

UNAIDS Science now

HIV this month. Numéro 3. Mars 2015

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

1. Réduire la transmission par voie sexuelle

- Prophylaxie pré-exposition par voie orale et vaginale : aucun effet bénéfique prouvé chez les jeunes femmes africaines
- Le fait d'avoir un partenaire masculin plus âgé protège-t-il vraiment les femmes de plus de 30 ans dans le KwaZulu-Natal?
- Une meilleure évaluation des partenariats simultanés en Afrique du Sud?

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

- Risque de décès élevé parmi les adolescents en attente d'un TARV
- Monothérapie d'inhibiteur de protéase potentialisé comme TARV de deuxième intention : une stratégie pour les milieux aux ressources limitées?
- Le lien entre stigmatisation, dépendance à l'alcool et médecines traditionnelles et non adhérence du TARV
- Adhérence du traitement antirétroviral chez les adolescents: quels sont les points importants?

3. Éviter les décès liés à la tuberculose

- La protection contre la TB procurée par 36 mois de traitement préventif à l'isoniazide recule après l'arrêt du TPI au Botswana
- La consommation de drogues injectables augmente le risque de TB maladie chez les Indonésiens vivant avec le VIH

4. Parer à l'insuffisance des ressources

- L'analyse de résistance du génotype chez les patients n'ayant jamais reçu de TARV est-elle coût-efficace?

5. Éliminer la stigmatisation et la discrimination

- Les consommateurs de drogues injectables et les effets de la stigmatisation sur le traitement du VIH

- [Attentes et expériences de la divulgation du statut VIH aux partenaires sexuels au Ghana](#)
- [Ne posez pas de questions et ne dites rien : la dissimulation comme stratégie de gestion de la stigmatisation en Inde](#)
- [L'impact de l'homophobie et de la pénalisation sur la vulnérabilité au VIH des HSH à travers le monde](#)

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

Prophylaxie pré-exposition à base de ténofovir pour les infections à VIH chez les femmes africaines.

Marrazzo JM, Ramjee G, Richardson BA, Gomez K, Mgodini N, Nair G, Palanee T, Nakabiito C, van der Straten A, Noguchi L, Hendrix CW, Dai JY, Ganesh S, Mkhize B, Taljaard M, Parikh UM, Piper J, Masse B, Grossman C, Rooney J, Schwartz JL, Watts H, Marzinke MA, Hillier SL, McGowan IM, Chirenje ZM, VOICE Study Team. *N Engl J Med.* 2015 Feb 5;372(6):509-18. doi: 10.1056/NEJMoa1402269.

Contexte : Les femmes en âge de procréer ont besoin d'interventions efficaces pour prévenir l'acquisition d'une infection à virus de l'immunodéficience humaine de type 1 (VIH-1).

Méthodes : **Nous avons mené un essai par sondage aléatoire contre placebo pour évaluer l'efficacité d'un traitement quotidien par fumarate de ténofovir disoproxil (TDF) par voie orale, par ténofovir-emcitrabine (TDF-FTC) par voie orale ou par gel vaginal à base de ténofovir à 1 % (TFV) comme prophylaxie pré-exposition contre l'infection à VIH-1 chez des femmes en Afrique du Sud, en Ouganda et au Zimbabwe.** Un test de dépistage du VIH-1 a été effectué tous les mois et les taux plasmatiques de TFV ont été évalués tous les trimestres.

Résultats : Sur les 12 320 femmes dépistées, **5029 ont été incluses dans l'étude.** Le taux de maintien dans l'étude était de 91 % sur 5509 personnes-années de suivi. 312 infections à HIV-1 ont été observées au total ; **l'incidence de l'infection à VIH-1 était de 5,7 pour 100 personnes-années.** Dans l'analyse en intention de traiter modifiée, **l'efficacité était de -49,0 % avec TDF** (hazard ratio pour les infections, 1,49 ; intervalle de confiance [IC] de 95 %, 0,97 à 2,29), **-4,4 % avec TDF-FTC** (hazard ratio, 1,04 ; 95 % IC, 0,73 à 1,49) **et 14,5 % avec le gel de TFV** (hazard ratio, 0,85 ; 95 % IC, 0,61 à 1,21). Dans un échantillon aléatoire, **la présence de TFV a été détectée dans 30%, 29% et 25% des échantillons plasmatiques disponibles de participants désignés aléatoirement pour recevoir respectivement le TDF, le TDF-FTC et le gel de TFV.** Les prédicteurs indépendants de détection de TFV incluaient le fait d'être mariée, d'avoir plus de 25 ans et d'être multipare. **La détection de TFV dans le plasma était négativement associée à des caractéristiques prédictives de l'acquisition de VIH-1.** Une élévation des taux de créatinine sérique a été plus fréquemment observée chez les participantes désignées aléatoirement pour recevoir le TDF-FTC par voie orale que chez celles désignées pour recevoir le placebo par voie orale (1,3 % contre 0,2 %, P=0,004). Nous n'avons observé aucune différence significative dans la fréquence des autres événements indésirables.

Conclusions : **Aucun des traitements médicamenteux étudiés n'a réduit le taux d'acquisition de VIH-1 dans une analyse en intention de traiter. L'adhérence des médicaments de l'étude était faible.**

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

Note de la rédaction : *Des essais par sondage aléatoire contre placebo menés dans des milieux et des populations divers ont démontré le bénéfice de la prise d'antirétroviraux comme prophylaxie pré-exposition (PrEP) pour prévenir l'acquisition du VIH, en cas d'adhérence élevée. Cette étude a comparé deux traitements PrEP par voie orale et un gel vaginal avec un placebo oral/en gel chez des femmes non mariées majoritairement jeunes, en Afrique du Sud, en Ouganda et au Zimbabwe.*

Aucune différence n'a été prouvée entre les deux groupes en termes d'incidence du VIH. Bien que l'adhérence autodéclarée ait été bonne, d'après les quantités de produit retournées ou lors des entretiens, seuls 25 à 30 % des échantillons plasmatiques analysés ont révélé la présence de ténofovir (TFV). La détection de TFV dans le plasma à la première visite trimestrielle a été associée à la détection de TFV lors des visites ultérieures et à un plus faible risque d'acquisition du VIH. Mais les résultats peuvent être partiellement faussés par des différences d'exposition au VIH non mesurées. Cet essai a des répercussions majeures en termes de prévention du VIH et de mise en œuvre de programmes avec une efficacité prouvée, notamment du fait que l'incidence du VIH continue à être élevée dans certains milieux malgré une meilleure couverture du TARV. Il est nécessaire d'évaluer les produits permettant l'administration prolongée du TARV, comme les anneaux vaginaux ou les injections, et la surveillance en temps réel les biomarqueurs pour apprécier l'adhérence du traitement, plutôt que de se fier aux déclarations des patientes et au nombre de produits retournés.

Pays : Afrique du Sud, Ouganda, Zimbabwe

Région : Afrique

Sous-catégories : interventions biomédicales et outils de prévention, transmission par voie sexuelle et prévention

Écart d'âge entre les partenaires et risque d'incidence du VIH pour les femmes plus âgées dans les zones rurales d'Afrique du Sud.

Harling G, Newell ML, Tanser F, Barnighausen T. AIDS Behav. 11 février 2015 [Publication en ligne avant impression]

Bien que l'écart d'âge entre partenaires sexuels soit souvent assimilé à un facteur de risque potentiel de VIH chez les jeunes femmes en Afrique, aucune étude n'a abordé la question sous l'angle des femmes plus âgées. **Notre objectif était donc de déterminer si l'écart d'âge entre partenaires sexuels avait un lien avec l'acquisition ultérieure du VIH chez les femmes de plus de 30 ans.** Pour atteindre cet objectif, nous avons réalisé une analyse quantitative auprès d'une cohorte ouverte de femmes représentative de la population dans la région rurale du KwaZulu-Natal, Afrique du Sud (n = 1737) à partir de modèles à risques proportionnels de Cox. **Le risque d'acquisition du VIH diminue significativement à mesure que l'âge du partenaire augmente. Ainsi, comparativement à un partenaire du même âge, un partenaire de 5 ans de plus est associé à une réduction d'un tiers [hazard ratio (HR) 0,63, 95 % IC 0,52-0,76] et un partenaire de 10 ans de plus à une réduction de moitié (HR 0,48, 95 % IC 0,35-0,67) en termes de risque d'acquisition.** Ce résultat n'a été ni faussé ni modifié par l'âge des femmes ou par des facteurs socio-démographiques. **Ces observations suggèrent que les campagnes actuelles de réduction des risques de VIH qui mettent en garde les jeunes femmes face aux relations avec des hommes plus âgés sont peut-être inappropriées pour les femmes plus âgées.** Des stratégies de prévention du VIH spécifiquement adaptées aux femmes plus âgées sont nécessaires.

