

UNAIDS Science now

HIV this month. Numéro 5. Mai 2015

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

1. Réduire la transmission par voie sexuelle

- Une circoncision masculine non cicatrisée peut être à l'origine d'une augmentation transitoire de la libération du VIH
- Les élèves sud-africains favorables au dépistage du VIH dans les établissements scolaires
- Alcool et TARV ne font pas bon ménage, mais comment faire passer le message ?

2. Prévenir le VIH chez les consommateurs de drogues

- En Azerbaïdjan, les détenus sont exposés à de multiples risques

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

- Meilleur maintien dans le circuit de soins chez les enfants exposés au VIH dont la mère reçoit un TARV combiné

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

- Résultats négatifs aux tests de dépistage des anticorps anti-VIH chez les enfants vivant avec le VIH
- Le rapport à l'alphabétisation et à la technologie est un facteur de prévision du succès d'un programme de m-santé

5. Éviter les décès liés à la tuberculose

- Taux de mortalité élevé après instauration du TARV malgré un dépistage de la TB et de l'infection cryptococcique
- Dépistage et traitement de l'infection cryptococcique - l'importance de fournir de meilleures preuves de son action
- La co-infection par le virus de l'hépatite B: un obstacle au succès du TARV en Afrique subsaharienne ?

6. Parer à l'insuffisance des ressources

- L'offre de services dans la communauté renforce la continuité des soins et améliore le rapport coût-efficacité
- Les programmes de renforcement économique pour les personnes vivant avec le VIH peuvent améliorer leur qualité de vie

7. Éliminer les inégalités entre les sexes

- Les enseignements scolaires sur le VIH et la sexualité qui abordent les questions de genre ou de rapports de force sont cinq fois plus efficaces que ceux qui ne les traitent pas

8. Renforcement de l'intégration de la riposte au VIH

- Besoin de développer les programmes sur l'eau, l'assainissement et l'hygiène auprès des personnes vivant avec le VIH

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

Peter Godfrey-Faussett et Celeste Sandoval
 ONUSIDA

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

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

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

1. Réduire la transmission par voie sexuelle

Libération du VIH par les plaies de circoncision chez les hommes infectés par le VIH: étude de cohorte prospective.

Tobian AA, Kigozi G, Manucci J, Grabowski MK, Serwadda D, Musoke R, Redd AD, Nalugoda F, Reynolds SJ, Kigoma N, Laeyendecker O, Lessler J, Gray RH, Quinn TC, Wawer MJ, Rakai Health Sciences P. *PLoS Med.* 28 avr 2015;12(4):e1001820. doi: 10.1371/journal.pmed.1001820. eCollection 2015.

Contexte: Un essai par sondage aléatoire portant sur la circoncision masculine (CM) médicale et volontaire chez des hommes infectés par le VIH a révélé une augmentation de la transmission du VIH aux partenaires féminines chez les hommes ayant recommencé à avoir des relations sexuelles avant la cicatrisation. **Nous avons réalisé une étude observationnelle prospective pour évaluer la libération du VIH au niveau du pénis après une CM.**

Méthodes et résultats : **La libération du VIH a été évaluée chez 223 hommes infectés par le VIH** (183 ont déclaré ne pas suivre de traitement antirétroviral [TARV], 11 ont déclaré être sous TARV et avaient une charge virale [CV] plasmatique détectable, et 29 ont déclaré être sous TARV et avaient une CV plasmatique indétectable [<400 copies/ml]). L'étude s'est déroulée à Rakai, en Ouganda, entre juin 2009 et avril 2012. **Des prélèvements de lavement du pénis préopératoires et hebdomadaires ont été analysés pendant 6 semaines puis à 12 semaines pour évaluer la libération du VIH et la CV** par PCR quantitative en temps réel. Le PRR (Prevalence Risk Ratio) non ajusté et le PRR ajusté de l'excrétion du VIH ont été estimés à l'aide d'un modèle de régression de Poisson modifié avec variance robuste. **Une excrétion du VIH a été détectée chez 9,3% (17/183) des hommes non traités par TARV avant l'intervention et chez 39,3% (72/183) de ces hommes tout au long de l'étude.** Par rapport aux valeurs de référence, **la libération proportionnelle a considérablement augmenté après la CM à la semaine 1** (PRR = 1,87, IC à 95% = 1,12-3,14, $p = 0,012$), **à la semaine 2** (PRR = 3,16, IC à 95% = 1,94-5,13, $p < 0,001$), **et à la semaine 3** (PRR = 1,98, IC à 95% = 1,19-3,28, $p = 0,008$) **après la CM. Cependant, par rapport aux valeurs de référence, la libération du VIH a diminué à partir de la semaine 6 après la CM** (PRR = 0,27, IC à 95% = 0,09-0,83, $p = 0,023$) **et est restée basse à la semaine 12 après la CM** (PRR = 0,19, IC à 95% = 0,06-0,64, $p = 0,008$). **Il a été observé une excrétion du VIH détectable à partir des plaies de CM chez plus de sujets masculins ayant une CV plasmatique de VIH $> 50\ 000$ copies/ml** que chez les sujets masculins ayant une CV plasmatique de VIH < 400 copies/ml (PRR aj. = 10,3, IC à 95% = 4,25-24,90, $p < 0,001$). **La libération de VIH détectable était moins courante parmi les hommes de l'étude dont la CM avait cicatrisé** que chez les hommes n'ayant pas encore cicatrisé (PRR aj. = 0,12, IC à 95% = 0,07-0,23, $p < 0,001$) **et parmi les hommes sous TARV ayant une CV plasmatique indétectable comparativement aux hommes non traités par TARV** (PRR = 0,15, IC à 95% = 0,05-0,43, $p = 0,001$). **Parmi les hommes présentant une excrétion du VIH par le pénis détectable, la CV médiane de log₁₀ copies de VIH/millilitre de liquide de lavement était considérablement plus basse chez les hommes ayant une CV plasmatique indétectable sous l'effet d'un TARV** (1,93, intervalle interquartile [IQR] = 1,83-2,14) que chez les hommes non traités par TARV (2,63, IQR = 2,28-3,22, $p < 0,001$). Les limites de cette étude observationnelle sont notamment les écarts significatifs entre les covariables de référence, l'absence de confirmation d'administration du TARV chez les sujets ayant déclaré recourir à un TARV, et le manque d'informations sur l'instauration potentielle d'un TARV pendant le suivi pour les personnes non traitées par TARV au stade du recrutement.

Conclusion: **La libération du VIH par le pénis est nettement réduite après cicatrisation de la CM. La diminution de la CV plasmatique est associée à une baisse de la fréquence et de la quantité d'excrétion de VIH au niveau des plaies de CM. La mise en route d'un TARV avant la CM doit être considérée comme réduisant le risque de transmission du VIH de l'homme à la femme.** Il faut poursuivre les recherches pour évaluer la durée sous TARV nécessaire avant diminution du taux d'excrétion, ainsi que l'acceptabilité et la faisabilité de l'instauration d'un TARV au moment de la CM.

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

***Note de la rédaction :** La circoncision masculine médicale et volontaire (CMMV) réduit l'acquisition hétérosexuelle du VIH, du virus Herpès Simplex de type 2 et des papillomavirus humains (HPV) chez l'homme. Elle est également bénéfique aux partenaires féminines. Chez les hommes vivant avec le VIH, la CMMV réduit les ulcérations génitales et le HPV mais ne réduit pas le risque de transmission du HPV. Par ailleurs, la CMMV augmente la transmission du VIH aux partenaires féminines chez les hommes qui recommencent à avoir des relations sexuelles avant la cicatrisation, et pas chez les couples qui patientent avant de reprendre les relations sexuelles. Les hommes vivant avec le VIH peuvent recourir à une CMMV pour plusieurs raisons, et les directives de l'OMS stipulent que ce service ne doit pas leur être refusé s'ils le demandent. Bien que l'abstinence sexuelle soit conseillée jusqu'à la cicatrisation complète, nombreux sont les hommes qui n'attendent pas la cicatrisation pour reprendre une activité sexuelle. Dans cette étude de cohorte menée chez des hommes séropositifs en Ouganda, les auteurs ont observé une augmentation transitoire de la libération du VIH au niveau du pénis après la CMMV, avec un pic enregistré durant la deuxième semaine après la CMMV. Dans les 6 à 12 semaines suivant l'intervention, après cicatrisation des plaies, la libération du VIH était inférieure à son niveau d'avant l'intervention. Aucune modification de la charge virale plasmatique n'a été observée pendant l'étude. Parmi les hommes excréteur de VIH, les taux les plus faibles d'excrétion ont été observés chez les hommes sous TARV et avec une charge virale indétectable. Les auteurs soulignent le rôle potentiel du TARV dans la réduction du risque de transmission du VIH après une CMMV, par exemple en envisageant de mettre en route un TARV avant la CMMV pour les hommes vivant avec le VIH et en encourageant l'adhérence pour supprimer la charge virale. Conformément aux directives actuelles de l'OMS, la majeure partie des hommes vivant avec le VIH et ayant recours à une CMMV seront éligibles au TARV, et la CMMV pourrait être un bon point de départ pour un traitement, en dépit des enjeux logistiques qui en découlent.*

«Les élèves sont favorables au dépistage du VIH dans les établissements scolaires» - évaluation formative de l'acceptabilité du conseil et du test du VIH dans les établissements scolaires des provinces du Gauteng et du Nord-Ouest en Afrique du Sud.

