

UNAIDS Science now

HIV this month. Numéro 9. Septembre 2015

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

1. Réduire la transmission par voie sexuelle

- Sur le marché, où la drogue et l'alcool circulent largement: caractérisation d'un environnement à risque au Malawi
- Le gel vaginal au ténofovir offre une protection significative contre l'infection par le HSV-2
- La couverture du traitement antirétroviral est associée à une réduction de l'incidence du VIH au Kenya
- Le VIH et la perception relative du risque sur un site de pêche en Ouganda

2. Prévenir le VIH chez les consommateurs de drogues

- Connaissance du statut VIH et risque pour les populations clés en Inde

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

- Les méthodes optimales pour délivrer des CTV dans les services ambulatoires des infrastructures de santé
- Les réseaux de soutien aux patients peuvent améliorer l'engagement à long terme dans les soins du VIH
- Soins intégrés: nécessaires mais pas suffisants pour améliorer la cascade de PTME
- Faibles taux de passage à un traitement de deuxième intention chez les enfants en échec de TARV de première ligne
- Obstacles et leviers du suivi de la charge virale du point de vue des prestataires de soins, chez les individus séropositifs dans les milieux aux ressources limitées
- Les échanges patient-prestataire sont un facteur clé d'utilisation du TARV aux États-Unis

4. Éviter les décès liés à la tuberculose

- Comprendre les retards de diagnostic de la tuberculose: à qui s'adressent les personnes avant de consulter les services de soins de la TB ?
- Le risque de cancer lié au VIH diminue grâce au TARV au Botswana et en Ouganda mais le fardeau de la maladie dans la population générale demeure une préoccupation majeure

5. Parer à l'insuffisance des ressources

- [Autotest de dépistage du VIH: une approche économique ?](#)

6. Éliminer la stigmatisation et la discrimination

- [La stigmatisation liée au VIH peut entraver l'adhérence au traitement du VIH chez les personnes vivant avec le VIH](#)
- [Programmes mondiaux et discrimination locale: le soutien insuffisant apporté aux femmes vivant avec le VIH en Papouasie occidentale et son impact sur la PTME](#)
- [Risques et expériences des femmes transgenres au Liban](#)

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

Peter Godfrey-Faussett et Celeste Sandoval
ONUSIDA

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

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

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

1. Réduire la transmission par voie sexuelle

Consommation de substances psychotropes et comportements sexuels à risque chez les jeunes hommes qui travaillent sur un marché rural de bord de route au Malawi.

Jere DL, Norr KF, Bell CC, Corte C, Dancy BL, Kaponda CP, Levy JA. J Assoc Nurses AIDS Care. 13 juil 2015. pii: S1055-3290(15)00147-8. doi: 10.1016/j.jana.2015.07.003. [Publication en ligne avant impression]

À l'aide d'un **modèle écologique**, nous décrivons la consommation de substances psychotropes et les comportements sexuels à risque d'un groupe de jeunes ouvriers agricoles masculins sur un marché de bord de route au Malawi. Les données ont inclus des observations et des entretiens avec 18 vendeurs importants et 15 ouvriers agricoles (de 18 à 25 ans). Alcool, marijuana et professionnel(le)s du sexe (PS) étaient à disposition partout. Nous avons identifié trois schémas de consommation de substances psychotropes: 6 jeunes hommes étaient des consommateurs, 6 étaient d'anciens consommateurs et 3 n'en avaient jamais consommé. **La consommation de substances psychotropes était liée aux pratiques sexuelles à risque**, et notamment aux rapports sexuels avec des PS. Le marché incitait aux comportements à risque du fait de la disponibilité des ressources, de normes sociales favorables, et notamment des croyances selon lesquelles la consommation de substances psychotropes rend plus fort, et de l'absence de contraintes. Au niveau communautaire, la pauvreté, l'incitation culturelle à la consommation d'alcool, l'influence interpersonnelle de la famille/des pairs, la consommation de substances psychotropes chez les jeunes et le décrochage scolaire contribuaient également aux comportements à risque. L'éducation parentale était protectrice mais pas souvent rapportée. Il y a un besoin de programmes locaux traitant simultanément de la consommation de substances psychotropes et des pratiques sexuelles à risque, et les politiques nationales en matière de consommation de substances psychotropes et les services de santé mentale doivent être de meilleure qualité.

[Accès au résumé](#)

***Note de la rédaction:** Partout dans le monde, on a cherché à savoir comment la consommation de substances psychotropes et les comportements à risque associés contribuaient à l'acquisition du VIH. Durant la dernière décennie, de nouvelles preuves ont été apportées suggérant que la consommation de substances psychotropes augmente dans la région de l'Afrique subsaharienne, ce qui conduit les populations à avoir des comportements sexuels à risque associés à la transmission du VIH. Malgré cela, peu de recherches qui ciblent les causes et les pratiques de la consommation de substances psychotropes, l'impact associé et les possibilités de limitation des risques associés sont menées. De ce fait, il existe un fossé considérable en termes de connaissances. Cet article comporte une étude de cas qui apporte des éclairages sur les facteurs qui favorisent et entretiennent la consommation relativement lourde de marijuana et d'alcool sur un marché rural de bord de route au Malawi parmi de jeunes ouvriers agricoles.*

Dans le cadre du modèle écologique de Scribner, les auteurs partent du principe qu'il existe des facteurs à plusieurs niveaux (sociétal, voisinage, interpersonnel et individuel) qui influent sur le comportement des hommes qui travaillent sur ces marchés. À l'aide d'une approche ethnographique, ils décrivent de manière détaillée comment ces niveaux multiples de facteurs de risque opèrent et interagissent pour faciliter la consommation de substances psychotropes chez les hommes.

L'étude a révélé que la disponibilité et la consommation d'alcool et de marijuana sur le marché par les jeunes hommes étaient répandues et que ces comportements étaient connus et plutôt tolérés par les acteurs et les groupes clés présents sur le marché. L'environnement du marché se caractérise par la

facilité avec laquelle il est possible de consommer ces substances. L'environnement présentait des normes culturelles qui semblaient favoriser l'acceptabilité de ce comportement et l'absence de moyens de protection pour en minimiser les risques. L'étude a débouché sur deux constats jusqu'alors ignorés. Le premier portait sur la perception des bienfaits de la consommation d'alcool et de marijuana dont on estime qu'elle aiderait à trouver du travail et à être plus performant dans son travail. Le second constat est que les participants justifiaient souvent leur comportement en démontrant qu'il était approuvé par la culture Ngoni, essentiellement dans la région où était situé le marché. Ainsi, la consommation d'alcool était un moyen pour les jeunes d'affirmer leur virilité. Ces travaux réfléchis apportent des preuves significatives en faveur du besoin de programmes qui s'intéressent aux changements structurels, comme la disponibilité et la réglementation de la consommation de substances psychotropes et s'attaquent également aux normes culturelles présumées. Ils doivent être associés à une approche davantage tournée vers l'individu afin d'élaborer un programme susceptible d'avoir un impact positif en matière de réduction du risque lié à ces comportements.

Gel à base de ténofovir pour la prévention de l'infection par le virus Herpès Simplex de type 2.

Abdool Karim SS, Abdool Karim Q, Kharsany AB, Baxter C, Grobler AC, Werner L, Kashuba A, Mansoor LE, Samsunder N, Mindel A, Gengiah TN, Group CT. *N Engl J Med.* 6 août 2015;373(6):530-9. doi: 10.1056/NEJMoa1410649.