[Accès au résumé](#)

Note de la rédaction : *L'effet de l'écart d'âge entre partenaires est à prendre en compte pour la dynamique de transmission du VIH, en raison du potentiel de transmission entre générations, et aussi parce que cela peut traduire un déséquilibre des forces, avec les vulnérabilités et les risques associés. Cette étude est la première à évaluer le risque de VIH et l'écart d'âge entre partenaires chez les femmes de 30 à 50 ans. Comme on pouvait s'y attendre, les associations établies diffèrent de celles généralement observées chez les jeunes femmes pour lesquelles le fait d'avoir un partenaire plus âgé augmente typiquement le risque de VIH. Dans cette étude, avoir un partenaire de*

cinq ans de plus réduit d'un tiers le risque de VIH et avoir un partenaire de 10 ans plus âgé réduit de moitié le risque de VIH. Ce constat n'est pas surprenant, pour plusieurs raisons, et notamment parce que la prévalence du VIH diminue avec l'âge. Mais cela souligne la nécessité de nuancer, en fonction de l'âge des femmes, l'argumentaire des campagnes de prévention du VIH qui alertent les femmes sur les relations avec des hommes plus âgés. Il faut cependant préciser que, dans cette population, un précédent article n'a révélé aucune preuve d'un lien entre l'écart d'âge des partenaires et le risque de VIH pour les femmes de 15 à 29 ans. Les résultats démontrent la nécessité de continuer à élargir et à améliorer les programmes de prévention du VIH et d'adapter les messages de prévention selon les groupes d'âges, car les comportements traditionnellement jugés à risque chez les jeunes femmes ne correspondent pas toujours à la réalité chez les femmes plus âgées.

Pays : Afrique du Sud

Région : Afrique

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

Partenariats simultanés au Cap, Afrique du Sud : différences ethniques et sexuelles en termes de prévalence et de durée des relations simultanées.

Beauclair R, Hens N, Delva W. J Int AIDS Soc. 18 fév 2015 ;18(1):19372. doi: 10.7448/IAS.18.1.19372. eCollection 2015.

Introduction : Les partenariats simultanés (PS) ont été cités comme facteur de risque de transmission du VIH mais leur impact sur l'épidémie dépend de leur taux de prévalence dans les populations, du nombre moyen de PS par personne et de la durée de ces relations simultanées. Toutefois, **les estimations de prévalence des PS en Afrique du Sud varient fortement et la durée de ces relations simultanées est mal documentée.** Nous visons à caractériser les partenariats simultanés de manière plus précise et plus complète, en utilisant les données de trois communautés défavorisées du Cap en Afrique du Sud.

Méthodes : **Nous avons réalisé une étude sur les comportements sexuels (n = 878) de juin 2011 à février 2012 au Cap, par la méthode de l'auto-entretien audio assisté par ordinateur** afin de recueillir des informations sur les partenaires sexuels au cours de l'année écoulée. A l'aide des dates de début et de fin des partenariats, nous avons calculé la **prévalence ponctuelle**, la **prévalence cumulée** et le **taux d'incidence des PS**, ainsi que la **durée des relations simultanées** pour les relations débutées durant l'année précédente. Des modèles de régression linéaire et binomiale ont été utilisés pour quantifier les différences de durée des relations simultanées selon l'ethnie (noirs / métis) et le sexe, et le risque relatif d'avoir des PS au cours de l'année précédente.

Résultats : **La prévalence ponctuelle globale des PS six mois avant l'étude était de 8,4 % :** 13,4 % pour les hommes noirs, 1,9 % pour les hommes métis, 7,8 % pour les femmes noires et 5,6 % pour les femmes métisses. **La durée moyenne des relations simultanées était de 7,5 semaines. Les femmes avaient un moindre risque de PS durant l'année précédente que les hommes (RR 0,43 ; 95 % IC : 0,32-0,57) et les participants noirs étaient plus à risque que les participants métis (RR 1,86 ; 95% IC : 1,17-2,97).**

Conclusions : Nos résultats indiquent que, **dans cette population, la prévalence des PS est relativement élevée et se caractérise par des relations simultanées de longue durée**, sous-entendant qu'il existe un risque de transmission du VIH aux partenaires simultanés.

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

Note de la rédaction : L'absence d'éléments empiriques établissant un lien entre les partenariats simultanés et la prévalence du VIH a embarrassé de nombreux observateurs. Même si cette étude ne résout pas le problème, elle alimente le débat de deux manières. Premièrement, l'étude montre une prévalence relativement élevée des partenariats simultanés dans trois communautés urbaines du Cap, ainsi que de fortes disparités sexuelles et raciales. Deuxièmement, les auteurs prétendent que la prévalence ponctuelle des partenariats simultanés, mesurée six mois avant l'étude, suivant les recommandations de l'ONUSIDA, ne suffit pas à caractériser les partenariats simultanés dans une population. L'évaluation de l'incidence des partenariats simultanés, leur prévalence cumulée et la durée des relations simultanées sont tous des facteurs qui quantifient différents aspects des partenariats simultanés susceptibles de contribuer à expliquer leur contribution à la propagation du VIH.

Pays : Afrique du Sud

Région : Afrique

Sous-catégories : Transmission sexuelle et prévention

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

Risque de décès chez les personnes infectées par le VIH en attente de traitement au Zimbabwe : les adolescents sont particulièrement exposés.

Shroufi A, Ndebele W, Nyathi M, Gunguwo H, Dixon M, Saint-Sauveur JF, Taziwa F, Vinales MC, Ferrand RA. *J Int AIDS Soc.* 23 fév 2015 ;18(1):19247. doi: 10.7448/IAS.18.1.19247. eCollection 2015.

Introduction : Un taux de mortalité élevé a déjà été observé chez les adultes séropositifs en attente d'un traitement antirétroviral (TARV) Ici, nous comparons la mortalité pré-TARV des adolescents à celle des adultes dans un programme public de soins du VIH à Bulawayo, Zimbabwe.

Méthodes : Dans cette étude de cohorte rétrospective, nous avons comparé l'état de santé des adolescents pré-TARV avec celui des adultes admis pour un traitement du VIH dans le même service. Ont été désignés comme adolescents les patients âgés de 10 à 19 ans lors de leur inscription. La comparaison des moyennes et des proportions a été effectuée respectivement à l'aide de tests t bilatéraux et de tests du khi2 pour les données distribuées normalement, et de tests U de Mann-Whitney pour les données distribuées de manière anormale. La perte de suivi (LTFU) désigne le fait de n'avoir pas honoré un rendez-vous plus de trois mois après la date prévue.

Résultats : Entre 2004 et 2010, 1382 adolescents sur 1628 et 7557 adultes sur 11 106 inscrits pour des soins du VIH ont rempli les critères d'éligibilité pour le TARV. **Les adolescents se sont inscrits à un stade plus avancé de la maladie que les adultes** (respectivement 83 % contre 73 % au stade III/IV de l'OMS, $p < 0,001$), **et la durée médiane avant l'instauration du TARV était plus longue** chez les adolescents que chez les adultes [21 (10 à 55) jours contre 15 (7 à 42) jours, $p < 0,001$]. Parmi les 138 adolescents et 942 adultes qui n'ont jamais débuté le TARV, 39 adolescents (28 %) et 135 adultes (14%) sont décédés, les autres étant considérés en LTFU. **La mortalité chez les adolescents éligibles au traitement et en attente de TARV était nettement plus élevée que chez les adultes** (respectivement 3 % contre 1,8 %, $p = 0,004$).

Conclusions : Les adolescents se présentent aux services de TARV à un stade clinique plus avancé que les adultes et sont exposés à un risque de décès accru avant la mise en route du TARV. **Il y a un besoin urgent de démarches améliorées et innovantes de dépistage du VIH et de sensibilisation à l'instauration précoce du TARV chez les adolescents.** Après l'inscription, il

convient de ne pas perdre de vue les patients qui ont quitté le programme, pendant le TARV et même avant sa mise en route.

