

# UNAIDS Science now

---

HIV this month. Numéro 10. Octobre 2015

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

## 1. Réduire la transmission par voie sexuelle

- La PrEP efficace dans les conditions du monde réel
- La PEP est une option méconnue pour les femmes à haut risque d'infection à Nairobi
- Préservatifs ou PrEP ? Prise de décisions des femmes pour la prévention de la transmission du VIH au Kenya et en Afrique du Sud
- La circoncision masculine peut réduire la transmission du VIH chez les HSH en Chine

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

- La simplification du parcours d'accès au TARV réduit la mortalité en Chine
- Taux élevé de recours à l'autotest du VIH chez les adolescents
- Violence du partenaire intime et recours et adhérence au traitement du VIH
- Quand passer au TARV de deuxième intention chez l'enfant ?
- Une meilleure intégration des programmes de lutte contre la consommation d'alcool est nécessaire à chaque étape de la cascade de traitement du VIH

## 3. Éviter les décès liés à la tuberculose

- Remonter à l'origine de la TB ultra-résistante
- Cancer du col invasif et VIH - accès nécessaire au dépistage pour les jeunes femmes

## 4. Parer à l'insuffisance des ressources

- Fourniture du TARV sur le lieu de travail: une solution potentiellement économique dans les milieux à forte prévalence
- Approche combinée - le mécanisme au plus fort impact pour réduire les nouveaux cas de VIH au Nigeria
- L'insécurité alimentaire chez les personnes vivant avec le VIH aux États-Unis: le temps du changement de politiques à l'échelle structurelle ?
- Dans quels milieux le rapport coût-efficacité du dépistage de la tuberculose par Xpert® MTB/RIF et microscopie LED auprès des personnes vivant avec le VIH est-il favorable ?

## 5. Renforcement de l'intégration de la riposte au VIH

- [Contraception pour les jeunes filles vivant avec le VIH: obstacles et leviers à la prestation de services au Kenya occidental](#)

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

Peter Godfrey-Faussett et Celeste Sandoval  
ONUSIDA

---

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

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

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

## 1. Réduire la transmission par voie sexuelle

**Prophylaxie pré-exposition pour prévenir l'acquisition de l'infection par VIH-1 (PROUD): résultats concernant l'efficacité de la phase pilote d'un essai pragmatique ouvert avec sondage aléatoire.**

*McCormack S, Dunn DT, Desai M, Dolling DI, Gafos M, Gilson R, Sullivan AK, Clarke A, Reeves I, Schembri G, Mackie N, Bowman C, Lacey CJ, Apea V, Brady M, Fox J, Taylor S, Antonucci S, Khoo SH, Rooney J, Nardone A, Fisher M, McOwan A, Phillips AN, Johnson AM, Gazzard B, Gill ON. Lancet. 9 sept 2015. pii: S0140-6736(15)00056-2. doi: 10.1016/S0140-6736(15)00056-2. [Publication en ligne avant impression]*

Contexte: **Des essais par sondage aléatoire contre placebo ont démontré qu'une prophylaxie pré-exposition (PrEP) quotidienne par voie orale basée sur l'association ténofovir-emtricitabine réduisait le risque l'infection par le VIH. Toutefois, ce bénéfice pourrait être neutralisé par la compensation des risques chez les usagers de la PrEP.** Nous avons mené l'étude PROUD afin d'évaluer cet effet.

Méthodes: **PROUD est un essai ouvert avec sondage aléatoire** réalisé dans 13 centres de santé sexuelle en Angleterre. **Nous avons recruté des hommes gays et d'autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, tous séronégatifs**, ayant eu des rapports anaux sans préservatif au cours des 90 derniers jours. **Les participants ont été répartis de manière aléatoire (1:1) en deux groupes pour recevoir une association de fumarate de ténofovir disoproxil (245 mg) et d'emtricitabine (200 mg) soit immédiatement soit après un délai d'attente de 1 an.** La sélection a été effectuée de manière aléatoire par accès en ligne à une liste informatisée centrale avec des tailles de blocs variables (stratification par site clinique). Le suivi était trimestriel. **Les principaux résultats pour la phase pilote étaient le temps nécessaire pour parvenir à 500 participants et le maintien; les résultats secondaires incluaient l'infection par le VIH incidente pendant la période d'attente, la sécurité, l'adhérence et la compensation des risques.** L'essai est enregistré au ISRCTN (numéro ISRCTN94465371) et sur ClinicalTrials.gov (NCT02065986).

Résultats: **Nous avons recruté 544 participants** (275 dans le groupe de traitement immédiat et 269 dans le groupe en attente de traitement) entre le 29 nov 2012 et le 30 avril 2014. **D'après les premières preuves d'efficacité, le comité directeur de l'essai a recommandé le 13 octobre 2014 que tous les participants en attente puissent recevoir une PrEP.** Le suivi de l'incidence du VIH a été effectué pour 243 sur 259 patients-années (94%) dans le groupe de traitement immédiat, contre 222 sur 245 patients-années (90%) dans le groupe en attente de traitement. **Trois infections par le VIH ont été observées dans le groupe de traitement immédiat (1,2/100 personnes-années) contre 20 dans le groupe en attente de traitement (9,0/100 personnes-années) malgré 174 prescriptions de prophylaxie post-exposition dans le groupe en attente de traitement (réduction relative de 86%, IC 90% 64-96, p=0,0001; différence absolue 7,8/100 personnes-années, IC 90% 4,3-11,3).** Treize hommes (IC 90% 9-23) dans une population similaire auraient besoin de bénéficier d'un an de PrEP pour éviter une infection par le VIH. Nous n'avons enregistré aucun effet indésirable grave; 28 événements indésirables, le plus souvent du type nausées, maux de tête et arthralgie, ont conduit à l'arrêt de la PrEP. **Nous n'avons décelé aucune différence entre les groupes dans l'occurrence d'infections sexuellement transmissibles, y compris de gonorrhée rectale et de chlamydia, malgré la suggestion d'une compensation des risques parmi certains bénéficiaires de la PrEP.**

Interprétation: **Dans cette population où l'incidence est élevée, la prise quotidienne de ténofovir-emtricitabine a procuré une protection encore plus élevée contre le VIH que dans les**

**essais contre placebo, allant à l'encontre des craintes que l'efficacité soit moindre dans le monde réel. Aucun signe d'augmentation des autres infections sexuellement transmissibles n'a été observé.** Nos résultats sont extrêmement favorables à l'ajout de la PrEP aux méthodes préventives de référence pour les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes à risque d'infection par le VIH.

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

***Note de la rédaction:** L'étude PROUD était un essai pragmatique ouvert avec sondage aléatoire contre placebo conçu pour évaluer l'efficacité de la prophylaxie pré-exposition (PrEP) chez les hommes gays et les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, afin d'évaluer si les bénéfices sont neutralisés par la compensation des risques chez les usagers de la PrEP. Durant la phase pilote de l'étude visant à tester la faisabilité d'un essai à grande échelle, les investigateurs ont observé une incidence étonnamment élevée d'infections par le VIH. Elle était sept fois plus élevée que l'estimation nationale rapportée pour les hommes gays et les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes au Royaume-Uni. L'incidence de l'infection par le VIH était significativement plus faible dans le groupe désigné pour recevoir la PrEP immédiatement que dans le groupe désigné pour la recevoir après une période d'attente d'un an. De plus, la réduction de l'incidence du VIH était plus importante que dans les résultats des essais contre placebo. En conséquence, l'essai a été interrompu prématurément, sur la recommandation du comité directeur de l'essai. L'incidence élevée du VIH suggère que, malgré les vastes critères d'éligibilité, la population de l'étude était extrêmement sélective et que l'offre de PrEP a attiré les hommes à haut risque de VIH et les plus susceptibles d'en bénéficier. Malgré certaines limitations, par exemple l'absence de données sur l'adhérence et le comportement sexuel, les résultats de cette étude sont encourageants et ont des conséquences importantes en matière de prévention du VIH. Ils indiquent que la PrEP est efficace dans le monde réel, en particulier dans une population qui est consciente de son risque d'infection par le VIH. En outre, il n'existe aucun signe de compensation des risques chez les bénéficiaires de la PrEP.*

### **Les obstacles à l'utilisation de la prophylaxie post-exposition chez les travailleuses du sexe de Nairobi.**

*Olsthoorn AV, Sivachandran N, Bogoch I, Kwantampora J, Kimani M, Kimani J, Kaul R. AIDS. 13 sept 2015. [Publication en ligne avant impression]*

**Introduction :** Les travailleuses du sexe (TDS) en Afrique subsaharienne sont particulièrement exposées au risque d'infection par le VIH. La prophylaxie post-exposition (PEP) est disponible dans le cadre d'un programme de soins et de prévention du VIH dans des centres de soins réservés aux TDS à Nairobi, au Kenya, mais est sous-utilisée. Nous avons évalué la connaissance, l'accès et l'adhérence à la PEP parmi les bénéficiaires des centres de soins.

**Méthodes:** Un questionnaire anonyme a été administré à des TDS séronégatives sans sélection préalable. Les participantes ont été réparties dans des catégories de risque élevé et faible de VIH suivant les pratiques sexuelles autodéclarées, et l'utilisation antérieure de la PEP et les connaissances et l'adhérence à cette prophylaxie ont ensuite été évaluées.

**Résultats:** Cent trente-quatre TDS séronégatives ont participé, parmi lesquelles 64 (48%) ont été classées dans la catégorie à haut risque d'acquisition du VIH. Les TDS à haut risque étaient moins susceptibles d'avoir entendu parler de la PEP ou d'y avoir eu accès que les TDS à faible risque (respectivement 37,5 contre 58,6%,  $P = 0,014$ ; et 21,9 contre 40,6%,  $P = 0,019$ ). Parmi les TDS à haut risque, celles ayant eu accès à une PEP étaient moins réticentes à déclarer un traitement

**pour une infection génitale** (71,4 contre 42,0%,  $P = 0,049$ ) **ou des rapports sexuels avec un homme séropositif** (62,5 contre 37,5%,  $P = 0,042$ ) durant les six derniers mois. Cependant, **seules 35,7% des femmes à haut risque ayant accès à une PEP sont allées au bout du traitement**, et celles qui ne sont pas allées jusqu'au bout étaient moins réticentes à déclarer un précédent rapport sexuel non protégé avec un homme séropositif ( $P = 0,023$ ).

Conclusion: **Malgré la disponibilité de la PEP pour les TDS de Nairobi, les femmes à plus haut risque étaient moins susceptibles d'avoir entendu parler de la PEP, d'accéder à la PEP ou d'aller jusqu'au bout du traitement une fois instauré.** Les apports du programme doivent être améliorés pour garantir que les TDS les plus à risque soient capables de bénéficier de cette ressource.