Madiba S, Mokgatle M. BMC Public Health. 17 avr 2015;15(1):388. [Publication en ligne avant impression]

Contexte: La proposition du ministère de la Santé sud-africain de mettre en œuvre un programme de conseil et de test du VIH (CTV) dans les établissements scolaires en 2011 a suscité des débats quant au caractère approprié de ces tests, débats qui sont intervenus entre les ministères de l'Education et de la Culture, sans tenir suffisamment compte du point de vue des élèves. **L'objectif principal de l'étude était d'évaluer l'opinion des élèves et l'acceptation du conseil et du test du VIH en général, ainsi que l'acceptabilité de programmes de conseil et de test du VIH dans les établissements scolaires.** L'étude a également déterminé le lien entre les caractéristiques socio-démographiques, le comportement sexuel et la position des élèves vis-à-vis du dépistage du VIH.

Méthodes: Une enquête a été réalisée auprès de lycéens des provinces du Nord-Ouest et du Gauteng en Afrique du Sud. Dix-sept lycées (neuf en zone rurale et huit en zone urbaine) ont été sélectionnés de manière aléatoire pour administrer un questionnaire autoadministré, semi-structuré et avec la participation de chercheurs.

Résultats: **Au total 2970 élèves de 14 à 27 ans ont participé à l'étude;** 1632 (55%) d'entre eux étaient des filles, 1810 (61%) avaient déjà eu des rapports sexuels et 1271 (49,8%) avaient plus d'un partenaire sexuel. **L'âge moyen du premier rapport sexuel était 15,6 ans. La moitié d'entre eux (n = 1494, 50,1%) avaient passé un test du VIH.** Le fait d'avoir plusieurs partenaires sexuels, l'âge et le sexe étaient des facteurs associés de manière significative à une probabilité accrue d'avoir passé un test du VIH. **La crainte, la sous-information sur le CTV et le faible niveau de perception du risque VIH étaient les raisons invoquées pour ne pas se faire dépister. L'acceptabilité du CTV en milieu scolaire était élevée (n = 2282, 76,9%) et 2129 (71,8%) des élèves étaient prêts à se faire dépister au lycée.** La convenance, l'intimité et la confidentialité étaient les principaux arguments en faveur et contre le CTV à l'école. Un tiers (n = 860, 29%) avait l'intention de divulguer leur statut VIH aux élèves, contre 1258 (42,5%) aux enseignants. **La stigmatisation, la discrimination et la confidentialité étaient les principales raisons données par les élèves n'ayant pas l'intention d'en parler.**

Conclusions: **La forte acceptabilité du CTV et le souhait de se faire dépister au lycée suggèrent que les programmes de prévention du VIH adaptés aux jeunes ont un potentiel de réussite élevé compte tenu de l'intérêt des élèves pour le CTV.** Faire entrer le test du VIH au lycée permettra d'augmenter le recours au CTV chez les jeunes et contribuera aux efforts d'intensification du CTV en Afrique du Sud.

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

***Note de la rédaction :** Les stratégies de promotion du test du VIH, la passerelle vers tous les programmes de prévention et de traitement, sont en développement permanent et sont pilotées dans le but que chacun connaisse son statut VIH. Les adolescents, en particulier à l'âge des premiers rapports sexuels, sont une population clé pour envisager des programmes de test pertinents, créatifs et accessibles. Cet article apporte des éclairages importants sur la question de l'acceptabilité des tests du VIH dans les établissements scolaires du point de vue des enseignants. Les chercheurs ayant mené cette étude dans deux provinces d'Afrique du Sud ont découvert que seulement près de la moitié des adolescents interrogés s'étaient fait dépister mais que la plupart seraient favorables à la mise à disposition de tests du VIH dans leur lycée. L'appréhension, le manque d'informations et la perception du risque étaient certains des motifs invoqués pour n'avoir pas passé le test auparavant. Il est possible que le simple fait d'introduire le test dans les lycées soit un facteur de sensibilisation et d'accessibilité suffisant pour accroître les taux de test. En outre, ce serait également l'occasion pour les enseignants de mieux évaluer les risques courus et d'adopter des pratiques sexuelles plus sûres. Les aspects essentiels des programmes de dépistage en milieu scolaire à l'étude seraient comment préserver et garantir la confidentialité, ainsi que la qualité et la pertinence contextuelle de la prestation de service.*

Étude qualitative de l'évolution de la consommation d'alcool chez les adultes infectés par le VIH admis en centres de soins et de traitement du VIH/SIDA dans le sud-ouest rural de l'Ouganda.

Sundararajan R, Wyatt MA, Woolf-King S, Pisarski EE, Emenyonu N, Muyindike WR, Hahn JA, Ware NC. *AIDS Behav.* Avr 2015;19(4):732-41. doi: 10.1007/s10461-014-0918-5.

L'alcool a un impact négatif substantiel sur l'épidémie de VIH en Afrique subsaharienne, et notamment en Ouganda, où la forte consommation d'alcool est une pratique courante. A l'aide d'une démarche analytique basée sur le contenu, **cette étude qualitative caractérise l'évolution de la consommation d'alcool chez 59 adultes ougandais (>18 ans) infectés par le VIH, ayant déclaré avoir consommé de l'alcool l'année précédente, lors de leur admission en centre de soins du VIH.** La plupart des participants ont déclaré avoir essayé d'arrêter ou de réduire leur consommation d'alcool pendant la durée de l'étude. **Parmi les raisons fournies pour diminuer leur consommation, on peut citer les conseils prodigués par les médecins, l'impact sur les obligations sociales, les menaces pour la sécurité financière et les retombées négatives sur la réputation sociale. Les participants ont déclaré avoir des difficultés à se passer d'alcool, compte tenu des incitations à continuer à boire, et notamment le désir d'insertion sociale, la lutte contre le stress et le plaisir de boire.** Ces incitations contradictoires constituent un dilemme moral pour certains participants qui se sentent tiraillés entre les «bonnes» et les «mauvaises» influences. **Les résultats suggèrent que de brèves interventions visant à vaincre les obstacles au changement identifiés par le patient sont de nature à faciliter une diminution de la consommation d'alcool sur le long terme dans cette population.**

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

***Note de la rédaction :** Une forte consommation d'alcool peut accroître le risque d'infection par le VIH. La consommation d'alcool peut aussi influencer sur l'adhérence au traitement antirétroviral et avoir un impact sur la progression de la maladie. Cet article sur la consommation d'alcool chez les personnes débutant un traitement antirétroviral en Ouganda est un important complément à la littérature. En plus de recourir à des entretiens approfondis pour recueillir des informations auprès de personnes venant de débiter un traitement antirétroviral, l'équipe de recherche a aussi étudié les consultations médicales ainsi que d'autres activités. Ainsi, les auteurs peuvent rapporter dans cet article le ton moralisateur utilisé par certains conseillers qui exhortaient les participants à arrêter de boire de l'alcool sans vraiment leur expliquer pourquoi. Cette attitude est contradictoire avec les informations fournies par les médecins sur le risque d'interaction entre la consommation d'alcool et la prise de médicaments, un argument jugé beaucoup plus persuasif par les participants. Les auteurs décrivent les bénéfices et les risques associés à la consommation d'alcool, en soulignant que ces facteurs sont très similaires aux difficultés rencontrées par la population générale dans d'autres contextes. Ceci amène les auteurs à conclure que l'entretien motivationnel, une méthode de réduction de la consommation d'alcool qui a fait ses preuves dans les milieux riches en ressources, pourrait être efficace dans les milieux aux ressources limitées comme l'Ouganda. Ces programmes offrent aux participants un moyen de développer des stratégies pour vaincre les obstacles au changement, en bénéficiant du soutien de personnels formés du centre de soins. Cet article non seulement fournit des informations précieuses à partir d'une étude rigoureuse mais aussi incite à recourir à des programmes ponctuels en Afrique.*

2. Prévenir le VIH chez les consommateurs de drogues

Le fardeau des troubles dus à la consommation de substances psychotropes, des maladies mentales et des corrélats des maladies infectieuses en Azerbaïdjan, chez les détenus dont la remise en liberté est proche.