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

Note de la rédaction : *Dans cet article, l'état de santé pré-traitement antirétroviral (TARV) des adolescents (entre 10 et 19 ans) inscrits dans un programme de TARV bien établi au Zimbabwe entre 2004 et 2010 est comparé à celui des adultes. Les auteurs ont découvert que le risque de décès chez adolescents vivant avec le VIH est supérieur pendant la période d'attente du TARV. L'explication la plus probable est le stade plus avancé de l'infection à VIH au moment de l'inscription. La plupart des adolescents de cette étude avaient acquis le VIH à la naissance et ont été dépistés à la suite d'une maladie liée au VIH. Les adolescents éligibles au traitement ont également attendu bien plus longtemps que les adultes pour débiter un TARV. Le manque de préparation à l'instauration d'un TARV et l'accès réduit au transport chez les adolescents ont été cités comme des explications possibles de ce retard. Selon les auteurs, le risque de mortalité des adolescents peut être plus élevé compte tenu du temps plus long passé avec une infection non traitée. Ils sont par conséquent plus vulnérables aux retards subis avant la mise en route du TARV. Les auteurs suggèrent donc une instauration rapide du TARV chez les adolescents éligibles au traitement. Ils soulignent le besoin de méthodes innovantes de dépistage du VIH chez les adolescents. Les adolescents se montrent souvent méfiants envers les professionnels de santé, ce qui se traduit par une moindre utilisation des services de santé, et notamment du dépistage du VIH. Pour procurer aux adolescents des conseils et un dépistage du VIH plus efficaces, l'OMS a mis l'accent sur l'importance de la prévention du VIH chez les adolescents et élaboré en 2013 des recommandations spécifiques sur le dépistage du VIH.*

Les auteurs proposent d'utiliser comme indicateur de programme la mortalité à 12 mois parmi les personnes éligibles au TARV, en cours de traitement ou non. En intégrant les décès pré-TARV, rarement pris en compte, et les décès chez les personnes venant de débiter un TARV et pouvant être en partie attribués aux retards pré-TARV, on a des indications sur l'efficacité d'un programme à prendre en charge les patients dès leur inscription. Cette approche pourrait donner une estimation plus complète de la qualité du programme.

Pays : Zimbabwe

Région : Afrique

Sous-catégories : prestations de soins de santé, dépistage du VIH, traitement

Monothérapie lopinavir/ritonavir en traitement antirétroviral de deuxième intention dans les milieux à ressources limitées - analyse semaine 104 de l'essai ACTG A5230.

Kumarasamy N, Aga E, Ribaldo HJ, Wallis CL, Katzenstein DA, Stevens WS, Norton MR, Klingman KL, Hosseinipour MC, Crump JA, Supparatpinyo K, Badal-Faesen S, Bartlett JA. Clin Infect Dis. 18 fév. 2015. pii: civ109. [Publication en ligne avant impression]

Objectif : ACTG A5230 a évalué l'efficacité de lopinavir/ ritonavir (LPV/r) en monothérapie après échec virologique sous traitement de première ligne en Afrique et en Asie.

Méthodes : Les sujets éligibles avaient reçu un traitement de première ligne pendant au moins 6 mois et avaient des taux d'ARN VIH-1 plasmatiques de 1000 à 200 000 copies/ml. Tous les sujets ont reçu une dose de LPV/r 400/100mg deux fois par jour. **L'échec virologique (EV) a été défini comme la non obtention d'une suppression virale <400 copies/ml à la semaine 24, ou comme un rebond confirmé à >400 copies/ml à la semaine 16 ou ultérieurement, après confirmation de la suppression. Les sujets en EV ont ajouté l'association emtricitabine 200mg/ténofovir 300mg**

(FTC/TDF) une fois par jour. La probabilité de maintien du taux d'ARN VIH-1 <400 copies/ml sous monothérapie par LPV/r jusqu'à la semaine 104 a été estimée, avec un intervalle de confiance (IC) de 95 % ; les prédicteurs de réussite du traitement ont été évalués à partir des modèles à risques proportionnels de Cox.

Résultats : 123 sujets ont été inclus. Quatre sujets sont décédés et 2 ont quitté l'étude prématurément ; **117 sur 123 (95%) sont allés au terme des 104 semaines.** Jusqu'à la semaine 104, 49 sujets ont répondu au critère principal ; 47 étaient en EV et 2 ont intensifié le traitement, sans EV. **Sur les 47 sujets en EV, 41 (33%) ont intensifié le traitement et 39/41 ont ensuite atteint un taux <400 copies/ml. La probabilité de maintien de la suppression <400 copies/ml sur 104 semaines sous monothérapie LPV/r était de 60% [95% IC 50%, 68%] ; 80 à 85% ont maintenu des taux <400 copies/ml avec intensification du traitement FTC/TDF si nécessaire. Des dosages ultrasensibles sur des échantillons ayant un taux d'ARN VIH-1 <400 copies/ml aux semaines 24, 48 et 104 ont révélé que respectivement 61%, 62% et 65% ont été supprimés à <40 copies/ml.**

Conclusion : Une monothérapie LPV/r après échec virologique de première ligne et intensification du traitement FTC/TDF si nécessaire confère une suppression durable de l'ARN VIH-1 sur 104 semaines.

[Accès au résumé](#)

***Note de la rédaction :** L'échec des traitements antirétroviraux de première ligne est de plus en plus fréquent dans les milieux aux ressources limitées. Toutefois, du fait d'un accès limité au contrôle de la charge virale, l'échec thérapeutique n'est souvent pas établi avant la survenue d'un échec immunologique ou clinique. Un changement de traitement trop tardif peut se traduire par l'accumulation de mutations liées à une résistance. La résistance aux inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse (INTI) est particulièrement préoccupante car cette classe fait partie des traitements de deuxième intention à base d'inhibiteurs de protéase potentialisés. Plusieurs études s'intéressent désormais à la monothérapie d'inhibiteur de protéase potentialisé comme stratégie alternative, qui vise à limiter la toxicité et les surcoûts associés aux INTI. En général, les résultats virologiques de la monothérapie d'inhibiteur de protéase potentialisé ont été moins bons que ceux de l'association inhibiteur de protéase potentialisé plus deux INTI ou inhibiteur de protéase potentialisé plus raltégravir.*

Dans cette étude, bien que les effets virologiques à court terme obtenus soient favorables (probabilité de 87 % de maintien de la suppression virale sur 24 semaines), les effets à long terme de la monothérapie d'inhibiteur de protéase potentialisé ont été moins bons. Toutefois, avec des contrôles fréquents de la charge virale (4 à 12/semaine), la détection précoce d'un échec virologique et l'intensification par deux INTI, les résultats obtenus dans le bras monothérapie d'inhibiteur de protéase potentialisé se sont sensiblement améliorés. Cette stratégie garantit des recherches plus poussées. Mais, sans accroître fortement l'accès au contrôle de la charge virale ni réduire les coûts nécessaires à des analyses fréquentes, il est difficile d'envisager la mise en œuvre de cette stratégie dans des milieux où les ressources sont limitées.

Pays : Inde, Malawi, Afrique du Sud, Thaïlande, République unie de Tanzanie

Région : Afrique, Asie

Sous-catégories : traitement

Adhérence incomplète chez des patients adultes sous traitement antirétroviral ayant déjà reçu un traitement en Tanzanie, en Ouganda et en Zambie.

Denison JA, Koole O, Tsui S, Menten J, Torpey K, van Praag E, Mukadi YD, Colebunders R, Auld AF, Agolory S, Kaplan JE, Mulenga M, Kwesigabo GP, Wabwire-Mangen F, Bangsberg DR. *AIDS*. 28 jan 2015;29(3):361-71. doi: 10.1097/QAD.0000000000000543.

Objectifs : Caractériser l'adhérence du traitement antirétroviral (TARV) entre les divers programmes et **examiner le lien entre les caractéristiques individuelles et celles du programme et une adhérence partielle parmi les patients sous TARV en Afrique subsaharienne.**

Conception : ** tude transversale.**

Méthodes : Des patients sous TARV systématiquement sélectionnés (≥ 18 ans ; sous ART depuis ≥ 6 mois) suivis dans 18 centres de trois pays (250 patients/centre) ont été interrogés. **Les autodéclarations des patients** (3 jours, 30 jours, Cas index ≥ 48 heures cons cutes sans prise de TARV), **les estimations des professionnels de santé et le MPR** (ratio de médicaments pris) **ont été utilisés pour estimer l'adhérence au TARV. Les participants de deux centres par pays ont subi un dépistage de l'ARN VIH.** Les mesures d'adhérence optimale ont été retenues sur la base du degré d'association avec l'ARN VIH concurrent, dichotomis es à une valeur inférieure ou supérieure ou égale à 1000 copies/ml. Une analyse de régression multivariée, ajustée compte tenu des grappes sur chaque site, a évalué les associations entre adhérence partielle et facteurs individuels et programmatiques.