[Accès au résumé](#)

***Note de la rédaction:** A la suite des résultats des études récemment terminées sur la prophylaxie pré-exposition (PrEP) orale, le thème de la prévention basée sur les antirétroviraux (ARV) est beaucoup débattu sur le terrain actuellement. Cet engouement s'explique également par les nouvelles directives de l'Organisation mondiale de la santé qui préconisent de traiter immédiatement toute personne testée positive au VIH, quelle que soit la numération de CD4, et d'instaurer une PrEP chez les personnes présentant un risque sensiblement élevé d'acquisition du VIH. D'autre part, la prophylaxie post-exposition (PEP), qui consiste à administrer pendant un mois une dose quotidienne d'ARV aux personnes récemment exposées ou suspectées d'avoir été exposées au VIH, existe depuis près de deux décennies. Pourtant, malgré les nouvelles directives de l'OMS publiées en 2014, elle est difficile à mettre en œuvre avec succès dans les cas d'exposition sexuelle suspectée. Cet article présente un cas illustrant combien, malgré l'aide de la politique nationale et la disponibilité dans les centres de soins, les femmes à haut risque ne connaissent pas la PEP et n'y ont pas accès autant qu'elles le pourraient. Cette étude a permis de corrélérer l'association des risques et du besoin de soins pédiatriques avec l'accès à la PEP sans abandon avant la fin. Cela apporte un éclairage intéressant sur les moyens d'élaborer les messages et l'information sur la PEP. La PEP pourrait être un outil puissant de la boîte à outils de prévention par les ARV et des stratégies de prévention combinées au sens large dans les pays. Cependant, il est clair que les efforts visant à améliorer l'accès et l'utilisation nécessiteront une attention et un enthousiasme ciblés, en même temps que le soutien aux autres options de prévention arrivant sur le marché.*

**Motivations qui poussent à limiter les autres pratiques de réduction du risque de VIH en cas de prise d'une prophylaxie pré-exposition: résultats d'une étude qualitative menée auprès de femmes au Kenya et en Afrique du Sud.**

Corneli A, Namey E, Ahmed K, Agot K, Skhosana J, Odhiambo J, Guest G. *AIDS Patient Care STDS*. Sept 2015;29(9):503-9. doi: 10.1089/apc.2015.0038. Publication en ligne 21 juil 2015.

Les résultats d'une **enquête menée auprès de femmes à risque élevé de VIH à Bondo, Kenya et à Pretoria, Afrique du Sud, ont montré qu'une proportion importante d'entre elles serait tentée de réduire leur recours aux autres pratiques de réduction du risque de VIH si elles prenaient une prophylaxie pré-exposition (PrEP).** Pour analyser les motivations de leur changement de comportement attendu, **nous avons mené des entretiens qualitatifs auprès de 60 femmes dont les réponses à l'enquête ont suggéré qu'elles seraient plus susceptibles de limiter l'utilisation du préservatif ou d'avoir des rapports sexuels avec un nouveau partenaire si elles prenaient une PrEP que si elles n'étaient pas sous PrEP. Trois thématiques liées les unes aux autres ont été identifiées:** (1) "La PrEP protège"- **La PrEP était perçue comme une méthode efficace de**

**prévention du VIH qui remplaçait la nécessité du préservatif; (2) les préservatifs étaient une source de conflit dans les relations**, et la PrEP offrirait la possibilité de résoudre ou d'éviter ce conflit et (3) **avoir des rapports sexuels sans préservatif ou avec un nouveau partenaire était nécessaire pour recevoir des biens matériels et une assistance financière**-la PrEP serait une forme de réconfort dans de telles situations. Nombre d'entre elles pensaient que la PrEP seule serait une stratégie de réduction des risques de VIH suffisante. Ces résultats suggèrent que les **intentions des participantes en matière de réduction des risques de VIH**, si elles devaient utiliser une PrEP, étaient **essentiellement basées sur leur compréhension de la grande efficacité de la PrEP et leur expérience de la limitation du préservatif**. Il est nécessaire de renforcer les conseils afin de promouvoir la prise de décision en toute connaissance de cause et de garantir une bonne santé sexuelle globale aux femmes utilisant la PrEP à des fins de prévention du VIH, en particulier pour la prévention des grossesses et d'autres infections sexuellement transmissibles lorsque la PrEP est utilisée seule.

[Accès au résumé](#)

***Note de la rédaction:** Les nouveaux moyens et messages de prévention du VIH peuvent être compris différemment selon les personnes. Par exemple, la protection "d'environ 60%" contre l'infection par le VIH qui est procurée chez l'homme par la circoncision masculine médicale n'est pas toujours bien comprise. Certains hommes pensent que les niveaux de protection sont plus élevés. Les auteurs de cet article décrivent les intentions des femmes quant aux méthodes de prévention du VIH dans le cas où une prophylaxie pré-exposition (PrEP) serait disponible. L'étude porte sur les intentions, et non sur les comportements réels, des femmes, mais les résultats fournissent un aperçu utile de la façon dont sont interprétés les messages de prévention. Dans ce cas, la nouvelle méthode est considérée comme offrant une alternative à l'utilisation du préservatif. Les auteurs décrivent les raisons données par les femmes pour ne pas utiliser de préservatifs, fondées sur leur croyance que la PrEP les protégerait de l'acquisition du virus. Les auteurs suggèrent que les conseils aux femmes pour les informer des autres bénéfices du préservatif, au-delà de la protection contre le VIH, sont nécessaires lorsque la PrEP est instaurée comme méthode de prévention du VIH. Quoi qu'il en soit, les raisons données par les femmes pour refuser d'utiliser des préservatifs étaient le caractère inéquitable des relations avec leurs partenaires. La décision d'utiliser le préservatif reste le plus souvent prise par l'homme. Même si certaines femmes ont résolument rejeté le préservatif car il réduisait le plaisir sexuel, de nombreuses autres voyaient dans la non utilisation du préservatif une façon de faire durer leur relation. Les auteurs soulignent que les stratégies de prévention doivent non seulement soutenir les choix des femmes mais aussi tenir compte des femmes qui n'ont pas le choix.*

**Diminution du risque de VIH chez les hommes circoncis ayant des rapports sexuels avec des hommes en Chine: Étude transversale sur les interactions avec le rôle joué dans les rapports anaux.**

*Qian HZ, Ruan Y, Liu Y, Milam DF, HM LS, Yin L, Li D, Shepherd BE, Shao Y, Vermund SH. J Acquir Immune Defic Syndr. 21 sept 2015. [Publication en ligne avant impression]*

Contexte: **La circoncision masculine médicale et volontaire réduit le risque de transmission hétérosexuelle du VIH chez l'homme mais son effet sur la transmission sexuelle d'homme à homme est incertain.**

Méthodes: Le statut de circoncision des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) en Chine a été évalué par examen génital et autodéclaration. Le rôle joué pendant les rapports

anaux a été évalué par un entretien sur le questionnaire. Le statut sérologique pour le VIH et la syphilis a été confirmé.

Résultats: **Parmi 1155 participants** (242 séropositifs connus et 913 au statut VIH inconnu lors du recrutement), le taux de circoncision par autodéclaration (10,4%) était plus élevé que celui confirmé par l'examen génital (8,2%). **La circoncision masculine (après examen) était associée à 47% de risques en moins d'être séropositif (rapport de côtes ajusté [ORa], 0,53; intervalle de confiance [IC] de 95%, 0,27-1,02)** après ajustement compte tenu des covariables démographiques, du nombre de partenaires sexuels masculins durables et du rôle joué dans les rapports anaux. **Parmi les HSH qui avaient un rôle principalement actif dans les rapports anaux, les hommes circoncis présentaient des risques d'infection par le VIH inférieurs de 62% par rapport aux hommes non circoncis (ORa, 0,38, IC 95%, 0,09-1,64).** Parmi les hommes dont la position dans les rapports anaux était principalement passive ou indéterminée, les hommes circoncis présentaient des risques d'infection par le VIH inférieurs de 46% par rapport aux hommes non circoncis (ORa, 0,54, IC 95%, 0,25-1,14). Comparativement aux hommes non circoncis déclarant jouer un rôle indéterminé ou principalement passif lors des rapports anaux, ceux qui étaient circoncis et déclaraient pratiquer des rapports anaux actifs présentaient un risque inférieur de 85% (ORa, 0,15; IC 95%, 0,04-0,65). La circoncision n'était pas clairement associée à un risque moindre de syphilis (ORa, 0,91; IC 95%, 0,51-1,61).

Conclusions: **Les HSH circoncis présentaient moins de risques d'acquisition du VIH, la diminution la plus nette se retrouvant chez les hommes pratiquant principalement des rapports anaux actifs.** Un essai clinique doit être effectué.

[Accès au résumé](#)

*Note de la rédaction: Les essais contrôlés par sondage aléatoire dans les zones marquées par une prévalence élevée du VIH en Afrique ont montré que la circoncision masculine médicale et volontaire (CMMV) pouvait réduire d'environ 60% l'acquisition hétérosexuelle du VIH chez l'homme. Toutefois, les éléments de preuve sont moins clairs quant à savoir si la protection procurée par la CMMV s'applique aussi aux hommes gays et aux autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes en réduisant l'acquisition du VIH chez le partenaire actif lors des rapports anaux. Cette étude transversale sur des hommes gays et d'autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes en Chine suggère que, globalement, les risques de séropositivité chez les hommes circoncis étaient environ deux fois moins élevés que chez les hommes non circoncis, après ajustement compte tenu des différences relatives aux facteurs démographiques et au comportement sexuel.*

*Biologiquement, la circoncision favorise la protection des hommes gays et des autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes qui jouent un rôle exclusivement ou principalement actif lors du rapport et, chez les hommes de ce groupe, l'effet protecteur était légèrement plus élevé, quoique pas statistiquement significatif. Ceci soutient une méta-analyse qui a observé un résultat similaire parmi les hommes gays et les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes qui assumaient un rôle actif lors de rapports anaux. A l'instar des conclusions d'autres études, aucune association n'a été observée entre la CMMV et l'infection par la syphilis dans cette population. Les auteurs soulignent que les stratégies de prévention du VIH chez les hommes gays et les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes restent limitées en Chine, et suggèrent que des études soient réalisées afin d'évaluer la faisabilité d'un essai contrôlé par sondage aléatoire multicentrique sur l'effet de la CMMV sur l'acquisition du VIH chez les hommes gays et les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes dans ce cadre.*

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

### **Simplification des tests de dépistage et du traitement du VIH en Chine: analyse des taux de mortalité avant et après une intervention structurelle.**

*Wu Z, Zhao Y, Ge X, Mao Y, Tang Z, Shi CX, Chen C, Li Y, Qiu X, Nong G, Huang S, Luo S, Wu S, He W, Zhang M, Shen Z, Jin X, Li J, Brookmeyer R, Detels R, Montaner J, Wang Y. PLoS Med. 8 sept 2015;12(9):e1001874. doi: 10.1371/journal.pmed.1001874. eCollection 2015.*

Contexte: Les procédures de mise en place de tests de dépistage et de traitement du VIH à plusieurs niveaux et en plusieurs étapes peuvent se traduire en occasions manquées de fournir un traitement antirétroviral (TARV) rapide. L'engagement incomplet des patients dans la continuité des soins du VIH se manifeste par des niveaux élevés de mortalité évitable. **Nous avons cherché à évaluer les performances d'une intervention structurelle simplifiée de test et de traitement pour réduire la mortalité.**

