

UNAIDS Science now

HIV this month. Numéro 11. Novembre 2015

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

1. Réduire la transmission par voie sexuelle

- Évaluer le risque de VIH dans les tranches d'âges moyennes et élevées en Afrique du Sud
- Violences sexuelles subies par les enfants et risque de VIH en Tanzanie
- Le dépistage de l'infection aiguë par le VIH est possible mais son impact reste incertain
- L'efficacité et la durabilité des programmes de réduction de la consommation d'alcool et du risque sexuel restent encore à démontrer
- Des éléments de preuve plus rigoureux doivent être apportés quant au rôle des pairs dans le comportement sexuel des adolescents
- Le dispositif convocation plus suivi augmente le taux de dépistage chez le partenaire masculin pendant la grossesse

2. Prévenir le VIH chez les consommateurs de drogues

- La réduction des risques en période de conflit - les consommateurs de drogues injectables à Kaboul, Afghanistan

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

- Quel est le squelette d'INTI le plus adapté pour les enfants ?
- Parenté, communication et soins aux enfants vivant avec le VIH dans l'est de l'Ouganda
- Le dépistage volontaire en routine du VIH réduit les oublis de diagnostic chez l'enfant
- Il est temps de promouvoir le diagnostic plus précoce du VIH chez les adultes âgés vivant avec le VIH en Afrique du Sud

4. Éviter les décès liés à la tuberculose

- Le sida et les maladies bactériennes restent les premières causes d'hospitalisation
- Constat encourageant autour des pratiques d'allaitement en Afrique du Sud

5. Parer à l'insuffisance des ressources

- L'instauration précoce du traitement réduit les coûts en Indonésie

6. Éliminer la stigmatisation et la discrimination

- [L'accompagnement par des pairs est bénéfique aux HSH au Malawi](#)

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

- [Combien de personnes sont vraiment mortes du VIH/sida en Afrique du Sud ?](#)
- [Comparaison des stratégies de conseil et de test du VIH chez les enfants et les adolescents](#)

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

Le VIH après 40 ans dans les zones rurales d'Afrique du Sud: approche de la vulnérabilité au VIH tout au long de la vie chez les adultes d'âge moyen et avancé.

Mojola SA, Williams J, Angotti N, Gomez-Olive FX. Soc Sci Med. Oct 2015;143:204-12. doi: 10.1016/j.socscimed.2015.08.023. Publication en ligne 17 août 2015.

L'Afrique du Sud est le pays au monde qui compte le plus grand nombre de personnes vivant avec le VIH (plus de 6 millions) et une population vieillissante, 15% de la population ayant 50 ans et plus. La forte prévalence du VIH sur les anciens territoires ruraux où régnait l'apartheid suggère que les cas de vieillissement avec le VIH et d'acquisition du VIH à un âge avancé sont nombreux. **Nous élaborons une approche de la vulnérabilité au VIH tout au long de la vie en soulignant l'augmentation et la diminution du risque et de la protection au fil de l'âge, ainsi que l'impact de la densité contextuelle sur la détermination de la vulnérabilité au VIH.** En partant de cette approche, nous nous basons sur un ensemble innovant de données multiméthodes recueillies dans le système Agincourt Health and Demographic Surveillance System en Afrique du Sud, en combinant les données d'étude avec 60 récits de vie imbriqués et 9 entretiens avec des représentants des communautés. **Nous examinons le risque de VIH et les facteurs de protection parmi les adultes âgés de 40 à 80 ans, et nous analysons comment et pourquoi ces facteurs varient d'une personne âgée à une autre.**

[Accès au résumé](#)

***Note de la rédaction:** Des travaux de plus en plus nombreux documentent l'importance du VIH chez les personnes d'âge avancé en Afrique de l'est et du sud. Cet article apporte un précieux complément à la littérature. Les auteurs s'intéressent à la façon dont le risque d'infection par le VIH et le fait de vivre avec le VIH influent sur les femmes et les hommes de 40 à 80 ans. Quarante ans est un âge relativement jeune pour une étude sur les personnes âgées, mais la tranche d'âge couverte par cet article permet aux auteurs de suivre la vulnérabilité au VIH des travailleurs migrants jusqu'à leur installation, lorsqu'ils ont atteint les 60 à 80 ans. Le constat selon lequel le risque d'infection par le VIH et de vulnérabilité à l'impact du VIH varie au cours de la vie n'est pas nouveau. Cependant, les résultats présentés dans cet article brossent un tableau éloquent de l'évolution du risque. En effet, la possibilité que les hommes âgés d'une soixantaine d'années soient exposés à un risque particulier d'acquisition du VIH du fait de la perte d'intérêt de leur épouse pour le sexe souligne combien il est important de ne pas croire que seules les personnes de moins de 50 ans sont sexuellement actives. Les auteurs démontrent également le risque couru par les femmes d'âge avancé qui préféreraient l'abstinence mais qui ne peuvent pas toujours refuser à leur mari des rapports sexuels. Un constat intéressant est que les hommes d'âge avancé qui perçoivent une retraite sont des partenaires attractifs pour des femmes plus jeunes dans une région qualifiée de défavorisée par les auteurs. Le mélange de données quantitatives et qualitatives utilisé par les auteurs confère plus de portée et de profondeur aux résultats présentés, ce qui contribue à faire de cet article un document intéressant et éclairant.*

VIH et violence sexuelle envers les enfants: les incidences sur les comportements sexuels à risque et le dépistage du VIH en Tanzanie.

Chiang LF, Chen J, Gladden MR, Mercy JA, Kwesigabo G, Mrisho F, Dahlberg LL, Nyunt MZ, Brookmeyer KA, Vagi K. AIDS Educ Prev. Oct 2015;27(5):474-87. doi: 10.1521/aeap.2015.27.5.474

Les travaux précédents ont établi un lien entre violences sexuelles et VIH. L'exposition à la violence sexuelle durant l'enfance peut avoir un impact profond sur l'architecture du cerveau et la réponse au stress. En conséquence, les personnes ayant subi un tel traumatisme s'engagent parfois dans des comportements sexuels à risque et des interventions ciblées pourraient leur être bénéfiques. **En 2009, des données représentatives du pays ont été recueillies sur la violence envers les enfants en Tanzanie auprès de répondants de 13 à 24 ans (n = 3739).** Les analyses montrent que **les femmes de 19 à 24 ans (n = 579) ayant subi des violences sexuelles dans l'enfance étaient plus nombreuses à déclarer ne pas avoir/avoir rarement utilisé de préservatif au cours des 12 derniers mois (ORa = 3,0 ; IC [1,5 ; 6,1], p = 0,0017) et avoir eu des partenaires sexuels multiples au cours des 12 derniers mois (ORa = 2,3 ; IC [1,0 ; 5,1], p = 0,0491),** mais pas plus nombreuses à savoir où passer un test de dépistage du VIH ou à avoir déjà été dépistées. Les victimes de violences sexuelles pendant l'enfance pourraient bénéficier d'interventions ciblées pour atténuer l'impact de la violence et prévenir le VIH.

[Accès à l'abrége](#)

***Note de la rédaction:** Des éléments probants de plus en plus nombreux ont établi un lien entre la violence sexuelle et une vulnérabilité accrue à l'infection par le VIH. La violence sexuelle subie pendant l'enfance peut accroître le risque de VIH à la fois directement (ex. rapports sexuels sous la contrainte) et indirectement (ex. comportements sexuels à haut risque plus tard dans la vie). Cet article a étudié deux questions: l'exposition à la violence dans l'enfance est-elle associée à (i) un comportement sexuel à haut risque chez le jeune adulte et (ii) des connaissances et une utilisation supérieures/inférieures des services de dépistage du VIH.*

L'enquête a porté sur un échantillon représentatif au niveau national de femmes de 19 à 24 ans. Les femmes non actives sexuellement ont été exclues des analyses. Sur 579 femmes, 26,1% ont déclaré avoir subi des violences sexuelles pendant l'enfance (réponse affirmative à une question sur quatre sur les thèmes attouchements non désirés/tentative de viol/rapports sexuels non désirés/sous la contrainte avant l'âge de 18 ans). La violence sexuelle subie pendant l'enfance était associée à (i) la non/rare utilisation du préservatif avec quelqu'un d'autre que le mari/partenaire conjugal et (ii) >1 partenaire sexuel durant les 12 derniers mois. Aucun lien n'a été observé avec la connaissance ou l'utilisation des services de dépistage du VIH. Ces résultats sont cohérents avec les travaux effectués ailleurs et suggèrent que la violence sexuelle subie pendant l'enfance est associée à une augmentation des comportements sexuels avec prise de risque à l'entrée dans l'âge adulte. Ces résultats témoignent de l'importance d'avoir des programmes pour réduire l'exposition à la violence durant l'enfance et des services de santé sexuelle spécialement conçus pour les adolescents.

Intégration du dépistage du VIH aigu au dépistage de routine du VIH dans des dispensaires traitant les infections sexuellement transmissibles et des centres de conseil et de dépistage du VIH à Lilongwe, au Malawi.

Rutstein SE, Pettifor AE, Phiri S, Kamanga G, Hoffman IF, Hosseinipour MC, Rosenberg NE, Nsona D, Pasquale D, Tegha G, Powers K, Phiri M, Tembo B, Chege W, Miller WC. J Acquir Immune Defic Syndr. 29 sept 2015. [Publication en ligne avant impression]

Contexte et objectifs: Il est crucial d'intégrer l'infection aiguë par le VIH (IAV) aux paramètres cliniques afin de prévenir la transmission et de retirer les avantages potentiels du traitement à titre préventif. **Nous avons évalué l'acceptabilité du dépistage de l'IAV et comparé la prévalence de l'IAV dans des dispensaires dédiés aux infections sexuellement transmissibles (IST) et au conseil et au test du VIH (CTV) à Lilongwe, au Malawi.**

Méthodes: **Nous avons réalisé des tests de dépistage de l'ARN VIH chez des patients séronégatifs se rendant dans les dispensaires IST et CTV. L'IAV était établie après obtention d'un résultat positif au test ARN et d'un résultat négatif/discordant au dépistage rapide des anticorps.** Nous avons évalué les différences sur le plan démographique, comportemental et du risque de transmission entre les patients IST et CTV ainsi que la performance d'une note de risque pour le dépistage ciblé.