Contexte: L'infection par le virus Herpès Simplex de type 2 (HSV-2) est la première cause d'ulcération génitale dans le monde. **Il est nécessaire de trouver des stratégies de prévention efficaces contre l'infection par le HSV-2 afin d'atteindre les objectifs de la stratégie mondiale de l'Organisation mondiale de la santé pour la prévention et le contrôle des infections sexuellement transmissibles.**

Méthodes: Nous avons évalué l'efficacité d'un gel, appliqué avant et après les rapports sexuels, à base de ténofovir, un microbicide antiviral, sur la prévention de l'acquisition de HSV-2 dans un sous-groupe de 422 femmes séronégatives pour le HSV-2 recrutées dans l'étude CAPRISA (Centre for the AIDS Programme of Research in South Africa) 004, un essai par sondage aléatoire en double aveugle contre placebo. Les cas d'infection par le HSV-2 ont été identifiés par la mise en évidence d'une séroconversion sur un dosage d'immuno-absorption enzymatique des IgG anti-HSV-2 entre l'inclusion dans l'étude et la sortie de l'étude. Une analyse de confirmation a été effectuée par un test Western blot.

Résultats: **Le taux d'incidence du HSV-2 était de 10,2 cas pour 100 personnes-années (intervalle de confiance [IC] de 95%, 6,8 à 14,7) parmi les 202 femmes du groupe recevant le gel au ténofovir, contre 21,0 cas pour 100 personnes-années (IC 95%, 16,0 à 27,2) parmi les 222 femmes du groupe recevant le gel placebo (taux d'incidence 0,49; IC 95%, 0,30 à 0,77; P=0,003).** Le taux d'incidence du HSV-2 parmi les 25 femmes présentant des concentrations vaginales de ténofovir de 10 000 ng par millilitre ou plus était de 5,7 cas pour 100 personnes-années, contre 15,5 cas pour 100 personnes-années chez les 103 femmes pour lesquelles la présence de ténofovir n'était pas détectable au niveau vaginal (taux d'incidence, 0,37, IC 95%, 0,04 à 1,51; P=0,14). Comme confirmé par un test Western blot, 16 séroconversions HSV-2 ont été observées parmi les femmes ayant reçu le gel au ténofovir contre 36 chez celles ayant reçu le gel placebo (rapport des taux d'incidence, 0,45; IC 95%, 0,23 à 0,82; P=0,005).

Conclusions: **Dans cette étude réalisée en Afrique du Sud, l'application de gel au ténofovir avant et après les rapports sexuels a réduit l'acquisition du HSV-2 chez les femmes.**

Note de la rédaction : *Le ténofovir oral est largement utilisé pour prévenir et traiter l'infection par le VIH mais l'application d'une formulation topique en gel vaginal au ténofovir n'a pas prouvé son effet protecteur contre le VIH, probablement en raison des faibles taux d'adhérence. En revanche, les analyses de la protection procurée par le gel au ténofovir contre le virus Herpès Simplex, HSV-2, sont prometteuses. Cet article présente des données et analyses complémentaires de l'étude CAPRISA004 qui a conclu à l'effet modérément protecteur contre le VIH mais à une protection significative contre le HSV-2 (51% d'efficacité). Une sous-analyse a confirmé que les patientes présentant des concentrations vaginales de ténofovir supérieures étaient près de trois fois moins exposées au risque d'acquisition du virus de l'herpès que celles ne présentant pas de concentration détectable du médicament. En l'absence de vaccin ou de traitement efficace contre l'infection par le HSV-2, le gel de ténofovir appliqué avant et après les rapports sexuels permet d'augmenter les options de prévention de l'infection par le HSV-2 et a un effet indirect sur l'infection par le VIH.*

Impact de la couverture du traitement antirétroviral au niveau communautaire sur l'incidence du VIH chez les travailleuses du sexe kenyanes: étude de cohorte prospective sur 15 ans.

McClelland RS, Richardson BA, Cherutich P, Mandaliya K, John-Stewart G, Miregwa B, Odem-Davis K, Jaoko W, Kimanga D, Overbaugh J. *AIDS*. 31 juil 2015. [Publication en ligne avant impression]

Objectif: Vérifier l'hypothèse selon laquelle une couverture étendue du traitement antirétroviral (TARV) à l'échelle communautaire serait associée à une plus faible incidence du VIH chez les travailleuses du sexe (TDS) dans le district de Mombasa, au Kenya.

Conception : Étude de cohorte prospective.

Méthodes: De 1998 à 2012, il a été demandé à des TDS séronégatives au VIH de se présenter une fois par mois à un entretien portant sur les comportements à risque et le dépistage des infections sexuellement transmissibles, dont le VIH. **Nous avons évalué l'association entre la couverture du TARV dans la communauté et le risque pour les TDS de devenir séropositives au VIH**, à l'aide de modèles à risques proportionnels de Cox ajustés pour tenir compte des facteurs de confusion potentiels.

Résultats: **Mille quatre cent quatre TDS ont représenté 4335 femmes-années de suivi, dont 145 concernées par l'acquisition d'une infection par le VIH** (incidence de 3,35/100 femmes-années). La généralisation du TARV a débuté en 2003. En 2012, on estimait à 52% la proportion de personnes séropositives recevant un traitement. **La couverture du TARV au niveau communautaire était inversement associée à l'incidence du VIH** (risque relatif ajusté 0,77; intervalle de confiance de 95% 0,61-0,98; P = 0,03), **suggérant que chaque augmentation de 10% de la couverture était associée à une réduction de 23% du risque d'acquisition du VIH par les TDS**. La couverture du TARV au niveau communautaire n'avait aucun impact sur l'incidence du virus Herpès Simplex de type 2 (risque relatif ajusté 0,97; intervalle de confiance de 95% 0,79-1,20; P=0,8).

Conclusion: **Une couverture étendue du TARV dans la population générale était associée à une plus faible incidence du VIH chez les TDS**. L'association avec l'incidence du VIH et non l'incidence du virus Herpès Simplex de type 2, suggère que l'effet de la couverture du TARV au niveau communautaire peut être spécifique au VIH. Des interventions telles qu'une prophylaxie pré-exposition et des microbicides à base d'antirétroviraux ont donné des résultats décevants dans des essais de prévention du VIH auprès des TDS. **Ces résultats suggèrent que le risque d'acquisition d'une infection par le VIH par les TDS pourrait être réduit par l'approche indirecte consistant à étendre la couverture du TARV dans la communauté.**

Note de la rédaction : *Le bénéfice à l'échelle individuelle d'un traitement antirétroviral (TARV) sur la réduction de la transmission du VIH entre partenaires sérodiscordants est établi mais on en sait moins sur l'éventuel effet du TARV sur les populations clés telles que les travailleuses du sexe. Dans cette étude menée à Mombasa, au Kenya, sur 1404 travailleuses du sexe initialement séronégatives, l'augmentation de la couverture du TARV au niveau de la communauté était fortement associée à la diminution de l'incidence du VIH. L'incidence du VIH était inférieure de 23% pour chaque augmentation de 10% de la couverture du TARV, après ajustement compte tenu de la prévalence du VIH et des caractéristiques comportementales des participantes. Cependant, les auteurs soulignent que l'incidence du VIH était déjà en baisse avant l'introduction du TARV (de 11,4 cas/100 femmes-années en 1998 à 7,6/100 femmes-années en 2002) en raison d'autres facteurs, dont les changements des comportements à risque et les efforts de prévention du VIH déployés dans la communauté. Malgré cela, la présente étude suggère que, dans le cadre de services de prévention du VIH constants et de qualité, il est probable que le risque d'acquisition du VIH chez les travailleuses du sexe soit réduit grâce à l'augmentation de la couverture du TARV dans la communauté. Les initiatives visant à accroître la couverture du TARV dans la communauté représenteront potentiellement un bénéfice substantiel en matière de prévention du VIH pour cette population clé.*

Déni du risque et facteurs socio-économiques liés au niveau élevé de transmission du VIH dans une communauté de pêche à Rakai, Ouganda: étude qualitative.

Lubega M, Nakyaanjo N, Nansubuga S, Hiire E, Kigozi G, Nakigozi G, Lutalo T, Nalugoda F, Serwadda D, Gray R, Wawer M, Kennedy C, Reynolds SJ. PLoS One. 26 août 2015;10(8):e0132740. doi: 10.1371/journal.pone.0132740. eCollection 2015.