Méthodes et résultats: Dans les phases de "pré-intervention 2010" (de janvier 2010 à décembre 2010) et de "pré-intervention 2011" (de janvier 2011 à décembre 2011), les patients ayant été dépistés séropositifs dans les structures de soins de santé des comtés de Zhongshan et Pubei du Guangxi, en Chine, ont suivi la procédure du traitement de référence. **Dans les phases "post-intervention 2012" (de juillet 2012 à juin 2013) et "post-intervention 2013" (de juillet 2013 à juin 2014), les patients testés positifs au VIH dans les mêmes structures se sont vu proposer une intervention de test et de traitement simplifiée, à savoir un test simultanément de confirmation du VIH et de CD4 et l'instauration immédiate d'un TARV, indépendamment de la numération de CD4.** Les participants ont été suivis pendant 6 à 18 mois, jusqu'à la fin de la phase d'étude. Les taux de mortalité dans les phases pré- et post-intervention ont été comparés pour tous les cas de VIH et pour les cas de VIH éligibles au traitement. Au total, 1034 participants séropositifs (respectivement 281 et 339 dans les deux phases pré-intervention, et 215 et 199 dans les deux phases post-intervention) ont été recrutés. Après l'intervention structurelle, la réception de tests de CD4 dans les 30 jours suivant la confirmation du VIH a augmenté de 67%/61% (pré-intervention 2010/pré-intervention 2011) à 98%/97% (post-intervention 2012/post-intervention 2013) (pour tous  $p < 0,001$  [c'est-à-dire pour toutes les comparaisons entre une phase pré- et post-intervention]) et la durée de la confirmation du VIH à l'instauration du TARV a diminué de 53 j (intervalle interquartile [IQR] 27-141)/43 j (IQR 15-113) à 5 j (IQR 2-12)/5 j (IQR 2-13) (tous  $p < 0,001$ ). L'instauration du TARV a augmenté de 27%/49% à 91%/89% dans tous les cas (tous  $p < 0,001$ ) et de 39%/62% à 94%/90% parmi les sujets ayant une numération de CD4  $\leq 350$  cellules/mm<sup>3</sup> ou le sida (tous  $p < 0,001$ ). La mortalité a diminué de 27%/27% à 10%/10% dans tous les cas (tous  $p < 0,001$ ) et de 40%/35% à 13%/13% pour les cas présentant une numération de CD4  $\leq 350$  cellules/mm<sup>3</sup> ou le sida (tous  $p < 0,001$ ). **L'intervention de test et de traitement simplifiée était significativement associée à des taux de mortalité en baisse comparativement à la pré-intervention 2011** (risque relatif ajusté [HRa] 0,385 [IC 95% 0,239-0,620] et 0,380 [IC 95% 0,233-0,618] pour les deux phases post-intervention, respectivement, pour tous les cas de VIH récemment diagnostiqués [les deux  $p < 0,001$ ], et un HRa de 0,369 [IC 95% 0,226-0,603] et de 0,361 [IC 95% 0,221-0,590] pour les cas de VIH éligibles au traitement récemment diagnostiqués [les deux  $p < 0,001$ ]). Le coût unitaire d'un patient supplémentaire recevant le TARV attribuable à l'intervention était de 83,80 US\$. Le coût unitaire d'un décès évité grâce à l'intervention était de 234,52 US\$.

Conclusions: **Nos résultats démontrent que l'intervention de test et de traitement du VIH simplifiée a favorisé l'engagement réussi dans les soins et était associée à une réduction de 62% de la mortalité.** Nos résultats sont favorables à la mise en œuvre de tests de dépistage du VIH



intégrés et d'un accès immédiat au TARV indépendamment de la numération de CD4, afin d'optimiser l'impact du TARV.

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

**Note de la rédaction:** *Le parcours allant du test positif au VIH à l'instauration du traitement antirétroviral (TARV) peut être complexe. Il peut comporter de nombreuses visites, avec des retards et des pertes possibles à chaque étape. Ces retards et pertes sont particulièrement dangereux pour les personnes présentant une faible numération de CD4 pour qui un retard de mise en route du TARV augmente le risque de mortalité prématurée.*

*Dans cette étude provenant de Chine, le parcours allant du résultat d'un test positif au VIH à l'instauration du traitement était complexe avant le programme de l'étude. Il obligeait les personnes à passer un test de confirmation du VIH, dont les délais de réponse étaient de 7 à 18 jours, avant que le sang ne soit envoyé pour la numération de CD4, avec à nouveau un délai de 7 à 18 jours pour prendre connaissance du résultat du CD4. Les personnes éligibles au TARV, avec une numération de CD4 inférieure à 350 cellules/mm<sup>3</sup>, étaient invitées à se rendre dans une structure différente, en général l'hôpital provincial. Les personnes éligibles devaient assister à des sessions de formation et passer des tests sanguins supplémentaires pour évaluation avant de démarrer le TARV.*

*Le programme a sensiblement simplifié le parcours jusqu'au démarrage du TARV en débutant les sessions d'information sur le TARV lors de la même visite que le premier résultat du test positif au VIH. Une deuxième visite, à l'hôpital provincial, était nécessaire pour effectuer un prélèvement sanguin afin d'établir la numération de CD4 et les évaluations pré-TARV, avec des informations et des conseils supplémentaires. L'hôpital provincial était responsable de tous les soins ultérieurs et les prestataires étaient responsables du suivi si les personnes ne se rendaient pas aux visites programmées. Le TARV était instauré indépendamment de la numération de CD4. La mortalité avant le programme était de 27% en général; pendant la durée du programme, elle était de 10%.*

*Bien qu'une évaluation avant-après soit moins fiable qu'un essai par sondage aléatoire, cette étude illustre le potentiel d'amélioration des résultats en termes de bénéfices pour le patient après un programme du système de santé visant à simplifier le parcours du patient. Avant le programme, le parcours était particulièrement complexe et des impacts similaires ne sont pas toujours atteignables dans d'autres systèmes. Cela constitue néanmoins une réalisation impressionnante, qui devrait encourager les gestionnaires de programmes à étudier la façon dont les systèmes pourraient être modifiés pour les faire fonctionner plus efficacement pour les bénéficiaires des services.*

**Utilisation, exactitude, sécurité et liens avec les soins sur deux ans de promotion de l'autotest annuel du VIH à Blantyre, au Malawi: étude prospective de type communautaire.**

*Choko AT, MacPherson P, Webb EL, Willey BA, Feasy H, Sambakunsi R, Mdolo A, Makombe SD, Desmond N, Hayes R, Maheswaran H, Corbett EL. PLoS Med. 8 sept 2015;12(9):e1001873. doi: 10.1371/journal.pmed.1001873. eCollection 2015.*

Contexte: Le principe des conseils et des tests du VIH (CTV) à domicile est très bien accepté mais il est difficile et coûteux à mettre en œuvre et à faire durer. Nous avons étudié une alternative innovante basée sur **l'autotest de dépistage du VIH (Autotest VIH)**. **Le but était d'évaluer le recours au test, l'exactitude, les liens avec les soins et les résultats en termes de santé lorsqu'un accès extrêmement commode et souple mais soutenu aux kits d'Autotest VIH était fourni** à une population bien définie et étroitement surveillée.

Méthodes et résultats: Après établissement d'une liste de 14 quartiers de la zone urbaine de Blantyre, au Malawi, **des conseillers bénévoles formés du quartier ont offert des kits d'Autotest VIH oraux** (OraQuick ADVANCE Rapid HIV-1/2 Antibody Test) **à des résidents adultes (≥16 ans)** (n = 16 660) et ont reporté les événements au niveau communautaire, avec tous les décès enregistrés par autopsie verbale. **Des instructions écrites et avec démonstration, des conseils avant et après le test et une évaluation simplifiée des soins du VIH ont été fournis**, en demandant aux participants de retourner les kits ainsi qu'un questionnaire rempli par leurs soins. Les critères d'exactitude, de résidence et un critère imposé par l'étude visant à limiter l'autotest VIH à un par an ont été surveillés par des visites à domicile dans un échantillon d'assurance qualité (QA) systématique. **Globalement, 14 004 résidents (utilisation brute 83,8%, ajustée à 76,5% pour tenir compte du renouvellement de la population) se sont autotestés durant les mois 1 à 12, les adolescents (16-19 ans) étant les plus enclins à l'autotest. 10 614/14 004 participants (75,8%) ont partagé les résultats avec les conseillers bénévoles. Sur 1257 participants séropositifs (11,8%), 26,0% étaient déjà sous traitement antirétroviral et 524 (lien 56,3%) sont entrés dans les soins avec une numération de CD4 médiane de 250 cellules/μl (intervalle interquartile 159-426). Le recours à l'autotest VIH durant les mois 13-24 était plus rapide (70,9% d'utilisateurs au mois 6), avec moins de participants positifs (7,3%, IC 95% 6,5%-7,8%). 2,9% (IC 95% 2,6%-3,2%) des 10 017 répondants au questionnaire ont déclaré avoir été "forcés à passer le test" par un partenaire durant les mois 1 à 12, mais la satisfaction vis-à-vis de l'autotest VIH est restée élevée (94,4%). Aucun acte de violence du partenaire ou de suicide lié à l'autotest VIH n'a été signalé. Les résultats de l'autotest VIH et du CTV répété étaient conformes chez 1639/1649 participants QA systématiquement sélectionnés (1 sur 20) (99,4%), donnant une sensibilité de 93,6% (IC 95% 88,2%-97,0%) et une spécificité de 99,9% (IC 95% 99,6%-100%).** Les limites clés incluaient l'utilisation de données cumulées pour signaler le recours à l'autotest VIH et l'incapacité à ajuster les données en fonction du renouvellement de la population.

Conclusions: **L'autotest VIH de type communautaire a obtenu une couverture élevée** durant deux années consécutives **et était sûr, exact et acceptable**. Des **stratégies proactives d'autotest du VIH**, soutenues et surveillées par les communautés, **pourraient être un complément substantiel des approches existantes à la fourniture d'un diagnostic précoce du VIH et de tests répétés périodiques aux adolescents et adultes dans les milieux à forte prévalence du VIH**.