Résultats: Près de deux tiers (62,8%, 9280/14 755) des patients éligibles ont accepté de passer le test de dépistage de l'IAV. **Nous avons identifié 59 personnes atteintes d'une IAV (prévalence=0,64%)** - une augmentation de 0,9% de l'identification des cas. **La prévalence était plus élevée dans les centres IST (1,03% (44/4255)) que CTV (0,3% (15/5025), $p<0,01$), représentant 2,3% des nouveaux diagnostics, contre 0,3% pour les centres de CTV.** La charge virale (CV) médiane était de 758 050 copies/ml; et 25% des patients (15/59) présentaient une CV $\geq 10\ 000\ 000$ copies/ml. La CV médiane était plus élevée dans les centres IST (1 000 000 copies/ml) que CTV (153 125 copies/ml, $p=0,2$). Parmi les personnes présentant une IAV, celles dépistées dans les dispensaires IST étaient moins réticentes à déclarer des lésions génitales que celles dépistées dans les centres de CTV (54,6% contre 6,7%, $p<0,01$). L'algorithme de la note de risque permettait de bien identifier les personnes atteintes d'une IAV dans les centres de CTV (sensibilité=73%, spécificité=89%).

Conclusions: La majorité des patients ont accepté de subir le dépistage de l'IAV. La prévalence de l'IAV était sensiblement plus élevée dans les centres IST que CTV. Une CV notablement élevée et des lésions génitales concomitantes sont des indicateurs du potentiel de transmission. Le dépistage universel de l'IAV dans les dispensaires IST et le dépistage ciblé dans les centres de CTV doivent être envisagés.

[Accès à l'abrégé](#)

Note de la rédaction: *L'infection aiguë par le VIH (IAV) est définie comme la période allant de l'acquisition du VIH à l'apparition d'anticorps détectables. Les personnes atteintes d'une IAV sont extrêmement contagieuses, au moins en partie du fait d'une charge virale élevée. Des stratégies efficaces pour identifier et traiter les personnes atteintes d'une IAV pourraient augmenter l'impact des stratégies de traitement à titre préventif, bien que le rôle joué par l'IAV dans la transmission du VIH à l'échelle de la population continue à faire débat.*

Cette étude réalisée au Malawi faisait partie d'un essai clinique pour évaluer l'impact de programmes comportementaux et antirétroviraux pendant l'IAV. L'étude a été effectuée dans quatre établissements urbains très fréquentés. Des tests de dépistage de l'ARN VIH sur mélange de prélèvements sanguins ont été effectués chez des participants ayant obtenu un résultat négatif ou discordant aux tests de dépistage rapide du VIH, selon l'algorithme des tests de dépistage de routine (un résultat discordant désignant un test positif et deux tests négatifs). Dans l'ensemble, les taux de participation étaient relativement faibles, une seule personne sur trois ayant des résultats négatifs ou discordants aux tests de dépistage rapide du VIH étant incluse. La plupart des cas de perte était due au fait que des personnes potentiellement éligibles n'ont pas été dépistées. Les raisons n'en sont pas données, mais plus d'un tiers des personnes dépistées n'ont pas donné leur consentement. Globalement, un participant sur 150 présentait une IAV. Le taux était plus élevé dans les centres IST, avec 1 sur 100. La proportion de personnes avec une IAV était inférieure à celle observée dans les précédents travaux menés au Malawi, ce qui pourrait traduire un déclin de l'incidence du VIH à l'échelle de la population.

Le risque potentiel de transmission du VIH pendant l'IAV est illustré par les caractéristiques des personnes atteintes d'une IAV. Près de la moitié présentaient un ARN VIH >6 log₁₀ copies/ml, une proportion similaire des ulcères génitaux et seule une personne sur cinq a déclaré avoir utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel. L'algorithme utilisé pour cibler le dépistage de l'IAV, déjà développé dans le même cadre, a donné des résultats insuffisants sur tous les sites.

Cette étude complète un ensemble d'éléments probants qui suggèrent que le dépistage de l'IAV est faisable et augmentera modérément le rendement global du dépistage du VIH. Nous avons maintenant besoin de plus d'éléments probants sur l'impact éventuel de la mise en œuvre programmatique de tests de dépistage de l'IAV sur la transmission du VIH et sur le rapport coût-efficacité de différentes stratégies de test. Les données issues des essais de traitement à titre préventif, dont aucune n'a inclus de stratégies spécifiques pour diagnostiquer l'IAV, constitueront une source d'information indirecte pour évaluer l'opportunité d'en faire une priorité pour les programmes de santé publique.

Interventions de réduction du risque VIH-alcool en Afrique subsaharienne: revue systématique de la littérature et recommandations pour progresser.

Carrasco MA, Esser MB, Sparks A, Kaufman MR. AIDS Behav. 29 oct 2015. [Publication en ligne avant impression]

L'Afrique subsaharienne supporte 69% du fardeau mondial du VIH et des preuves solides indiquent l'existence d'un lien entre la consommation d'alcool, les comportements à risque de VIH et l'incidence du VIH. Cependant, **les caractéristiques des interventions efficaces de réduction du risque VIH-alcool ne sont pas bien connues. L'objet de cette revue systématique est de résumer les caractéristiques et de faire la synthèse des interventions de réduction des risques VIH-alcool mises en œuvre dans la région et reprises dans des revues validées par des experts.** Sur 644 références étudiées, 19 répondaient aux critères d'inclusion dans cette revue. Une discussion des défis méthodologiques, des lacunes en matière de recherche et des recommandations en vue des interventions futures est incluse. **Relativement peu d'interventions ont été trouvées et les preuves sont discutables quant à l'efficacité des interventions de réduction du risque VIH-alcool. Il est nécessaire d'intégrer davantage les composantes de réduction du risque VIH-alcool dans les programmes de prévention du VIH et de documenter les résultats de cette intégration.** En outre, des travaux sur les interventions menées à plusieurs niveaux et à plus grande échelle sont nécessaires pour identifier les stratégies efficaces de réduction du risque VIH-alcool.

[Accès à l'abrégé](#)

***Note de la rédaction:** Le lien entre alcool et risque de VIH a été démontré mais on ne sait pas encore quels sont les programmes les plus aptes à réduire ce risque. Cet article traite d'une revue systématique qui réactualise une précédente revue publiée par les auteurs en 2011. Bien que cette mise à jour ait répertorié un plus grand nombre de programmes visant à réduire les comportements à risque provoqués par la consommation d'alcool, dans plus de pays que l'étude précédente, (l'Afrique du Sud), les résultats de la revue sont essentiellement les mêmes. La plupart des programmes étaient caractérisés par une durée de suivi des participants limitée et leur impact s'atténuait au fil du temps. En outre, des modèles plus anciens de changement de comportement ont été principalement utilisés comme socles pour l'élaboration de ces programmes. Ces modèles s'intéressent uniquement aux comportements individuels et non aux facteurs structurels qui influent également sur la consommation d'alcool et les comportements sexuels à risque. Aspect positif, certaines études ont rencontré un succès modeste selon l'emplacement du programme, par exemple en centre de soins et*

non plus au bar ou à la taverne. Cette revue démontre clairement qu'il faut déployer davantage d'efforts pour intégrer les composantes de réduction du risque lié à l'alcool dans les programmes de prévention du VIH, en particulier auprès des populations chez lesquelles la consommation d'alcool est fréquente.

Le comportement sexuel des jeunes en Afrique subsaharienne est-il influencé par leurs pairs ? Revue systématique.

Fearon E, Wiggins RD, Pettifor AE, Hargreaves JR. Soc Sci Med. 9 oct 2015;146:62-74. doi: 10.1016/j.socscimed.2015.09.039. [Publication en ligne avant impression]

Les adolescent(e)s en Afrique subsaharienne sont extrêmement vulnérables au VIH, aux autres infections sexuellement transmissibles (IST) et aux grossesses involontaires. **On dispose d'éléments de preuve limités sur l'efficacité des interventions en faveur du changement de comportement individuel sur la réduction de l'incidence du VIH et d'autres effets biologiques, et il est clairement nécessaire de s'intéresser aux conditions sociales dans lesquelles les jeunes deviennent sexuellement actifs. Les pairs des adolescents sont un aspect clé de cet environnement social et pourraient avoir un impact important sur le comportement sexuel.** Aucune revue systématique n'a encore été réalisée sur ce sujet en Afrique subsaharienne. **Nous avons analysé 4 bases de données pour trouver des études basées en Afrique subsaharienne qui incluaient une analyse ajustée de l'association entre au moins une exposition à des pairs et un effet en matière de comportement sexuel parmi un échantillon dans lequel au moins 50% des participants à l'étude avaient entre 13 et 20 ans.** Nous avons classé les expositions à des pairs à l'aide d'un cadre permettant de distinguer les différents mécanismes par lesquels il pourrait y avoir une influence. **Sur les 30 études trouvées, nous en avons retenu 11 qui répondaient aux critères de qualité.** Il s'agissait de 3 études de cohortes, 1 étude du temps écoulé avant l'événement et 7 études transversales. Les 11 études ont porté sur 37 associations différentes entre l'exposition à des pairs et l'impact observé. **Aucune étude n'a utilisé un effet biologique et toutes ont posé des questions sur les pairs en général et non sur des relations spécifiques.** Les études étaient hétérogènes dans leur utilisation des cadres théoriques et des moyens de rendre opérationnels les concepts d'influence des pairs. **Toutes les études ont relevé des preuves d'une association entre les pairs et le comportement sexuel pour au moins une association exposition à des pairs/effet/sous-groupe.** Sur toutes les 37 associations effet/exposition/sous-groupe analysées, des éléments probants ont été observés pour 19 d'entre elles (51%). Aucun schéma clair n'a été relevé par type d'exposition à des pairs, d'effet ou de sous-groupe d'adolescents. **Il manque d'éléments concluants sur le rôle des pairs dans le comportement sexuel des adolescents en Afrique subsaharienne. Nous sommes convaincus que les modèles longitudinaux, le recours aux effets biologiques et aux approches issues de l'analyse des réseaux sociaux sont des priorités pour les études futures.**

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

***Note de la rédaction:** C'est la première revue systématique quantitative consacrée au rôle des pairs pour déterminer le comportement sexuel des jeunes en Afrique subsaharienne. Chacune des 11 études de qualité élevée incluses a relevé des éléments de preuve pour au moins une association entre une exposition à des pairs et un effet en matière de comportement sexuel. Globalement, pourtant, aucun schéma clair n'a été observé concernant les conditions dans lesquelles les expositions à des pairs pourraient ou non influencer sur le comportement sexuel. Le caractère mitigé des résultats peut traduire des difficultés inhérentes à évaluer ces associations, comme la causalité*

inverse dans les études transversales (ex. sélection des pairs basée sur un comportement sexuel établi) et le crédit accordé au comportement sexuel auto-déclaré (susceptible de poser un problème particulier chez les adolescents). Un aspect intéressant de l'article était la classification des expositions à des pairs dans une classe sur six (dont l'approbation des pairs, les liens avec les pairs et le statut au sein des réseaux de pairs). Étant donné l'importance probable des pairs dans le comportement des adolescents, les méthodes qui recueillent des informations sur des pairs et des relations spécifiques comme l'analyse des réseaux sociaux plutôt que de s'interroger sur les pairs en général pourraient aider à identifier l'effet des pairs.