Contexte: Dans la **communauté de pêche de Kasensero, le berceau du premier cas répertorié de VIH en Ouganda**, la transmission du VIH demeure très élevée, avec une incidence respectivement de 4,3 et de 3,1 pour 100 personnes-années chez les femmes et les hommes, et une prévalence du VIH de 44%, qui atteint les 74% chez les travailleuses du sexe. **Nous avons exploré les facteurs à l'origine de la transmission élevée du VIH à Kasensero du point de vue des pêcheurs et d'autres membres de la communauté afin d'éclairer les futures directives et interventions préventives.**

Méthodes: **20 entretiens approfondis, menés à la fois auprès de répondants séropositifs et séronégatifs pour le VIH, et 12 groupes de discussion réunissant au total 92 répondants issus de la communauté de pêche de Kasensero** ont été conduits durant la période d'avril à septembre 2014. Une analyse du contenu a été réalisée pour identifier les thèmes récurrents.

Résultats: Les **facteurs de risque socio-économiques de transmission élevée du VIH** dans la communauté de pêche de Kasensero en question cités étaient multiples et de type transversal et ont été classés dans les catégories suivantes: **pouvoir de l'argent, déni du risque, facteurs environnementaux, mais aussi style de vie prédisposant, alcoolisme et toxicomanie. Autres facteurs: pression des pairs, mauvaises conditions de logement et recherche d'aides financières aussi bien pour les hommes que pour les femmes, qui les ont rendus vulnérables à l'exposition au VIH et/ou aux comportements à risque.**

Conclusions: Des interventions de prévention combinée spécifiques au contexte doivent être organisées à Kasensero et inclure les pêcheurs et les autres leaders influents de la communauté. Ces groupes devraient être dotés des connaissances et des capacités de mobilisation sociale nécessaires pour combattre les comportements, les perceptions, les croyances, les idées fausses et

les attitudes de soumission à la fatalité négatifs et à risque, qui exposent la communauté à la transmission élevée du VIH. Il faut également que le **gouvernement/les partenaires garantissent la mise en œuvre efficace des directives, des gilets de sauvetage pour tous les pêcheurs, améliorent les conditions de logement de la communauté afin de réduire le surpeuplement et les autres prédispositions, en rapport avec le logement, aux taux élevés de VIH dans la communauté**. Il a été fait appel à des équipes spécialisées dans le sida intervenant sur le lieu de travail qui ont contribué à traiter le problème de la transmission élevée du VIH dans des milieux similaires.

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

***Note de la rédaction** : Ces dernières années, les décideurs politiques et les responsables de l'exécution des programmes ont été exhortés à "connaître [leur] épidémie". Cet article illustre de manière très parlante la complexité de la réponse à une situation caractérisée par une prévalence et une incidence élevées. Les auteurs décrivent les nombreux facteurs qui contribuent aux taux élevés de transmission du VIH. Ils illustrent pourquoi, par exemple, la mise à disposition de préservatifs et d'informations sur les pratiques sexuelles sûres peut n'avoir qu'un impact limité sur un homme qui dit craindre la noyade lorsqu'il ira pêcher le lendemain. La noyade est un risque plus immédiat qu'un décès dû aux maladies liées au sida dans un futur plus ou moins proche. Les informations contenues dans cet article ne sont pas nouvelles. Nous connaissons depuis assez longtemps les différents facteurs de risque des sites de pêche en Ouganda. De nombreux travaux ont également été réalisés sur la perception relative du risque. Toutefois, ce que proposent les auteurs est une présentation claire et bien étayée des diverses raisons pour lesquelles les personnes du cadre de l'étude risquent de contracter le VIH. Ils illustrent l'importance vitale de comprendre le contexte de la transmission du VIH, la valeur qu'il y a à aller au-delà des chiffres de la prévalence et de l'incidence.*

2. Prévenir le VIH chez les consommateurs de drogues

Continuité des soins du VIH chez les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes et chez les consommateurs de drogues injectables en Inde: les obstacles au succès de l'engagement.

Mehta SH, Lucas GM, Solomon S, Srikrishnan AS, McFall AM, Dhingra N, Nandagopal P, Kumar MS, Celentano DD, Solomon SS. Clin Infect Dis. 6 août 2015. pii: civ669. [Publication en ligne avant impression]

Contexte: Nous caractérisons la continuité des soins du VIH chez les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HSH) et chez les consommateurs de drogues injectables (CDI) en Inde.

Méthodes: **Nous avons recruté 12 022 HSH et 14 481 CDI dans 26 villes indiennes** par échantillonnage déterminé par les répondants (9/2012-12/2013). Les participants avaient ≥ 18 ans et soit 1) se sont auto-identifiés comme étant de sexe masculin et ont déclaré avoir eu des relations sexuelles avec un homme durant l'année écoulée (HSH), soit 2) ont déclaré avoir consommé des drogues injectables au cours des 2 dernières années (CDI). Les corrélats de la connaissance du statut séropositif ont été caractérisés à l'aide d'une régression logistique multiniveau.

Résultats: **1146 HSH étaient infectés par le VIH, parmi lesquels 30% en valeur médiane avaient connaissance de leur statut séropositif, 23% recevaient des soins, 22% étaient en pré-TARV, 16% étaient en phase d'instauration d'un TARV, 16% étaient sous TARV et 10% présentaient**

une suppression de la CV. Les données étaient variables selon les sites (plage de connaissance: 0-90%; plage de suppression de la CV: 0-58%). **2906 CDI étaient infectés par le VIH, parmi lesquels 41 % en valeur médiane en avaient connaissance, 36 % recevaient des soins, 31 % étaient en pré-TARV, 20 % étaient en phase d'instauration d'un TARV, 18 % étaient sous TARV et 15 % présentaient une suppression de la CV.** Une variabilité similaire selon les sites a été observée (plage de connaissance: 2-93 %; plage de suppression de la CV: 0-47%). **Les facteurs significativement associés à la connaissance étaient la région, l'âge plus avancé, le fait d'être marié (HSH) ou d'être une femme (CDI), l'utilisation d'autres services (CDI), le fait d'avoir plus d'un partenaire sexuel au cours de sa vie (HSH) et l'utilisation de matériel d'injection non stérile (CDI). Chez les consommateurs continus de drogues injectables (CDI) et d'alcool (HSH), une association avec une plus faible connaissance a été observée.**

Conclusions: Dans ce vaste échantillon, **l'obstacle majeur à l'engagement dans les soins du VIH était la connaissance du statut séropositif.** Les efforts devraient se concentrer sur les liens entre le dépistage du VIH et d'autres services essentiels.

[Accès au résumé](#)

***Note de la rédaction :** L'objectif 90-90-90 de l'ONUSIDA, qui est que 90% de toutes les personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut, que 90% des personnes soient sous TARV et que 90% de toutes les personnes sous TARV atteignent une suppression virale, s'applique à toutes les personnes vivant avec le VIH, y compris aux personnes issues des populations clés qui peuvent être difficiles à atteindre dans certains milieux. En Inde, une baisse de la prévalence du VIH a été observée chez les femmes se rendant aux consultations prénatales mais pas dans les populations clés des hommes gays et des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, ainsi que des consommateurs de drogues injectables. Dans cette grande étude de type communautaire menée, à travers l'Inde, sur des hommes gays et des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes ainsi que des consommateurs de drogues injectables, la majeure partie des personnes vivant avec le VIH (70% des hommes gays et des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes et 59% des consommateurs de drogues injectables) n'avaient pas connaissance de leur statut VIH. Parmi les personnes qui avaient connaissance de leur statut, la proportion de personnes recevant un TARV sur une longue durée était relativement faible (68% des hommes gays et des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes et 52% des consommateurs de drogues injectables). Notamment, parmi les personnes sous TARV, les taux de suppression virale étaient élevés et comparables à ceux observés dans les milieux à revenus élevés. L'étude souligne que le facteur de connaissance du statut VIH est le principal obstacle aux soins du VIH dans ces populations, et qu'il est important d'intégrer le dépistage du VIH dans les services de santé pour les populations vulnérables, en utilisant des tests rapides avec résultat le jour même afin de maximiser le lien avec les services de soins. Cependant, pour que l'impact sur l'état de santé des patients dans la continuité des soins du VIH soit réel, des stratégies supplémentaires seront nécessaires. Elles doivent être élaborées parallèlement à des transformations à grande échelle des politiques publiques afin de modifier l'environnement social au sens large, comme la dépénalisation des rapports entre personnes de même sexe.*

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

Étude sur le renforcement de l'accès au dépistage du VIH et l'utilisation du traitement (Projet STATUS): essai par sondage aléatoire des interventions de conseil et de tests du VIH.