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

***Note de la rédaction:** Le nouvel objectif 90-90-90 mondial est qu'à l'horizon 2020 90% de toutes les personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut, que 90% des personnes ayant reçu un diagnostic de VIH suivent un TARV et que 90% des personnes sous TARV atteignent une suppression virale. Le premier objectif 90 (diagnostic du VIH) est essentiel au deuxième 90 (instauration d'un TARV chez les personnes vivant avec le VIH) et à l'issue ultime du troisième objectif 90 (suppression de la charge virale chez les personnes sous TARV), ce qui améliore les bénéfices pour le patient et prévient la transmission du VIH.*

*Le premier objectif 90 est également le plus problématique, notamment chez les adolescents, les hommes et les populations clés, car le dépistage du VIH se déroule principalement dans les structures de soins, qui sont typiquement sous-utilisées par ces groupes.*

*Cet article traite d'une étude prospective sur l'autotest VIH oral de type communautaire auprès d'adultes (16 ans ou plus) à Blantyre, au Malawi. L'autotest VIH prévoit que les personnes effectuent et interprètent eux-mêmes leur test VIH, dans cette étude à l'aide d'un kit de test VIH oral. L'acceptabilité et la facilité de distribution élevées des kits de test oraux rendent l'autotest VIH*

*particulièrement intéressant dans les milieux où la prévalence du VIH est élevée, lorsque l'objectif est de parvenir à une couverture universelle abordable et de refaire régulièrement le test.*

*Les auteurs ont observé un recours élevé chez les hommes et les adolescents (deux groupes difficiles à atteindre) et une exactitude élevée de l'autotest VIH, mais un lien insuffisant après le test avec les services du TARV: moins de 60% des patients séropositifs pas encore sous TARV étaient en lien avec les soins du VIH. Cependant, ils attribuent ces bons résultats en partie à la participation de bénévoles formés dans leur modèle de prestation de services de soins du VIH de type communautaire. Ils suggèrent de réévaluer l'exactitude et l'utilisation de services post-test dans le cadre de l'utilisation de différents tests ou de modèles moins favorables, par exemple la vente de kits de test oral du VIH en libre service ou dans des distributeurs automatiques.*

*Les auteurs ont observé que 35% des participants ne s'étaient jamais fait dépister précédemment. Chose intéressante, ils ont également découvert que, parmi les participants à l'autotest, la prévalence du VIH était plus élevée dans le groupe d'âge de 40-49 ans (avec une estimation globale de 23% chez les hommes et les femmes). Les auteurs soulignent que la grande acceptabilité des services d'autotest VIH chez les adolescents et les hommes pourrait faciliter le lien avec les programmes de prévention du VIH, comme la prophylaxie pré-exposition et la circoncision masculine médicale et volontaire, ainsi que garantir un lien rapide avec les soins du VIH. Ils concluent en indiquant que l'autotest VIH est complémentaire des stratégies existantes dans la mesure où il fournit un diagnostic précoce du VIH et la répétition des tests périodiquement, et où l'autotest VIH peut être déployé dans d'autres milieux à faible revenu dans lesquels il est recommandé de refaire un test du VIH tous les ans.*

### **Violence du partenaire intime et engagement dans les soins et le traitement du VIH chez les femmes: revue systématique et méta-analyse.**

*Hatcher AM, Smout EM, Turan JM, Christofides N, Stockl H. AIDS. 5 sept 2015. [Publication en ligne avant impression]*

Objectif: Nous avons cherché à estimer les **chances d'engagement dans les soins et le traitement du VIH chez les femmes séropositives déclarant subir des violences de la part du partenaire intime (VPI).**

Conception: Nous avons effectué une revue systématique de la littérature sur l'association entre la VPI et l'engagement dans les soins. Les sources de données incluaient les recherches dans les bases de données électroniques (PubMed, Web of Science, CINAHL et PsychoInfo), les recherches manuelles et la recherche de citations.

Méthodes: Deux examinateurs ont parcouru 757 articles en texte intégral, extrait des données et évalué de manière indépendante la qualité de l'étude. Les études incluses ont été examinées par des pairs et les résultats évalués en matière de VPI ainsi que d'engagement dans les soins: recours au traitement antirétroviral (TARV), adhérence au TARV autodéclarée, suppression virale, maintien dans les soins du VIH. Les rapports de côtes (OR) ont été regroupés à l'aide d'une méta-analyse à effets aléatoires.

Résultats: **Treize études transversales menées auprès de femmes séropositives ont été incluses. La mesure de la VPI a varié**, la plupart des études définissant un "cas" comme tout antécédent de VPI physique et/ou sexuelle. La méta-analyse de cinq études a démontré que la VPI était significativement associée à une utilisation plus faible du TARV [OR 0,79, intervalle de confiance de 95% (IC 95%) 0,64-0,97]. La VPI était associée à une moins bonne adhérence autodéclarée au TARV dans sept études (OR 0,48, IC 95% 0,30-0,75) et à de plus faibles chances de suppression de

la charge virale dans sept études (OR 0,64, IC 95% 0,46-0,90). Le manque de données longitudinales et de considérations de mesure devrait tempérer l'interprétation de ces résultats.

**Conclusion: La VPI est associée à une plus faible utilisation du TARV, à des chances d'adhérence autodéclarée au TARV divisées par deux et à une suppression virale significativement réduite chez les femmes.** Pour assurer la santé des femmes séropositives, il est essentiel que les programmes cliniques traitent les conditions qui influent sur l'engagement dans les soins et le traitement. La VPI est l'une de ces conditions et son association avec la baisse de l'utilisation et d'adhérence au TARV requiert une attention urgente.

[Accès au résumé](#)

*Note de la rédaction: La prévalence de la violence du partenaire intime (VPI) (30%) s'observe dans le monde entier. Elle a été associée à l'infection par le VIH ainsi qu'à la progression du sida chez les femmes vivant avec le VIH. Cependant, on ignore quel est l'impact véritable de la violence du partenaire intime sur la santé liée au VIH. Cette étude a porté sur les associations entre l'exposition à la violence et le recours aux services de traitement et de soins du VIH. Les auteurs ont réalisé une revue systématique et des méta-analyses. En partant d'un corpus initial de 621 études, 13 ont été incluses dans ces analyses: 12 ont été réalisées aux États-Unis et une à Haïti. Il s'agissait dans tous les cas d'études transversales. La mesure de la violence du partenaire intime allait d'une seule question à des échelles validées. 11 d'entre elles mesuraient la VPI subie tout au long de la vie et deux mesuraient les actes récents de violence du partenaire intime subis au cours des 12 derniers mois.*

*La méta-analyse suggère que la violence du partenaire intime est associée à des probabilités significativement plus faibles de (i) utilisation courante du TARV, (ii) adhérence autodéclarée et (iii) suppression de la charge virale. Les données disponibles n'étaient pas suffisantes pour mesurer le maintien aux soins du VIH. Ces analyses suggèrent que le recours et l'adhérence au TARV sont un parcours clé à travers lequel la violence du partenaire intime peut exercer un impact négatif sur la santé des femmes associée au VIH. Des recherches supplémentaires sont nécessaires, dans les milieux à revenu faible et intermédiaire, ainsi que parmi les populations clés. Les études futures devraient développer et tester des programmes pour traiter le problème de la violence du partenaire intime dans les soins cliniques du VIH.*

**Résistance aux médicaments anti-VIH et traitement de deuxième intention chez les enfants désignés par sondage aléatoire pour changer de traitement à des seuils ARN bas ou plus élevés.**

*Harrison L, Melvin A, Fiscus S, Saidi Y, Nastouli E, Harper L, Compagnucci A, Babiker A, McKinney R, Gibb D, Tudor-Williams G; PENPACT-1 (PENTA 9PACTG 390) Study Team. J Acquir Immune Defic Syndr. 1<sup>er</sup> sept 2015;70(1):42-53. doi: 10.1097/QAI.0000000000000671.*

**Contexte: L'essai PENPACT-1 a comparé des seuils virologiques pour déterminer à quel moment passer à un traitement antirétroviral (TARV) de deuxième intention.** En utilisant les données de PENPACT-1, nous avons cherché à décrire l'accumulation de résistances aux traitements anti-VIH-1 sous TARV de première ligne par seuil virologique.

**Méthodes: PENPACT-1 avait une conception factorielle 2 x 2, désignant par sondage aléatoire des enfants séropositifs pour démarrer soit un TARV à base d'inhibiteurs de protéase (IP) soit un TARV à base d'inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse (INNTI), et changer de traitement à un seuil soit de 1000 copies/mL soit de 30 000 copies/mL.** Les critères

de changement de traitement étaient la non atteinte du seuil à la semaine 24, le rebond confirmé au-delà du seuil ultérieurement ou un événement de stade C selon les critères du CDC. Des tests de résistance ont été réalisés sur les échantillons  $\geq 1000$  copies/mL avant le changement de traitement, la re-suppression et à 4 ans/fin de l'essai.

Résultats: Soixante-sept enfants ont débuté un TARV à base d'IP et ont été sélectionnés de manière aléatoire pour changer de traitement à 1000 copies/mL (IP-1000), 64 IP et 30 000 copies/mL (IP-30 000), 67 INNTI et 1000 copies/mL (INNTI-1000), et 65 INNTI et 30 000 copies/mL (INNTI-30 000). **Quatre-vingt-quatorze enfants (36%) ont atteint les critères de changement de traitement à 1000 copies/mL** pendant le suivi à 5 ans. Dans les bras où le seuil était de 30 000 copies/mL, le critère de changement de traitement du délai moyen du passage de 1000 à 30 000 copies/mL était de 58 (IP) contre 80 (INNTI) semaines ( $P = 0,81$ ). **Dans le groupe INNTI-30 000, davantage de mutations de résistance aux inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse (INTI) se sont cumulées que dans les autres groupes.** Les mutations de résistance aux INNTI ont subi une sélection avant le changement de traitement à 1000 copies/mL (23% INNTI-1000, 27% INNTI-30 000). Soixante-deux enfants ont débuté l'association abacavir + lamivudine, 166 lamivudine + zidovudine ou stavudine et 35 d'autres INTI. **C'est le groupe abacavir + lamivudine qui a enregistré le moins de mutations de résistance aux INTI.** Sur 60 patients passés au traitement de deuxième intention, 79% du groupe IP-1000, 63% de IP-30 000, 64% d'INNTI-1000 et 100% d'INNTI-30 000 étaient  $< 400$  copies/mL 24 semaines plus tard.

Conclusions: **Ce sont les enfants sous TARV à base d'INNTI de première ligne qui ont été désignés de manière aléatoire pour changer de traitement à un seuil virologique plus élevé qui ont développé le plus de résistance**, avec toutefois une re-suppression en deuxième intention. **Une combinaison INTI abacavir + lamivudine a semblé avoir un effet protecteur contre le développement d'une résistance aux INTI.**

[Accès au résumé](#)

***Note de la rédaction:** Les directives pédiatriques préconisent que les enfants vivant avec le VIH débutent un TARV très tôt dans la vie. Par conséquent, le traitement durera probablement plusieurs décennies chez l'enfant. Les enfants ont eu tendance à être maintenus sous des traitements inefficaces plus longtemps que les adultes en raison de la limitation des options thérapeutiques, en particulier dans les milieux aux ressources limitées.*

*L'essai PENPACT-1 a comparé deux seuils de charge virale du VIH, à savoir  $< 1000$  et  $< 30\ 000$  copies/mL, pour le passage à un TARV de deuxième intention chez des enfants prenant un traitement de première ligne à base d'inhibiteur non nucléosidique de la transcriptase inverse (INNTI) ou d'inhibiteur de protéase (IP). Comme attendu, les enfants ayant débuté par un INNTI en première ligne ont développé plus de mutations de résistance aux INTI que les enfants ayant démarré par un IP potentialisé. Chose importante, les enfants qui sont passés à un TARV de deuxième intention au seuil de charge virale supérieur étaient beaucoup plus susceptibles de développer une résistance s'ils prenaient un INNTI en première ligne que s'ils prenaient des IP potentialisés. L'étude souligne la nature plus "clémentine" de la classe des IP en matière de développement de résistances aux médicaments. La principale conséquence de ce résultat est qu'un passage retardé au TARV à base d'IP est une option de sécurité dans les milieux où les options médicamenteuses futures sont limitées, car le risque de développement de mutations de résistance cliniquement significatives aux IP ou aux INTI est faible. De manière intéressante, l'utilisation d'un squelette nucléosidique abacavir + lamivudine a entraîné moins de mutations de résistance aux analogues de la thymidine (TAM) que l'utilisation d'un squelette lamivudine + zidovudine ou stavudine. Cette observation était basée sur*