Recrutement de partenaires masculins pour des conseils et tests du VIH en couple dans le programme option B+ du Malawi: essai contrôlé par sondage aléatoire avec levée de l'insu.

Rosenberg NE, Mtande TK, Saidi F, Stanley C, Jere E, Paile L, Kumwenda K, Mofolo I, Ng'ambi W, Miller WC, Hoffman I, Hosseinipour M. *Lancet HIV*. 2 nov 2015;2(11):e483-91. Doi: 10.1016/S2352-3018(15)00182-4. Publication en ligne 22 oct 2015.

Contexte: **Le conseil et le test du VIH en couple (CTVC)** est encouragé mais n'est pas pratique courante en Afrique subsaharienne. Nous avons cherché à comparer **deux stratégies de recrutement de partenaires masculins pour le CTVC dans le programme option B+ de prévention de la transmission mère-enfant au Malawi: convocation seule contre convocation plus suivi** et nous avons supposé que la convocation avec suivi serait plus efficace.

Méthodes: Nous avons réalisé un essai contrôlé avec levée de l'insu **par sondage aléatoire pour évaluer l'utilisation du CTVC** dans l'unité anténatale de l'hôpital Bwaila District Hospital, **un hôpital avec maternité de Lilongwe, Malawi**. Les femmes éligibles devaient être enceintes, avoir récemment reçu un test de dépistage positif au VIH et donc être en mesure de démarrer un traitement antirétroviral, n'avoir encore jamais eu de CTVC, être âgées de plus de 18 ans, ou de 16-17 ans à condition d'être mariées, déclarer avoir un partenaire sexuel masculin à Lilongwe et envisager de rester à Lilongwe pendant au moins 1 mois. **Les femmes ont été réparties de manière aléatoire (1:1) dans le groupe avec convocation seule ou le groupe avec convocation plus suivi**, avec randomisation par bloc (taille de blocs=4). **Dans le groupe avec convocation seule, les femmes ont reçu une convocation adressée aux partenaires masculins pour qu'ils se présentent à la clinique anténatale. Dans le groupe avec convocation plus suivi, les femmes ont reçu la même convocation et les partenaires étaient repérés en cas de non présentation.** Lorsque les couples se présentaient, ils se voyaient remettre des informations sur la grossesse et des CTVC. Il était demandé aux femmes de se rendre à une visite de suivi 1 mois après l'inscription pour évaluer les risques sociaux et le comportement sexuel. **Le principal résultat était la proportion de couples se présentant ensemble à la consultation et recevant des CTVC pendant la période de l'étude** et a été évalué chez tous les participants répartis de manière aléatoire. Cette étude est enregistrée sur ClinicalTrials.gov, sous le numéro NCT02139176.

Résultats: Entre le 4 mars 2014 et le 3 octobre 2014, **200 femmes enceintes séropositives ont été recrutées** et affectées de manière aléatoire au groupe avec convocation seule (n=100) ou au groupe avec convocation plus suivi (n=100). **74 couples du groupe avec convocation plus suivi et 52 du groupe avec convocation seule se sont présentés à la clinique pour y obtenir des CTVC (différence de risque de 22%, IC 95% 9-35; p=0,001)** pendant les 10 mois de la période de l'étude. Sur les 181 femmes associées à des données de suivi, deux ont déclaré la dissolution de leur union, une a déclaré sa détresse émotionnelle et aucune n'a déclaré de violence du partenaire intime. Un partenaire masculin, lors du suivi, ne savait plus laquelle de ses partenaires sexuelles était incluse dans l'étude. **Aucun autre événement indésirable n'a été déclaré.**

Interprétation: Une **stratégie convocation plus suivi a montré sa grande efficacité pour augmenter l'utilisation des CTCV**. Le principe de la convocation avec suivi associé aux CTVC pourrait avoir de nombreux avantages importants s'il était déployé à plus grande échelle.

Accès à l'abrégé

Note de la rédaction: *Un enjeu majeur du programme de prévention de la transmission mère-enfant Option B+ est le maintien des femmes dans les soins du VIH. L'absence de soutien du partenaire masculin peut constituer un obstacle majeur au maintien. Le conseil et le test du VIH en couple (CTVC) peut accroître la divulgation réciproque, améliorer la prévention comportementale du VIH et enfin améliorer les résultats pour la santé de la mère, de l'enfant et du partenaire masculin. Cependant, le recours aux CTVC dans le contexte anténatal reste faible dans la plupart des pays d'Afrique subsaharienne. Cet essai contrôlé par sondage aléatoire illustre que le recours aux CTVC est fortement renforcé par la combinaison d'une convocation du partenaire masculin à se présenter au centre de soins anténatals et d'un suivi actif du partenaire par l'équipe de l'étude. Une caractéristique unique du programme était que les messages de convocation et de suivi portaient sur la santé générale pendant la grossesse, plutôt que sur le VIH, ce qui a pu améliorer l'acceptabilité. Même dans le bras avec convocation seule, près de la moitié des partenaires masculins se sont présentés aux CTVC. Dans les deux stratégies, plus de la moitié des hommes testés étaient séropositifs et la majorité d'entre eux ignoraient leur statut. Les femmes du bras convocation plus suivi ont présenté un maintien plus élevé dans le programme Option B+ à un mois que les personnes du bras avec convocation seule et étaient plus susceptibles de déclarer des comportements sexuels plus sûrs.*

Bien que les stratégies mises en œuvre par le prestataire pour améliorer le dépistage des couples soient plus coûteuses que les stratégies basées sur le patient, elles peuvent avoir un rapport coût-efficacité très élevé dans des contextes de prévalence élevée du VIH où les hommes qui connaissent leur statut VIH sont minoritaires. Chose intéressante, l'amélioration observée en matière de participation des partenaires après le suivi était dans la plupart des cas consécutive à un contact téléphonique, qui est une solution relativement peu coûteuse. Un suivi à plus long terme est nécessaire pour évaluer si l'augmentation du maintien perdure dans le temps mais les résultats démontrent le potentiel des stratégies mises en œuvre par les prestataires pour augmenter le CTVC afin de contribuer à atteindre l'objectif 90-90-90 de l'ONUSIDA.

2. Prévenir le VIH chez les consommateurs de drogues

Incidence de l'hépatite C et du VIH et recours aux programmes de réduction des risques en période de conflit: cohorte observationnelle de consommateurs de drogues injectables à Kaboul, Afghanistan.

Todd CS, Nasir A, Stanekzai MR, Fiekert K, Sipsma HL, Vlahov D, Strathdee SA. *Harm Reduct J.* 16 oct 2015;12:22. doi: 10.1186/s12954-015-0056-z.

Contexte: Un conflit armé peut accroître le risque de VIH et d'autres pathogènes chez les consommateurs de drogues injectables (CDI), cependant il existe peu d'études prospectives. **Cette étude avait pour but de mesurer l'incidence et les prédicteurs potentiels, y compris les événements environnementaux et le recours à un programme de distribution et de collecte de**

seringues (programme de seringues - PS), du virus de l'hépatite C (HCV) et du VIH parmi les CDI à Kaboul, en Afghanistan.

Méthodes: Les CDI adultes consentants ont répondu à des entretiens chaque trimestre durant l'année 1 puis deux fois par an durant l'année 2 et ont subi des tests de dépistage des anticorps anti-HCV et anti-VIH deux fois par an durant la période de la cohorte (novembre 2007-décembre 2009). Les entretiens portaient sur les comportements à risque en matière d'injection et de sexualité, sur le recours aux services des PS et sur les déplacements liés aux conflits. **Les quartiers concernés par le niveau de conflit maximal ou par un déplacement local ont été identifiés d'après une revue de la littérature et les événements clés, notamment les attaques des insurgés et les décès, ont été déclarés par un comptage simple.** L'incidence et les prédicteurs de HCV et du VIH ont été mesurés à l'aide de modèles à risques proportionnels de Cox.

Résultats: Sur 483 CDI recrutés, 385 ont effectué une ou plusieurs visites de suivi (483,8 personnes-années (p-a)). **Tous les participants étaient des hommes de 28 ans d'âge médian et utilisant des drogues injectables depuis une durée médiane de 2 ans.** L'utilisation déclarée du PS parmi les participants allait de 59,9 à 70,5% durant la première année et de 48,4 et 55,4% respectivement à 18 et 24 mois. 41 décès confirmés ont été constatés, avec un taux de décès brut de 93,4/1000 p-a (intervalle de confiance (IC) de 95% 67,9-125) et les surdoses comme première cause de décès. **L'incidence du HCV et du VIH était respectivement de 35,6/100 p-a (IC 95% 28,3-44,6) et de 1,5/100 p-a (IC 95% 0,6-3,3).** **L'abandon des drogues injectables pour les drogues à fumer a eu un effet protecteur contre l'acquisition du HCV (risque relatif ajusté (HRa) = 0,53, IC 95% 0,31-0,92), tandis que la durée de consommation de drogues injectables (HRa = 1,09, IC 95% 1,01-1,18/an) et d'utilisation de matériel d'injection non stérile (HRa = 10,09, IC 95% 1,01-100,3) était un prédicteur indépendant de l'infection par le VIH.**

Conclusion: **Il existe une incidence élevée du VIH et un nombre élevé de décès déclarés parmi les hommes CDI à Kaboul, malgré des taux relativement constants d'utilisation du programme de réduction des risques. Les périodes marquées par des pics de violence n'étaient pas un facteur prédicteur indépendant du risque de HCV et de VIH.** Les programmes doivent accroître la sensibilisation aux risques de transmission du HCV et de surdose, préparer les patients aux besoins de réduction des risques pendant les conflits ou autres causes de déplacement et poursuivre les efforts pour impliquer la communauté et les forces de police.