Azbel L, Wickersham JA, Wegman MP, Polonsky M, Suleymanov M, Ismayilov R, Dvoryak S, Rotberga S, Altice FL. *Drug Alcohol Depend.* 19 mars 2015. pii: S0376-8716(15)00136-2. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2015.02.034. [Publication en ligne avant impression]

Contexte: Malgré une faible prévalence du VIH dans la région du Caucase du Sud, la transmission est volatile. **Cette région dispose de peu de données sur l'addiction et les maladies infectieuses chez les détenus qui retrouvent leur place dans les communautés.**

Méthodes: Une étude sanitaire biocomportementale basée sur un échantillonnage aléatoire a été conduite à l'échelle du pays dans 13 prisons azerbaïdjanaises non spécialisées auprès de détenus dont la date de remise en liberté est proche. Après avoir donné leur consentement éclairé, les participants ont répondu à des enquêtes standard d'évaluation sanitaire et ont passé des tests pour le VIH, l'hépatite B et C et la syphilis.

Résultats: Sur les 510 participants (âge moyen=38,2 ans), 11,4% étaient des femmes et 31,9% ont déclaré avoir consommé des drogues injectables avant leur incarcération, essentiellement de l'héroïne. **La prévalence du HCV (38,2%), du VIH (3,7%), de la syphilis (3,7%) et du HBV (2,7%) était élevée.** Parmi les 19 détenus infectés par le VIH, 14 (73,7%) avaient connaissance de leur statut VIH, 12 (63,2%) étaient sous traitement antirétroviral (TARV) et 5 (26,3%) présentaient une numération de CD4<350cellules/mL (4 d'entre eux étaient sous TARV). **Bien que l'injection de drogues soit le corrélât indépendant le plus significatif du HCV (ORa=12,9; p=0,001) et un corrélât significatif du VIH (ORa=8,2; p=0,001), les rapports sexuels non protégés (ORa=3,31; p=0,049) et le travail en Russie/Ukraine (ORa=4,58; p=0,008) étaient d'autres facteurs corrélés avec le VIH.**

Conclusion: Les épidémies de VIH et de HCV se concentrent chez les consommateurs de drogues injectables (CDI) en Azerbaïdjan et sont exacerbées dans la population carcérale. **Une épidémie de VIH de transition fait son apparition. Elle a pour origine les migrations en provenance des pays endémiques et le risque hétérosexuel. Le taux de diagnostic élevé et la couverture du TARV chez les détenus azerbaïdjanais prouvent encore une fois que le traitement préventif du VIH dans les pays de l'ex-Union soviétique est un objectif réalisable, et apportent de nouveaux éclairages sur le diagnostic et le traitement du HCV à mesure que de nouveaux médicaments sont commercialisés.** En milieu carcéral, il y a un besoin urgent de traitements contre l'addiction fondés sur des résultats et en liaison avec des soins de proximité.

[Accès au résumé](#)

Note de la rédaction : *C'est une étude importante qui décrit la prévalence du VIH, de l'hépatite B et de l'hépatite C dans une population carcérale en Azerbaïdjan. L'importance de l'étude est liée au besoin de contrôler les infections dans une population de détenus extrêmement vulnérable. Bien que l'étude ne décrive pas la consommation actuelle de drogues injectables dans la population, un tiers de l'échantillon a déclaré avoir consommé des drogues injectables avant leur détention et auront besoin d'aide pour gérer leur consommation de drogues injectables pendant leur incarcération. Cette aide passera par l'accès aux traitements de substitution des opiacés et par les programmes d'échanges de seringues (PES). Cette étude souligne la vulnérabilité des détenus face au VIH, à l'hépatite B et à l'hépatite C, et le besoin de réduire les risques en prison. Dans le même temps, l'étude souligne également les autres problèmes de santé liés à la consommation de drogues ou à l'incarcération en termes de santé mentale dans l'échantillon. Elle illustre un lien entre une mesure des troubles anxieux et l'infection par le VIH. Les points forts de cette étude sont constitués par le large échantillon de sujets recrutés dans un vaste éventail d'installations carcérales à travers le pays, améliorant ainsi la représentativité des résultats pour tous les détenus. Les résultats évoquent un lien*

entre l'infection par le VIH et les rapports sexuels non protégés et le fait d'avoir travaillé en Russie et en Ukraine. Ceci donne des indications sur le potentiel de transmission du VIH dans la région et souligne le potentiel de transmission sexuelle du VIH dans une région où la transmission est historiquement favorisée par la consommation de drogues injectables. Les résultats s'ajoutent aux preuves existantes du besoin urgent d'un traitement du virus de l'hépatite C (HCV) et d'un accès accru aux programmes d'échanges de seringues et aux traitements de substitution des opiacés dans les prisons et les communautés locales. L'adhérence élevée au traitement du VIH parmi les détenus démontre que l'administration d'un traitement du HCV à la population est tout à fait réalisable. De précédents éléments ont fait état des difficultés pour les détenus en Russie à poursuivre le traitement du VIH après leur libération, et cette étude souligne le besoin de moyens d'intégration des individus dans des programmes de réduction des risques, et notamment de traitement du VIH, dans les milieux communautaires après la remise en liberté.

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

Le traitement antirétroviral combiné maternel est associé à un meilleur taux de rétention des enfants exposés au VIH à Kinshasa, République démocratique du Congo.

Feinstein L, Edmonds A, Okitolonda V, Cole SR, Van Rie A, Chi BH, Ndjibu P, Lusiana J, Chalachala JL, Behets F. J Acquir Immune Defic Syndr. 13 avr 2015. [Publication en ligne avant impression]

Contexte: Les programmes de prévention de la transmission mère-enfant (PTME) du VIH sont mis à mal par la perte de vue (PDV) des enfants exposés au VIH. **Nous avons évalué si la distribution de traitements antirétroviraux combinés (TARVc) aux mères infectées par le VIH avait pour effet une diminution de la PDV de leurs enfants exposés au VIH à Kinshasa, RDC.**

Méthodes: Nous avons constitué une **cohorte de couples mère-enfant à partir des données cliniques recueillies régulièrement**. L'éligibilité maternelle au TARVc a été déterminée en fonction des recommandations nationales alors en vigueur. Les enfants étaient considérés perdus de vue (PDV) après trois tentatives de contact manquées suivant une non présentation à une consultation ou après un délai de plus de six mois écoulé entre deux consultations en centre de soins. Les méthodes statistiques ont pris en compte les risques concurrents (ex. le décès).

Résultats: 1318 nouveau-nés ont été inclus à un âge médian de 2,6 semaines (intervalle interquartile [IQR]: 2,1-6,9), moment auquel 24% des mères étaient sous TARVc. Globalement, **5% des enfants n'ont jamais repris le programme de soins après l'inclusion et 18% étaient PDV à 18 mois**. L'incidence de PDV cumulée sur 18 mois était de 8% chez les enfants dont la mère a débuté un TARVc à l'inclusion de l'enfant, et de 20% chez les enfants dont la mère n'était pas encore sous TARVc. **Avec ajustement selon les facteurs de référence, les enfants dont la mère n'était pas sous TARVc avaient plus de deux fois plus de chances d'être PDV**, avec une sous-distribution hazard ratio de 2,75 (limite de confiance à 95%: 1,81- 4,16). Cette corrélation est restée forte, indépendamment de la numération de CD4 maternels lors de l'inclusion de l'enfant.

Conclusion: **L'amélioration de l'accès au TARVc pour les femmes enceintes pourrait améliorer la rétention des enfants exposés au VIH**, renforçant ainsi l'impact clinique et pour la population des interventions de PTME et de l'accès à un TARVc précoce pour les enfants infectés par le VIH.

[Accès au résumé](#)

Note de la rédaction : *En Afrique subsaharienne, on estime à un tiers de tous les enfants exposés au VIH le taux de perte de vue (PDV) à trois mois. Un suivi régulier des enfants exposés au VIH est*

nécessaire pour garantir qu'ils reçoivent un traitement prophylactique, qu'ils aient la possibilité d'obtenir un diagnostic infantile précoce et, pour les enfants séropositifs, qu'ils puissent débiter dès que possible un traitement antirétroviral combiné (TARVc). Cette étude, basée sur des données programmatiques recueillies systématiquement (2007 - 2013) à Kinshasa, a révélé que les enfants dont la mère n'avait pas encore débuté de TARVc étaient plus de deux fois plus exposés au risque de PDV que les enfants dont la mère avait mis en route un TARVc. Un point important à signaler est que cette étude n'a pas permis de déduire dans quelle proportion l'effet du TARVc maternel sur la PDV de l'enfant était attribuable à la réduction de la mortalité infantile. On dispose de peu de données sur les facteurs qui contribuent à la PDV chez les enfants exposés au VIH. Les éléments probants disponibles suggèrent que des obstacles structurels, comme le transport, les délais d'attente et le coût peuvent avoir une incidence sur le maintien dans le circuit de soins.

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

Instauration du traitement antirétroviral en bas âge et résultats négatifs des tests de dépistage des anticorps anti-VIH chez les enfants infectés par le VIH après suppression virale.

