIH. Compte tenu de la stigmatisation liée au VIH et des stéréotypes négatifs de la transmission de l'infection par la promiscuité sexuelle, il n'y a rien de surprenant à ce que les hommes se construisent une identité positive à travers leurs discours et s'éloignent de toute discussion personnelle liée au VIH. Des messages de santé adaptés, qui renforcent le comportement des « bons pères » auraient vraisemblablement un plus grand impact sur le comportement sexuel de ces hommes que les messages visant à faire peur.*