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

***Note de la rédaction:** Il s'agit d'une étude relativement rare, qui porte sur l'infection par le VIH et l'hépatite C (HCV) parmi les consommateurs de drogues injectables à Kaboul, en Afghanistan. En combinant les données de l'enquête avec des informations sur les conflits issus de la littérature/des médias, les auteurs peuvent analyser non seulement les taux d'infection mais aussi l'impact du conflit sur ces taux. A l'instar des résultats obtenus dans d'autres lieux de conflit, les auteurs démontrent que la violence n'a pas augmenté le risque d'infection. Cependant, les résultats illustrent bien la valeur des programmes de distribution et de collecte de matériel d'injection pour la réduction de l'incidence du HCV, car les hommes ont abandonné les drogues injectables au profit des drogues à fumer. Les taux de prévalence du VIH relativement bas dans la région de Kaboul se sont traduits par une faible incidence du VIH dans la population de l'étude. Si la prévalence du VIH devait augmenter, cela pourrait changer, comme l'indiquent les taux élevés d'infection par l'hépatite C. Les auteurs insistent sur les nombreux enjeux de la fourniture de services aux populations clés, comme les hommes consommateurs de drogues injectables avec qui ils ont travaillé, à plusieurs endroits du monde. L'instabilité croissante et le déplacement d'une grande partie de la population de l'étude du fait de la*

fermeture du refuge où elle vivait, ont rendu l'étude plus difficile à mener. La pénurie des ressources de réduction des risques dans des endroits comme l'Afghanistan accentue les problèmes dont doivent tenir compte les programmes de soutien aux consommateurs de drogues injectables.

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

Abacavir, zidovudine ou stavudine en comprimés pédiatriques pour les enfants africains séropositifs (CHAPAS-3): essai contrôlé open-label par sondage aléatoire en groupes parallèles.

Mulenga V, Musiime V, Kekitiinwa A, Cook AD, Abongomera G, Kenny J, Chabala C, Mirembe G, Asiimwe A, Owen-Powell E, Burger D, McIlIeron H, Klein N, Chintu C, Thomason MJ, Kityo C, Walker AS, Gibb DM, CHAPAS-3 trial team. Lancet Infect Dis. 5 oct 2015. pii: S1473-3099(15)00319-9. doi: 10.1016/S1473-3099(15)00319-9. [Publication en ligne avant impression]

Contexte: Les directives 2013 de l'OMS préconisent un accès universel au traitement chez les enfants de moins de 5 ans infectés par le VIH. Aucun essai pédiatrique n'a comparé les inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse (INTI) dans le traitement antirétroviral (TARV) de première ligne en Afrique, où vivent la plupart des enfants séropositifs. **Nous avons voulu comparer la stavudine, la zidovudine et l'abacavir en comprimés pédiatriques à dose fixe (bithérapie ou trithérapie) avec la lamivudine et la névirapine ou l'éfavirenz.**

Méthodes: **Dans cet essai open-label par sondage aléatoire en groupes parallèles (CHAPAS-3), nous avons recruté des enfants** issus d'un centre en Zambie et de trois en Ouganda **qui n'avaient jamais reçu de traitement ARV auparavant ou sous stavudine depuis plus de 2 ans avec une charge virale inférieure à 50 copies par mL (expérience du TARV).** Des tables de randomisation informatisées ont été intégrées de manière sécurisée dans la base de données. Le critère principal était les événements indésirables cliniques de niveau 2 à 4 ou de laboratoire de niveau 3/4. Il s'agissait d'une analyse en intention de traiter. Cet essai est enregistré sur le registre ISRCTN sous le numéro 69078957.

Résultats: Entre le 8 novembre 2010 et le 28 décembre 2011, 480 enfants ont été étudiés par sondage aléatoire: 156 ont reçu de la stavudine, 159 de la zidovudine et 165 de l'abacavir. Après l'exclusion de deux enfants pour cause d'erreur de randomisation, 156 ont été analysés dans le groupe stavudine, 158 dans le groupe zidovudine et 164 dans le groupe abacavir, et **ont été suivis pendant une durée médiane de 2,3 ans** (5% de perte de vue). 365 (76%) n'avaient jamais reçu de TARV (âge médian 2,6 ans contre 6,2 ans dans le groupe ayant déjà reçu un TARV). **917 événements indésirables cliniques de grade 2-4 ou de laboratoire de grade 3/4** (835 EI cliniques [634 de grade 2]; 40 EI de laboratoire) **sont survenus chez 104 enfants (67%) sous stavudine, 103 enfants (65%) sous zidovudine et 105 enfants (64%) sous abacavir (p=0,63; zidovudine/stavudine: risque relatif [HR] 0,99 [IC 95% 0,75-1,29]; abacavir/stavudine: HR 0,88 [0,67-1,15]).** A 48 semaines, **98 (85%), 81 (80%) et 95 (81%) enfants n'ayant jamais reçu de TARV respectivement dans les groupes stavudine, zidovudine et abacavir, avaient une charge virale inférieure à 400 copies par mL (p=0,58);** la plupart des enfants ayant reçu un TARV conservaient la suppression virale (p=1,00).

Interprétation: **Tous les INTI présentaient une faible toxicité et de bonnes réponses cliniques, immunologiques et virologiques. Aucune lipodystrophie clinique et sous-clinique n'a été notée chez les enfants de moins de 5 ans et les cas d'anémie n'étaient pas plus fréquents avec la zidovudine qu'avec les autres médicaments. L'absence de réactions d'hypersensibilité, le**

meilleur profil de résistance et la posologie à une dose par jour font de l'abacavir le traitement à privilégier pour les enfants africains, conformément aux directives de 2013 de l'OMS.

Résumé Accès [gratuit] au texte intégral

Note de la rédaction: Depuis 2013, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) recommande l'abacavir comme inhibiteur nucléosidique de la transcriptase inverse (INTI) de première ligne préféré chez l'enfant. Cette recommandation s'appuyait essentiellement sur des avis d'experts, des études observationnelles et des aspects tels que le coût et la disponibilité en associations à dose fixe (ADF).

L'essai open-label CHAPAS-3 est le seul essai mené sur des enfants africains à avoir établi une comparaison directe entre les trois INTI les plus utilisés (abacavir, stavudine et zidovudine) comme traitement pédiatrique. Ceux-ci étaient associés dans des comprimés pédiatriques contenant une association à dose fixe générique INNTI/INTI, la posologie étant basée sur les ratios de médicaments de l'OMS et les échelles de poids. Les autres médicaments de la trithérapie étaient la lamivudine, associée soit à l'éfavirenz, soit à la névirapine.

Le but principal de l'essai était de comparer le profil de toxicité des trois INTI. L'essai n'a décelé aucune différence majeure au niveau d'aucun critère d'événement indésirable ou de toxicité pendant les près de deux ans et demi du suivi à la fois chez les enfants n'ayant jamais reçu de TARV et ceux en ayant reçu. Aucune réaction d'hypersensibilité à l'abacavir n'a été observée, à l'instar des autres études menées auprès d'Africains qui ont signalé leur rareté. L'hémoglobine a augmenté indépendamment de l'INTI et aucune augmentation de la fréquence des anémies sévères n'a été observée chez les enfants recevant de la zidovudine par rapport à ceux recevant l'un ou l'autre des deux autres médicaments. Cet aspect devrait conforter les médecins quant à l'inutilité dans la plupart des cas de remplacer la zidovudine pour cause d'anémie chez les enfants sous TARV. Cependant, une mise en garde importante est que l'anémie sévère était un critère d'exclusion dans l'étude. Les cas cliniques de lipodystrophie étaient rares également. Ce constat diffère de celui établi chez les enfants plus âgés et les adolescents pour qui la lipodystrophie est beaucoup plus fréquente. Au moins chez l'enfant en bas âge, la stavudine pourrait être utilisée sans danger faute d'autres solutions disponibles, en accord avec les directives de l'OMS selon lesquelles la stavudine chez l'enfant ne doit pas être complètement arrêtée.

Globalement, CHAPAS-3 montre que les enfants répondent bien, et avec un risque de toxicité minimal, à toutes les ADF recommandées à base d'INTI/INNTI. Contrairement aux essais précédents, aucune différence n'a été observée entre les trois médicaments quant aux effets immunologiques ou virologiques. Chose importante, le choix du squelette INTI ne doit pas être un obstacle à l'élargissement de l'accès au traitement dans le monde pour les enfants séropositifs. Les enfants recevant abacavir en traitement de première ligne et dont la charge virale n'a pas été supprimée à la fin de l'étude étaient moins susceptibles de présenter des mutations de résistance risquant de compromettre l'issue des INTI de deuxième intention. Outre son excellent profil de tolérabilité, l'abacavir est le seul INTI disponible en ADF en prise quotidienne homologuée pour l'enfant. Ce constat rejoint la recommandation de l'OMS préconisant l'abacavir comme INTI à privilégier chez l'enfant. Toutefois, il reste plus coûteux que les deux autres INTI et des baisses de prix supplémentaires seront nécessaires si l'on tient à élargir l'utilisation de l'abacavir.

Communication dans le cadre des soins en famille: étude exploratoire sur les enfants ougandais sous traitement antirétroviral.