*l'analyse de données non randomisées mais est conforme aux recommandations actuelles de l'OMS, à savoir l'utilisation d'abacavir comme traitement de première ligne à privilégier dans le squelette INTI.*

## **L'impact de la consommation d'alcool et des troubles associés sur la continuité des soins du VIH: revue systématique: l'alcool et la continuité des soins du VIH.**

Vagenas P, Azar MM, Copenhaver MM, Springer SA, Molina PE, Altice FL. *Curr HIV/AIDS Rep.* 28 sept 2015. [Publication en ligne avant impression]

**La consommation d'alcool est associée à une forte prévalence au niveau mondial, avec de nombreuses conséquences négatives** pour la santé humaine, y compris la progression du VIH, **chez les personnes vivant avec le VIH (PVV)**. La continuité des soins, ou cascade de traitement, du VIH représente une séquence d'objectifs d'intervention pouvant conduire à la suppression virale, qui bénéficie en dernier lieu aux personnes et à la société. Cependant, la portée de l'impact de l'alcool à chaque étape de la cascade n'a pas été étudiée de façon systématique. Les objectifs internationaux du traitement à des fins de prévention du VIH sont les suivants: 90% des PVV connaissent leur statut, 90% d'entre elles reçoivent un traitement antirétroviral (TARV) et 90% atteignent une suppression virale. Or actuellement, la suppression virale n'est atteinte que chez 20% des PVV. **Cette revue systématique**, menée de 2010 à mai 2015, **s'est basée sur 53 articles de recherche clinique ayant examiné l'impact de la consommation d'alcool sur chaque étape de la cascade de traitement du VIH**. Ces études étaient la plupart du temps des études transversales ou de cohorte réalisées tous niveaux de revenus confondus. **La plupart de ces travaux (77%) ont observé une association négative avec la consommation d'alcool à un ou plusieurs stades de la cascade de traitement. Le manque de cohérence dans la mesure a toutefois limité la possibilité de tirer des conclusions probantes.** Néanmoins, les fortes corrélations négatives suggèrent que **la consommation d'alcool problématique doit être ciblée**, de préférence en utilisant des interventions comportementales et pharmacologiques fondées sur les résultats, **afin d'accroître indirectement la proportion de PVV atteignant une suppression virale, de remplir les missions du traitement à des fins de prévention et de réduire la transmission du VIH.**

[Accès au résumé](#)

***Note de la rédaction:** Cette revue systématique a examiné l'impact de la consommation d'alcool sur chaque étape de la cascade de traitement du VIH. Elle a étudié le diagnostic du VIH, le lien avec les soins, le maintien aux soins, l'instauration et l'adhérence au TARV ainsi que la suppression virale durable. Globalement, une association a été observée entre la consommation d'alcool et les conséquences négatives sur diverses étapes de la cascade de traitement. La majeure partie des études se sont concentrées sur l'effet des troubles liés à la consommation d'alcool et l'adhérence au TARV, et sur la suppression virale. Il y avait de fortes raisons de conclure à la diminution de l'adhérence chez les personnes présentant des troubles liés à la consommation d'alcool. Les résultats clés de cette revue incluent l'absence de cohérence dans les études sur la consommation d'alcool. De nombreuses études n'utilisent pas de mesures standardisées et validées comme AUDIT et on ne dispose pas de suffisamment d'études portant sur l'association entre la consommation d'alcool et les stades plus précoces de la cascade, y compris le recours aux tests de dépistage et le lien avec les soins. Des études complémentaires dans ce domaine seraient utiles pour identifier si les programmes centrés sur la consommation problématique d'alcool sont nécessaires dans les centres de dépistage du VIH.*

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

#### Évolution de la tuberculose ultra-résistante sur quatre décennies: séquençage complet du génome et analyse chronologique d'isolats de *Mycobacterium tuberculosis* du Kwazulu-Natal.

Cohen KA, Abeel T, Manson McGuire A, Desjardins CA, Munsamy V, Shea TP, Walker BJ, Bantubani N, Almeida DV, Alvarado L, Chapman SB, Mvelase NR, Duffy EY, Fitzgerald MG, Govender P, Gujja S, Hamilton S, Howarth C, Larimer JD, Maharaj K, Pearson MD, Priest ME, Zeng Q, Padayatchi N, Grosset J, Young SK, Wortman J, Mlisana KP, O'Donnell MR, Birren BW, Bishai WR, Pym AS, Earl AM. *PLoS Med.* 29 sept 2015;12(9):e1001880. doi: 10.1371/journal.pmed.1001880. eCollection 2015.

Contexte: La progression constante de la résistance aux antibiotiques est une menace pour le traitement et le contrôle de nombreuses maladies infectieuses. Ce constat est illustré par exemple par la plus grande épidémie mondiale de tuberculose ultra-résistante (TB-UR) identifiée en 2005 à Tugela Ferry, dans le KwaZulu-Natal en Afrique du Sud, et qui se poursuit aujourd'hui. On ignore si l'émergence de la TB-UR au Kwazulu-Natal est due aux récentes inadéquations en matière de maîtrise de la tuberculose associée au VIH, ou à d'autres facteurs. La compréhension des origines de la résistance aux médicaments dans cette dramatique épidémie de TB-UR sera utile pour maîtriser et prévenir la TB résistante aux médicaments dans d'autres milieux. Dans cette étude, nous avons utilisé le séquençage complet du génome et l'analyse chronologique pour déterminer si la TB-UR est apparue récemment ou s'il existait des antécédents lointains.

Méthodes et résultats: **Nous avons effectué un séquençage complet du génome et des tests de sensibilité pharmacologique sur 337 isolats cliniques de *Mycobacterium tuberculosis* recueillis au KwaZulu-Natal de 2008 à 2013**, en plus de trois isolats historiques recueillis chez des patients de la même province et incluant un isolat de l'épidémie de TB-UR de 2005 de Tugela Ferry, un isolat MR (multi-résistant) de 1994 et un isolat multisensible de 1995. **Nous avons utilisé un ensemble de techniques comparatives du génome complet pour évaluer les relations entre les souches, établir l'ordre d'acquisition des mutations de résistance aux médicaments, y compris le déroulement chronologique des acquisitions ayant conduit à la TB-UR dans le spoligotype LAM4 et pour calculer le nombre d'émergences évolutives indépendantes de TB-MR et de TB-UR.** Notre travail de séquençage et d'analyse a révélé l'existence d'un clone à 50 éléments de *M. tuberculosis* UR très similaire à la souche de l'épidémie de TB-UR de Tugela Ferry. **Nous avons estimé que les mutations conférant une résistance à l'isoniazide et à la streptomycine dans ce clone étaient acquises 50 ans avant l'épidémie de Tugela Ferry** (katG S315T [isoniazide]; suppression gidB 130 bp [streptomycine]; 1957 [95% plus haute densité postérieure (HPD): 1937-1971]), **avec l'émergence consécutive de TB-MR et de TB-UR survenant respectivement 20 ans** (rpoB L452P [rifampicine]; pncA 1 bp insertion [pyrazinamide]; 1984 [95% HPD: 1974-1992]) **et 10 ans** (rpoB D435G [rifampicine]; rrs 1400 [kanamycine]; gyrA A90V [ofloxacine]; 1995 [95% HPD: 1988-1999]) **avant l'épidémie.** Nous avons observé une nouvelle évolution fréquente de la TB-MR et de la TB-UR respectivement pour 56 et 9 événements évolutifs indépendants. **La résistance à l'isoniazide a évolué avant la résistance à la rifampicine 46 fois tandis que la résistance à la rifampicine a évolué avant l'isoniazide seulement deux fois.** Nous avons identifié des mutations compensatoires présumées supplémentaires de résistance à la rifampicine dans cet ensemble de données. Une limite principale de cette étude est que les conclusions relatives à l'ordre et à la chronologie de l'acquisition des mutations ne constituent pas forcément des schémas universels en matière d'émergence de résistances aux médicaments dans d'autres parties du globe.

Conclusions: Dans la première analyse, basée sur le génome complet, de l'émergence d'une résistance pharmacologique parmi des isolats cliniques de *M. tuberculosis*, nous démontrons que le

précurseur ancestral de la souche de l'épidémie de TB-UR LAM4 de Tugela Ferry a acquis des mutations de résistance aux médicaments administrés en première ligne au début de l'ère des antibiotiques. L'accumulation ultérieure de mutations de résistance progressives, survenant pendant des décennies et avant l'explosion du VIH dans cette région, a abouti à la TB-MR et à la TB-UR, permettant l'émergence de mutations compensatoires. Nos résultats suggèrent que les souches résistantes aux médicaments qui circulent aujourd'hui traduisent non seulement les vulnérabilités des efforts actuels de maîtrise de la TB mais aussi de ceux remontant à 50 ans. Dans la TB résistante aux médicaments, la résistance à l'isoniazide était majoritairement la mutation de résistance initiale à acquérir, qui ne pouvait pas être détectée par le diagnostic moléculaire rapide actuellement utilisé en Afrique du Sud qui n'évalue que la résistance à la rifampicine.

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

**Note de la rédaction:** *On estime à plus de 500 le nombre de décès dus chaque jour dans le monde à la TB résistante aux médicaments, dont une grande partie touche des personnes vivant avec le VIH. En comprenant mieux le mode d'apparition et de diffusion de la TB résistante aux médicaments dans certaines populations, cela pourrait servir au développement de programmes d'élimination de la TB efficaces à l'échelle de la population. Cette étude a été réalisée au KwaZulu-Natal, en Afrique du Sud, une région qui présente les taux de TB résistante aux médicaments les plus élevés au monde et qui a connu en 2005-2006 la plus grande épidémie de TB ultra-résistante (TB-UR) jamais observée. Cette étude n'était pas une enquête basée sur la population mais a porté sur 337 isolats de Mycobacterium tuberculosis recueillis auprès de différentes études sur une période de cinq ans (2008-2013), dont 20% étaient des isolats de TB-UR. Une analyse génétique a démontré que la première apparition de la TB multi-résistante (TB-MR) pouvait remonter à environ 30 ans et de la TB-UR à environ 20 ans dans cette région. L'analyse a souligné que le fardeau actuel de la résistance aux médicaments dans cette province était dû à la fois à la transmission de souches pharmacorésistantes et à l'émergence de nouvelles souches résistantes. Malheureusement, bien qu'il existe des données sur le statut VIH de certains cas individuels, la conception de l'étude n'a pas permis d'évaluer l'impact du VIH sur l'émergence et la diffusion de la résistance aux antituberculeux. Ces données suggèrent que, dans des milieux tels que le KwaZulu-Natal, les stratégies à l'échelle de la population pour interrompre la transmission de la TB résistante aux médicaments et pour empêcher l'émergence d'une résistance aux médicaments devront être combinées efficacement pour éliminer la TB.*

**Mise en œuvre et recherche opérationnelle: répartition par âge et déterminants du cancer du col de l'utérus invasif dans un programme "dépistage et traitement" intégré aux soins du VIH/sida en Zambie.**

*Kapambwe S, Sahasrabuddhe VV, Blevins M, Mwanahamuntu MH, Mudenda V, Shepherd BE, Chibwasha CJ, Pfaendler KS, Hicks ML, Vermund SH, Stringer JS, Parham GP. J Acquir Immune Defic Syndr. 1<sup>er</sup> sept 2015;70(1):e20-6. doi: 10.1097/QAI.0000000000000685.*

Contexte: **Les efforts de dépistage du cancer du col liés aux programmes de soins du VIH/sida se généralisent dans toute l'Afrique subsaharienne.** Les éléments probants relatifs à la répartition par âge et aux déterminants des cas de cancer du col invasif (CCI) détectés dans ces programmes sont limités.