Kuhn L, Schramm DB, Shiao S, Strehlau R, Pinillos F, Technau K, Coovadia A, Abrams EJ, Puren A, Tiemessen CT. AIDS. 13 avr 2015. [Publication en ligne avant impression]

Contexte: **Des résultats négatifs aux tests de dépistage standard des anticorps anti-VIH ont été rapportés chez des enfants infectés par le VIH non virémiques sous traitement antirétroviral (TARV) débuté en bas âge.** Ici, nous décrivons la fréquence et les prédicteurs de ce phénomène dans une cohorte bien caractérisée d'enfants traités.

Méthodes: Nous avons sélectionné des échantillons de **103 enfants infectés par le VIH ayant débuté un TARV à 14 mois ou moins et de 122 enfants ayant débuté leur traitement à 6 mois ou moins**, des patients suivis dans le cadre de deux essais cliniques séquentiels à Johannesburg, Afrique du Sud. **Les enfants avaient atteint une suppression virale sous TARV et avaient reçu un TARV pendant une durée comprise entre 3 et 6,4 ans (moyenne de 4,3 ans) lors d'un test de dépistage des anticorps anti-VIH** à l'aide d'un test ELISA standard (Genescreen HIV1/2 version 2; Bio-rad).

Résultats: **Seuls les enfants âgés de 6 mois ou moins lors de l'instauration du TARV n'ont pas révélé la présence d'anticorps** lors des analyses effectuées après la suppression virale sous TARV plusieurs années plus tard. **Des résultats négatifs ou faiblement positifs aux tests de dépistage des anticorps ont été observés chez 40,0 ; 37,0 et 27,8% des enfants ayant débuté un TARV respectivement avant l'âge de 2 mois ou au cours du 2ème ou du 3ème mois. Le taux passait à 5,9 ; 3,5 et 5,3% si l'instauration du TARV avait lieu respectivement au cours des 4ème, 5ème et 6ème mois.** Un taux de CD4 plus élevé avant l'instauration du TARV et l'absence de virémie intermittente enregistrée étaient d'autres facteurs prédictifs de l'absence d'anticorps dans les résultats.

Conclusion: Il est assez fréquent que les enfants infectés par le VIH ayant débuté un TARV avant l'âge de 3 mois et présentant une suppression virale obtiennent des résultats négatifs aux tests de dépistage standard des anticorps anti-VIH. **Il serait prudent en pratique clinique d'éviter les tests de dépistage des anticorps anti-VIH chez les enfants traités à un stade précoce et présentant une suppression virale, afin d'éviter toute confusion inutile.**

[Accès au résumé](#)

Note de la rédaction : Après l'âge de 18 mois, les tests de dépistage des anticorps anti-VIH sont systématiquement utilisés pour le diagnostic chez l'enfant, comme chez l'adulte, en partant du principe que le taux d'anticorps ne redevient pas négatif après un premier résultat positif.

L'étude a montré que 34% des enfants séropositifs ayant débuté un traitement antirétroviral (TARV) avant l'âge de trois mois et présentant une suppression virale lors de l'analyse des anticorps, ont été testés négatifs pour les anticorps anti-VIH et/ou ont obtenu des résultats faiblement positifs lors de tests de dépistage effectués plusieurs années plus tard.

Les résultats négatifs aux tests de dépistage des anticorps anti-VIH étaient étroitement liés à l'âge de mise en route du TARV. La proportion d'enfants ayant obtenu un résultat négatif au test de dépistage des anticorps a chuté à environ 5% chez ceux ayant débuté un TARV entre l'âge de trois et six mois. Aucun résultat négatif aux tests de dépistage des anticorps anti-VIH n'a été observé chez les enfants ayant débuté un TARV après l'âge de six mois. Plusieurs études ont démontré que le fait de démarrer un TARV en bas âge est associé à une diminution de la taille du réservoir viral, et peut être associé à un meilleur pronostic à long terme. En supposant qu'une réponse en anticorps négative indique un réservoir viral plus petit, ces résultats suggèrent que le bénéfice d'un TARV instauré immédiatement après le diagnostic peut être amoindri chez les enfants qui démarrent un TARV après l'âge de trois mois.

Notamment, un taux de CD4 prétraitement plus élevé a été associé, de manière indépendante, à une plus grande probabilité de résultats négatifs aux tests de dépistage des anticorps anti-VIH. Étant donné que le TARV est désormais recommandé chez les nourrissons, indépendamment du statut clinique et immunologique, il est probable que les taux de négativité des anticorps soient plus élevés que ceux rapportés dans cette étude, car la cohorte de l'étude a démarré un TARV avant la mise en œuvre des directives thérapeutiques universelles.

En milieu clinique, un test négatif des anticorps anti-VIH chez un enfant sous traitement antirétroviral amènera les médecins et les parents à se demander si l'enfant n'a pas été initialement diagnostiqué à tort comme infecté par le VIH. En effet, des anecdotes ont été rapportées par des travailleurs de la santé ayant interrompu un TARV chez des enfants testés négatifs aux anticorps anti-VIH du fait d'hypothèses erronées. Il convient d'être très vigilant en s'assurant que le diagnostic initial préalable à l'instauration d'un TARV chez un enfant de moins de 18 mois repose sur des tests virologiques adéquats. Le recours à des tests de dépistage des anticorps anti-VIH chez des enfants ayant démarré un TARV avant l'âge de six mois est à éviter, compte tenu des risques élevés de faux négatifs et du risque élevé de mauvaise interprétation des résultats.

Connaître son public: les prédictors de succès d'une appli de messagerie centrée sur les patients destinée à renforcer le rapprochement avec les soins du VIH dans les zones rurales d'Ouganda.

Siedner MJ, Santorino D. *J Med Internet Res.* 24 mars 2015;17(3):e78. doi: 10.2196/jmir.3859.

Contexte: Malgré les investissements réalisés dans les infrastructures et les signes probants d'une grande acceptabilité, **rare sont les interventions de m-santé à avoir été mises en œuvre en Afrique subsaharienne.**

Objectif: Nous avons cherché à **(1) identifier les prédictors d'utilisation d'une application de m-santé à destination d'une population peu alphabétisée de personnes vivant avec le VIH (PVVIH) dans les régions rurales de l'Ouganda et (2) évaluer l'efficacité de divers formats de messages SMS afin de concilier au mieux confidentialité et accessibilité.**

Méthodes: L'essai a évalué l'efficacité d'une appli de messagerie SMS destinée à informer les PVVIH de leurs résultats d'analyse et à demander à ceux ayant obtenu des résultats anormaux de revenir se présenter au centre de soins. Les participants dont les analyses de laboratoire étaient normales recevaient un seul SMS leur indiquant que leurs résultats étaient normaux. **Les participants dont les résultats étaient anormaux ont été répartis aléatoirement entre 1 à 3 formats de message conçus de façon à évaluer les compromis entre clarté et respect de la vie privée:** (1) un SMS indiquant que les résultats étaient anormaux et demandant au patient de revenir se présenter au centre de soins («direct»), (2) le même message protégé par un code PIN à 4 chiffres («PIN»), et (3) le message «ABCDEFGH» expliqué lors de l'inclusion pour indiquer des résultats anormaux («codé»). **Les résultats intéressants obtenus étaient (1) l'accusé de réception du SMS, (2) l'identification précise du message et (3) le retour au centre de soins sous 7 jours (en cas de résultats anormaux) ou à la date du rendez-vous programmé (en cas de résultats normaux).** Nous ajustons les modèles de régression pour chaque résultat aux variables explicatives suivantes: caractéristiques sociodémographiques, numération de CD4, aptitude à lire une phrase complète, aptitude à accéder à un message de texte lors du recrutement et format du SMS.

Résultats: Sur les 70% (234/385) de participants ayant bien reçu un message, 87,6% (219/250) ont correctement identifié le format du message et 60,8% (234/385) sont retournés au centre de soins à la date demandée. **Parmi les participants ayant reçu des résultats anormaux à leurs analyses (138/385, 35,8%), les plus forts prédicteurs de réception de message signalée étaient l'aptitude à lire une phrase complète et l'aptitude démontrée à accéder à un message de texte lors du recrutement.** Les participants dont les résultats étaient anormaux et qui pouvaient lire une phrase complète avaient également plus de chances d'identifier précisément le format du message (ORa 4,54, IC à 95% 1,42-14,47, P=0,01) et de retourner au centre de soins dans les conditions appropriées (ORa 3,81, IC à 95% 1,61-9,03, P=0,002). **Ceux à qui un message protégé par code PIN a été envoyé étaient moins à même d'identifier le message (ORa 0,11, IC à 95% 0,03-0,44, P=0,002) ou de se présenter dans les 7 jours (ORa 0,26, IC à 95% 0,10-0,66, P=0,005).** Le sexe, l'âge et les caractéristiques socio-économiques n'étaient pas des facteurs prédictifs des résultats et aucune différence de résultats n'a été constatée entre les participants recevant des messages directs et ceux recevant des messages codés.