Kajubi P, Katahoire AR, Kyaddondo D, Whyte SR. *J Biosoc Sci.* 28 oct 2015:1-22. [Publication en ligne avant impression]

Il est important de tenir compte des complexités de la dynamique familiale quand il s'agit de décider quand et comment communiquer avec les enfants séropositifs sur leur maladie et leur traitement. Les précédents travaux se sont concentrés sur le point de vue des prestataires et des aidants pour savoir si, quand et comment parler du diagnostic et du traitement du VIH/sida à des enfants séropositifs. **Du point de vue des enfants séropositifs, la communication ne se limite pas à donner des informations sur la maladie et le traitement mais elle englobe également une prise en charge émotionnelle et matérielle.** Cet article place la communication dans le cadre plus large des soins dans le cadre familial. Cette étude exploratoire **a été conduite dans le district de Jinja, en Ouganda, entre novembre 2011 et décembre 2012. A travers l'observation des participants et des entretiens approfondis, la communication par et avec des enfants séropositifs dans le cadre familial a été étudiée du point de vue de 29 enfants séropositifs de 8 à 17 ans sous traitement antirétroviral (TARV) à l'aide d'une analyse thématique de contenu.** La communication des enfants avec les aidants sur leur maladie et leur traitement était variable selon les personnes avec qui ils vivaient et la nature des soins reçus. Bien que les soins d'une mère soient considérés comme les meilleurs, les enfants ont décrit d'autres personnes qui s'occupaient d'eux "comme une mère". Pour certains, les soins étaient répartis entre plusieurs parents et non parents, tandis que d'autres avaient l'impression que presque personne ne s'occupait d'eux. **Les soins du point de vue des enfants impliquaient le soutien émotionnel, exprimé verbalement et explicitement à travers des messages de préoccupation, les encouragements exprimés dans les rappels pour prendre les médicaments, les marques d'attention lorsqu'ils sont malades et les conversations confidentielles sur les difficultés associées au VIH et à la prise du TARV. Les soins étaient également communiqués de manière implicite dans les gestes de fourniture d'aliments/boissons à prendre avec les médicaments,** de comptage des comprimés pour confirmer qu'ils avaient pris leurs médicaments et d'accompagnement des enfants jusqu'aux centres de traitement. La communication des enfants sur leur santé et les médicaments et les soins qu'ils recevaient était déterminée en grande partie par la nature de leurs relations à leurs aidants, par le degré de répartition des soins entre plusieurs personnes et par la ou les autres personnes séropositives et sous traitement du foyer.

[Accès à l'abrégé](#)

***Note de la rédaction:** La majeure partie des enfants qui ont acquis le VIH sont infectés en période périnatale. Cet aspect du VIH le distingue des autres maladies pédiatriques dans la mesure où la mère de ces enfants est parfois malade ou décédée. La famille joue un rôle clé dans le traitement et les soins des enfants, y compris les personnes vivant avec le VIH. Le contexte familial est un aspect important pour aider les enfants à adhérer aux soins. Cela influe également sur les décisions prises sur la façon et le meilleur moment pour communiquer avec les enfants sur leur maladie et leur traitement. Les auteurs suggèrent que, pour les enfants vivant avec le VIH, la communication ne désigne pas seulement la transmission d'informations factuelles mais également l'expression d'une préoccupation, de sentiments d'affection et de messages implicites de soutien, ou bien le contraire. C'est particulièrement important dans un contexte de perte et de rupture familiale, de stigmatisation et de discrimination, mais aussi en cas de séparation avec les frères et sœurs et d'autres membres de la famille lorsque les enfants sont pris en charge par de nouveaux aidants.*

Cet article qualitatif s'appuie sur les données ethnographiques recueillies entre 2011 et 2012 dans l'est de l'Ouganda à travers des entretiens et une observation approfondis des participants. Au total 29 enfants vivant avec le VIH et âgés de huit à 17 ans sous TARV ont été suivis pendant une année. Les enfants ont été expressément échantillonnés pour inclure différents âges, sexes et statut familial (lieu de résidence, statut d'orphelin), niveaux d'éducation et statuts de divulgation.

L'étude repose sur le concept de parenté afin de comprendre la signification de la communication dans le contexte des soins familiaux. Elle souligne que la communication par et avec les enfants vivant avec le VIH va au-delà de la transmission d'informations jusqu'à se structurer autour d'une relation de soins beaucoup plus vaste. Ceci a des implications importantes pour les centres de traitement car la personne avec qui vit un enfant n'est pas forcément toujours le principal aidant. Cette construction intègre une compréhension plus vaste des soins, jusqu'à inclure un soutien à la fois émotionnel et matériel qui peut se manifester à la fois explicitement et implicitement à travers des paroles et des actes.

L'efficacité des tests de dépistage volontaire en routine du VIH pour les enfants d'Harare, au Zimbabwe.

Ferrand RA, Meghji J, Kidia K, Dauya E, Bandason T, Mujuru H, Ncube G, Mungofa S, Kranzer K. J Acquir Immune Defic Syndr. 12 oct 2015. [Publication en ligne avant impression]

Objectif: Le dépistage du VIH est le point d'entrée à l'accès aux soins du VIH. Pour les enfants séropositifs qui n'ont pas été diagnostiqués en bas âge, le diagnostic est généralement posé lors de leur présentation aux services de santé. **Nous avons étudié l'efficacité du dépistage volontaire en routine (DVR) du VIH comparativement aux conseils et tests du VIH (CTV) volontaires conventionnels proposés par le soignant (PITC) pour les enfants se rendant à des consultations de soins primaires.**

Méthodes: **A la suite d'une évaluation des services de PITC pour les enfants de 6 à 15 ans dans six établissements de soins primaires d'Harare, au Zimbabwe, le DVR a été introduit par le biais d'une combinaison d'interventions.** Le changement de proportion des enfants éligibles se voyant proposer et recevant des tests de dépistage du VIH, les motifs de non dépistage et le rendement des diagnostics positifs pour le VIH ont été comparés entre les deux stratégies de dépistage du VIH. Le risque relatif ajusté pour avoir un test du VIH dans le DVR comparativement à l'époque du PITC a été calculé.

Résultats: On a recensé 2831 et 7842 enfants éligibles au dépistage du VIH respectivement avant et après l'introduction du DVR. **La proportion d'enfants éligibles se voyant proposer un dépistage a augmenté de 76% à 93% et le recours au test a progressé de 71% à 95% dans le DVR comparativement à l'époque du PITC. Le rendement des diagnostics du VIH a augmenté de 2,9% à 4,5% et un enfant se rendant en consultation après l'intervention présentait un risque ajusté accru de 1,99 (IC 95% CI 1,85-2,14) de recevoir un test du VIH dans la période du DVR comparativement à la période pré-intervention.**

Conclusion: Le DVR a augmenté la proportion d'enfants recevant un test du VIH, avec pour résultat une augmentation globale du rendement des diagnostics positifs comparativement au PITC. **Le DVR propose une approche efficace pour réduire les oublis de diagnostics du VIH dans ce groupe d'âge.**

[Accès à l'abrégié](#)

***Note de la rédaction:** La politique et la pratique du dépistage du VIH dans les milieux à forte prévalence du VIH ont évolué au fil du temps, d'une approche plus prudente dans les premières années de l'épidémie de VIH à une démarche plus proactive avec la généralisation du traitement antirétroviral (TARV). Malgré une nette augmentation du dépistage du VIH après l'introduction du conseil et du test du VIH proposé par le soignant (PITC) en milieu clinique, la couverture reste insuffisante. Le dépistage volontaire en routine (DVR) décrit une stratégie de dépistage du VIH*

intégrée aux examens cliniques de routine, sauf si une personne refuse expressément le test. A ce jour, le DVR s'est limité aux services cliniques spécialisés tels que les programmes de prévention de la transmission mère-enfant du VIH, les centres de santé sexuelle et les services de prise en charge de la tuberculose.

Cette étude menée dans des établissements de soins primaires d'Harare a comparé l'efficacité du DVR par rapport au PITC chez des enfants de six à 15 ans, un groupe pour lequel les possibilités de bénéficier d'un dépistage du VIH sont encore limitées. Les auteurs ont observé une augmentation de 22% de la proportion d'enfants éligibles au dépistage après l'introduction du DVR, une augmentation de 34% de la proportion de recours au test de dépistage du VIH et une augmentation de 55% de la proportion d'enfants testés positifs au VIH (rendement). Chose importante, l'augmentation de la proportion d'enfants ayant pu se faire dépister, du recours au test et du rendement comparativement au PITC optionnel était durable sur la période de suivi de 1,5 an. Parmi les facteurs censés avoir amélioré le dépistage et le recours au test, on peut citer la suppression de la décision à prendre par le tuteur et le travailleur de santé sur l'opportunité du test et la diminution de la stigmatisation associée au dépistage volontaire. Les auteurs reconnaissent également que l'investissement dans la formation et les ressources humaines a probablement contribué aux améliorations constatées. De plus, comme indiqué par les auteurs, le dépistage du VIH doit s'accompagner de stratégies efficaces pour garantir le lien aux soins afin d'améliorer l'état de santé de cette population.

L'âge dans les programmes de traitement antirétroviral en Afrique du Sud: étude de cohorte observationnelle rétrospective et multicentrique.

Cornell M, Johnson LF, Schomaker M, Tanser F, Maskew M, Wood R, Prozesky H, Giddy J, Stinson K, Egger M, Boulle A, Myer L, *International Epidemiologic Databases to Evaluate A-SAC. Lancet HIV. sept 2015;2(9):e368-75. doi: 10.1016/S2352-3018(15)00113-7. Publication en ligne 4 août 2015.*

Contexte: A mesure que l'accès au traitement antirétroviral (TARV) se généralisera, un nombre croissant de patients âgés démarrera un traitement et aura besoin de soins de longue durée spécialisés. Pourtant, l'effet de l'âge dans les programmes du TARV dans les milieux où les ressources sont limitées est encore mal compris. Les personnes touchées par l'épidémie de VIH vieillissent rapidement et l'Afrique du Sud compte l'une des plus fortes prévalences de la séropositivité au monde. **Nous avons analysé l'effet de l'âge sur la mortalité des patients sous TARV en Afrique du Sud et si cet effet est induit par le statut immunologique de départ.**

Méthodes: Dans cette analyse de cohorte rétrospective, **nous avons étudié des patients séropositifs de 16 à 80 ans ayant démarré un TARV pour la première fois dans six grandes cohortes sud-africaines** de l'leDEA (International Epidemiologic Databases to Evaluate AIDS)-collaboration sud-africaine, au KwaZulu-Natal, dans le Gauteng et au Cap occidental (deux centres de soins primaires, trois hôpitaux et une vaste cohorte rurale). **Le critère principal était la mortalité.** Nous avons vérifié l'état civil des patients en établissant des liens avec le Registre national de la population. Nous avons utilisé une pondération selon la probabilité inverse pour rectifier la mortalité compte tenu de la perte de suivi. Nous avons estimé la mortalité à l'aide d'une régression à risques proportionnels et à risques concurrents de Cox. **Nous avons testé l'interaction entre la numération de CD4 de départ et l'âge.**

Résultats: Entre le 1^{er} janvier 2004 et le 31 décembre 2013, 84 078 adultes éligibles ont démarré un TARV. Parmi eux, nous avons suivi 83 566 patients pendant 174 640 patients-années. **8% des patients de 16 à 29 ans (1817 sur 23 258) sont décédés, contre 19% des patients de 65 ans ou plus (93 sur 492). Le risque relatif de mortalité ajusté en fonction de l'âge était de 2,52 (IC 95% 2,01-3,17) pour les personnes de 65 ans ou plus, par rapport aux 16-29 ans. Chez les patients**

débutant un TARV avec une numération de CD4 inférieure à 50 cellules par μL , le risque relatif de mortalité ajusté était de 2,52 (2,04-3,11) pour les personnes de 50 ans ou plus, par rapport aux 16-39 ans. La mortalité la plus élevée a été observée chez les patients présentant une numération de CD4 inférieure à 50 cellules par μL , et 15% de tous les patients de 50 ans ou plus (1103 sur 7295) débutant un TARV se trouvaient dans ce groupe. La proportion de patients de 50 ans ou plus mettant en route un TARV a augmenté les années suivantes, de 6% (290 sur 4999) en 2004 à 10% (961 sur 9657) en 2012-13, représentant 9% du nombre total de recrutements (7295 sur 83 566). A la fin de l'étude, 6304 (14%) des 44 909 patients encore en vie et recevant des soins étaient âgés de 50 ans ou plus.