Résultats : Au total 4489 participants ont été inclus, dont 1498 ont subi un dépistage de l'ARN VIH. **La non-adhérence allait de 3,2 % de cas sans prise pendant au moins 48 heures cons cutes, à 40,1 % ayant un MPR inférieur à 90 %.** Le pourcentage de patients avec un **ARN VIH d'au moins 1000 copies/ml s'échelonnait de 7,2 à 17,2 %** sur tous les sites de l'étude (moyenne = 9,9 %). **La non prise du TARV pendant au moins 48 heures cons cutes a été la mesure d'adhérence la plus fortement liée à l'échec virologique. Parmi les facteurs significativement liés à une adhérence incomplète, on a pu observer le recours à un guérisseur traditionnel, l'alcoolisme, l'augmentation des symptômes du VIH, le suivi d'un traitement antirétroviral sans n voparine et une stigmatisation plus intériorisée.**

Conclusion : **Les résultats sont favorables à des recherches plus approfondies sur le rôle des guérisseurs traditionnels et au développement d'interventions pour lutter contre l'alcoolisme et la stigmatisation intériorisée parmi les patients adultes sous TARV ayant déjà reçu un traitement.**

[Accès au résumé](#)

***Note de la rédaction :** La non adhérence du traitement antirétroviral (TARV) est un fort prédicteur de suppression virale incomplète, de progression de la maladie et de mortalité chez les personnes vivant avec le VIH. La baisse des taux d'adhérence dans le suivi au long cours des patients sous TARV a été illustrée dans de nombreuses études observationnelles, aussi bien dans les milieux à revenu élevé que faible. Cette étude sur plusieurs pays donne un aperçu intéressant sur les difficultés rencontrées au quotidien par les patients atteints du VIH ayant déjà reçu un traitement dans les pays à faible revenu. Il a été découvert que l'adhérence incomplète était liée à un certain nombre de facteurs sociaux et comportementaux, parmi lesquels la stigmatisation intériorisée, la dépendance à l'alcool, une aide sociale insuffisante et le recours à un guérisseur/herboriste traditionnel. Le facteur le plus fortement associé à une adhérence incomplète était le recours à un guérisseur traditionnel pour le VIH. Les données contribuent à prouver une fois de plus le rôle joué par les guérisseurs*

traditionnels dans les comportements de recherche de soins et en matière d'adhérence durable du TARV. Les résultats de cette étude corroborent ceux d'autres travaux selon lesquels l'alcoolisme et la stigmatisation du VIH sont largement et constamment corrélés à l'adhérence du TARV. L'étude souligne également la variabilité des mesures d'adhérence existantes et le besoin de méthodes précises à l'échelle des programmes pour évaluer la prise des médicaments afin d'orienter les stratégies des programmes et d'en évaluer l'impact.

Pour améliorer l'adhérence et par conséquent la santé à long terme des personnes atteintes du VIH, les activités programmatiques doivent lutter contre la dépendance à l'alcool et la stigmatisation intériorisée parmi les adultes ayant déjà reçu un traitement. Il faut également parvenir à une meilleure compréhension du rôle joué par les guérisseurs/herboristes traditionnels face à la prise en charge de leur infection par les personnes vivant avec le VIH pour favoriser l'adhérence au long cours du TARV en Afrique subsaharienne.

Pays : Ouganda, République unie de Tanzanie, Zambie

Région : Afrique

Sous-catégories : épidémiologie ; personnes vivant avec le VIH ; stigmatisation et exclusion sociale ; traitement

Facteurs associés à l'adhérence du traitement antirétroviral chez les adolescents vivant avec le VIH/sida dans les pays à revenu faible et intermédiaire : revue systématique.

Hudelson C, Cluver L. AIDS Care. 23 fév 2015:1-12. [Publication en ligne avant impression]

Les adolescents vivant dans les pays à revenu faible et intermédiaire (PRFI) supportent de manière disproportionnée le fardeau de la pandémie mondiale de VIH/sida. Il est crucial d'assurer l'adhérence médicamenteuse pour que les adolescents vivant avec le VIH/sida tirent les bénéfices du traitement antirétroviral (TARV), même si ce groupe connaît des difficultés d'adhérence bien spécifiques. Il est nécessaire de connaître les facteurs qui influent sur l'adhérence durant cette période de développement particulière afin de développer des stratégies de promotion de l'adhérence plus ciblées et efficaces. **Cette revue systématique fait le bilan de la littérature sur les études observationnelles quantitatives concernant les effets corrélés, y compris les facteurs de risque et de résilience, de l'adhérence du TARV chez les adolescents vivant avec le VIH/sida dans les PRFI.** Une recherche systématique a été menée en mai 2014 dans les principales bases de données électroniques, les bases de données spécifiques à des conférences, la littérature grise et les listes de références des revues et documents pertinents. **Les études incluses** portaient sur les relations entre au moins un facteur et l'adhérence du TARV comme résultat, et **étaient conduites principalement dans une population adolescente (de 10 à 19 ans) dans les PRFI.** La recherche a identifié 7948 références uniques, dont 15 études correspondaient aux critères d'inclusion. **Ces 15 études ont identifié 35 facteurs significativement associés à l'adhérence du TARV et représentant au total 4363 participants sur neuf PRFI différents. Les études prises en compte ont fait apparaître peu de relations constantes entre facteurs mesurés et adhérence, en mettant en avant toutefois des thématiques potentiellement importantes pour l'adhérence du TARV, dont l'impact (1) de facteurs concernant les adolescents tels que le sexe et la connaissance du statut sérologique, (2) de la structure familiale, (3) de la lourdeur des traitements antirétroviraux, du mode d'administration et des attitudes vis-à-vis des médicaments et (4) des facteurs de soins et environnementaux, tels que le contexte rural/urbain et les consultations médicales manquées. Le taux d'adhérence dans l'ensemble des études allait de 16% à 99%.** Cette revue identifie les facteurs uniques significativement liés à l'adhérence du TARV chez les adolescents vivant dans les PRFI. Il faut poursuivre les travaux à l'aide de protocoles longitudinaux et

de mesures rigoureuses de l'adhérence pour identifier la gamme de facteurs ayant une incidence sur l'adhérence du TARV à mesure que les adolescents vivant avec le VIH/sida dans les PRFI atteignent l'âge adulte.

Accès au résumé

Note de la rédaction : *L'accès élargi au traitement antirétroviral (TARV) et le déploiement à grande échelle de programmes de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant ont fait passer le fardeau de l'infection à VIH pédiatrique sur les adolescents des pays à revenu faible et intermédiaire. Les adolescents et les jeunes adultes représentent 41 % des nouvelles infections à travers le monde et c'est le seul groupe d'âge dans lequel la mortalité liée au SIDA ait augmenté ces dix dernières années.*

A mesure que le nombre d'adolescents sous TARV augmente, l'adhérence optimale s'est imposée comme l'enjeu primordial. Bien que l'on dispose de données limitées spécifiques aux adolescents, les estimations d'adhérence du TARV suggèrent une moins bonne adhérence chez l'adolescent que chez l'adulte. Les conséquences sont un risque accru de progression de la maladie, de transmission aux partenaires sexuels et de résistance aux antirétroviraux.

La littérature examine de plus en plus fréquemment les facteurs qui impactent l'adhérence mais les travaux se sont jusqu'à présent cantonnés aux adultes et aux jeunes enfants. Ainsi, cette revue systématique des facteurs associés à une adhérence correcte et insuffisante spécifique aux adolescents de 10 à 19 ans est bienvenue.

Parmi les quinze études prises en compte, on a relevé divers facteurs associés à l'adhérence, parmi lesquels la connaissance de son statut sérologique, l'influence de la structure familiale, la lourdeur des traitements, le mode d'administration (médicament administré par un professionnel ou auto-administration par l'adolescent) et les attitudes face aux médicaments et à la non présentation aux consultations. Ces facteurs interagissent probablement avec les difficultés rencontrées à l'adolescence pour accroître le risque d'adhérence insuffisante.

Les études prises en compte dans cette revue présentaient des faiblesses importantes. Premièrement, la plupart d'entre elles étaient des études transversales. Par conséquent, il est difficile de définir précisément le lien de causalité entre les facteurs étudiés et l'adhérence. Deuxièmement, toutes les études n'ont pas fait état de l'importance de la relation entre les facteurs et l'adhérence et n'ont pas tenu compte des facteurs de confusion. Troisièmement, la méthode de mesure de l'adhérence était différente d'une étude à une autre. Dans la revue, une seule étude s'est basée sur la norme de référence en matière d'efficacité du traitement, à savoir la charge virale du VIH.

En dépit de ces limites, c'est la première étude à examiner les effets corrélés de l'adhérence du TARV à l'adolescence. Bien que les relations cohérentes entre ces facteurs et l'adhérence soient peu nombreuses, l'étude suggère des activités potentielles pour améliorer l'adhérence.

Étant donné le rôle clé joué par les adolescents pour déterminer la trajectoire de l'épidémie de VIH, les travaux de recherche doivent être plus rigoureux pour définir les facteurs qui influent sur les comportements d'adhérence chez les adolescents. Les programmes qui s'intéressent aux importants facteurs de risque et de résilience, comme le soutien des aidants et l'allègement des traitements, ont le potentiel d'améliorer l'adhérence.