Méthodes: **Nous avons analysé les données des opérations programmatiques issues du programme zambien de prévention du cancer du col de l'utérus,** le plus vaste programme du secteur public dans sa catégorie en Afrique subsaharienne. **Nous avons examiné les schémas de répartition par âge, par statut sérologique, des cas de CCI histologiquement confirmés et nous**



avons utilisé une régression logistique multivariée pour évaluer **les facteurs de risque indépendants de CCI** chez les femmes jeunes ( $\leq 35$  ans) et plus âgées ( $> 35$  ans).

Résultats: Entre janvier 2006 et avril 2010, sur 48 626 femmes se soumettant à un dépistage, 571 (1,2%) ont reçu un diagnostic de CCI, dont 262 femmes séropositives (46%) (âge médian: 35 ans), 131 femmes séronégatives (23%) (âge médian: 40 ans) et 178 (31%) femmes au statut sérologique inconnu (âge médian: 38 ans). **Parmi les femmes jeunes ( $\leq 35$  ans), la séropositivité au VIH était associée à un risque de CCI 4 fois plus élevé** [rapport de cotes ajusté = 4,1 (intervalle de confiance de 95%: 2,8, 5,9)] que chez les femmes séronégatives. **Le risque de CCI augmentait au fur et à mesure de l'augmentation de l'âge chez les femmes séronégatives au VIH et les femmes au statut sérologique inconnu, mais chez les femmes séropositives le risque était à son maximum vers 35 ans** et diminuait de manière non significative au fil des ans. D'autres facteurs liés au CCI incluaient le fait d'être **mariée** (par rapport au fait d'être célibataire/veuve) chez les femmes jeunes et plus âgées, et d'avoir **2 ou plus (par rapport à  $\leq 1$ ) partenaires sexuels pour la vie** chez les femmes jeunes.

Conclusions: La séropositivité au VIH semble avoir augmenté le risque de cancer du col de l'utérus chez les femmes jeunes en Zambie, pointant le besoin urgent d'étendre les interventions de dépistage ciblées.

[Accès au résumé](#)

***Note de la rédaction:** Les services de soins du VIH (sida inclus) servent de plus en plus de plateformes à l'introduction de programmes de dépistage du cancer du col de l'utérus en Afrique subsaharienne. Le dépistage est également souvent proposé aux femmes séronégatives. Cette analyse des données issues d'un vaste programme de routine donne des indications utiles sur le taux d'identification du cancer du col de l'utérus invasif (CCI) et décrit le fardeau et la répartition de la maladie, des informations utiles pour les prestations de services futures. L'association décrite entre le CCI et le VIH et le comportement sexuel est bien connue. Les résultats soulignent combien il est important de s'assurer que les jeunes femmes (en particulier celles dont le statut séropositif est connu) aient accès au dépistage de routine. Une part significative du fardeau est supportée par les femmes plus âgées. Le statut VIH n'est pas toujours connu ni révélé. Il reste des questions importantes à aborder concernant le rapport coût-bénéfice de la prestation de services de dépistage et l'effet du TARV sur le risque de CCI. En outre, il reste encore à déterminer l'impact potentiel de la vaccination contre le papillomavirus, actuellement mise en œuvre par GAVI dans des projets pilotes de la région, sur le risque de CCI chez les femmes jeunes.*

#### 4. Parer à l'insuffisance des ressources

##### **Fourniture du TARV sur le lieu de travail: impact sur la main-d'œuvre minière en Afrique du Sud: analyse coût-bénéfice**

Meyer-Rath G, Pienaar J, Brink B, van Zyl A, Muirhead D, Grant A, Churchyard G, Watts C, Vickerman P. *PLoS Med.* 1<sup>er</sup> sept 2015;12(9):e1001869. doi: 10.1371/journal.pmed.1001869. eCollection 2015.

Contexte: Le VIH a un lourd impact sur les dépenses d'exploitation des entreprises en Afrique subsaharienne, au point que plusieurs sociétés proposent maintenant des programmes de traitement antirétroviral (TARV) sur le lieu de travail. Aucune analyse coût-bénéfice de la fourniture du TARV sur le lieu de travail n'a encore été réalisée à partir de données primaires. **Nous avons élaboré un**

modèle dynamique de transition de l'état de santé pour estimer l'impact économique du VIH et le rapport coût-bénéfice de la fourniture du TARV dans une entreprise minière d'Afrique du Sud entre 2003 et 2022.

Méthodes et résultats: **Un modèle dynamique de transition de l'état de santé, appelé Workplace Impact Model (WIM), a été paramétré à l'aide de données du lieu de travail sur la taille, la composition, la rotation de la main-d'œuvre, l'incidence du VIH et l'évolution de la numération de CD4. Des analyses de coûts ascendantes du point de vue de l'employeur ont apporté des données sur l'utilisation des ressources en milieu hospitalier et ambulatoire et le coût de l'absentéisme et du remplacement des travailleurs malades.** Le modèle a été ajusté en tenant compte des données de prévalence du VIH et de séparation de la main-d'œuvre, en incorporant également l'incertitude des paramètres; des analyses de sensibilité univariées ont été utilisées pour évaluer la solidité des résultats du modèle. **Comme la couverture du TARV augmente de 10% à 97% des employés éligibles, l'augmentation de la survie et du maintien des employés séropositifs et de la diminution associée de l'absentéisme et des prestations sociales conduit à des économies comparativement à un scénario sans traitement fourni, le coût annuel du VIH pour la société diminuant de 5% (intervalle de crédibilité [ICr] de 90% 2%-8%) et le coût moyen par employé séropositif diminuant de 14% (ICr 90% 7-19%) d'ici à 2022. Ceci se traduit par une économie moyenne de 950 215 \$US (ICr 90% 220 879 \$US-1,6 millions de \$US) par an; 80% de ces économies proviennent des réductions des prestations sociales et des coûts des soins ambulatoires.** Bien que les résultats soient sensibles aux hypothèses relatives à l'incidence et à l'absentéisme, le TARV permet de réaliser des économies avec une incertitude considérable des paramètres et dans tous les scénarios testés, y compris lorsque la prévalence est réduite à 1% - excepté lorsqu'aucune prestation n'a été payée aux employés quittant la main-d'œuvre et que les taux d'absentéisme étaient deux fois moins élevés que ce que les données ont suggéré. **La généralisation du TARV grâce à une stratégie de test et de traitement universelle double les économies; l'intégration du TARV pour les membres de la famille réduit les économies mais reste une démarche marginalement économique comparativement à l'absence de traitement.** Notre analyse était limitée au coût direct du VIH pour les sociétés et n'a pas permis d'examiner l'impact des politiques de prévention du VIH sur les mineurs ou leurs familles, et quelques paramètres du modèle étaient basés sur des données limitées, bien que dans l'analyse de sensibilité nos résultats aient prouvé qu'ils résistaient aux variations de ces paramètres dans des plages plausibles.

Conclusions: La fourniture du TARV sur le lieu de travail peut permettre d'économiser des coûts pour les sociétés opérant dans des milieux à forte prévalence du VIH, du fait de la diminution des dépenses de santé, de l'absentéisme et de la rotation du personnel. **Les services de conseil et de tests volontaires sur le VIH assurés par les entreprises, avec traitement consécutif de tous les employés séropositifs et des membres de leur famille, doivent être mis en œuvre universellement sur le lieu de travail dans les pays à forte prévalence du VIH.**

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

***Note de la rédaction:** Les maladies associées au VIH touchent généralement les adultes au début de leur vie professionnelle, ce qui constitue un lourd fardeau économique pour les entreprises privées. L'infection augmente les taux d'absentéisme, la rotation de la main-d'œuvre et les coûts d'exploitation de l'entreprise. Les compagnies minières d'Afrique du Sud proposent des soins du VIH depuis 2002 (avant la disponibilité du TARV dans le secteur public). Bien que le coût et le rapport coût-efficacité de la fourniture du TARV par le secteur public en Afrique du Sud ait été estimé, le coût et l'impact de la fourniture du TARV sur le lieu de travail n'ont pas été établis. Cet article explore le coût et l'impact du VIH et du TARV dans une entreprise minière d'Afrique du Sud.*

*Un modèle dynamique de Markov décrivant la transition de l'état de santé, le WIM (Workplace Impact Model), a été développé pour évaluer à la fois l'impact passé et futur et les coûts d'introduction du TARV parmi les employés du point de vue de l'employeur. Deux scénarios sont étudiés: aucune fourniture de TARV et généralisation de la fourniture du TARV parmi les employés. Les coûts et les effets sont projetés sur une période de 20 ans qui part de 2003.*

*Les résultats illustrent que, à mesure que la couverture du TARV augmente, on observe une augmentation de la survie et de la rétention du personnel, ainsi qu'une baisse de l'absentéisme et des prestations sociales versées. Ces facteurs conduisent à des économies de coûts comparativement au scénario sans fourniture de TARV. Le coût annuel du VIH pour l'entreprise a baissé de 5% et le coût moyen par employé séropositif a diminué de 14%. Les économies les plus importantes s'expliquent par la réduction des prestations versées au titre des décès et des départs à la retraite pour raisons de santé, ainsi que du coût des dépenses de santé des employés. Important: le constat selon lequel le TARV permet d'économiser les coûts se vérifie malgré l'incertitude autour des paramètres du modèle et les autres variations des hypothèses formulées dans le modèle.*

*Cet article est très intéressant du fait des nuances intégrées au modèle et de la qualité et de la précision des données utilisées. Le modèle tient compte des différents facteurs liés au profil de la main-d'œuvre, à la progression du VIH, aux effets de l'instauration du TARV sur la santé, aux groupes d'âge et aux catégories professionnelles, entre autres. Il inclut les données trimestrielles de progression de CD4 de la population étudiée de 2003 à 2010. En outre, il inclut les données de coûts ascendantes spécifiques à l'entreprise concernant la fourniture du TARV (médicaments, coûts de suivi, etc.). Les conséquences politiques potentielles, à savoir qu'il est économique pour les employeurs de fournir des soins du VIH, sont importantes. La prestation de services par des entreprises privées est non seulement une initiative économiquement sensée mais elle peut également offrir du répit aux programmes de prestations de services du VIH du secteur public.*

*Il serait intéressant de comprendre comment ces constats s'appliquent aux autres industries. Les caractéristiques varient selon les types d'industries. L'industrie minière par exemple est une industrie à forte intensité de main-d'œuvre et qui génère des bénéfices élevés. Ce n'est pas le cas pour toutes les autres. Il serait intéressant de comprendre les coûts et les effets dans d'autres types d'entreprises, et si la fourniture du TARV permet de réduire les coûts, afin de créer des directives politiques plus spécifiques.*

### **Modélisation de l'impact et du rapport coût-efficacité de la prévention combinée parmi les couples sérodiscordants pour le VIH au Nigeria.**

*Mitchell KM, Lepine A, Terris-Prestholt F, Torpey K, Khamofu H, Folayan MO, Musa J, Anenih J, Sagay AS, Alhassan E, Idoko J, Vickerman P. AIDS. 24<sup>er</sup> sept 2015;29(15):2035-44. doi: 10.1097/QAD.0000000000000798.*

**Objectif: Estimer l'impact et le rapport coût-efficacité du traitement à des fins de prévention (TFP), de la prophylaxie pré-exposition (PrEP) et de la promotion du préservatif pour les couples sérodiscordants au Nigeria.**

Conception: Modélisation mathématique et des coûts.