Interprétation: **Les services sanitaires ont besoin de se réorienter vers le diagnostic du VIH et le démarrage du TARV chez d'autres personnes. De nouvelles politiques doivent être adoptées pour les soins de longue durée des personnes âgées vivant avec le VIH.**

Accès à l'abrégé

Note de la rédaction: *L'article porte sur une analyse de cohorte rétrospective qui a étudié l'effet de l'âge sur la mortalité des personnes débutant un traitement antirétroviral (TARV) en Afrique du Sud. De précédentes études ont déjà montré que les personnes âgées présentaient une mortalité supérieure et un risque de perte de vue plus faible comparativement aux jeunes adultes sous TARV. Les personnes âgées sous TARV présentent également une moins bonne récupération immunologique sous TARV.*

Les investigateurs ont utilisé les données de six cohortes sud-africaines. Leurs données, comptant plus de 80 000 personnes ayant débuté un TARV entre 2004 et 2013, incluaient un nombre beaucoup plus élevé d'adultes âgés que les précédents comptes rendus, notamment dans les pays à revenu faible et intermédiaire. Ceci a permis aux investigateurs de s'intéresser aux caractéristiques initiales des personnes âgées lors de l'instauration du TARV, comme la numération de CD4 et le lien avec la mortalité, ce qui n'aurait peut-être pas été possible dans une analyse de cohortes individuelles.

Les auteurs ont observé des proportions en hausse de personnes de plus de 50 ans instaurant un TARV les années suivantes, de 6% en 2004 à 10% en 2013. Ils ont confirmé les résultats d'études précédentes selon lesquels la mortalité augmentait avec l'âge lors de l'instauration du TARV, à l'inverse de la perte de vue. Ils ont également affirmé que la récupération immunologique était réduite chez les personnes âgées, avec une augmentation plus faible de la numération de CD4 chez les personnes âgées que chez les plus jeunes.

Chose intéressante, ils ont trouvé que l'effet de l'âge sur la mortalité était maximal chez les personnes présentant la plus faible numération initiale de CD4 (moins de 50 cellules/ mm^3). Les personnes âgées présentaient un risque de décès 2,5 fois plus élevé que les jeunes dans ce groupe. Chez les personnes présentant une numération de CD4 supérieure (plus de 200 cellules/ mm^3), l'effet de l'âge lors de l'instauration du TARV était moins fort. De plus, environ 15% des personnes de 50 ans ou plus ont débuté un TARV à une numération de CD4 inférieure à 50 cellules / mm^3 et devraient donc être en position prioritaire comme groupe clé de personnes ayant besoin d'une attention supplémentaire dans les programmes de TARV.

L'absence de stratégies de prévention et de dépistage du VIH pour les personnes âgées peut être l'une des explications des retards de diagnostic et d'instauration du TARV. En outre, les travailleurs de santé pensent moins automatiquement à demander un diagnostic du VIH chez des personnes âgées.

Les auteurs suggèrent que certaines de ces personnes âgées peuvent vivre avec le VIH depuis longtemps malgré l'absence de TARV et il serait intéressant d'approfondir les recherches sur ce sujet.

4. Éviter les décès liés à la tuberculose

Les causes de l'hospitalisation chez les personnes vivant avec le VIH dans le monde: revue systématique et méta-analyse.

Ford N, Shubber Z, Meintjes G, Grinsztejn B, Eholie S, Mills EJ, Davies MA, Vitoria M, Penazzato M, Nsanzimana S, Frigati L, O'Brien D, Ellman T, Ajose O, Calmy A, Doherty M. *Lancet HIV*. Oct 2015;2(10):e438-44. Doi: 10.1016/S2352-3018(15)00137-X. Publication en ligne 11 août 2015.

Contexte: La morbidité associée à l'infection par le VIH est mal caractérisée, c'est pourquoi **nous avons voulu étudier le rôle joué par différentes comorbidités dans l'hospitalisation et la mortalité à l'hôpital chez les adultes et les enfants vivant avec le VIH dans le monde.**

Méthodes: Au moyen d'une vaste stratégie de recherche combinant des termes pour l'hospitalisation et l'infection par le VIH, nous avons fait des recherches dans MEDLINE via PubMed, Embase, Web of Science, LILACS, AIM, IMEMR et WPIMR du début jusqu'au 31 janvier 2015 afin d'identifier les études indiquant la cause des hospitalisations chez les personnes vivant avec le VIH. Nous nous sommes intéressés aux données fournies après 2007, la période durant laquelle a débuté la généralisation de l'accès au traitement antirétroviral. Nous avons estimé les proportions globales d'hospitalisations et de décès par catégorie de maladie à l'aide de modèles à effets aléatoires. Nous avons stratifié les données par région géographique et par âge.

Résultats: **Nous avons obtenu les données de 106 cohortes, avec les causes déclarées d'hospitalisation pour 313 006 adultes et 6182 enfants vivant avec le VIH. Pour les adultes, les maladies liées au sida (25 119 patients, 46%, IC 95% 40-53) et les infections bactériennes (14 034 patients, 31%, 20-42) étaient les premières causes d'hospitalisation.** Ces deux catégories étaient les causes les plus fréquentes d'hospitalisation chez les adultes **dans toutes les zones géographiques et les causes les plus fréquentes de mortalité.** Les causes fréquentes d'hospitalisation spécifiques à chaque région incluaient la malnutrition et la fonte musculaire, les infections parasitaires et les troubles hématologiques en Afrique; les maladies respiratoires, les troubles psychiatriques, les maladies rénales, les maladies cardiovasculaires et les maladies hépatiques en Europe; les troubles hématologiques en Amérique du nord; et les maladies respiratoires, neurologiques, digestives et hépatiques, les infections virales et la toxicité médicamenteuse en Amérique centrale et du sud, **Chez l'enfant, les maladies liées au sida (783 patients, 27%, IC 95% 19-34) et les infections bactériennes (1190 patients, 41%, 26-56) étaient les principales causes d'hospitalisation,** suivies par la malnutrition et la fonte musculaire, les troubles hématologiques et, en Afrique, le paludisme. La mortalité chez les personnes hospitalisées était de 20% (IC 95% 18-23, 12 902 décès) chez les adultes et de 14% (10-19, 643 décès) chez les enfants.

Interprétation: **Cette revue montre l'importance d'un diagnostic et d'un traitement rapides du VIH, et la nécessité de renforcer les recommandations existantes pour proposer une chimioprophylaxie et une vaccination contre les principales maladies infectieuses évitables aux personnes vivant avec le VIH afin de réduire la morbidité grave liée ou non au sida.**

[Accès à l'abrégé](#)

Note de la rédaction: *Malgré la disponibilité croissante du traitement antirétroviral (TARV), les maladies associées au VIH restent une importante cause de maladie et de décès. Dans cette revue systématique, les auteurs résument les données publiées concernant les causes d'hospitalisation chez les personnes séropositives depuis 2007. Cette date a été choisie du fait que l'accès au TARV était limité avant 2007.*

*Globalement, les causes les plus fréquentes d'hospitalisation chez l'adulte, toutes régions géographiques confondues, étaient les maladies liées au sida et les infections bactériennes. La tuberculose était la cause la plus fréquente chez l'adulte, représentant 18% de toutes les hospitalisations, suivie de la pneumonie bactérienne (15%). Chez l'enfant, de même, les maladies liées au sida (et notamment la tuberculose et la pneumonie à *Pneumocystis*) et les infections bactériennes étaient les causes d'hospitalisation les plus fréquentes. Chez les 20% d'adultes décédés pendant leur hospitalisation, les causes de décès les plus fréquentes étaient la tuberculose, les infections bactériennes, la toxoplasmose cérébrale et la méningite cryptococcique. Chez les enfants, les causes de décès les plus fréquentes étaient la tuberculose, les infections bactériennes et la pneumonie à *Pneumocystis*. La tuberculose a probablement été sous-estimée dans ces études. Les autopsies démontrent systématiquement que près de la moitié des personnes séropositives chez qui une tuberculose a été décelée à l'autopsie n'avaient pas été diagnostiquées avant leur décès.*

La revue souligne que la majorité des maladies graves associées au VIH reste attribuable à une immunosuppression avancée. Ceci se traduit chez les adultes par une numération médiane de CD4 lors de l'hospitalisation de 168 cellules par μ l. Environ 30% des personnes dépistées pour la première fois étaient séropositives au moment de l'hospitalisation. La revue souligne la nécessité de promouvoir le dépistage du VIH afin que les personnes séropositives puissent accéder au TARV et éviter les complications liées aux stades avancés de la maladie à VIH. Elle insiste également sur la nécessité de mieux couvrir le dépistage de la tuberculose et le traitement préventif chez les personnes sans maladie active.

Impact d'un package communautaire intégré de soins de santé maternelle et néonatale sur l'alimentation du nourrisson durant les 12 premières semaines de vie: essai par sondage aléatoire en grappes dans un township d'Afrique du sud.