Conclusions: L'alphabétisation confirmée au moment du recrutement était un fort prédicteur de réception des SMS, d'identification et de réponse appropriée pour les PVVIH dans les régions rurales de l'Ouganda. Les messages protégés par code PIN ont diminué les probabilités d'un retour au centre de soins mais les messages codés étaient aussi efficaces que les messages directs et pourraient être préférables en termes de respect de la vie privée.

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

***Note de la rédaction :** Les auteurs de cette étude s'appuient sur le nombre toujours plus élevé de possesseurs de téléphones mobiles en Afrique subsaharienne, à titre individuel ou collectif, pour étudier si des rappels par SMS peuvent être un outil utile pour aider les patients à poursuivre leur traitement. Cet essai avec sondage aléatoire réalisé dans les régions rurales de l'Ouganda vient enrichir la littérature considérable, qui provient essentiellement des milieux à revenus élevés, sur l'acceptabilité des programmes de SMS chez les personnes vivant avec le VIH. C'est le premier à évaluer directement l'impact de l'alphabétisation et de l'expérience des technologies sur les résultats cliniques. L'étude a montré que l'alphabétisation confirmée, l'absence de protection par code PIN et l'aptitude démontrée à accéder à un SMS type étaient de bons prédicteurs de réponse appropriée à un rappel par SMS. En revanche, les facteurs tels que le niveau scolaire, les revenus, l'âge et le sexe étaient sans incidence sur les résultats constatés. Les résultats ont des conséquences importantes*

pour les futurs programmes de m-santé axés sur des utilisateurs finals peu alphabétisés, illustrant le besoin d'évaluer le rapport à l'alphabétisation et à la technologie avant la mise en œuvre.

5. Éviter les décès liés à la tuberculose

Mise en œuvre et recherche opérationnelle: Dépistage intégré avant instauration d'un traitement antirétroviral et traitement de la tuberculose et de l'antigénémie cryptococcique.

Pac L, Horwitz MM, Namutebi AM, Auerbach BJ, Semeere A, Namulema T, Schwarz M, Bbosa R, Muruta A, Meya DB, Manabe YC. J Acquir Immune Defic Syndr. 15 avr 2015;68(5):e69-76. doi: 10.1097/QAI.0000000000000527.

Objectif: Démontrer la faisabilité du dépistage intégré de l'antigénémie cryptococcique et de la tuberculose (TB) avant l'instauration d'un traitement antirétroviral (TARV) et évaluer la mortalité due à ces maladies et la mortalité toutes causes durant les 6 premiers mois du suivi.

Méthodes: Nous avons recruté, dans des zones rurales de l'Ouganda, une cohorte d'adultes infectés par le VIH, n'ayant jamais reçu de TARV et présentant une numération de CD4 ≤ 250 cellules par microlitre, qui ont été suivis pendant 6 mois après l'instauration du TARV. Tous les sujets ont passé un test de dépistage de la TB et ceux ayant un taux de CD4 ≤ 100 cellules par microlitre ont également subi un dépistage de l'antigène cryptococcique (CrAg). Pour les personnes testées positives, un traitement standard de la TB ou un traitement préemptif de l'infection cryptococcique a été instauré, suivi d'un TARV 2 semaines plus tard.

Résultats: Sur 540 participants inclus, **le dépistage pré-TARV en a détecté 10,6%** (57/540) **souffrant d'une TB prévalente et 6,8%** (12/177 avec une numération de CD4 ≤ 100 cellules/ μ L) **avec un taux sérique de CrAg positif.** Après la mise en route du TARV, 13 (2,4%) patients ont reçu un diagnostic de TB et 1 patient a développé une méningite cryptococcique. Dans l'ensemble, **7,2% des participants sont décédés** (taux d'incidence de 15,6 pour 100 personnes-années à risque). **Les taux de mortalité étaient significativement plus élevés parmi les sujets atteints de TB et d'antigénémie cryptococcique** par rapport aux sujets n'ayant pas reçu ces diagnostics. Dans une analyse multivariée, les facteurs de risque de mortalité significatifs étaient le sexe masculin, une anémie initiale avec une hémoglobine ≤ 10 mg/dL, le dépérissement, défini comme un indice de masse corporelle $\leq 15,5$ kg/m, et les infections opportunistes (TB, taux sérique de CrAg positif).

Conclusions: Le dépistage pré-TARV des infections opportunistes détecte de nombreux cas prévalents de TB et d'infection cryptococcique. Cependant, les patients infectés par le VIH gravement immunodéprimés et symptomatiques continuent de connaître une mortalité élevée après l'instauration du TARV.

[Accès au résumé](#)

Note de la rédaction : *La mortalité précoce reste élevée parmi les patients qui démarrent un traitement antirétroviral (TARV) dans des milieux où les ressources sont limitées. Le risque de décès est fortement associé à une faible numération de CD4 initiale. Les causes principales de décès dans cette population incluent la tuberculose (TB) et les infections cryptococciques.*

Des personnes n'ayant jamais reçu de TARV et présentant une numération de CD4 de 250 cellules/ μ l ou moins ont été incluses dans cette étude dans un hôpital local d'Ouganda. Toutes se sont vu proposer un dépistage de la TB et les patients ayant une numération de CD4 inférieure à 100 cellules/ μ l ont également subi un dépistage de l'antigène cryptococcique avec gestion du suivi pour

les personnes testées positives. Le protocole de dépistage de la TB a inclus un dépistage des symptômes accompagné d'une microscopie et d'une culture des frottis d'expectoration prélevés initialement, un second frottis d'expectoration étant prélevé si le premier était négatif. Les analyses ultérieures semblent avoir été effectuées selon le tableau clinique plutôt que standardisées. Dans l'ensemble, 13,3% des participants ont reçu un diagnostic de TB. Environ 6,8% des personnes avec une numération de CD4 inférieure à 100 cellules/ μ l ont obtenu un résultat positif au dépistage de l'antigène cryptococcique sérique. Un participant a reçu un diagnostic de méningite cryptococcique et le traitement correspondant et les 11 autres ont été traités par une dose élevée de fluconazole.

Malgré la prévalence élevée de la TB et de la maladie cryptococcique détectées et traitées, la mortalité globale était de 7,2% (39/540) à six mois. Il s'agit d'une estimation minimale car elle suppose que les 33 personnes supplémentaires qui étaient perdues de vue, déplacées ou sorties de l'étude étaient toutes vivantes à six mois. Le taux de mortalité était plus élevé chez les personnes ayant reçu un diagnostic de TB et était très élevé chez les personnes testées positives à l'antigène cryptococcique, malgré le traitement au fluconazole. Comme l'article ne décrit pas les parcours de soins en détail, on ne sait pas précisément s'il y a eu des retards de mise en route du traitement qui pourraient être réduits, par exemple si des tests diagnostiques avec résultats immédiats sur le lieu des soins avaient été proposés lors du recrutement. En outre, il n'existe pas de groupe de comparaison, ce qui fait que l'effet de cette offre de soins sur la mortalité n'est pas clair. Cependant, les résultats suggèrent que le taux de mortalité précoce peut rester élevé chez les personnes se présentant avec une maladie à VIH avancée en l'absence d'une prise en charge encore plus intensive.

Plusieurs essais sont en cours pour évaluer les programmes visant à réduire la mortalité précoce parmi les personnes débutant un TARV, y compris des essais de traitement empirique de la TB (c'est-à-dire sans confirmation bactériologique). Dans le précédent numéro de HIV This Month, nous avons évoqué un essai portant sur un programme de dépistage et de traitement des maladies cryptococciques ainsi qu'un encadrement dans la communauté, qui a réduit la mortalité à 12 mois de 18% à 13%. Les résultats de ces essais aideront à définir l'offre de soins optimale destinée aux personnes à faible numération de CD4. Enfin, des tests du VIH anticipés et la création de liens avec les soins seraient le moyen idéal de réduire la mortalité élevée chez les personnes débutant un TARV avec une très faible numération de CD4.

Dépistage de l'antigène cryptococcique et traitement antifongique précoce pour prévenir la méningite cryptococcique: revue de la littérature.

Kaplan JE, Vallabhaneni S, Smith RM, Chideya-Chihota S, Chehab J, Park B. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 15 avr 2015;68 Suppl 3:S331-9. doi: 10.1097/QAI.0000000000000484.

Contexte: Le dépistage de l'antigène cryptococcique sérique (CrAg) chez les individus souffrant du SIDA suivi par le traitement antifongique des personnes testées positives au CrAg est un moyen de prévention de la méningite cryptococcique. Cette revue a porté sur les données relatives au dépistage du CrAg et au traitement dans les milieux aux ressources limitées.

Méthodes: **Nous avons analysé les articles parus entre 2007 et 2014 sur l'efficacité et le rapport coût-efficacité du dépistage du CrAg et du traitement associé sur les critères de mortalité, de morbidité, de maintien dans le circuit de soins, de qualité de vie et/ou de prévention de la transmission du VIH.** Nous avons évalué la qualité globale de chaque article, résumé les éléments probants, l'impact attendu et le rapport coût-efficacité pour chaque critère.