Pays : Botswana, Brésil, Éthiopie, République du Congo, Roumanie, Rwanda, Thaïlande, Ouganda, Zimbabwe

Région : Afrique, Asie, Europe, Amérique latine

Sous-catégories : traitement, prestations de soins de santé

3. Éviter les décès liés à la tuberculose

L'incidence de la tuberculose après 36 mois d'isoniazide en prophylaxie chez des adultes infectés par le VIH au Botswana : analyse observationnelle post-essai clinique.

Samandari T, Agizew TB, Nyirenda S, Tedla Z, Sibanda T, Mosimaneotsile B, Motsamai OI, Shang N, Rose CE, Shepherd J. AIDS. 28 jan 2015;29(3):351-9. doi: 10.1097/QAD.0000000000000535.

Objectif : Trente-six mois de traitement préventif par isoniazide (36IPT) ont été plus efficaces que 6 mois de TPI (6IPT) dans la prévention de la tuberculose (TB) chez des adultes infectés par le VIH au Botswana. Nous avons évalué la durabilité de ce bénéfice après l'essai.

Conception : Essai de 36 mois en double-aveugle contre placebo (sondage aléatoire 1:1) avec recrutement entre novembre 2004 et juillet 2006 et observation jusqu'en juin 2011.

Méthodes : Mille neuf cent quatre-vingt-quinze participants ont été suivis dans huit centres de santé publique. Pour 24 % d'entre eux, le test d'intradermoréaction à la tuberculine a donné un résultat ≥ 5 mm (IDR positive). Aucune numération minimum de CD4 n'était requise pour entrer dans l'étude. Le traitement antirétroviral (TARV) a été fourni conformément aux recommandations du Botswana ; 72 % des participants sélectionnés en juin 2011 avaient débuté le TARV. L'analyse multivariée basée sur une analyse de régression de Cox incluait un bras de traitement, le statut IDR, le TARV comme variable en fonction du temps et une numération de CD4 de référence puis réactualisée à 36 mois.

Résultats : Dans la période post-essai, on a relevé des valeurs cumulées de 2,13 et 2,14 pour 100 personnes-années, tandis que les taux d'incidence de la TB étaient respectivement de 0,93 et 1,13 % dans les bras 36IPT et 6IPT ($P = 0,52$). **Le hazard ratio brut de TB pendant et après l'essai était respectivement de 0,57** [intervalles de confiance (IC) de 95 % 0,33, 0,99] **et de 0,82** (95% IC 0,46, 1,49), **et de 0,26 (95% IC 0,08, 0,80) et 0,40 (95% IC 0,15, 1,08) une fois limité aux participants IDR positifs.** L'analyse multivariée a démontré que l'utilisation du TARV était associée à une diminution des décès (hazard ratio ajusté 0,36, 95% IC 0,17-0,75) mais pas de la TB (0,92, 95% IC 0,55-1,53) durant la période post-essai.

Conclusion : **Le bénéfice de 36IPT dans la prévention de la TB a diminué après l'essai clinique dans cette cohorte.** Des mesures d'appoint sont garanties pour prévenir la TB chez les personnes infectées par le VIH qui reçoivent un TARV au long cours dans les milieux où la TB est endémique.

[Accès au résumé](#)

Note de la rédaction : *Des essais à sondage aléatoire contre placebo ont montré que le traitement préventif à l'isoniazide (TPI) a une action préventive contre la TB chez les personnes qui vivent avec le VIH. Des données limitées issues des premiers essais ont suggéré que l'effet protecteur d'un TPI sur six mois s'estompait au fil du temps une fois le traitement terminé. Les auteurs ont mené un essai clinique auprès de personnes vivant avec le VIH au Botswana, en comparant un TPI sur 36 mois et sur 6 mois. Ils ont découvert que l'incidence de la TB était plus faible dans le groupe recevant le TPI pendant 36 mois, mais que cet effet était limité aux personnes dont l'intradermoréaction à la tuberculine (IDR) était positive au départ.*

Dans cet article, les auteurs présentent des données supplémentaires issues de cet essai, qui illustrent l'incidence de la TB lors du suivi prolongé des participants après la fin de l'étude. Les participants ont débuté le traitement antirétroviral (TARV) conformément aux recommandations

nationales. A l'issue du suivi, en 2011, 72 % d'entre eux avaient débuté le TARV. Dans la période post-essai, autrement dit 36 mois après l'entrée des participants dans l'étude, l'incidence de la TB était voisine de 1 % et similaire dans les deux bras de l'essai. Au cours des 36 mois de l'essai, le hazard ratio non ajusté de la TB a été réduit presque de moitié dans le groupe sous TPI pendant 36 mois. Cependant, après la fin de l'essai, cet effet protecteur a chuté à près de 20 %. Parmi les participants testés positifs à l'IDR lors de leur entrée dans l'étude, l'effet protecteur d'un TPI prolongé a été supérieur pendant l'essai, à savoir une diminution de près de 75 % de la TB. Cet effet est tombé à 60 % après la fin de l'essai.

Plusieurs articles récents ont évoqué les mécanismes possibles de diminution de la protection après un TPI de durée limitée dans les milieux où la transmission de la TB est chose courante. Une explication évidente serait une nouvelle infection par la TB suivie d'une rapide évolution en maladie active. Autre explication : le TPI ne « stériliserait » pas efficacement l'infection à TB latente, entraînant une réactivation de la maladie après l'arrêt du TPI. Comme les tests diagnostiques d'infection latente sont insatisfaisants, il est difficile de faire la distinction entre ces possibilités. Quel que soit le mécanisme, les personnes séropositives restent exposées à un risque plus élevé de TB malgré le TARV. Dans les milieux où la TB est répandue, un TPI de durée limitée n'offre pas une protection durable. Les données issues de cette étude apportent encore plus d'éléments probants en faveur du TPI continu, en particulier pour les personnes vivant avec le VIH qui avaient une IDR positive. Des études sont en cours pour évaluer des formes thérapeutiques préventives alternatives qui offrent un plus grand potentiel de stérilisation de l'infection à TB latente. Ces traitements pourraient être efficaces sur une plus courte durée, ce qui serait un avantage. Mais il faudrait comparer cela au risque de maladie dû à une réinfection par la TB. Garantir la meilleure protection durable possible contre la TB pour les personnes séropositives reste une question extrêmement importante.

Pays : Botswana

Région : Afrique

Sous-catégories : comorbidité

Tuberculose active et latente chez les consommateurs de drogues injectables séropositifs en Indonésie.

Meijerink H, Wisaksana R, Lestari M, Meilana I, Chaidir L, van der Ven AJ, Alisjahbana B, van Crevel R. *J Int AIDS Soc.* 16 fév 2015 ;18(1):19317. doi: 10.7448/IAS.18.1.19317. eCollection 2015.

Introduction : Il existe un lien entre la consommation de drogues injectables (CDI) et la tuberculose mais l'on dispose de peu de données provenant des milieux à faible revenu. **Nous avons examiné la CDI en lien avec la tuberculose active et la tuberculose latente (ITBL) chez des personnes séropositives en Indonésie**, pays fortement touché par la tuberculose et qui connaît une épidémie de VIH à croissance rapide sur laquelle la CDI a un fort impact.

Méthodes : **La tuberculose active a été mesurée de manière prospective parmi 1900 patients adultes n'ayant jamais reçu de traitement antirétroviral (TARV)** et admis consécutivement dans un centre de soins de l'ouest de Java. **La prévalence de l'ITBL a été déterminée de manière transversale dans un sous-groupe de 518 patients ayant l'expérience du TARV** à l'aide d'un test de détection de l'interféron gamma.

Résultats : **Les patients ayant des antécédents de CDI (53,1%)** ont plus souvent déclaré avoir déjà reçu un traitement antituberculeux (34,8% contre 21,9%, $p < 0,001$), **ont plus souvent reçu un traitement antituberculeux pendant le suivi (HR ajusté = 1,71 ; 95% IC : 1,25-2,35)** et ont plus souvent reçu la confirmation bactériologique de leur infection à tuberculose (OR = 1,67 ; 95% IC :

0,94-2,96). La prévalence de l'ITBL était équivalente chez les personnes avec et sans antécédents de CDI (29,1 contre 30,4%, NS). Les estimations de risque n'ont pas changé après l'ajustement opéré compte tenu de la numération de CD4 ou d'un TARV.

Conclusions : Les personnes séropositives ayant des antécédents de CDI en Indonésie ont une tuberculose plus active, avec des taux similaires d'ITBL. Dans le centre de soins du VIH, le dépistage de l'ITBL et le traitement préventif à l'isoniazide peuvent être dirigés en priorité vers les patients ayant des antécédents de CDI.