Ijumba P, Doherty T, Jackson D, Tomlinson M, Sanders D, Swanevelder S, Persson LA. Public Health Nutr. Oct 2015;18(14):2660-8. doi: 10.1017/S1368980015000099. Publication en ligne 9 fév 2015.

Objectif: Analyser l'impact des services de conseil communautaire sur l'alimentation du nourrisson durant les 12 semaines suivant la naissance, et étudier si les effets diffèrent en fonction du statut VIH maternel, du niveau d'éducation ou de la richesse du ménage.

Conception : Essai par sondage aléatoire en grappes avec quinze grappes dans chaque bras pour évaluer un package de services intégré prévoyant deux visites à domicile pendant la grossesse et cinq en période post-natale, proposé par les travailleurs de santé communautaires. Les données sur l'alimentation des nourrissons ont été recueillies par un rappel des 24h sur dix-neuf aliments et boissons.

Localisation: Un township près de Durban, en Afrique du Sud.

Sujets: Femmes enceintes (1894 dans le groupe intervention et 2243 dans le groupe témoin) de 17 ans ou plus.

Résultats: Douze semaines après la naissance, 1629 couples mère-enfant (intervention) et 1865 couples mère-enfant (témoin) étaient disponibles pour l'analyse. Les conditions socio-économiques

différentiel légèrement selon les groupes d'intervention qui étaient étudiés dans les analyses. Cela n'a pas eu d'effet sur le démarrage précoce de l'allaitement maternel. **A l'âge de 12 semaines, l'intervention a multiplié par deux l'allaitement maternel exclusif (OR=2,29; IC 95 % 1,80, 2,92), a augmenté l'allaitement au biberon exclusif (OR=1,70; IC 95 % 1,28, 2,27), a augmenté l'allaitement maternel prédominant (OR=1,71; IC 95 % 1,34, 2,19), a diminué l'allaitement au biberon mixte (OR=0,68; IC 95 % 0,55, 0,83) et a diminué l'allaitement maternel mixte (OR=0,54; IC 95 % 0,44, 0,67). L'effet sur l'allaitement maternel exclusif à 12 semaines était plus fort chez les mères séronégatives que chez les mères séropositives (P=0,01), tandis que l'effet sur l'allaitement au biberon mixte était significatif seulement chez les mères séropositives (P=0,03). L'effet sur l'allaitement exclusif n'était pas différent selon la richesse du ménage ou le niveau d'éducation maternelle.**

Conclusions: Un package d'interventions périnatales délivré par les travailleurs de santé communautaires a été efficace pour augmenter l'allaitement maternel exclusif, l'allaitement au biberon exclusif et diminuer l'alimentation mixte.

[Accès à l'abrégé](#)

***Note de la rédaction:** Cet essai évalue la mise à disposition d'un package intégré de services de conseil basés sur des entretiens motivationnels lors de visites à domicile effectuées par des travailleurs de santé communautaires salariés à temps plein et supervisés de manière systématique sur les pratiques d'allaitement maternel. Il a observé des effets plus marqués chez les mères séronégatives que chez les mères vivant avec le VIH. C'est un aspect particulièrement important dans un milieu où l'allaitement maternel exclusif n'est pratiqué que par 8% des mères et où les messages sur la sécurité de l'allaitement maternel chez les mères vivant avec le VIH ont été confus. L'effet réduit observé chez les mères vivant avec le VIH peut s'expliquer par la mise à disposition gratuite de lait maternisé à ces mères de 2002 à 2011 et par les pratiques culturelles d'allaitement. Les entretiens de sortie avec les travailleurs de santé communautaires ont révélé qu'aucune mère n'avait allaité son bébé au sein exclusivement, ce qui a pu avoir un impact sur leur fourniture du programme. Il faut poursuivre le travail pour communiquer les messages sur la nécessité de l'allaitement maternel exclusif chez les mères vivant avec le VIH.*

5. Parer à l'insuffisance des ressources

Coût du traitement du VIH/sida en Indonésie selon la durée du traitement et le stade de la maladie.

Siregar AY, Tromp N, Komarudin D, Wisaksana R, van Crevel R, van der Ven A, Baltussen R. BMC Health Serv Res. 30 sept 2015;15(1):440. doi: 10.1186/s12913-015-1098-3.

Contexte: Nous présentons une **analyse économique des soins et du traitement du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) en Indonésie** afin d'évaluer les options et les limitations en matière de réduction des coûts, d'amélioration de l'accès et de généralisation des services.

Méthodes: Nous avons calculé le **coût de la fourniture de soins et de traitements du VIH dans un hôpital central de la province de Java occidentale, Indonésie** de 2008 à 2010, différencié par l'instauration du traitement à différentes numérations de CD4 (0-50, 50-100, 100-150, 150-200 et >200 cellules/mm³); la durée du traitement, les composantes de coût des soins du VIH et des infections opportunistes et le coût supporté par les patients pour aller chercher et bénéficier des soins.

Discussion: Avant l'**instauration du traitement antirétroviral (TARV)**, la majeure partie des coûts était représentée par les analyses de laboratoire (>65%) et, après l'instauration, par les **antirétroviraux** (≥60%). Le coût de traitement moyen par patient a **diminué selon la durée sous traitement** (ex. de 580 \$US par patient pour les 6 premiers mois à 473 \$US par patient pour les mois 19 à 24 pour ceux ayant une numération de CD4 inférieure à 50 cellules/mm³). **Une numération de CD4 plus élevée à l'instauration a entraîné une diminution des coûts des analyses de laboratoire et des traitements contre les infections opportunistes.** Les coûts de transport étaient les plus élevés des coûts supportés par les patients pour aller chercher et bénéficier des soins (>40%).

Conclusions: **Les coûts de mise à disposition du TARV sont le plus élevé pendant la phase de traitement initiale.** Une diminution des coûts **peut potentiellement être obtenue par l'instauration précoce d'un traitement et par l'application prudente d'analyses de laboratoire alternatives.** Le **déploiement du TARV à l'échelle de la communauté dans certains milieux à forte prévalence peut améliorer l'utilisation précoce, l'adhérence et réduire les frais de transport.**

Résumé Accès [gratuit] au texte intégral

***Note de la rédaction:** On dispose d'éléments probants de plus en plus nombreux sur les coûts du traitement et des soins du VIH mais ils sont jusqu'à présent essentiellement limités aux milieux d'Afrique subsaharienne. Une revue menée par Siapka et al. en 2014 a répertorié 31 études portant sur le coût unitaire du traitement antirétroviral, dont 10 seulement étaient localisées en dehors de l'Afrique et quatre en Asie et dans le Pacifique. Cette étude apporte des données probantes nécessaires sur les coûts du TARV en Indonésie. Elle sera importante pour les décideurs politiques indonésiens lorsqu'ils chercheront à déployer le traitement anti-VIH - notamment dans le contexte des récentes réformes des directives en matière de fourniture du TARV.*

Les résultats de cette étude confirment largement les éléments trouvés ailleurs. Le coût des médicaments antirétroviraux est le principal facteur de coût, suivi de près par le traitement des infections opportunistes. Le coût de la fourniture du TARV est donc maximal lors de la phase d'instauration du traitement puis diminue lorsque la routine des soins est établie. Pour la même raison, cette étude a également révélé que les coûts de traitement des personnes présentant une numération de CD4 > 200 étaient sensiblement inférieurs aux coûts de traitement des personnes présentant une numération de CD4 < 200.

Les coûts unitaires par personne et par an vont de 1699 \$ à 2346 \$. Ces chiffres sont plus élevés que ceux précédemment publiés d'après des études menées en Thaïlande, au Viet Nam et en Inde, comme l'indique Siapka et al. Il est difficile de dire s'ils sont représentatifs des coûts du TARV en général en Indonésie car c'est la première étude à donner les coûts de ce pays.

Les auteurs indiquent que la mise à disposition d'un traitement du VIH à l'échelle de la communauté peut réduire les coûts. Il est difficile de dire d'après les résultats de l'étude si c'est effectivement le cas, car les coûts sont estimés pour un seul établissement de santé (le plus grand hôpital central public de la province de Java occidentale). Cependant, cela pose une question intéressante en vue des recherches futures. Avec des données probantes supplémentaires sur les coûts de mise à disposition du traitement et des soins du VIH dans divers milieux en Indonésie, les politiques seraient plus pertinentes et les décideurs identifieraient mieux les moyens potentiels d'amélioration de l'efficacité.

6. Éliminer la stigmatisation et la discrimination

Faisabilité d'un programme de prévention du VIH combiné pour les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes à Blantyre, au Malawi.

Wirtz AL, Trapence G, Jumbe V, Umar E, Ketende S, Kamba D, Berry M, Stromdahl S, Beyrer C, Muula AS, Baral S. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 1^{er} oct 2015;70(2):155-62. doi: 10.1097/QAI.0000000000000693.

Introduction: L'utilisation d'interventions combinées de prévention du VIH (ICPV) représente désormais le traitement de référence pour minimiser les risques d'acquisition du VIH chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH). L'évaluation de ces approches est restée limitée dans les milieux où l'épidémie du VIH est généralisée et/ou les HSH sont stigmatisés. **Un programme d'ICPV faisant appel à des pairs afin de cibler les risques individuels, sociaux et structurels de VIH a été développé pour les HSH à Blantyre, au Malawi.**

Méthodes: Pour tester la faisabilité de l'ICPV, des HSH adultes ont été suivis dans une étude prospective de janvier 2012 à mai 2013. **Les participants (N = 103) ont répondu à des enquêtes socio-comportementales et ont passé des tests du VIH** à chacune des 3 visites de suivi de l'étude.

Résultats: Environ 90% des participants se sont rendus à chaque visite de l'étude et 93,2% (n=96) sont allés jusqu'à la visite finale. **Les participants ont rencontré en moyenne 3 fois des pairs éducateurs** (plage: 1-10) dans les visites de suivi 2 et 3. **L'utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel a progressé** de la visite initiale à la visite de suivi 3 **que ce soit avec les partenaires masculins principaux** (visite initiale: 62,5%, visite de suivi 3: 77,0%; P = 0,02) **et occasionnels** (visite initiale: 70,7%, visite de suivi 3: 86,3%; P = 0,01). **La divulgation des comportements/de l'orientation sexuelle à la famille a augmenté** de 25% à la visite de suivi 1 à 55% à la visite de suivi 3 (P < 0,01).