Méthodes: Un modèle déterministe de transmission du VIH-1 au sein d'une cohorte de couples sérodiscordants et de/à des partenaires extérieurs a été paramétré à l'aide de données provenant du Nigeria et d'autres milieux africains. L'impact et le rapport coût-efficacité ont été estimés concernant la promotion du préservatif, la PrEP et/ou le TFP, comparativement à un cas de référence où le traitement antirétroviral (TARV) a été proposé conformément aux directives nationales de 2010 (CD4

<350 cellules/ $\mu$ l) à tous les partenaires séropositifs. **L'impact a également été comparé aux valeurs de référence de la couverture actuelle du TARV (35% des personnes présentant un CD4 <350 cellules/ $\mu$ l).** Le coût total (en \$US de 2012) de l'introduction et de la mise en œuvre du programme a été estimé du point de vue des prestataires.

**Résultats: La généralisation du TARV à tous les partenaires séropositifs conformément aux directives nationales de 2010 s'est traduite par des bénéfices substantiels,** avec pour bénéfices secondaires la fourniture d'un TFP, d'une PrEP ou la promotion du préservatif. Comparée à un cas de référence consistant à proposer un TARV à tous les partenaires séropositifs dans les directives nationales de 2010, la promotion du préservatif était la stratégie offrant le meilleur rapport coût-efficacité [1206 \$US/année de vie ajustée sur l'incapacité (DALY)], la deuxième intervention offrant le meilleur rapport coût-efficacité était de donner un TFP aux partenaires séropositifs (ratio coût-efficacité incrémental 1607 \$US/DALY), suivie de l'administration d'une PrEP aux partenaires séronégatifs jusqu'à ce que leurs partenaires séropositifs instaurent un TARV (7870 \$US/DALY). **Lorsque l'impact a été mesuré en termes d'infections évitées, la PrEP avec promotion du préservatif a permis de prévenir deux fois plus d'infections que la promotion du préservatif seule.**

**Conclusions: La première intervention prioritaire pour les couples sérodiscordants au Nigeria devrait être un accès généralisé au TARV pour les partenaires séropositifs.** Les bénéfices incrémentaux ultérieurs sont maximisés par l'association avec la promotion du préservatif et le TFP, suivis d'une PrEP.

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

***Note de la rédaction:** Malgré la diminution considérable des infections incidentes par le VIH, le Nigeria connaît pourtant la deuxième plus vaste épidémie au monde. Seuls 35% des patients éligibles (conformément aux directives nigérianes) reçoivent un traitement antirétroviral. Un modèle mathématique a été élaboré pour décrire la transmission du VIH-1 entre partenaires hétérosexuels sérodiscordants et à/de partenaires extérieurs. L'impact et le rapport coût-efficacité de la prophylaxie pré-exposition (PrEP), du traitement à des fins de prévention (TFP) et de la promotion du préservatif pour les couples sérodiscordants ont été estimés. Deux scénarios de base ont été utilisés. Le premier proposait un TARV selon les directives nationales de 2010 (CD4+<350 cellules/ $\mu$ l) à toutes les personnes séropositives. Le second se conformait à la couverture actuelle du TARV (35%) parmi les partenaires séropositifs éligibles.*

*La généralisation du TARV actuel présente le plus fort impact et c'est la méthode au meilleur rapport coût-efficacité pour réduire les nouvelles infections par le VIH au Nigeria, évitant 15% des infections sur 20 ans. Cela équivalait à 35% de toutes les infections selon la stratégie présentant le plus fort impact, ce qui incluait le TFP, la PrEP au long cours et la promotion du préservatif, et 73% des DALY. Les facteurs influant le plus sur les résultats étaient les hypothèses concernant la fréquence des rapports sexuels au sein de partenariats, les taux de transmission par rapport, l'efficacité des programmes et les taux d'abandon. Au fur et à mesure que les ressources disponibles augmentent, après avoir fourni un TARV à toutes les personnes éligibles, la promotion du préservatif était l'approche offrant le meilleur rapport coût-efficacité. Toutefois, en termes de DALY évitées, le TFP était plus probablement le programme initial offrant le meilleur rapport coût-efficacité.*

*L'étude démontre que la première priorité au Nigeria devrait être de généraliser le TARV à toutes les personnes déjà éligibles conformément aux directives nigérianes pour remonter son niveau actuel de 35%. On présumait également que la promotion du préservatif au sein des couples sérodiscordants aurait un rapport coût-efficacité élevé. En outre, on supposait que l'instauration d'un traitement*

*indépendamment de la numération de CD4 apporterait des bénéfices supplémentaires substantiels et un très bon rapport coût-efficacité en matière de DALY évitées.*

*Les auteurs montrent que les approches combinées sont importantes dans ce cadre et devraient être prises en compte pour la future politique de programmes.*

### **Insécurité alimentaire, maladies chroniques et embourgeoisement de la région de la Baie de San Francisco: un exemple de violence structurelle dans la politique publique des États-Unis.**

*Whittle HJ, Palar K, Hufstедler LL, Seligman HK, Frongillo EA, Weiser SD. Soc Sci Med. 20 août 2015;143:154-161. doi: 10.1016/j.socscimed.2015.08.027. [Publication en ligne avant impression]*

**L'insécurité alimentaire** demeure un enjeu majeur aux États-Unis, qui touche 49 millions de personnes. **Les études quantitatives démontrent que l'insécurité alimentaire a un lourd impact négatif en matière de santé parmi les personnes atteintes de maladies chroniques, dont les personnes vivant avec le VIH/sida (PVVIH).** Pour élaborer des interventions et des politiques efficaces face à ces effets sur la santé, **il est impératif de comprendre parfaitement l'expérience vécue et les facteurs structurels de l'insécurité alimentaire.** Pourtant, rares sont les études à avoir expliqué ces phénomènes parmi les personnes vivant avec des maladies chroniques dans les milieux riches en ressources, et notamment aux États-Unis. Ici, **nous avons cherché à explorer les expériences et les déterminants structurels de l'insécurité alimentaire** dans un groupe de PVVIH aux revenus faibles dans la région de la Baie de San Francisco. Trente-quatre entretiens approfondis semi-directifs ont été menés avec des PVVIH à faible revenu bénéficiaires d'une aide alimentaire fournie par une association à but non lucratif locale du comté de San Francisco et d'Alameda, en Californie, entre avril et juin 2014. Les transcriptions des entretiens ont été codées et analysées selon des méthodes d'analyse des contenus en suivant une approche inductive-déductive. **L'expérience vécue de l'insécurité alimentaire parmi les participants incluait des périodes où la quantité de nourriture était insuffisante et par conséquent de faim, ainsi que des difficultés à long terme avec la qualité de l'alimentation, à l'origine de préoccupations sur les effets préjudiciables à la santé d'une alimentation bon marché. Les participants ont également déclaré se procurer de la nourriture en recourant à des stratégies inacceptables du point de vue personnel et social, y compris la dépendance durable aux amis, à la famille et à la charité, le vol de nourriture, l'échange de rapports sexuels contre de la nourriture; et la vente de substances réglementées. L'insécurité alimentaire avait souvent pour origine la nécessité de payer des loyers onéreux, phénomène exacerbé par l'embourgeoisement, avec pour seul revenu des prestations d'invalidité limitées - une situation qui découle en grande partie de la convergence de politiques urbaines de longue date favorables à l'embourgeoisement et d'une politique de prise en charge de l'invalidité dépassée qui limite la viabilité financière. Les expériences d'insécurité alimentaire décrites par les participants à cette étude peuvent être comprises comme une forme de violence structurelle, justifiant le besoin d'interventions structurelles à l'échelle politique qui aillent au-delà des solutions strictement alimentaires.**

[Accès au résumé](#)

***Note de la rédaction:** Des études menées aux États-Unis ont démontré la forte prévalence de l'insécurité alimentaire chez les personnes à faibles revenus vivant avec le VIH. Malgré cette prévalence élevée, on en sait peu sur les mécanismes structurels précis de la répartition de l'insécurité alimentaire entre les participants à faibles et à hauts revenus, et en particulier chez les personnes vivant avec le VIH. L'article commence à combler cette lacune en matière de connaissances. A l'aide d'entretiens approfondis auprès d'un groupe de personnes à faibles revenus*

vivant avec le VIH et résidant dans la région de la Baie de San Francisco, l'étude a cherché à répondre aux questions sur la manifestation de l'insécurité alimentaire parmi certains groupes de la population. Trois thèmes propres à l'expérience vécue de l'insécurité alimentaire sont ressortis des entretiens. Le premier thème concerne les périodes de pénurie alimentaire significative pendant lesquelles la faim ou l'appréhension de la faim représentaient une source d'anxiété sérieuse pour les participants. Le deuxième portait sur la mauvaise qualité perçue de l'alimentation, les participants n'étant pas en mesure de s'offrir une alimentation jugée suffisamment saine. Ils considéraient cet aspect comme préjudiciable à la fois à leur état de santé général et à leur santé liée au VIH. D'où le troisième thème évoqué: les participants utilisaient une multitude de stratégies inventives pour se procurer à manger. A leurs yeux, certaines de ces stratégies étaient inconfortables du point de vue personnel, ou socialement inacceptables. Un thème important autour des déterminants structurels de la sécurité alimentaire également ressorti était la disparité entre le montant des loyers et les prestations d'invalidité perçues par les participants. En particulier, compte tenu de la hausse des loyers due à l'arrivée de personnes ayant profité du boom technologique, ainsi qu'à l'embourgeoisement observé dans la région de San Francisco, il est devenu extrêmement difficile pour les personnes à faibles revenus vivant avec le VIH de trouver à se loger en ville. Pour pouvoir acheter les aliments prioritaires, ils devaient limiter leurs dépenses et renoncer aux choses qu'ils jugent moins indispensables (par exemple les loisirs, les voyages ou les articles de toilette). Cette situation est particulièrement exacerbée par le problème du montant des prestations mensuelles d'invalidité trop faible par rapport au coût de la vie. Les résultats présentés dans cet article suggèrent certaines activités structurelles pour prévenir les effets indésirables de l'insécurité alimentaire tels que les risques sexuels, l'adhérence insuffisante au TARV et le mauvais état de santé clinique des personnes vivant avec le VIH. Deux mesures ont été suggérées. La première consistait à protéger les populations vulnérables des effets de marché de la réhabilitation urbaine grâce à une revalorisation des subventions au logement. La seconde visait à aider les personnes dépendantes des aides de l'État à se payer une alimentation adaptée et suffisamment saine en réévaluant les montants versés par le biais des prestations d'invalidité.