Résultats: Nous avons identifié 2613 articles. **Huit d'entre eux répondaient à tous les critères d'inclusion. Cinq études portaient sur les critères de mortalité et/ou de morbidité; toutes étaient observationnelles et basées sur de petits échantillons;** 3 manquaient de groupe de comparaison. Les scores de qualité de l'étude allaient de «moyen» à «faible», et la **qualité de l'ensemble des éléments probants pour les critères de mortalité et de morbidité était qualifiée de «correcte»**. L'impact attendu de l'intervention sur la mortalité et la morbidité a été qualifié de «modéré». **Les 4 études sur le rapport coût-efficacité incluses dans l'analyse ont montré que les interventions de dépistage du CrAg et de traitement associé ont un rapport coût-efficacité élevé.** Aucune étude n'a porté sur le maintien dans le circuit de soins, la qualité de vie ou la transmission du VIH.

Conclusions: Bien que limités, **les éléments probants relatifs au dépistage du CrAg et au traitement associé suggèrent que l'intervention peut avoir un impact sur la prévention de la méningite cryptococcique et du décès chez les personnes atteintes du SIDA.** Il convient de poursuivre les recherches pour quantifier l'efficacité de l'intervention et identifier les bonnes pratiques en termes de posologie et de mise en œuvre du traitement.

[Accès au résumé](#)

Note de la rédaction : Cette revue systématique est la première d'une série visant à évaluer l'impact des services mis en place dans le cadre du PEPFAR (plan d'urgence du Président des États-Unis pour la lutte contre le sida). La revue a pour ambition d'évaluer les éléments probants relatifs à l'impact de la détection ciblée de l'antigène cryptococcique (CrAg) et du traitement antifongique chez les personnes à un stade avancé de la maladie à VIH. En 2011, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a formulé une recommandation conditionnelle, basée sur des éléments de faible qualité, selon laquelle les adultes présentant une numération de CD4 <100 cellules par μ L, dans les populations où la prévalence du CrAg est supérieure à 3%, doivent passer un test de dépistage du CrAg et recevoir un traitement antifongique en cas de test positif au CrAg.

La qualité des éléments probants a été évaluée à l'aide d'un système adapté du groupe de travail US Preventive Services Task Force. Cinq études observationnelles ayant évalué l'impact du dépistage du CrAg et du traitement antifongique sur la mortalité ont été incluses. La plupart d'entre elles ne comportaient aucun élément de comparaison. Une étude utilisait un groupe témoin historique issu de la même structure et une autre étude comparait la mortalité chez les personnes ayant reçu du fluconazole après un test positif au CrAg et chez les personnes non traitées au fluconazole. Dans toutes les études, le nombre de décès était très faible. Dans les cinq études, la mortalité chez les personnes testées positives au CrAg et recevant du fluconazole s'échelonnait entre 0 et 29%. Ces études permettraient difficilement d'évaluer l'impact réel de la stratégie sur la mortalité.

Quatre études sur le coût-efficacité issues de différents milieux ont également été analysées. Les quatre études suggéraient toutes qu'une stratégie avec dépistage du CrAg et traitement antifongique aurait un bon rapport coût-efficacité. Cependant, le modèle de coût-efficacité était fondé sur les données des études observationnelles citées ci-dessus et nécessitait d'autres hypothèses basées sur des preuves de faible qualité, d'où l'incertitude importante relative aux estimations de coût-efficacité.

Bien que quelques pays aient déjà mis en œuvre des stratégies de dépistage du CrAg et de traitement antifongique, il faut des preuves de meilleure qualité pour influencer plus largement sur la prise en charge dans les pays lourdement touchés par l'infection cryptococcique. Certains éléments probants sont déjà apparus, grâce à un essai contrôlé avec tirage aléatoire mené en Tanzanie et en Zambie qui a démontré la baisse de mortalité associée à une stratégie de dépistage du CrAg combinée à un dispositif d'encadrement dans la communauté en phase précoce du traitement

antirétroviral (cf. HIV This Month Numéro 4). Il existe également trois autres essais contrôlés avec tirage aléatoire étudiant l'impact du dépistage du CrAg, en cours ou programmé, en Ouganda, au Zimbabwe et au Viet Nam (NCT01535469, NCT02434172 et NCT02334670). L'ambition de ces études est que les éléments probants qui en découlent améliorent notre compréhension de l'impact d'une stratégie de dépistage du CrAg et nous donnent également d'autres pistes pour sa mise en œuvre optimale dans différents milieux de soins.

Prévalence de la co-infection par le VIH et le virus de l'hépatite B en Afrique subsaharienne et impact potentiel et faisabilité programmatique du dépistage de l'antigène de surface de l'hépatite B dans les milieux aux ressources limitées.

Stabinski L, O'Connor S, Barnhart M, Kahn RJ, Hamm TE. J Acquir Immune Defic Syndr. 15 avr 2015;68 Suppl 3:S274-85. doi: 10.1097/QAI.0000000000000496.

Contexte: Il est recommandé aux personnes atteintes du VIH de faire dépister une éventuelle co-infection par le virus de l'hépatite B (HBV) dans les pays à revenu élevé afin d'optimiser le traitement antirétroviral (TARV) contre le VIH et d'atténuer les effets des hépatites causées par le HBV. **Cette revue examine le besoin, la faisabilité et l'impact du dépistage du HBV dans les pays à ressources limitées.**

Méthodes: Nous avons étudié 6 bases de données pour identifier les publications validées par des experts entre 2007 et 2013 portant sur (1) la fréquence de co-infection par le VIH/HBV en Afrique subsaharienne (ASS) ; (2) la réalisation de tests rapides sur bandelette (TRB) pour la détection de l'antigène de surface de l'hépatite B (HBsAg) dans les pays à ressources limitées ; (3) l'impact de la co-infection par le HBV sur la morbidité, la mortalité ou la progression des maladies du foie et/ou (4) l'impact des antirétroviraux suppressifs du HBV dans le cadre d'un TARV sur au moins l'un des 5 critères (mortalité, morbidité, transmission du VIH, maintien dans le circuit de soins du VIH ou qualité de vie). Nous avons évalué la qualité de chaque article et résumé les éléments probants et l'impact attendu de chaque intervention par critère pris en compte.

Résultats: Sur 3940 études identifiées, 85 ont été incluses dans la revue: 55 traitaient de la fréquence de co-infection par le VIH/HBV, 6 décrivaient la réalisation de TRB pour le HBsAg et 24 traitaient de l'impact de la co-infection par le VIH/HBV et du TARV. **La fréquence d'infection par le VIH/HBV en Afrique subsaharienne s'échelonnait de 0% à >28,4%.** La réalisation de TRB dans les pays à ressources limitées a montré une sensibilité et une spécificité de bon niveau mais variable. La qualité des études est allée de forte à faible. La qualité globale des preuves de l'impact de la co-infection par le VIH/HBV et du TARV sur la morbidité et la mortalité était respectivement correcte et bonne à correcte.

Conclusions: L'ensemble des éléments probants étudiés suggère que **le dépistage du HBsAg chez les personnes vivant avec le VIH pourrait avoir un impact substantiel sur la prévention de la morbidité et de la mortalité chez les personnes co-infectées par le VIH/HBV dans les pays à ressources limitées.**

[Accès au résumé](#)

Note de la rédaction : *Les modes de transmission du virus de l'hépatite B (HBV) et du VIH sont les mêmes et les co-infections sont fréquentes dans les milieux à forte prévalence du VIH. Il a également été démontré que le VIH accélérât la progression du HBV. Les conséquences sont importantes pour les programmes de TARV, compte tenu également de l'hépatotoxicité potentielle du TARV. La réponse des deux infections à certains antiviraux donne la possibilité de traiter les deux infections*

simultanément mais expose aussi au risque de produire des souches de virus résistantes si le traitement est optimisé pour l'une et non pour l'autre.

Cet article étudie les preuves en faveur de l'inclusion du dépistage du HBV dans le cadre des programmes de soins du VIH. Aucun essai clinique n'a été effectué dans ce domaine, de sorte que la revue s'appuie sur des études observationnelles. Les données sont incomplètes et géographiquement dispersées, provenant essentiellement du Nigeria et d'Afrique du Sud. Cependant, cela n'empêche pas les auteurs de conclure que le risque de co-infection est suffisamment élevé et les conséquences d'une absence de traitement suffisamment sévères pour envisager l'affectation de ressources limitées pour identifier et prendre en charge la co-infection par le HBV dans les programmes de soins du VIH. Des outils de dépistage validés appropriés (tests rapides de détection de l'antigène de surface de l'hépatite B) sont disponibles. Le bénéfice potentiel garantit que cette question sera examinée en Afrique subsaharienne et qu'une surveillance du HBV simultanément au VIH sera prévue pour pallier le manque de données dans la plupart des pays. Ceci doit être rapidement suivi d'un examen ultérieur du bénéfice en termes de coût et de risque de l'introduction d'un programme de dépistage et de traitement du HBV.