McNaghten AD, Schilsky Mneimneh A, Farirai T, Wamai N, Ntiro M, Sabatier J, Makhunga-Ramfola N, Mwanasalli S, Awor A, Moore J, Project SST. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 6 août 2015. [Publication en ligne avant impression]

Objectif: Déterminer **lequel de 3 modèles de conseil et de tests du VIH (CTV) dans les services ambulatoires améliore le dépistage du VIH** et l'admission aux soins de patients séropositifs récemment dépistés.

Conception: **Essai par sondage aléatoire** portant sur les interventions de conseil et de tests du VIH.

Méthodes: Trente-six services de soins ambulatoires en Afrique du Sud, en Tanzanie et en Ouganda ont été répartis de manière aléatoire dans **3 différents modèles de CTV: A) des professionnels de santé ont orienté les patients éligibles** (18-49 ans, non dépistés durant l'année écoulée, pas de séropositivité connue pour le VIH) **vers des services de conseil et de test volontaires (CTVo) sur site** pour des CTV proposés et **dispensés par des conseillers en CTV après consultation clinique; B) des professionnels de santé ont proposé et dispensé des CTV aux patients éligibles lors d'une consultation clinique; et C) une infirmière ou des conseillers bénévoles ont proposé et dispensé des CTV** aux patients éligibles **avant consultation clinique**. Les données ont été recueillies d'octobre 2011 à septembre 2012. Nous décrivons l'éligibilité aux tests et leur acceptation, la prévalence du VIH et l'orientation et l'admission aux soins. Des analyses du khi2 ont été réalisées pour examiner les différences selon le modèle.

Résultats: Sur 79 910 patients, 45% étaient éligibles du fait de leur âge et 16 099 (45%) des patients éligibles du fait de leur âge ont été testés. Dix pour cent d'entre eux ont été testés positifs au VIH. Des différences significatives ont été relevées dans les pourcentages testés selon le modèle. **La proportion la plus élevée de patients éligibles du fait de leur âge testés par le Projet STATUS se trouvait dans le Modèle C (54,1%, intervalle de confiance [IC] 95%=42,4-65,9), puis dans le Modèle A (41,7%, IC 95%=30,7-52,8) et dans le Modèle B (33,9%, IC 95%=25,7-42,1)**. Sur les 1596 patients séropositifs récemment dépistés, 94% ont été orientés vers les soins (96,1% pour le Modèle A, 94,7% pour le Modèle B et 94,9% pour le Modèle C), et **58% ont bénéficié de soins sur site (74,4% pour le Modèle A, 54,8% pour le Modèle B et 55,6% pour le Modèle C) sans différences significatives entre les modèles concernant les orientations ou l'admission aux soins**.

Conclusions: **C'est dans le Modèle C que l'on observe la plus grande proportion de patients dépistés parmi tous les patients éligibles du fait de leur âge**. Bien que 94% des patients de STATUS ayant obtenu un résultat positif au test aient été orientés vers les soins, seuls 58% d'entre eux ont été admis en centre de soins. Nous n'avons relevé aucune différence entre les patients admis en centre de soins entre les modèles de CTV. Des services réguliers de CTV dans les centres de soins ambulatoires sont acceptables pour les patients et efficaces pour identifier les personnes séropositives, mais des efforts supplémentaires sont nécessaires pour améliorer l'admission aux soins.

[Accès au résumé](#)

***Note de la rédaction :** Bien que les modèles communautaires de dépistage du VIH aient fait l'objet de beaucoup d'attention ces dernières années, les directives de l'OMS et de l'ONUSIDA continuent d'insister sur l'importance des efforts à déployer pour améliorer l'accès aux tests de dépistage du VIH dans les structures de soins. Cette étude intéressante menée dans des conditions analogues au monde réel a permis d'examiner différents modèles de tests basés sur les services de soins ambulatoires. Elle a révélé que le modèle qui s'intéressait aux personnes en attente d'une consultation clinique atteignait la proportion la plus élevée de personnes éligibles ayant recours au*

dépistage. Au-delà de cette étape, les auteurs déclarent que les proportions de personnes orientées et admises dans les soins ne différaient pas de manière significative et que c'était le cas seulement d'une faible proportion d'entre eux (<60%). Pourtant, la population de l'étude était entièrement constituée de personnes utilisant déjà les services dans la structure de soins. La majeure partie des participants étaient des femmes. Aucune information supplémentaire sur le statut clinique ou la numération de CD4 des personnes identifiées comme séropositives pour le VIH n'est fournie, même si de telles données seraient utiles au suivi dans le futur. Cette étude souligne non seulement que le conseil et le test du VIH en centre de soins ne doit pas être négligé, étant un moyen important d'accroître l'accès au dépistage, mais aussi que le lien avec les soins est problématique même parmi les personnes qui utilisent déjà les services de santé généraux.

Mise en œuvre et recherche opérationnelle: resserrer le réseau: essai quasi-expérimental sur une intervention en réseau de soutien définie par le patient afin de promouvoir l'engagement pour les soins du VIH et l'adhérence au traitement sur l'île de Mfangano, au Kenya.

Hickey MD, Salmen CR, Omollo D, Mattah B, Fiorella KJ, Geng EH, Bacchetti P, Blat C, Ouma GB, Zoughbie D, Tessler RA, Salmen MR, Campbell H, Gandhi M, Shade S, Njoroge B, Bukusi EA, Cohen CR. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 1^{er} août 2015;69(4):e127-34. doi: 10.1097/QAI.0000000000000664.

Contexte: Malgré les progrès réalisés dans le déploiement à l'échelle mondiale du traitement antirétroviral, **un engagement soutenu dans les soins du VIH demeure difficile à atteindre. Le capital social est un facteur important d'engagement durable**, mais les interventions visant à exploiter cette puissante force sociale sont rares.

Méthodes: **Nous avons réalisé une étude quasi-expérimentale pour évaluer l'impact de l'intervention Microclinic Social Network sur l'engagement dans les soins du VIH et l'adhérence au traitement** sur l'île de Mfangano, au Kenya. L'intervention a été mise en place dans 1 des 4 communautés similaires que dessert ce dispensaire et des comparaisons ont été effectuées entre les communautés au moyen d'une analyse en intention de traiter. **Microclinics, qui se compose de réseaux de soutien définis par les patients, a participé à 10 sessions de discussion bihebdomadaires couvrant des thèmes allant de la biologie du VIH au soutien de groupe et à la divulgation du statut VIH en groupe. Les concentrations de névirapine dans les cheveux ont été mesurées avant et après l'étude.**

Résultats: **Cent treize (74%) participants communautaires à l'intervention ont rejoint un groupe de microclinics, dont 86% ont participé à une divulgation du statut VIH en groupe. Sur 22 mois de suivi**, les participants communautaires à l'intervention ont enregistré **un taux d'absence clinique ≥ 90 jours deux fois plus faible que celui observé dans les communautés témoins** (risque relatif ajusté: 0,48; intervalle de confiance de 95%: 0,25 à 0,92). Les concentrations de névirapine dans les cheveux ont baissé dans les deux bras de l'étude. D'après l'analyse de régression linéaire ajustée, la baisse était moins sévère de 6,7 ng/mg dans le bras de l'intervention que dans le bras témoin (intervalle de confiance de 95%: -2,7 à 16,1).