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

Note de la rédaction : *En Europe et en Amérique du nord, les personnes séropositives qui s'injectent des drogues sont plus exposées au risque de TB infection et de TB maladie que les autres personnes séropositives. Dans de nombreux pays d'Asie, le problème de la consommation de drogues injectables, qui a contribué à l'épidémie de VIH, est croissant. Cette étude a exploré l'association entre la consommation de drogues injectables et la TB chez les personnes vivant avec le VIH en Indonésie. L'analyse principale a inclus 1900 personnes séropositives n'ayant jamais reçu de TARV et sans TB maladie, et les a suivies de l'inclusion dans le programme de soins du VIH jusqu'au début du traitement antituberculeux. Un peu plus de la moitié seulement de la population de l'étude a indiqué avoir des antécédents de consommation de drogues injectables. Aucune distinction n'a été établie entre la consommation de drogues injectables actuelle et passée.*

Un antécédent de consommation de drogues injectables était associé à un risque accru de 71 % de TB maladie durant la première année après l'inclusion dans le programme de soins du VIH. Cette association s'est maintenue après les ajustements liés à l'âge, à la numération de CD4 et à l'utilisation d'un traitement antirétroviral. L'association était similaire lorsque l'analyse était limitée à la TB maladie confirmée microbiologiquement. L'écart en termes de risque a semblé apparaître peu de temps après l'inclusion, dans les six premiers mois après l'inclusion dans le programme de soins du VIH. De plus, la majeure partie des diagnostics de TB ont été posés avant la mise en route du TARV. Ceci suggère le besoin d'intensifier les stratégies diagnostiques de la TB lors de l'inclusion dans les soins du VIH. Malgré une durée d'inclusion proche de six ans et un suivi jusqu'à six ans, le suivi médian a duré moins d'un an dans le groupe sans antécédents de consommation de drogues injectables. Comparativement, la durée était d'un peu moins de deux ans chez les consommateurs de drogues injectables. Cela suggère une perte de suivi substantielle et peut avoir contribué au risque de TB supérieur observé parmi les consommateurs de drogues injectables.

Cet article traite également de la prévalence d'un test QuantiFERON Gold In-Tube positif dans un groupe distinct de personnes séropositives avec une durée médiane sous TARV de plus de deux ans. Aucune différence n'a été observée en termes de proportion de tests QuantiFERON positifs entre les personnes avec et sans antécédents de consommation de drogues injectables. Mais la population de l'étude était très différente, avec une numération de CD4 médiane >350 cellules/ μ l. Près de la moitié ont déclaré avoir déjà reçu un traitement anti-TB, ce qui rend les résultats de QuantiFERON plus difficiles à interpréter.

Ces données soulignent l'importance du dépistage de la TB active chez les personnes ayant accès aux soins du VIH et du traitement préventif à l'isoniazide pour les personnes atteintes d'une infection latente.

Pays : Indonésie

Région : Asie

Sous-catégories : Comorbidité, épidémiologie, consommation de drogues injectables et prévention du VIH, personnes vivant avec le VIH

4. Parer à l'insuffisance des ressources

Rapport coût-efficacité de l'analyse du génotype pour la résistance primaire au Brésil.

Luz PM, Morris BL, Grinsztejn B, Freedberg KA, Veloso VG, Walensky RP, Losina E, Nakamura YM, Girouard MP, Sax PE, Struchiner CJ, Paltiel AD. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 1^{er} fév 2015 ;68(2):152-61. doi: 10.1097/QAI.0000000000000426.

Objectif : Le test de génotypage de résistance du VIH peut aider à identifier des traitements antirétroviraux (TARV) plus efficaces pour les patients, augmentant ainsi sensiblement les chances de suppression virale et de récupération du système immunitaire. Nous avons cherché à évaluer le **rapport coût-efficacité des tests de génotypage de résistance avant l'instauration d'un TARV de première ligne** au Brésil.

Conception : Nous avons utilisé un modèle de microsimulation de la maladie à VIH déjà publié (CEPAC-International) ainsi que des données provenant du Brésil pour comparer l'impact clinique, les coûts et le rapport coût-efficacité de la réalisation d'un test de génotypage au stade initial (génotypage) avec l'absence de test de génotypage au stade initial (pas de génotypage).

Méthodes : Les paramètres du modèle sont issus de la cohorte clinique VIH de l'Institut de recherche clinique Evandro Chagas ainsi que de données publiées, en utilisant des sources brésiliennes dans la mesure du possible. Les caractéristiques de référence des patients étaient les suivantes : 69 % d'hommes, âge moyen 36 ans (écart-type (SD) 10 ans), numération de CD4 moyenne 347 par microlitre (SD, 300/ μ L) lors de l'instauration du TARV, coût annuel du TARV pour 2012 de 1400 \$US à 13 400 \$US, coût des tests de génotypage 230 \$US et prévalence de la résistance primaire 4,4 %. L'espérance de vie et les coûts ont été réduits de 3 % par an. L'option génotypage a été définie comme ayant un bon rapport coût-efficacité comparativement à l'option Pas de génotypage si son rapport coût-efficacité incrémentiel était inférieur à 3 fois le PIB par habitant du Brésil en 2012, à savoir 12 300 \$US.

Résultats : Comparativement à l'option Pas de génotypage, **l'option Génotypage a augmenté l'espérance de vie de 18,45 à 18,47 ans et réduit le coût à vie de 45 000 \$US à 44 770 \$** ; par conséquent, dans le cas de base, l'option Génotypage a permis de générer des économies. Le génotypage a eu un bon rapport coût-efficacité à une prévalence de la résistance primaire de 1,4 % seulement et est resté rentable lorsque les coûts d'un TARV ultérieur sont tombés à 30 % de la valeur de référence. Un mauvais rapport coût-efficacité a été observé uniquement en plaçant plusieurs paramètres simultanément aux extrêmes de leurs plages plausibles.

Conclusions : Les tests de génotypage de résistance chez des personnes n'ayant jamais reçu de TARV au Brésil amélioreront la survie et diminueront les coûts et il conviendrait de les intégrer aux recommandations de traitement du VIH au Brésil.

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

Note de la rédaction : Cette étude a pour but de fournir des orientations quant à l'opportunité de recourir à des tests de génotypage de résistance du VIH au cours du traitement antirétroviral (TARV). Les précédentes études réalisées dans les pays à revenu élevé suggèrent qu'une utilisation avant l'instauration du TARV peut être d'un bon rapport coût-efficacité. Dans des milieux où les ressources sont plus limitées, deux études précédentes suggèrent que les tests de génotypage de résistance

peuvent être d'un bon rapport coût-efficacité après l'échec d'un traitement de première ligne. Mais aucune d'elles n'a examiné l'utilisation de ces tests sur les personnes n'ayant jamais reçu de TARV.

Cette étude compare les tests de génotypage de résistance avant l'instauration du TARV avec la politique actuelle des tests après un échec thérapeutique, pour la population brésilienne. Selon cette étude, les tests de génotypage de résistance généreraient probablement des économies au Brésil. Les auteurs prédisent une augmentation modérée de l'espérance de vie des personnes sous TARV. Les économies sont obtenues grâce à la réduction prévue des complications et de la durée des TARV, traitements coûteux. Les économies concernent essentiellement les personnes résistantes aux inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse (INNTI). Les économies réalisées compensent le coût des tests de génotypage de résistance. L'étude souligne à juste titre que l'importance des économies (et du rapport coût-efficacité) dépend essentiellement du coût des tests, des futurs coûts du TARV et de la prévalence de la résistance aux INNTI dans la population de l'étude. Dans les plages les plus plausibles de prévalence INNTI et de coûts observées au Brésil, les tests de génotypage de résistance avant l'instauration du TARV auront probablement un bon rapport coût-efficacité. Cependant, les coûts et la prévalence INNTI varient selon les milieux, de même que le seuil au-delà duquel les technologies sont jugées rentables. Ces facteurs doivent donc être pris en compte avant d'appliquer ces résultats au changement de politiques sur une utilisation plus large des tests de génotypage de résistance.

Pays : Brésil

Région : Amérique Latine

Sous-catégories : ressources/ impact/ développement, traitement, personnes vivant avec le VIH, interventions biomédicales et outils de prévention.

5. Éliminer la stigmatisation et la discrimination

Un conte de deux villes : Stigmatisation et état de santé des personnes vivant avec le VIH qui consomment des drogues injectables à Saint-Pétersbourg, Russie et à Kohtla-Jarve, Estonie.