Discussion: **Les participants ont conservé un haut degré de maintien dans l'étude, ce qui souligne la faisabilité d'une démarche qui s'appuie sur les organisations à l'échelle communautaire pour recruter et maintenir les HSH dans les interventions de prévention et de traitement du VIH dans les milieux stigmatisants.** Une évolution du comportement sexuel et de la divulgation a été observée à l'échelle du groupe dans les milieux où les HSH se sentent en sécurité. **L'ICPV peut représenter un modèle utile pour fournir l'accès à d'autres moyens de prévention du VIH pour les HSH et faciliter le maintien dans les services de soins et de traitement pour les HSH vivant avec le VIH dans des environnements difficiles.**

[Accès au résumé](#)

Note de la rédaction: Les hommes gays et les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes sont une population clé difficile à atteindre dans de nombreuses régions d'Afrique subsaharienne. La stigmatisation et la pénalisation des rapports entre personnes de même sexe posent de nombreuses difficultés en matière d'amélioration de l'accès aux services de prévention et de traitement du VIH. Cette étude a testé la faisabilité d'un programme combiné de prévention du VIH pour les hommes gays et les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes au Malawi. Le programme s'est déroulé en trois volets. A l'échelle individuelle, les pairs éducateurs ont effectué un travail de sensibilisation pour augmenter l'utilisation du préservatif, des lubrifiants et d'autres méthodes de prévention. A l'échelle du secteur de la santé, des formations ont été dispensées aux médecins et aux infirmiers pour améliorer l'accès aux services. Au sein de la

communauté, des mesures ont été prises pour défendre les stratégies nationales contre le VIH et soutenir la dépénalisation de l'homosexualité. Les participants à l'étude ont été identifiés par un échantillonnage déterminé par les répondants. Le taux de rétention était très élevé dans la cohorte et sur 16 mois les participants ont déclaré une amélioration des effets associés au comportement. Cette étude a été mise en œuvre par une organisation de type communautaire et des pairs éducateurs et a utilisé plusieurs méthodes de protection de la confidentialité et de la vie privée des participants qui peuvent être adoptées par d'autres personnes travaillant dans des milieux stigmatisants. Dans l'ensemble, l'étude démontre que les programmes de prévention du VIH destinés aux hommes gays et aux autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes peuvent être mis en œuvre dès lors que des mesures de sécurité et une sensibilisation à la situation sociale et politique sont adoptées.

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

VIH/sida en Afrique du Sud: combien de personnes sont décédées des suites de la maladie entre 1997 et 2010 ?

Bradshaw D, Msemburi W, Dorrington R, Pillay-van Wyk V, Laubscher R, Groenewald P, team SN. AIDS. 27 oct 2015. [Publication en ligne avant impression]

Objectifs: Les estimations empiriques du nombre de décès dus au VIH/sida sont importantes pour planifier, budgéter et calibrer les modèles. Cependant, on considère souvent, à tort, le VIH/sida comme une cause de décès sous-jacente. Cette étude estime le véritable nombre de décès liés au sida d'après les statistiques de l'état civil sud-africain entre 1997 et 2010.

Méthodes: Des données sur les causes de décès à l'échelle individuelle ont été regroupées selon une liste locale du fardeau de la maladie et les causes initiales (c'est-à-dire les catégories de causes dans lesquelles les décès par sida ont été classés par erreur) qui ont enregistré une augmentation rapide. Après ajustement compte tenu de l'exhaustivité de l'enregistrement, le taux de mortalité des causes initiales, par âge et par sexe, a été régressé sur la prévalence décalée du VIH afin d'estimer le taux d'augmentation corrélé au VIH. Les tendances de fond des taux de mortalité par cause initiale ont été estimées d'après la tendance observée chez les 75-84 ans.

Résultats: Sur les 214 causes étudiées, 19 ont été identifiées comme des sources potentielles de détermination erronée des causes. Une grande proportion de décès dus à la tuberculose, aux infections respiratoires inférieures (essentiellement la pneumonie), aux maladies diarrhéiques et des causes naturelles mal définies ont été estimées liées aux VIH, avec seulement 7% des décès dus au sida estimés enregistrés comme VIH. Les décès dus au VIH/sida estimés ont augmenté rapidement, puis la tendance s'est inversée après 2006, totalisant 2,8 millions de décès sur la période entière. Le nombre était inférieur aux estimations de modèle de l'ONUSIDA et de l'étude sur la charge mondiale de morbidité.

Conclusion: Les estimations basées sur des modèles empiriques confirment le nombre considérable de vies perdues à cause du VIH/sida et devraient être utilisées pour calibrer des modèles de l'épidémie de sida qui semblent généralement trop bas pour les nourrissons mais trop élevés pour les autres groupes d'âge. Les médecins sont incités à spécifier VIH sur les avis de décès afin de fournir des statistiques fiables sur les causes de décès.

[Accès à l'abrégé](#)

Note de la rédaction : Dans plusieurs pays, le véritable nombre de décès liés au VIH est significativement sous-déclaré dans les données de l'état civil, d'où la difficulté de suivre les tendances de l'épidémie à partir de cette source. Cette étude décrit les nouvelles estimations de la mortalité associée au VIH sur la base des données empiriques de l'état civil dans le but de fournir des estimations exactes du nombre de décès liés au VIH en Afrique du Sud. L'étude estime que, de 1997 à 2010, 2,86 millions de décès en Afrique du Sud étaient dus au VIH, soit plus d'un tiers de tous les décès. Cependant, relativement peu de décès (7%) ont été enregistrés comme liés au VIH. Au pic de l'épidémie en 2006, les estimations tirées de l'état civil affichent des tendances plus faibles que les autres modèles. Tous les modèles ont estimé un déclin du nombre de décès liés au VIH après 2008, un résultat conforme au déploiement à grande échelle du traitement antirétroviral en Afrique du Sud et aux tendances rapportées d'après les données d'autopsie verbale pour tous les décès sur les sites de surveillance démographique dans les zones rurales d'Afrique du Sud. Cet article souligne l'importance de rapporter les causes exactes des décès liés au VIH dans le processus d'enregistrement des décès - pourtant, tant que le VIH restera stigmatisé, cela sera difficile à réaliser.

Utilisation et rendement des conseils et des tests du VIH chez les enfants et les adolescents en Afrique subsaharienne: revue systématique.

Govindasamy D, Ferrand RA, Wilmore SM, Ford N, Ahmed S, Afnan-Holmes H, Kranzer K. *J Int AIDS Soc.* 14 oct 2015;18(1):20182. doi: 10.7448/IAS.18.1.20182. eCollection 2015.

Introduction: Ces dernières années, les enfants et les adolescents sont apparus comme une priorité pour les services de prévention et de soins du VIH. **Nous avons réalisé une revue systématique pour étudier l'acceptabilité, le rendement et la prévalence des stratégies de conseil et de test du VIH (CTV) chez les enfants et les adolescents (5 à 19 ans) en Afrique subsaharienne.**

Méthodes: Des recherches électroniques ont été réalisées sur les bases de données MEDLINE, EMBASE, Global Health et celles des actes de conférence. **Les études traitant de l'acceptabilité, du rendement et de la prévalence du CTV et publiées entre janvier 2004 et septembre 2014 ont été incluses.** Les proportions globales de ces trois critères ont été estimées à l'aide d'un modèle à effets aléatoires. Une évaluation qualitative a été réalisée sur les études incluses.

Résultats et discussion: Au total 16 380 références potentielles ont été identifiées, dont **21 études (23 entrées) ont été incluses.** La plupart des études ont été réalisées au Kenya (n=5) et en Ouganda (n=5) et ont été jugées apporter des preuves de qualité modérée (n=15) à faible (n=7), avec des données non ventilées par âge. **Sept études ont traité des conseils et des tests proposés par le soignant (PITC), les autres traitant du CTV axé sur les familles (n=5), à domicile (n=5), à des fins de sensibilisation (n=5) et lié à l'école auprès d'élèves de l'école primaire (n=1). C'est auprès des patients hospitalisés que le PITC présentait les taux les plus élevés en matière d'acceptabilité (86,3%; intervalle de confiance [IC] de 95%: 65,5 à 100%), de rendement (12,2%; IC 95%: 6,1 à 18,3%) et de prévalence (15,4%; IC 95%: 5,0 à 25,7%). Le CTV axé sur les familles présentait une acceptation plus faible que le CTV à domicile (51,7%; IC 95%: 10,4 à 92,9% contre 84,9%; IC 95%: 74,4 à 95,4%) mais une prévalence plus élevée (8,4%; IC 95%: 3,4 à 13,5% contre 3,0%; IC 95%: 1,0 à 4,9%). Le CTV lié à l'école présentait une mauvaise acceptation et une faible prévalence.**

Conclusions: **Bien que le PITC puisse présenter une acceptabilité élevée concernant les tests, il faut accorder la priorité à l'évaluation des stratégies au-delà des milieux de soins (ex. le CTV à domicile dans les familles) afin d'identifier les personnes à un stade plus précoce de la progression de la maladie.** Des données sur le lien aux soins et le rapport coût-efficacité des stratégies de CTV sont nécessaires pour renforcer les politiques.

Note de la rédaction: *En Afrique subsaharienne, les enfants et les adolescents sont un groupe prioritaire pour les services de prévention et de soins du VIH. Les enfants et les adolescents vivant avec le VIH ont par rapport aux adultes moins de chances de connaître leur statut VIH, d'accéder au traitement et d'atteindre une suppression virale. Comme pour les adultes, la première démarche essentielle dans la prise en charge des enfants et des adolescents vivant avec le VIH est de leur proposer des services de conseil et de test du VIH appropriés. C'est la première revue systématique à évaluer les stratégies de conseil et de test du VIH dans cette tranche d'âge, de 5 à 19 ans. Une observation clé est le manque de données sur les services de conseil et de test pour cette tranche d'âge. La plupart des services répliquent les stratégies développées pour les adultes, sans tenir vraiment compte des besoins spécifiques des enfants et des adolescents. Les études montrent que le conseil et le test proposé par le soignant en centre de soins présentait une acceptation, un rendement et un lien aux soins relativement élevés mais avait tendance à identifier les personnes à un stade tardif de la maladie. En revanche, les approches communautaires avaient le potentiel de diagnostiquer les enfants asymptomatiques. Il conviendra d'évaluer des travaux supplémentaires sur les approches innovantes, de type familial et mobile.*