Conclusions: **L'intervention de microclinic est une stratégie communautaire prometteuse et réalisable pour améliorer l'engagement à long terme dans les soins du VIH et peut-être l'adhérence au traitement.** Réduire les interruptions de traitement à l'aide d'une approche basée sur les réseaux de personnes a d'importantes répercussions sur la suppression virale, la morbidité et la mortalité chez chaque patient, mais aussi sur l'intensification de l'autonomisation et de l'engagement de la communauté dans les soins.

Note de la rédaction : *Pour maximiser l'impact du TARV, les personnes vivant avec le VIH doivent être diagnostiquées à un stade précoce, admises et maintenues en soins pré-TARV, se voir instaurer un TARV et être maintenues dans le circuit de soins du TARV. L'adhérence sur le long terme pour atteindre et maintenir la suppression de la charge virale est la dernière étape de la continuité des soins du VIH. L'engagement tout au long de la cascade de traitement complète déterminera le succès à long terme de la réponse globale au VIH.*

Cet article rapporte les résultats d'une étude quasi-expérimentale dont le but était d'évaluer si un programme combiné de réduction de la stigmatisation et de responsabilisation des réseaux de personnes contribuait à améliorer l'issue des traitements du VIH. Le programme a consisté en une adaptation d'une activité basée sur les réseaux sociaux et connue sous le nom de "microclinics". "Microclinics" désigne des réseaux de personnes informels dotés des moyens nécessaires pour soutenir la gestion et la prévention des maladies chroniques. Les groupes de "microclinics" se composaient de cinq à dix parents, amis proches ou autres membres de la sphère de soutien social du patient, indépendamment du statut VIH du membre. Un travailleur de santé communautaire, un coordinateur et un animateur ont été attribués à "microclinics" et ils ont été guidés à travers une série de dix sessions de discussion sur une période de cinq mois. Durant ces sessions, ils ont reçu des messages d'information sanitaire visant à promouvoir les connaissances en matière de prévention et de traitement du VIH et le soutien du groupe a été encouragé à travers des échanges sur la confidentialité, la divulgation du statut VIH et l'incitation du groupe à l'adhérence et à l'assiduité aux consultations. Le programme a été instauré dans une des quatre communautés similaires desservies par le principal centre de soins de l'étude et des comparaisons ont été effectuées entre les communautés. Les résultats étaient l'engagement dans les soins du VIH et l'adhérence au traitement médicamenteux.

Trois quarts des participants de ce programme ont rejoint une "microclinique". Les participants ont le plus souvent respecté les calendriers de consultations. En moyenne, sur un an de suivi, comparativement aux personnes du groupe témoin, les personnes du groupe "microclinics" sont revenues dans les soins trois semaines plus tôt après une visite manquée. Une étude menée par Ware et al. décrit le chemin qui conduit de l'oubli d'un rendez-vous de soins à l'abandon des soins. Ce parcours inclut des étapes intermédiaires comme le développement d'une réticence au retour et les sentiments consécutifs de perte progressive du lien avec les soins. Les auteurs de cette étude formulent l'hypothèse selon laquelle cette participation à "microclinics" a empêché le développement d'une "réticence au retour" après une visite manquée.

Les auteurs en concluent qu'il existe une justification empirique de "microclinics" en tant que modèle efficace de prise en charge des maladies chroniques. Pourtant, compte tenu de sa conception quasi-expérimentale, d'autres facteurs ont pu contribuer à l'amélioration des résultats. Il serait utile de posséder les données de suivi à plus long terme pour déterminer la durabilité de l'effet du programme, car les participants de l'étude n'ont été suivis que pendant 22 mois.

Mise en œuvre et recherche opérationnelle: les effets des soins anténataux et de l'intégration du traitement du VIH sur les éléments de la cascade de PTME: résultats de l'essai contrôlé par sondage aléatoire en grappes SHAIP au Kenya.

Turan JM, Onono M, Steinfeld RL, Shade SB, Owuor K, Washington S, Bukusi EA, Ackers ML, Kioko J, Interis EC, Cohen CR. J Acquir Immune Defic Syndr. 15 août 2015;69(5):e172-81. doi: 10.1097/QAI.0000000000000678.

Contexte: L'intégration des soins anténataux (SAN) et des soins du VIH peut améliorer l'utilisation et le maintien dans les services tout au long de la cascade de prévention de la transmission mère-enfant (PTME). **Cette étude avait pour but de déterminer si l'intégration des services du VIH dans le cadre des SAN améliorerait les résultats liés à l'utilisation des services de PTME.**

Méthodes: Des centres de SAN dans des zones rurales du Kenya ont été répartis par sondage aléatoire entre des services intégrés (6 centres, 569 femmes) et non intégrés (6 centres, 603 femmes). **Les centres d'intervention fournissaient tous les services liés au VIH, y compris les traitements antirétroviraux hautement actifs (HAART), tandis que les centres témoins fournissaient les services de PTME mais orientaient les femmes vers des centres de soins du VIH au sein de la même structure. Les résultats d'utilisation de la PTME chez des femmes infectées par le VIH (inclusion dans les soins maternels du VIH, instauration d'un HAART et dépistage du VIH chez le nourrisson de 3 mois) ont été comparés à l'aide d'équations d'estimation généralisée et d'une régression de Cox.**

Résultats: **L'inclusion dans les soins du VIH était plus élevée dans le centre d'intervention que dans le centre témoin [69% contre 36%; rapport de côtes = 3,94, intervalle de confiance (IC) de 95%: 1,14 à 13,63]. La durée médiane jusqu'à l'inclusion était significativement plus brève chez les femmes du bras de l'intervention (0 contre 8 jours, risque relatif = 2,20, IC 95%: 1,62 à 3,01). Les probabilités d'instauration d'un HAART étaient plus élevées chez les femmes éligibles du bras de l'intervention (40% contre 17%; rapport de côtes = 3,22, IC 95%: 1,81 à 5,72). Le dépistage des nourrissons était plus courant dans le bras de l'intervention (25% contre 18%) mais pas statistiquement différent. Aucune différence significative n'a été observée au niveau de l'utilisation des services postnataux ou du maintien des mères dans ces services.**

Conclusions: **L'intégration des services a amélioré l'inclusion dans les soins maternels du VIH et l'utilisation du HAART. Cependant, les résultats de l'utilisation de la PTME étaient encore insuffisants et l'utilisation des services postnataux est restée médiocre** dans les deux bras de l'étude. Des travaux de recherche et des interventions supplémentaires seront nécessaires pour continuer à améliorer la cascade de PTME.

[Accès au résumé](#)

Note de la rédaction : L'OMS préconise une approche combinée en matière de prévention de la transmission mère-enfant, qui inclut la prévention primaire du VIH chez les femmes en âge de procréer, la prévention des grossesses involontaires chez les femmes vivant avec le VIH, la prévention de la transmission du VIH d'une femme vivant avec le VIH à son enfant et la mise à disposition des formes adaptées de traitement, de soins et de soutien aux mères vivant avec le VIH, à leurs enfants et à leur famille.

Les programmes de prévention de la transmission mère-enfant en Afrique subsaharienne sont caractérisés par des taux élevés de perte de vue maternelle et infantile à chaque étape de la cascade. Les pertes les plus importantes sont associées à une rupture du lien avec les services de soins du VIH et un échec du maintien dans ces services.