Pour approfondir le sujet, vous pouvez vous reporter à une revue de Matthews et al. (J Clin Virol 2014;6:20-33) qui aborde des questions similaires et traite également de la co-infection par l'hépatite C.

6. Parer à l'insuffisance des ressources

Rapport coût-efficacité des stratégies communautaires pour renforcer la continuité des soins du VIH dans les zones rurales d'Afrique du Sud: analyse de modélisation de données sur l'économie de la santé.

Smith JA, Sharma M, Levin C, Baeten JM, van Rooyen H, Celum C, Hallett TB, Barnabas RV. Lancet HIV. 1er avr 2015;2(4):e159-e168.

Contexte: Le conseil et le test du VIH (CTV) à domicile a démontré son fort potentiel en termes de niveau de couverture des tests et de lien avec les soins comparativement aux CTV proposés en centre de soins existants, notamment pour les personnes asymptomatiques. **Cette étude évalue l'impact sanitaire et le rapport coût-efficacité à l'échelle de la population d'une formule de CTV à domicile dans les communautés, dans le KwaZulu-Natal, Afrique du Sud.**

Méthodes: Nous avons paramétré un **modèle individuel** avec des données provenant d'études de terrain sur le CTV et sur le lien avec les systèmes de soins, qui ont donné un niveau élevé de couverture (91%) et de lien avec le TARV (80%) dans la zone rurale du KwaZulu-Natal, en Afrique du Sud. **Les coûts ont été obtenus à partir d'une étude de micro-costing liée.** Le modèle a simulé 10 000 individus sur 10 ans et le rapport coût-efficacité incrémental (**ICER**) a été calculé pour **l'intervention par rapport au statu quo actuel des tests en centre de soins**, avec un taux d'actualisation annuelle des coûts de 3%.

Résultats: **La mise en œuvre du CTV à domicile** en plus de la pratique actuelle devrait, d'après le modèle, **faire baisser de 10 à 22% la morbidité associée au VIH et de 9 à 47% les infections par le VIH, avec un seuil de CD4 en hausse pour l'instauration du TARV.** Les coûts additionnels de programme étaient plus élevés de 2,7 à 4,4 millions de \$US dans les scénarios d'intervention que les valeurs de référence, le surcoût étant lié à une hausse des critères d'instauration du TARV; le TARV représentait 48 à 87% des coûts totaux. **Parmi tous les seuils d'instauration d'un TARV, l'ICER**

était de US\$1340, \$1090, \$1150 et \$1360 par DALY (année de vie corrigée du facteur invalidité) évitée respectivement à ≤ 200 , ≤ 350 , ≤ 500 cellules/mm³ et selon un accès universel au TARV.

Interprétation: **L'augmentation du dépistage du VIH et du lien avec les soins après CTV à l'échelle communautaire a des répercussions sur l'état de santé à l'échelle de la population. L'ICER est inférieur à <20% du PIB par habitant en Afrique du Sud et donc considéré comme d'un très bon rapport coût-efficacité.** Le CTV à domicile doit être considéré comme un moyen viable pour les programmes d'atteindre de nouveaux objectifs ambitieux en termes de traitement du VIH.

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

***Note de la rédaction :** Le test du VIH et le lien avec le système de soins sont essentiels pour prévenir la morbidité et la mortalité futures. Des efforts ont été entrepris récemment pour améliorer l'accès au test du VIH et au conseil en structure de soins, par exemple par le biais d'une approche intégrée de conseil et de test proposée par le soignant. Cependant, ils n'ont pas atteint le niveau de couverture nécessaire par rapport à l'objectif 90-90-90 de l'ONUSIDA, qui est que 90% de toutes les personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut, que 90% de toutes les personnes ayant reçu un diagnostic de VIH suivent un traitement antirétroviral durable et que 90% de toutes les personnes sous TARV atteignent une suppression virale pour 2020. On peut lire de plus en plus fréquemment dans la littérature que le conseil et les tests du VIH (CTV) à l'échelle communautaire sont associés à un niveau élevé de couverture du dépistage et de lien avec les soins. Cependant, il a été précisé précédemment que le rapport coût-efficacité de ces stratégies doit être pris en compte avant la mise en œuvre d'un tel programme.*

Cette analyse de modélisation évalue le rapport coût-efficacité d'une formule de test du VIH et conseil à l'échelle communautaire et de lien avec les services de soins. La formule inclut un CTV à domicile, associé à une démarche de mobilisation et de sensibilisation de la communauté, à des tests de CD4 sur le lieu des soins, au dépistage d'indicateurs cliniques pour l'instauration du TARV et à des visites de suivi assurées par un travailleur de santé communautaire afin d'aider à l'adoption et à l'adhérence au TARV. Le modèle utilise des données de coûts primaires de grande qualité, associées à un modèle de transmission du VIH détaillé. L'étude trouve que cette formule offre un très bon rapport coût-efficacité, le scénario le plus onéreux ne s'élevant qu'à 1360\$ par DALY évitée (14 à 19% du PIB) et le scénario le moins onéreux à 310\$ par DALY évitée.

Cette étude vient s'ajouter aux travaux de recherche toujours plus nombreux favorables au CTV communautaire comme moyen viable d'élargir l'accès au diagnostic et aux soins du VIH. Ces résultats devraient encourager les décideurs politiques à commencer à envisager le CTV communautaire comme une solution d'un bon rapport coût-efficacité pour répondre aux nouveaux objectifs ambitieux en matière de test et de traitement du VIH.

L'impact des interventions des services sociaux dans les pays en développement: une revue des preuves de l'impact sur les résultats cliniques chez les personnes vivant avec le VIH.

Bateganya MH, Dong M, Oguntomilade J, Suraratdecha C. J Acquir Immune Defic Syndr. 15 avr 2015;68 Suppl 3:S357-67. doi: 10.1097/QAI.0000000000000498.

Contexte: **Les interventions des services sociaux ont été mises en œuvre dans plusieurs pays pour aider les personnes vivant avec le VIH/SIDA (PVVS) et les membres de leur famille à faire face au fardeau économique engendré par la baisse des revenus ou la hausse des dépenses**

de santé. Cependant, les éléments probants des interventions spécifiques - renforcement économique et services juridiques - sur les principaux critères de santé n'ont pas été évalués.

Méthodes: Nous avons consulté les bases de données électroniques de janvier 1995 à mai 2014 et étudié la documentation issue des milieux aux ressources limitées relative à l'impact des interventions des services sociaux sur la mortalité, la morbidité, le maintien dans le circuit de soins du VIH, la qualité de vie et la transmission du VIH et leur rapport coût-efficacité.

Résultats: Sur 1685 références, **8 articles traitaient de l'impact sur la santé des interventions de renforcement économique parmi les PVVS dans les pays à ressources limitées.** Aucun n'abordait la question des services juridiques. Six des 8 études ont été réalisées en Afrique subsaharienne: une seule a abordé les 5 critères et 2 ont abordé respectivement 4 et 2 critères. Les 5 autres ont abordé 1 critère chacune. Sept études ont traité de la qualité de vie. Bien que toutes les études aient établi un lien entre les interventions de renforcement économique et le niveau de qualité des soins du VIH, la **qualité des éléments probants a été qualifiée de correcte ou médiocre car les études obéissaient à une faible rigueur scientifique (observationnelle ou qualitative),** étaient caractérisées par un faible échantillon ou d'autres limitations. **L'impact escompté des interventions de renforcement économique a été jugé élevé en termes de qualité de vie mais incertain pour tous les autres critères.**

Conclusions: La mise en œuvre d'interventions de renforcement économique devrait avoir un impact fort sur la qualité de vie des PVVS mais un impact incertain sur la mortalité, la morbidité, le maintien dans le circuit de soins et la transmission du VIH. Des travaux de recherche plus rigoureux sont nécessaires pour explorer l'impact d'éléments d'intervention plus ciblés sur les résultats de santé.