Pour résumer, les auteurs décrivent des participants à faibles revenus qui vivent avec le VIH et qui se sont souvent trouvés retranchés dans des situations d'indignité, de honte et de mauvaise santé par des forces économiques à grande échelle échappant à leur contrôle. Faut de moyens pour s'acheter de la nourriture ayant une valeur nutritionnelle adaptée, ils connaissaient souvent la faim ou une alimentation de mauvaise qualité qui suscitait des inquiétudes sur leur santé physique. Bien que les États-Unis soient un pays à revenu élevé ayant l'un des PIB par habitant les plus élevés, l'insécurité alimentaire reste un enjeu important. Au 21<sup>ème</sup> siècle, seules de vastes approches structurelles incluant des changements de politique peuvent aider les personnes atteintes de maladies chroniques et vulnérables à retrouver la dignité et l'état de santé que l'insécurité alimentaire leur a fait perdre.

### **Dépistage de la tuberculose chez des adultes venant de recevoir un diagnostic de séropositivité au VIH en Afrique subsaharienne: analyse coût-efficacité.**

Zwerling AA, Sahu M, Ngwira LG, Khundi M, Harawa T, Corbett EL, Chaisson RE, Dowdy DW. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 1<sup>er</sup> sept 2015;70(1):83-90. doi: 10.1097/QAI.0000000000000712.

Objectif: Les nouveaux outils, dont la microscopie à fluorescence par diode électroluminescente (LED) et le diagnostic moléculaire Xpert® MTB/RIF, offrent une sensibilité accrue pour la tuberculose (TB) chez les personnes vivant avec le VIH mais sont plus coûteux. A l'aide de données opérationnelles provenant d'une zone rurale du Malawi, nous avons étudié le rapport coût-efficacité potentiel d'un dépistage de la TB à la demande dans les pays à faible revenu d'Afrique subsaharienne.

Conception et méthodes: **Les coûts ont été regroupés de manière empirique dans 4 cliniques et 1 hôpital à l'aide d'une approche de microcosting, par des entretiens directs et une observation du point de vue du programme TB national.** A l'aide d'une analyse décisionnelle, les personnes venant de recevoir un diagnostic de VIH ont été modélisées comme étant dépistées par 1 des 3 stratégies: Xpert®, LED ou traitement de référence (c'est-à-dire à la discrétion du médecin traitant).

Résultats: **Le rapport coût-efficacité du dépistage de la TB parmi les personnes venant de recevoir un diagnostic de VIH a été déterminé en grande partie par 2 facteurs: prévalence de la TB active parmi les patients venant de recevoir un diagnostic de VIH et volume de dépistage.** Dans les structures dépistant au moins 50 personnes avec une prévalence de la TB de 6,5%, ou au moins 500 personnes avec une prévalence de la TB de 2,5%, Xpert® aura probablement un bon rapport coût-efficacité. A une prévalence plus faible - notamment celle observée au Malawi - la microscopie LED peut être la stratégie à privilégier, tandis que dans les milieux à plus faible prévalence de la TB ou avec de petits nombres de patients éligibles, aucun dépistage ne peut être raisonnable (de sorte que les ressources peuvent être déployées ailleurs).

Conclusions: **Le dépistage de la TB lors du diagnostic du VIH peut avoir un bon rapport coût-efficacité dans les pays à faible revenu d'Afrique subsaharienne mais seulement si une population relativement nombreuse à forte prévalence de TB peut être identifiée pour le dépistage.**

[Accès au résumé](#)

***Note de la rédaction:** Cette étude donne des orientations sur le meilleur moment pour dépister la tuberculose (TB) chez les personnes venant de recevoir un diagnostic de VIH à l'aide de Xpert® MTB/RIF ou par microscopie LED en termes de rapport coût-efficacité. Les études précédentes suggèrent que les deux technologies de dépistage de la TB peuvent avoir un bon rapport coût-efficacité mais ce critère sera fonction du mode de mise en œuvre des tests. Dans les milieux aux ressources très limitées, le coût du dépistage de la TB, en particulier par Xpert® MTB/RIF, demeure un problème. Il n'est donc peut-être pas possible de placer des équipements de dépistage à tous les endroits, et il faut plus de conseils sur les types de milieu où ces investissements peuvent être le plus bénéfiques.*

*L'étude observe que deux facteurs sont particulièrement importants dans le choix du dépistage de la TB sur tout site spécifique. Premièrement, les auteurs jugent que les volumes de test sont essentiels pour le rapport coût-efficacité. Ce résultat confirme les études précédentes réalisées en Afrique du Sud, avant le déploiement de Xpert® MTB/RIF, qui suggèrent que les "économies d'échelle" déterminent les coûts unitaires par test. Les auteurs de cette étude confirment cette précédente preuve en fournissant un exemple détaillé d'un milieu à faible revenu. Deuxièmement, concernant les effets, la prévalence de la TB est considérée comme un facteur clé du rapport coût-efficacité.*

*Les auteurs donnent une illustration d'une approche et d'un modèle simples qui peuvent être utilisés par les pays pour choisir les différents tests de dépistage de la TB nécessaires. Il convient de souligner toutefois qu'en raison de la pénurie de données les auteurs ne peuvent pas étudier complètement certains facteurs pouvant avoir un impact important sur le rapport coût-efficacité du dépistage de la TB, par exemple, la mesure et la rapidité avec lesquelles les personnes reçoivent un traitement approprié contre la TB selon l'option retenue (y compris le traitement de référence). Il a été prouvé que cet aspect était important dans d'autres études étudiant le rapport coût-efficacité de Xpert® MTB/RIF. Il convient de noter également que l'étude détermine le rapport coût-efficacité en s'appuyant sur une approche qui ne reflète pas toujours totalement les contraintes financières. Par*

conséquent, des analyses supplémentaires, basées sur les données locales, restent à effectuer avant d'appliquer les résultats de l'étude à différents milieux.

## 5. Renforcement de l'intégration de la riposte au VIH

**Les obstacles et les leviers que rencontrent les adolescentes vivant avec le VIH pour accéder aux services de contraception: évaluation qualitative des perceptions des prestataires au Kenya occidental.**

Hagey JM, Akama E, Ayieko J, Bukusi EA, Cohen CR, Patel RC. *J Int AIDS Soc.* 16 sept 2015;18(1):20123. doi: 10.7448/IAS.18.1.20123. eCollection 2015.

Introduction: Il est important pour la santé des adolescentes qui vivent avec le VIH d'éviter les grossesses involontaires, précaution qui a pour avantage supplémentaire qu'elle prévient la transmission verticale potentielle du VIH. **Les prestataires des structures de santé représentent une ressource inexploitée pour comprendre les obstacles et les leviers rencontrés par les adolescentes vivant avec le VIH lors de l'accès à la contraception.** En comprenant ces obstacles et leviers à l'utilisation d'une contraception chez les adolescentes vivant avec le VIH, cette étude a eu pour but de comprendre comment mieux promouvoir la contraception dans cette population marginalisée.

Méthodes: Nous avons réalisé **des entretiens approfondis structurés avec 40 prestataires de 21 cliniques proposant des Services familiaux de soins et d'informations sur le sida des comtés de Homabay, Kisumu et Migori au Kenya occidental** de juillet à août 2014. **Notre guide des entretiens a étudié les points de vue des prestataires sur la fourniture de services de contraception aux adolescentes vivant avec le VIH** sur les thèmes spécifiques suivants: évaluation et conseils sur la contraception, prestation de services, sécurité d'approvisionnement et structure de soins. La transcription des entretiens a été analysée à l'aide d'une analyse de contenu inductive.

Résultats: D'après les prestataires, **les facteurs interpersonnels étaient les premiers obstacles** rencontrés par les adolescentes vivant avec le VIH dans l'accès à la contraception. Les prestataires ont eu l'impression que les **adolescentes craignaient de parler de leur activité sexuelle** à leurs parents, camarades et prestataires à cause des implications en matière de promiscuité perçue. En outre, les prestataires ont indiqué que **les adolescentes éprouvent des difficultés à demander des services de contraception sans avoir de partenaire masculin**, car certains prestataires et membres de la communauté considèrent que les adolescentes non accompagnées de leur partenaire ne s'engagent pas sérieusement dans leur relation ou ont plusieurs relations simultanées. D'autre part, les prestataires ont souligné que les **facteurs institutionnels étaient ceux qui facilitaient le plus la contraception pour ces adolescentes.** **L'intégration de la contraception et des soins du VIH permet un accès simplifié à la contraception** en supprimant la stigmatisation que constitue une consultation exclusivement destinée à des services de contraception. **Les services à l'écoute des jeunes**, par exemple une journée exclusivement réservée aux jeunes dans les horaires des services, **instaurent également un climat plus confortable** pour les adolescentes qui recherchent des services de contraception.

Conclusions: Dans ces structures, les prestataires ont identifié la tendance chez les parents, les camarades et les prestataires à assimiler la demande de services de contraception à une promiscuité sexuelle comme un obstacle empêchant les adolescentes vivant avec le VIH d'accéder aux services de contraception. **Les services de santé devraient prévoir des services destinés aux**



## **adolescentes qui soient à l'écoute des jeunes et intègrent les soins du VIH et de contraception.**

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

**Note de la rédaction:** *Cet article dresse un tableau éloquent des obstacles et des leviers à l'accès et à l'utilisation des services de contraception par les jeunes filles vivant avec le VIH. Il apporte des éléments précieux sur le point de vue des prestataires concernant l'intégration des soins du VIH et des services de contraception. L'étude a été réalisée auprès de prestataires de soins du VIH dans différentes régions du Kenya occidental. Les auteurs ont observé que les jeunes filles éprouvaient des difficultés à accéder aux services, surtout quand elles étaient seules, de crainte d'être perçues comme sexuellement actives et/ou ayant des relations sexuelles multiples. La présence parentale lors des consultations dans les services du VIH peut faire obstacle à la demande de contraception. Mais certains parents soutiennent cette démarche et souhaitent prévenir les grossesses involontaires chez leurs filles. Les jeunes filles vivant avec le VIH peuvent trouver difficile de répondre aux questions de leurs camarades sur leur traitement anti-VIH et leur contraception. Les prestataires recommandent d'ailleurs l'abstinence et l'usage du préservatif plutôt que les contraceptifs hormonaux. Les prestataires peuvent jouer un rôle protecteur envers les patientes, qu'ils considèrent parfois comme des "enfants". Les auteurs suggèrent qu'une implication plus poussée des parents, des jeunes garçons et des partenaires masculins peuvent faciliter le recours à la contraception chez les jeunes filles vivant avec le VIH. L'intégration des soins du VIH et des services de contraception pour les jeunes filles peut fournir une plateforme cruciale pour réduire les infections sexuellement transmissibles, les grossesses involontaires et la transmission verticale du VIH.*