Cet article traite d'un essai par sondage aléatoire en grappes qui a évalué si l'intégration des services de soins du VIH dans le contexte des soins anténataux (SAN) a amélioré l'utilisation des services de prévention de la transmission mère-enfant (inclusion dans les soins maternels du VIH, instauration du TARV et dépistage du VIH chez le nourrisson à 3 mois) et le maintien dans le circuit de soins tout au long de la cascade de prévention de la transmission mère-enfant.

L'intégration des services liés au VIH dans le contexte des SAN a amélioré l'admission aux soins du VIH, les délais d'admission et l'instauration du TARV chez les femmes éligibles comparativement aux dispensaires témoins. Le maintien dans les soins était plus faible dans les dispensaires du programme.

Cependant, même sur les sites du programme, seules 70% (et non 100%) des femmes séropositives ont été admises aux soins du VIH, ce qui démontre que les hésitations des femmes à instaurer des soins du VIH demeurent un obstacle pour une proportion importante de femmes. Les auteurs ont découvert que la stigmatisation intériorisée associée au VIH était un problème important, et supposent que les femmes issues des dispensaires intégrés étaient encore plus exposées au risque de divulgation involontaire et de stigmatisation.

Le diagnostic infantile précoce était inadéquat dans les deux bras de l'étude. L'inadéquation des systèmes à identifier les nourrissons exposés au VIH dans les centres postnataux et la stigmatisation permanente associée au VIH ont été citées comme les principaux défis. Des registres de santé maternelle et infantile électroniques intégrés sur le lieu des soins, qui permettent un accès rapide aux données relatives aux femmes et aux nourrissons qui sortent de la cascade pourraient contribuer à remédier à cette situation.

Les auteurs concluent en affirmant que l'intégration des services cliniques est nécessaire mais pas suffisante pour surmonter tous les obstacles à l'utilisation des services de prévention de la transmission mère-enfant.

Déterminants de la durabilité du traitement antirétroviral de première ligne et délai entre l'échec du traitement de première ligne et l'instauration du traitement antirétroviral de deuxième intention.

Desmonde S, Eboua FT, Malateste K, Dicko F, Ekouevi DK, Ngbeche S, Koueta F, Sy HS, Renner L, Koumakpai SA, Leroy V, leDEA Pediatric West African Working Group. AIDS. 31 juil 2015;29(12):1527-36. doi: 10.1097/QAD.0000000000000707.

Contexte: Nous avons décrit les raisons de passer au traitement antirétroviral (TARV) de deuxième intention et le délai avant le changement de traitement chez des enfants séropositifs dont le TARV de première ligne a échoué en Afrique occidentale.

Méthodes: Nous avons inclus tous les enfants de 15 ans ou moins qui débutent un TARV (au moins trois molécules) dans les centres cliniques pédiatriques regroupés au sein de la leDEA dans cinq pays d'Afrique occidentale. Nous avons estimé l'incidence du changement de traitement (au moins un changement de classe de médicaments) dans les 24 mois suivant le début du TARV et les facteurs associés ont été identifiés dans une régression logistique multinomiale. Parmi les enfants ayant rencontré un échec clinique-immunologique, nous avons estimé la probabilité à 24 mois du passage à un traitement de deuxième intention et les facteurs associés, en utilisant les risques concurrents. Les enfants qui sont passés à un TARV de deuxième intention après le retrait de nelfinavir en 2007 ont été exclus.

Résultats: Dans l'ensemble, 2820 enfants ont débuté un TARV à un âge médian de 5 ans; 144 (5%) étaient sous nelfinavir. A 24 mois après l'instauration du TARV, 188 (7%) patients étaient passés à un traitement de deuxième intention. Les motifs les plus fréquemment donnés étaient les ruptures de stocks de médicaments (20%), la toxicité (18%), l'échec du traitement (16%) et la mauvaise adhérence (8%). Sur la période de suivi de 24 mois, 322 (12%) enfants ont connu un échec du TARV de première ligne après un délai médian de 7 mois. Parmi ces enfants, 21 (7%) sont passés à un traitement de deuxième intention après un délai médian de 21 semaines

d'échec. Ce résultat était associé à l'âge avancé [risque relatif de sous-distribution (sHR) 1,21, intervalle de confiance de 95% (IC 95%) 1,10-1,33] et à une longue durée sous TARV (sHR 1,16, IC 95% 1,07-1,25).

Conclusion: **Les changements de traitement pour cause d'échec clinique étaient rares et les changements consécutifs à un échec immunologique étaient insuffisants.** Ces lacunes révèlent qu'il est crucial de préconiser à la fois un accès durable aux traitements de première ligne et aux traitements alternatifs pour assurer le bon déploiement des programmes de TARV pédiatriques.

[Accès au résumé](#)

***Note de la rédaction :** Les données relatives à la durabilité du TARV de première ligne chez les enfants dans les milieux à faible revenu sont limitées. Cependant, on constate de plus en plus que les enfants suivis dans des structures sans test systématique de mesure de la charge virale sont moins susceptibles d'être identifiés comme en échec au traitement de première ligne. Cette étude observationnelle conduite par le groupe de travail pédiatrique d'Afrique occidentale leDEA illustre que le taux de passage à un traitement de deuxième intention chez les enfants sous première ligne, contrôlé à l'aide de critères cliniques (avec ou sans données immunologiques), était faible. En outre, la majorité des changements de traitement intervenus étaient plutôt dus à des problèmes de disponibilité du TARV, à une mauvaise adhérence et à une toxicité médicamenteuse qu'à un échec du traitement cliniquement attesté. Environ 12% des enfants ont présenté un échec du TARV de première ligne après sept mois en moyenne, et seulement 0,8% d'entre eux sont passés à un TARV de deuxième intention. Ces résultats mettent l'accent sur les occasions manquées et sur les difficultés à identifier un échec de traitement chez des enfants dans un contexte dans lequel le contrôle virologique n'est pas encore disponible.*

En première ligne du suivi virologique du VIH: obstacles et leviers du point de vue des prestataires dans les milieux aux ressources limitées.

Rutstein SE, Golin CE, Wheeler SB, Kamwendo D, Hosseinipour MC, Weinberger M, Miller WC, Biddle AK, Soko A, Mkandawire M, Mwenda R, Sarr A, Gupta S, Mataya R. AIDS Care. 2015 Aug 17:1-10. [Publication en ligne avant impression]

Le déploiement à grande échelle du suivi de la charge virale (CV) chez les patients infectés par le VIH sous traitement antirétroviral (TARV) est une priorité dans de nombreux milieux aux ressources limitées et les prestataires de TARV sont des acteurs cruciaux pour la mise en œuvre efficace du programme. Nous avons exploré les obstacles et les leviers du suivi de la CV du point de vue des prestataires. Nous avons interrogé tous les prestataires (n = 17) engagés dans une évaluation de gouttes de sang séché à des fins de santé publique afin de contrôler la CV dans cinq services de TARV au Malawi. Tous les services de TARV étaient hébergés dans les hôpitaux régionaux. Nous avons procédé à des regroupements thématiques au niveau du patient, du prestataire, de la structure, du système et de la politique. **Les prestataires ont exprimé leur souhait d'amélioration des stratégies de suivi du TARV et leur frustration face à des politiques restrictives pour déterminer les patients éligibles au suivi de la CV.** Bien que de nombreux prestataires plaident pour l'extension du suivi à toutes les personnes sous TARV, indépendamment du temps passé sous TARV, **l'obstacle le plus frappant à la mise en œuvre du suivi de la CV d'après les prestataires était la pression du travail associé aux activités de suivi.** La charge de travail était exacerbée par des systèmes de gestion des données inefficaces, soulignant une interaction critique entre les différents facteurs au niveau du prestataire, de la structure et du système. **Le manque d'intégration entre les systèmes de laboratoires et cliniques a rendu plus**

complexe la procédure d'alerte des prestataires lors de la mise à disposition des résultats, et ces lacunes en matière de communication ont été intensifiées par une connectivité insuffisante entre les structures. La centralisation de la distribution du TARV de deuxième intention a également été citée comme un obstacle: les prestataires ont déclaré que le **temps et l'argent nécessaires aux patients pour aller chercher leur TARV de deuxième intention ont souvent fait obstacle à l'orientation des patients. Cependant, l'autonomisation des prestataires est apparue comme un levier inattendu du suivi de la CV.** Pour de nombreux prestataires, c'était la première fois qu'ils utilisaient un marqueur objectif de la réponse au TARV pour orienter la prise en charge clinique du patient. **La connaissance du statut virologique d'un patient par les prestataires a amélioré la confiance dans les conseils en matière d'adhérence et la prise de décision clinique.** Les résultats de notre étude ouvrent des perspectives uniques sur les perceptions du suivi de la CV par les prestataires et soulignent l'importance d'avoir des politiques qui tiennent compte des enjeux individuels et environnementaux de la mise en œuvre des programmes de suivi de la CV. **Les résultats peuvent éclairer le déploiement à plus grande échelle en aidant les décideurs politiques à identifier des stratégies pour améliorer la faisabilité et la durabilité du suivi de la CV.**