[Accès au résumé](#)

***Note de la rédaction :** Pour atténuer l'impact du VIH sur les personnes vivant avec le VIH et leur famille, des programmes de renforcement économique et des services juridiques ont souvent été mis en œuvre. Cependant, ils sont peu nombreux à avoir fait l'objet d'une évaluation rigoureuse en termes d'impact sur les résultats en matière de VIH. Cette revue de la littérature révèle des éléments de preuve limités et faibles sur l'impact de ces programmes de services sociaux pour les personnes vivant avec le VIH en termes de mortalité, de morbidité, de maintien dans le circuit de soins, de qualité de vie et de transmission continue du VIH. Elle n'identifie que huit études, portant toutes sur des activités de renforcement économique, et de type qualitatif ou observationnel pour la plupart d'entre elles. Les auteurs concluent que les éléments probants suggèrent l'existence d'un fort impact de ces programmes sur la qualité de vie pour les personnes vivant avec le VIH, constamment signalé dans les études identifiées. Du fait de l'accès à d'autres services pouvant prêter à confusion, tels que le TARV et le soutien dans la communauté élargie, ces résultats doivent être interprétés avec prudence.*

L'étude souligne clairement le besoin d'évaluations d'impact et économiques plus rigoureuses dans ce domaine. En effet, la revue n'a identifié aucune étude portant sur les coûts ou le rapport coût-efficacité. Les auteurs préconisent également de poursuivre les recherches sur la faisabilité et la durabilité de ces programmes, et de cibler davantage les programmes mis en œuvre sur les groupes de population qui en ont le plus besoin.

7. Éliminer les inégalités entre les sexes

L'opportunité d'aborder les questions de genre et de rapports de force dans l'éducation à la sexualité et sur le VIH: une revue complète des études d'évaluation.

Haberland NA. *Int Perspect Sex Reprod Health*. mars 2015;41(1):31-42. doi: 10.1363, 4103115).

Contexte: **L'intégration à la scolarité d'un enseignement sur la sexualité et le VIH est l'un des piliers des interventions de prévention des IST, du VIH et des grossesses involontaires chez les jeunes.** Les éléments probants associent les normes sexuelles traditionnelles, les rapports de force inégaux dans les relations sexuelles et les violences conjugales à des résultats de santé négatifs en termes de sexualité et de reproduction. Pourtant, le travail d'analyse sur l'impact potentiellement positif de l'intégration des questions de genre et de rapports de force dans les programmes d'éducation sexuelle et l'amélioration des résultats n'a pas soulevé un grand intérêt.

Méthodes: **Pour savoir si l'intégration de contenus sur le genre et les rapports de force renforce l'efficacité du programme,** des recherches électroniques et manuelles ont été menées afin **d'identifier des évaluations rigoureuses des programmes d'enseignement sur la sexualité et le VIH dans les pays développés et en développement publiées entre 1990 et 2012.** Les caractéristiques de conception des interventions et des études des interventions intégrées ont été ventilées selon qu'elles abordaient ou non les questions de genre et de rapport de force.

Résultats: Sur les **22 interventions qui répondaient aux critères d'intégration, 10 portaient sur le genre ou les rapports de force et 12 non.** Les programmes traitant des questions de genre ou de rapports de force avaient cinq fois plus de chances d'être efficaces que les autres. **80% d'entre eux étaient associés à un taux d'IST ou de grossesses involontaires nettement inférieur.** En revanche, parmi les programmes ne traitant pas du genre ou des rapports de force, ce pourcentage était réduit à 17%.

Conclusions: **Aborder les questions de genre et de rapports de force devrait être considéré comme une caractéristique clé des programmes efficaces d'éducation à la sexualité et sur le VIH.**

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

Note de la rédaction : *L'intégration de l'éducation à la sexualité et sur le VIH à la scolarité joue un rôle central dans la prévention des infections sexuellement transmissibles (IST), du VIH et des grossesses involontaires chez les jeunes. Cet article fait la synthèse des résultats de 22 études d'évaluation rigoureuses qui ont évalué l'impact de différents programmes scolaires sur le VIH, les IST ou le risque de grossesse. La comparaison entre les programmes abordant les questions de genre et de rapports de force et les autres programmes a révélé un contraste frappant entre les deux, les premiers ayant cinq fois plus de probabilités d'être efficaces que les seconds.*

Plusieurs caractéristiques communes entre les programmes efficaces ont été identifiées. En plus de s'appuyer sur des approches pédagogiques interactives et axées sur l'élève, les programmes efficaces avaient tendance à accorder une attention explicite au genre ou au rapport de forces dans les relations. Les programmes efficaces encourageaient la réflexion critique sur le mode d'expression des normes sexuelles ou des rapports de force inégaux et sur leur impact sur la vie, les relations sexuelles ou la santé. Les programmes encouragent également les participants à se valoriser et à reconnaître leur aptitude à faire évoluer leur vie, leurs relations ou leur communauté.

Les résultats de la revue coïncident avec la théorie et les preuves plus larges qui établissent un lien

entre le genre, les rapports de force et les violences conjugales d'une part et les résultats de santé sexuelle et reproductive, VIH inclus, d'autre part. Les résultats démontrent l'intérêt d'aborder les questions de genre dans les programmes de santé sexuelle, illustrant que ce n'est pas un gadget mais bien une composante essentielle d'un programme réussi.

8. Renforcement de l'intégration de la riposte au VIH

L'impact des interventions sur l'eau, l'assainissement et l'hygiène sur la santé et le bien-être des personnes vivant avec le VIH: revue systématique.

Yates T, Lantagne D, Mintz E, Quick R. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 15 avr 2015;68 Suppl 3:S318-30. doi: 10.1097/QAI.0000000000000487.

Contexte: L'accès à de meilleures conditions d'approvisionnement et d'assainissement de l'eau est insuffisant dans les pays à revenu faible et intermédiaire. **Chez les personnes vivant avec le VIH/SIDA (PVVS), les diarrhées, les hospitalisations et les décès dus à la diarrhée causés par des pathogènes d'origine hydrique sont plus sévères que dans les populations immunocompétentes, même sous traitement antirétroviral (TARV).**

Méthodes: Nous avons examiné la littérature existante traitant de l'impact des interventions sur l'eau, l'assainissement et l'hygiène (EAH) sur les PVVS pour ces critères: (1) mortalité, (2) morbidité, (3) maintien dans le circuit de soins, (4) qualité de vie et (5) prévention de la transmission du VIH. Le rapport coût-efficacité a également été évalué. Les résumés et articles intéressants ont été réunis, analysés et classés par critères thématiques. Les articles qui répondent aux critères d'inclusion ont été résumés dans un tableau à des fins de comparaison.

Résultats: Nous avons analysé 3355 références, évalué 132 résumés et lu 33 articles. La majeure partie des 16 articles inclus portaient sur la morbidité, et dans une moindre mesure sur la mortalité. **L'eau contaminée, le manque d'assainissement et les mauvaises pratiques hygiéniques dans les logements des PVVS augmentent le risque de diarrhées, ce qui peut entraîner une élévation de la charge virale, une baisse de la numération de CD4 et une malabsorption des nutriments et des traitements antirétroviraux.** Nous avons jugé que les programmes d'EAH, et notamment l'approvisionnement en eau, la gestion de l'eau à domicile et les interventions hygiéniques réduisaient la morbidité. Les données sur la mortalité n'étaient pas concluantes. **Il reste des lacunes en matière de recherche sur le maintien dans le circuit de soins, la qualité de vie et la prévention de la transmission du VIH. Comparativement au seuil standard de 3 fois le PIB par habitant, les interventions EAH ont eu un bon rapport coût-efficacité, notamment quand elles étaient incorporées à des programmes complémentaires.**

Conclusions: **Bien que les travaux de recherche soient à poursuivre pour aborder les aspects environnementaux, certains éléments attestent que les programmes EAH sont bénéfiques aux PVVS.**

[Accès au résumé](#)

Note de la rédaction : *Chercheurs, concepteurs et décideurs politiques ont réfléchi aux moyens de mieux intégrer les programmes en tenant compte des problèmes simultanés de morbidité et de mortalité. Cet article illustre l'impact potentiel de l'accès, ou non, à une eau propre et à de bonnes pratiques d'assainissement sur la santé des personnes vivant avec le VIH. Les programmes portant sur l'eau, l'assainissement et l'hygiène (EAH) peuvent atténuer les effets négatifs d'une eau de mauvaise qualité et du manque d'assainissement sur les personnes vivant avec le VIH. Ils réduisent,*

voire éliminent, les infections diarrhéiques, ce qui permet une meilleure absorption des traitements du VIH, d'où une réduction de la charge virale et une augmentation de la numération de CD4. Bien que cette revue systématique ait révélé que les programmes EAH peuvent réduire la morbidité, il manque de travaux de recherche faisant le lien entre les programmes EAH et la mortalité chez les personnes vivant avec le VIH et sur leur impact potentiel en termes d'adhérence ou de maintien dans le circuit de soins. Les effets secondaires du traitement du VIH sont fréquemment invoqués comme motif d'arrêt de la prise du traitement et les effets indésirables fréquents sont les nausées et les diarrhées. Il est possible que les troubles intestinaux causés par la consommation d'eau non potable exacerbent l'impact des effets indésirables sur les personnes qui les manifestent déjà, ce qui contribue à les dissuader de continuer à prendre leur TARV. Cet article suggère également que l'on pourrait atteindre des synergies en termes de partage des coûts et d'amélioration du rapport coût-efficacité en intégrant les programmes. Toutefois, il est nécessaire de poursuivre les recherches pour comprendre parfaitement les implications en termes de logistique et de coûts.