Burke SE, Calabrese SK, Dovidio JF, Levina OS, Uuskula A, Niccolai LM, Abel-Ollo K, Heimer R. Soc Sci Med. 16 fév 2015;130C:154-161. doi: 10.1016/j.socscimed.2015.02.018. [Publication en ligne avant impression]

Les expériences de stigmatisation sont souvent associées à une mauvaise santé mentale et physique. La présente étude a évalué les associations entre la stigmatisation et l'état de santé des personnes vivant avec le VIH qui consomment des drogues injectables à Kohtla-Jarve, Estonie et à St. Pétersbourg, Russie. **Si l'on exclut l'Afrique subsaharienne, ces deux villes enregistrent les taux les plus élevés de VIH, principalement en raison de la consommation de drogues injectables, mais l'Estonie a plus largement mis en œuvre des services de réduction des risques.** Les consommateurs de drogues injectables ont été recrutés par échantillonnage déterminé par les répondants ; ceux qui ont indiqué être séropositifs ont été inclus dans le présent échantillon (n = 381 à St. Pétersbourg ; n = 288 à Kohtla-Jarve). **Les participants ont communiqué leurs informations de santé et ont réalisé des évaluations de la stigmatisation intériorisée du VIH, de la stigmatisation redoutée du VIH, de la stigmatisation intériorisée de la toxicomanie et de la stigmatisation redoutée de la toxicomanie. Les participants des deux villes ont indiqué connaître les quatre formes de stigmatisation à un niveau élevé identique. Cependant, les variables de stigmatisation étaient plus fortement associées à l'état de santé en Russie qu'en Estonie.** Les résultats de St. Pétersbourg étaient cohérents avec les précédents travaux établissant un lien entre stigmatisation et santé. **Le fait que les obstacles aux soins soient moins importants**

à Kohtla-Jarve peut contribuer à expliquer pourquoi la stigmatisation sociale n'était pas étroitement liée aux problèmes de santé dans cette ville. Les répercussions en termes d'interventions et de politique de santé sont évoquées.

Accès au résumé

***Note de la rédaction :** Cette étude apporte des éléments extrêmement importants pour prouver l'impact de la stigmatisation redoutée et ressentie relative au VIH et à la toxicomanie sur l'état de santé chez les consommateurs de drogues injectables dans un contexte de forte prévalence du VIH. En Russie comme en Estonie, les consommateurs de drogues injectables sont extrêmement marginalisés. De précédentes études indiquent une prévalence pouvant atteindre 90 % à Kohtla-Järve et une incidence de 5 pour 100 personnes-années à Saint-Pétersbourg. Malgré leur proximité géographique, les deux villes sont encadrées par des politiques sociales et culturelles très différentes qui, soit favorisent soit empêchent la mise en œuvre de programmes de prévention du VIH auprès des usagers de drogues injectables. En Estonie, les programmes d'échange des aiguilles et seringues et les traitements de substitution aux opiacés sont répandus et soutenus par le gouvernement. En Russie, les programmes de réduction des risques sont limités, sont mis en place par des organisations non gouvernementales avec peu voire aucune aide des pouvoirs publics. Le caractère ambigu des politiques en matière de drogues fait que les programmes d'échange des aiguilles et seringues sont souvent interdits au motif qu'ils encourageraient la toxicomanie. Aucun traitement de substitution aux opiacés (TSO) n'est prévu et les consommateurs de drogues injectables sont considérés comme des criminels en puissance par la police. Les usagers de drogues injectables sont souvent placés sous surveillance, via un système d'enregistrement obligatoire, par les forces de l'ordre et les centres de traitement de la toxicomanie (narcologie). On a observé sur ces deux sites un niveau élevé de stigmatisation intériorisée et redoutée relative au VIH et à la toxicomanie. En Estonie, cela ne s'est pas traduit par une dégradation de la santé des personnes vivant avec le VIH, notamment en termes d'accès aux soins du VIH, de numération de CD4 ou de symptômes du VIH autodéclarés. Inversement, à St. Pétersbourg, la stigmatisation intériorisée associée à la toxicomanie était associée à une baisse de la numération de CD4, un accès réduit aux soins du VIH et une augmentation des symptômes du VIH. Ceci souligne l'efficacité des services de prévention et de traitement du VIH ouverts au plus grand nombre et en l'occurrence aux consommateurs de drogues injectables dans le traitement du VIH malgré l'existence d'autres normes sociales et culturelles qui stigmatisent le VIH et la toxicomanie. Cette étude démontre l'impact de la stigmatisation sur les personnes vivant avec le VIH. Cependant, les recherches doivent être poursuivies pour comprendre les mécanismes par lesquels la stigmatisation interagit avec d'autres facteurs sociaux et culturels comme la migration, la pauvreté et la pénalisation, pour influencer sur l'état de santé des personnes consommatrices de drogues injectables.*

L'étude a des implications politiques évidentes, et notamment la nécessité d'interventions structurelles comme l'augmentation des aides publiques pour la réduction des risques. Ces moyens sont nécessaires pour empêcher que ne perdure la stigmatisation liée au VIH et à la toxicomanie et ses conséquences négatives. Des programmes à plus court terme sont nécessaires en Russie, parmi lesquels l'intensification urgente des activités de réduction des risques et des traitements et soins du VIH pour les consommateurs de drogues injectables, ainsi que la fourniture d'une aide interpersonnelle pour permettre aux consommateurs de drogues injectables de mieux affronter la stigmatisation dans les services de santé.

Pays : Fédération de Russie, Estonie

Région : Europe

Sous-catégories : consommation de drogues injectables et prévention du VIH, stigmatisation et exclusion sociale, réponses nationales

Les craintes liées à la divulgation de son statut VIH à ses partenaires sexuels : étude basée sur des méthodes mixtes dans un environnement de conseil au Ghana.

Obiri-Yeboah D, Amoako-Sakyi D, Baidoo I, Adu-Oppong A, Rheinlander T. AIDS Behav. 26 février 2015. [Publication en ligne avant impression]

Il est impératif d'encourager la divulgation, dans un environnement de confiance et de soutien, pour gérer la stigmatisation liée au VIH/Sida. Pourtant, la divulgation et les facteurs de divulgation ne sont que vaguement compris dans les sociétés africaines. Cette étude avait pour but de déterminer le taux de divulgation et les facteurs qui influent sur la divulgation à Cape Coast, au Ghana. Des entretiens approfondis avec 15 pairs éducateurs et une enquête auprès de 510 PVVS ont été utilisés dans une conception d'étude basée sur des méthodes mixtes. **La majorité des participants à l'étude (78,6 %) avaient révélé leur statut séropositif à leur partenaire sexuel.** Bien que les pairs éducateurs dans cette étude aient qualifié de négatif l'impact de la divulgation, **84,0 % des personnes ayant révélé leur statut ont été acceptées par leur partenaire** sans conséquences négatives après la révélation. L'étude suggère que les services de soutien existants préparent mal les patients venant de recevoir un diagnostic de séropositivité et entravent les initiatives de divulgation. Il peut être crucial de fournir des services de soutien global et de mieux former les pairs éducateurs afin d'instaurer un climat de divulgation sans danger au Ghana.

[Accès au résumé](#)

***Note de la rédaction** : Cette étude basée sur des méthodes mixtes explore l'importante question de la divulgation aux partenaires sexuels. Pour une meilleure efficacité des efforts de prévention, il est primordial d'intervenir pour améliorer les taux de divulgation aux partenaires. Mais l'intérêt peut aussi être d'agir sur le soutien manifesté par leur partenaire sexuel aux personnes vivant avec le VIH pour la prise en charge de leur maladie. Cette démarche est pertinente car d'autres travaux ont montré que cacher son statut à ses partenaires et à sa famille peut faire obstacle à l'adhérence et à un accès durable aux soins. L'analyse initiale des données des 15 entretiens approfondis avec les pairs éducateurs a servi à améliorer la conception du questionnaire qui a ensuite été renseigné par 510 personnes vivant avec le VIH à Cape Coast, Ghana. Les résultats du travail de recherche qualitative formative sont également utilisés pour expliquer certains des résultats quantitatifs ultérieurs.*

L'article fait état de deux enseignements particulièrement frappants. Premièrement, parmi les individus ayant révélé leur statut, une nette majorité, près de 82 %, l'ont fait dans la semaine suivant le diagnostic. Cet aspect suggère qu'il existe une fenêtre de temps capitale mais brève, au cours de laquelle les personnes dévoilent plus facilement leur statut à leur partenaire. C'est important pour la conception du programme et pour s'assurer que les phases de conseil avant et après le test permettent de discuter et de se faire aider pour la divulgation de son statut au partenaire. Deuxième découverte importante : même si les données de l'enquête font état d'une expérience largement positive pour les personnes ayant divulgué leur statut, les 15 pairs éducateurs interrogés dans l'étude qualitative ont dressé un tableau beaucoup plus négatif des risques liés à la divulgation au partenaire. Le temps écoulé depuis la réception du diagnostic n'a pas été indiqué, ni dans les échantillons quantitatifs ni qualitatifs. Vu l'évolution de la signification du VIH dans le contexte du traitement antirétroviral, le temps écoulé depuis la réception du diagnostic par les participants puis sa divulgation au partenaire peut être un facteur important pour définir les expériences individuelles et par conséquent leurs attentes en termes d'impact de la divulgation. Les éléments probants présentés

dans cet article illustrent l'importance non seulement d'examiner les expériences et les attentes des personnes vivant avec le VIH en termes de divulgation, mais aussi d'étudier les facteurs qui peuvent influencer sur leurs attentes. Le rôle du pair éducateur peut limiter, mais aussi faciliter, la démarche de divulgation aux partenaires.