[Accès au résumé](#)

***Note de la rédaction :** Le suivi de la charge virale pour les personnes séropositives au VIH apparaît de plus en plus comme une méthode de suivi des réponses au traitement antirétroviral (TARV) et d'identification d'échec du traitement. Il est considéré plus précis (en termes de sensibilité et de spécificité) que les méthodes alternatives (ex. numération de CD4). Les prestataires de TARV jouent un rôle essentiel dans la mise en œuvre du renforcement de la méthode de la charge virale car c'est une démarche qui nécessite des ressources importantes et les prestataires assument de lourdes responsabilités afin d'en retirer des bénéfices en termes individuels et de santé publique. En s'appuyant sur des données issues d'entretiens en personne avec des prestataires en première ligne de la gestion du TARV dans cinq services de TARV du Malawi, cette étude a analysé à plusieurs niveaux les obstacles et les leviers de l'incorporation du suivi de la charge virale dans la pratique clinique quotidienne. Les résultats de l'étude ont illustré un ensemble complexe d'obstacles et de leviers interconnectés identifiés par les prestataires qui sont apparus à plusieurs niveaux. Concernant les leviers, la forte demande des patients pour des tests de mesure de la charge virale a renforcé les bénéfices perçus par les prestataires du suivi de la charge virale. En outre, l'accent mis sur l'autonomisation du prestataire lors des activités de renforcement de la méthode de la charge virale avait pour but de renforcer la volonté des prestataires d'adopter des responsabilités supplémentaires. Les obstacles identifiés par les prestataires incluaient le fardeau supplémentaire associé au suivi de la charge virale, comme le temps nécessaire pour remplir les formulaires d'évaluation de l'adhérence. Un obstacle associé à ceux-ci a été identifié par les prestataires au niveau des structures concernant la pénurie de personnels. Il a notamment été identifié comme un obstacle à la réalisation des activités de suivi de la charge virale. En outre, des problèmes de personnel, parallèlement à la réticence du personnel tournant à participer aux activités de suivi de la charge virale, ont été cités comme des facteurs de non présentation des patients aux consultations au dispensaire. Au niveau du système, les obstacles portaient sur le temps et l'argent nécessaires aux patients pour aller chercher leur TARV de deuxième intention, qui ont souvent fait obstacle à l'orientation des patients vers un suivi de la charge virale. De plus, les prestataires ont exprimé leur frustration face à une politique au Malawi qui impose des délais restrictifs depuis l'exposition au TARV comme conditions d'éligibilité au suivi de la charge virale. Par conséquent, ils ont été contraints de "rationner" un service qui était considéré comme utile pour orienter la pratique clinique et conseiller les personnes.*

Pour surmonter certains de ces obstacles, les auteurs suggèrent que les problèmes liés au fardeau de la charge de travail et à la pénurie de personnels formés dans les structures soient traités en augmentant le ratio prestataire/patient dans les services de TARV, en élargissant le champ d'action et en formant une catégorie inférieure de travailleurs de la santé pour favoriser la durabilité du programme. De plus, pour synchroniser les interfaces au niveau de la structure, du système et de la politique, les défaillances des systèmes de gestion des données devaient être surmontées. Pour ce faire, l'amélioration de la couverture des réseaux mobiles et de la connexion à internet avec les services éloignés serait de nature à rendre plus fiables les communications entre le centre de soins et le laboratoire. De plus, une distribution décentralisée des TARV de deuxième intention, avec l'amélioration des procédures de la chaîne d'approvisionnement devrait être envisagée afin de minimiser les ruptures de stock pour les personnes désirant un suivi de la charge virale dans des zones plus reculées. Par ailleurs, face au problème posé par les critères d'éligibilité stricts du Malawi, les décideurs politiques doivent s'efforcer de concevoir des formations pour les prestataires et des matériels pédagogiques pour les patients qui présentent clairement ces critères afin d'optimiser l'accès aux possibilités limitées de suivi de la charge virale pour les personnes présentant le plus haut risque d'échec du TARV. Les tests de "rattrapage" sont une autre option pour améliorer l'accès: toute personne sous TARV depuis plus de deux ans bénéficie d'un seul test puis revient à l'éligibilité semestrielle. Même si les résultats de cette étude sont exploratoires, ils sont très utiles pour se faire une idée des obstacles et des leviers rencontrés par les prestataires concernant le suivi de la charge virale. Dans l'ensemble, le suivi de la charge virale peut être utilisé comme un outil pour aider les prestataires à améliorer la qualité des soins du VIH qu'ils délivrent, dès lors que certains obstacles sont surmontés.

Maintien dans les soins pour le VIH mais pas sous traitement antirétroviral: étude qualitative dyadique patient-prestataire.

Christopoulos KA, Olender S, Lopez AM, Lekas HM, Jaiswal J, Mellman W, Geng E, Koester KA. PLoS Med. 11 août 2015;12(8):e1001863. doi: 10.1371/journal.pmed.1001863. eCollection 2015.

Contexte: **Les patients maintenus dans les soins du VIH mais pas sous traitement antirétroviral (TARV) représentent une part importante de la cascade des soins du VIH aux États-Unis.** Même à une époque où les TARV sont mieux tolérés et plus efficaces, la prise de décision en matière d'offre et d'utilisation du TARV reste complexe et appelle à l'exploration des points de vue des patients et des prestataires. Nous avons cherché à comprendre les raisons du défaut d'utilisation du TARV chez des patients qui répondent à la définition (donnée par l'Administration des services des ressources de santé) du maintien, mais également les facteurs d'incitation à se rendre aux rendez-vous de soins primaires du VIH en l'absence de TARV.

Méthodes et résultats: **Nous avons réalisé une étude qualitative composée de 70 entretiens approfondis avec des patients n'ayant jamais reçu de TARV et des patients ayant l'expérience du TARV mais l'ayant arrêté, et avec leurs prestataires de soins primaires dans deux centres de soins urbains du VIH jouant le rôle de filet de sécurité, à San Francisco et à New York.** Vingt patients et leurs prestataires de soins ont été interrogés séparément au départ, et 15 dyades ont été interrogées à nouveau au bout d'au moins 3 mois et une autre consultation médicale afin de comprendre toute utilisation d'un TARV dans l'intervalle. Nous avons appliqué une analyse dyadique à nos données. Presque tous les patients étaient décidés à envisager un TARV et 40% de l'échantillon ont instauré un TARV, citant comme leviers l'information sur les nouveaux antirétroviraux, l'acceptation du diagnostic du VIH, l'aide sociale et la confiance accrue en leur capacité d'adhérence. Cependant, la force de la recommandation du prestataire à suivre un TARV a joué un rôle important. **De nombreux patients avaient intériorisé des messages de prestataires selon lesquels leur**

état de santé était trop bon pour nécessiter un TARV. En outre, bien qu'assurant des soins centrés sur les patients en se montrant sensibles aux patients souffrant d'instabilité psychosociale, les prestataires ont souvent passé sous silence l'offre de TARV, parfois intentionnellement. En l'absence de TARV, les contrôles de laboratoire, les relations avec les prestataires, l'accès aux services sociaux, les analgésiques opiacés et les symptômes aigus ont motivé les soins. Les principales limites de cette étude étaient que le traitement à titre préventif n'a pas été exploré en profondeur et que les participants ont été recrutés dans des services de soins du VIH universitaires aux États-Unis, ce qui permet de tirer des généralités des résultats essentiellement pour ce milieu.