Pays : Ghana

Région : Afrique

Sous-catégories : personnes vivant avec le VIH, stigmatisation et exclusion sociale, sexe

« Si je vais bien, c'est parce que je ne l'ai dit à personne » : la nécessité de la dissimulation dans la vie des personnes vivant avec le VIH en Inde.

George MS, Lambert H. Cult Health Sex. 23 fév 2015:1-14. [Publication en ligne avant impression]

Dans les programmes de prévention et de soins du VIH, les personnes séropositives sont généralement encouragées à dévoiler leur statut afin de contenir l'infection et de pouvoir leur apporter l'aide adéquate. La non-divulgation est généralement considérée comme un obstacle aux comportements de prévention et à l'accès à l'aide nécessaire. L'hypothèse du bénéfice de la divulgation apparaît également dans les études qui visent à identifier les déterminants de la divulgation et préconisent des mesures à l'échelle individuelle pour encourager la divulgation. Cependant, dans un contexte où l'infection à VIH est stigmatisée et où les personnes vivant avec le VIH craignent le rejet et la discrimination, la dissimulation de son statut s'apparente à une tentative de retrouver autant que possible la vie menée avant la découverte de l'infection à VIH. **Dans cette étude menée sur des femmes et des enfants séropositifs en Inde, la dissimulation était considérée comme essentielle par les personnes vivant avec le VIH et leurs familles pour retrouver et conserver une vie normale dans un environnement où la stigmatisation et la discrimination prévalent.** Cet article décrit pourquoi les femmes et les personnes fournissant des soins aux enfants ressentaient le besoin de dissimuler leur statut VIH, les différents moyens utilisés pour le faire et les répercussions en matière de traitement pour les personnes vivant avec le VIH. Nous avons découvert que les femmes, bien que généralement disposées à divulguer leur statut à leur mari ou partenaire, tenaient à dissimuler leur statut à tout le reste de leur entourage, y compris à leur famille. Les parents et les responsables d'un enfant séropositif ne souhaitaient pas divulguer ce statut à l'enfant ni à personne d'autre. **Comprendre les divers motifs de dissimulation aiderait les décideurs politiques et les responsables de programmes à élaborer des stratégies de gestion des soins plus appropriées et à former des prestataires de soins pour aider les patients à accéder aux soins et à l'aide nécessaire sans perturber leur vie.**

[Accès au résumé](#)

Note de la rédaction : *Cet article fournit une bonne illustration de la persistance de la stigmatisation dans le quotidien de nombreuses personnes vivant avec le VIH en Inde. En exploitant des données recueillies en 2012, les auteurs montrent de quelle façon les préjugés et la discrimination influent sur la vie des femmes et des enfants inclus dans cette étude. Bien que l'accès au traitement antirétroviral (TARV) ait donné aux participants la possibilité de retrouver et de conserver une vie décrite comme normale, ce même traitement pourrait aboutir à une divulgation involontaire. Les participants ont évoqué la crainte d'être vus en train de prendre leur TARV, car plusieurs illustrations des comprimés étaient disponibles dans les centres de soins. Ils ont décrit les difficultés de divulguer leur statut à leurs enfants et à d'autres proches. La divulgation à une sphère de relations plus large était une atteinte à la réputation de la personne à cause de l'assimilation du VIH au laxisme moral. Il s'agit là de défis auxquels sont confrontées de nombreuses personnes, y compris dans d'autres milieux, ce qui*

témoigne encore de la persistance de la stigmatisation associée au VIH. Les auteurs soulignent également les conséquences imprévues des politiques bien intentionnées. On peut citer l'exemple frappant d'une participante qui utilisait une carte de transport gratuite accessible aux personnes vivant avec le VIH pour aller chercher son traitement. La carte portait le mot « SIDA » et le contrôleur des billets a tourné en ridicule la femme et son mari devant les autres passagers à cause de cette preuve d'infection. Les auteurs font remarquer qu'encourager la divulgation peut conduire à négliger l'importance de la dissimulation comme moyen de faire face à la stigmatisation.

Pays : Inde

Région : Asie

Sous-catégories : sexe, prestations de soins de santé, droits de l'homme/éthique/droit et propriété intellectuelle, personnes vivant avec le VIH, stigmatisation et exclusion sociale, déterminants structurels et vulnérabilité, traitement

Stigmatisation sexuelle, pénalisation, investissement et accès aux services liés au VIH chez les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, dans le monde entier.

Arreola S, Santos GM, Beck J, Sundararaj M, Wilson PA, Hebert P, Makofane K, Do TD, Ayala G. AIDS Behav. fév 2015;19(2):227-34. doi: 10.1007/s10461-014-0869-x.

A l'échelle mondiale, le VIH touche de manière disproportionnée les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HSH). Cette étude a exploré les associations entre l'accès aux services de prise en charge du VIH et (1) la stigmatisation sexuelle perçue au niveau individuel ; (2) la pénalisation de l'homosexualité dans certains pays et (3) l'investissement de certains pays dans les services liés au VIH pour les HSH. **3340 HSH ont répondu à une enquête en ligne pour évaluer l'accès aux services liés au VIH.** Les HSH provenant de **plus de 115 pays** ont été classés en fonction de la politique de pénalisation de l'homosexualité et de l'investissement dans des services liés au VIH spécifiques aux HSH. **L'accès restreint aux préservatifs, aux lubrifiants et au dépistage du VIH était associé à une plus grande stigmatisation sexuelle perçue, à l'existence de politiques de pénalisation de l'homosexualité et à une baisse des investissements dans les services liés au VIH. L'accès restreint aux traitements du VIH était associé à une plus grande stigmatisation sexuelle perçue et à la pénalisation. La pénalisation de l'homosexualité et la faiblesse des investissements dans les services liés au VIH étaient deux aspects associés à une plus grande stigmatisation sexuelle perçue.** Les efforts de prévention et de traitement du VIH chez les HSH doivent être associés à des interventions structurelles pour réduire la stigmatisation, abolir les politiques de pénalisation de l'homosexualité et accroître les investissements dans les services liés au VIH spécifiques aux HSH.

[Accès au résumé](#)

Note de la rédaction : *L'homosexualité est encore illégale dans 39 % des 193 États membres reconnus par l'ONU. Cette pénalisation augmente vraisemblablement la vulnérabilité au VIH chez les hommes gays et les autres hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes. Dans cette étude, 3340 hommes gays et d'autres hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes de plus de 115 pays ont répondu à une enquête en ligne sur leur perception de l'homophobie et leur facilité d'accès aux services de prévention du VIH de base. Les auteurs ont réalisé une analyse écologique pour examiner le lien entre le recours aux services liés au VIH chez les hommes gays et les autres hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes. Les auteurs ont étudié les facteurs structurels au niveau individuel, y compris leur perception de l'homophobie dans la société dans laquelle ils vivent ainsi qu'au niveau national, y compris les politiques de pénalisation. Plus de*

50 % des répondants ont déclaré avoir des difficultés à accéder aux services liés au VIH, et notamment aux préservatifs, aux lubrifiants, aux services de dépistage du VIH et aux traitements antirétroviraux (TARV). L'homophobie perçue, la pénalisation des comportements homosexuels et le faible investissement du pays dans les services liés au VIH étaient tous associés à un accès restreint aux préservatifs, aux lubrifiants, aux services de dépistage du VIH et au TARV. Il est urgent d'améliorer l'accès aux services liés au VIH pour les hommes gays et les autres hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes car cette population est fortement touchée par le VIH dans les pays à revenu faible et intermédiaire. Cette étude s'ajoute à une série d'éléments probants qui suggèrent que l'élimination des obstacles structurels tels que la pénalisation de l'homosexualité et la stigmatisation sexuelle (homophobie) seront nécessaire pour réduire la vulnérabilité liée au VIH parmi les hommes gays et les autres hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, dans le monde entier.

Pays : Algérie, Australie, Canada, Mauritanie, Nouvelle-Zélande, Sierra Leone, Soudan, Ouganda, République Unie de Tanzanie, États-Unis d'Amérique

Région : Afrique, Asie, Europe, Amérique latine, Amérique du nord, Océanie

Sous-catégories : déterminants structurels et vulnérabilité, stigmatisation et exclusion sociale, droits de l'homme / éthique / droit et propriété intellectuelle