Conclusions: La communication des prestataires en matière de TARV est une cible clé pour la poursuite de l'analyse et de l'intervention afin d'accroître l'utilisation du TARV pour les personnes maintenues dans les soins du VIH.

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

***Note de la rédaction :** Cet article s'inspire de données qualitatives issues de deux centres de soins aux États-Unis. Il examine les obstacles à l'utilisation du TARV dans cette nouvelle période de TARV du point de vue des personnes maintenues dans les soins cliniques et non traitées par un TARV actuellement, et leurs prestataires de soins primaires. Il explore en outre les facteurs qui ont favorisé le recours régulier aux soins primaires même en l'absence de TARV. L'une des forces de cet article est l'approche dyadique de la collecte des données qui a permis aux auteurs de comparer et confronter les déclarations des usagers et des prestataires des soins. Les résultats de cet article sont utiles dans le cadre de la réflexion sur l'objectif 90-90-90, une cible de traitement ambitieuse récemment adoptée par l'ONUSIDA pour aider à mettre fin à l'épidémie du sida.*

Les études récentes, dont HPTN 052 et START (Strategic Timing of AntiRetroviral Treatment), ont mis en avant les bénéfices en termes individuels et de santé publique de l'instauration précoce du traitement antirétroviral (TARV) indépendamment de la numération de CD4. L'objectif 90-90-90 est qu'à l'horizon 2020 90% de toutes les personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut, que 90% de toutes les personnes ayant reçu un diagnostic de VIH suivent un traitement antirétroviral durable et que 90% de toutes les personnes sous TARV atteignent une suppression virale.

Les résultats de cet article présentent d'importants défis pour l'Afrique subsaharienne et d'autres milieux défavorisés dans l'optique de l'objectif 90-90-90. Premièrement, bien que l'essai DART ait montré qu'un TARV de première ligne pouvait être délivré en toute sécurité sans tests systématiques, dans cette étude, de nombreuses personnes sont restées engagées dans les soins à cause du contrôle en laboratoire de leur état de santé. Deuxièmement, une grande partie des personnes appréciait les liens forts qu'ils avaient noués avec leurs prestataires de soins, grâce aux soins médicaux centrés sur les patients. Cette situation contraste avec les contextes de traitement comme ceux observés en Afrique subsaharienne où les patients ont peut-être moins de chances de voir le même prestataire régulièrement, ni même pour deux consultations consécutives. Troisièmement, l'accès aux services de soins sociaux et aigus a également motivé certains participants à continuer à se rendre aux consultations de soins primaires. Dans les contextes défavorisés, ces services sont rarement disponibles. Comprendre comment maintenir les personnes sous TARV dans les milieux défavorisés lorsque les facteurs économiques, sociaux et contextuels diffèrent sera l'un des principaux objectifs des approches individuelles et de santé publique de gestion de l'épidémie.

4. Éviter les décès liés à la tuberculose

Quatre degrés de séparation: les contacts sociaux et les professionnels de santé influent sur les étapes menant au diagnostic final de tuberculose active chez les patients des zones urbaines d'Ouganda.

Sekandi JN, Zalwango S, Martinez L, Handel A, Kakaire R, Nkwata AK, Ezeamama AE, Kiwanuka N, Whalen CC. BMC Infect Dis. 21 août 2015;15:361. doi: 10.1186/s12879-015-1084-8.

Contexte: Le retard d'établissement du diagnostic de tuberculose (TB) a un impact négatif sur l'état de santé des patients et prolonge la transmission du virus dans la communauté. L'impact des contacts sociaux sur les mesures prises par les patients atteints de TB pulmonaire active pour obtenir un diagnostic n'a pas été bien étudié.

Méthodes: Une étude rétrospective a été utilisée pour recruter des patients TB sous traitement depuis 3 mois ou moins et âgés de ≥ 18 ans dans 3 dispensaires publics de Kampala, Ouganda, de mars à juillet 2014. **Une analyse des réseaux sociaux a été utilisée pour recueillir des informations sur les contacts sociaux et les professionnels de santé consultés par les patients pour mesurer le nombre d'étapes et le temps écoulé entre l'apparition des symptômes et le diagnostic final de TB.**

Résultats: Sur 294 patients atteints de TB, 58% étaient des hommes et l'âge moyen était de 30 ans (IQR: 24-38 ans). **Le nombre médian d'étapes était de 4 (IQR: 3, 7), ce qui correspond à 70 (IQR: 28,140) jours jusqu'au diagnostic. On a observé davantage d'étapes et une durée plus longue jusqu'au diagnostic chez les nouveaux patients que chez les patients suivant un nouveau traitement (5 contre 3, $P < 0,0001$; 84 contre 46 jours $P < 0,0001$).** Cinquante-huit pour cent des patients ont d'abord contacté des personnes de leur réseau social. **La première étape pour commencer à se soigner représentait 41 % du temps écoulé jusqu'au diagnostic et les consultations auprès de prestataires de soins hors TB et de prestataires de soins de la TB (sans diagnostic de TB) représentaient respectivement 34% et 11%.** Les nouveaux patients TB par rapport à ceux traités par un traitement supplémentaire (HR: 0,66, IC 95 %; 1,11, 1,99), ceux ayant d'abord contacté un professionnel de santé hors TB par rapport à ceux ayant contacté un réseau social (HR: 0,72 IC 95 %; 0,55, 0,95) et les patients séronégatifs par rapport aux patients séropositifs au VIH (HR: 0,70, IC 95 %; 0,53, 0,92) présentaient une probabilité nettement plus faible d'obtenir le diagnostic final dans les délais.

Conclusions: On a observé quatre degrés de séparation entre l'apparition des symptômes chez un patient atteint de TB et un diagnostic final. Les parcours diagnostiques ont été influencés à la fois par les réseaux sociaux et les réseaux des professionnels de santé. La plupart des retards sont survenus durant la première étape, qui représente les décisions de demander de l'aide, et via les interactions avec des professionnels de santé hors TB. Les programmes de contrôle de la TB devraient renforcer l'éducation et le dépistage actif dans la communauté et dans le milieu des soins de santé pour garantir un diagnostic rapide de la tuberculose.

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

Note de la rédaction : *Les retards de diagnostic de la tuberculose sont bien documentés dans la littérature et les obstacles au diagnostic se retrouvent aussi bien dans la communauté que dans le système de santé. Cette étude, menée en milieu urbain en Ouganda, a inclus une exploration plus approfondie des démarches suivies par les personnes symptomatiques avant de recevoir un diagnostic de TB. Le délai médian de l'apparition des symptômes au diagnostic était de plus de deux*

mois et la majeure partie des personnes ont demandé de l'aide à des membres de la famille, à des amis et à des professionnels de santé hors TB (ex. établissements de santé privés ou pharmacies) avant de se rendre dans des structures de santé publique. Il a été démontré que le fait d'avoir déjà reçu un traitement antituberculeux réduisait le délai, suggérant que les connaissances existantes de la TB dans de tels cas ont pu influencer sur leur demande de soins. Autre élément intéressant: les retards de diagnostic étaient plus importants chez les personnes séronégatives au VIH, même s'il n'a pas été possible d'établir si cela était dû à aux différences en termes d'accès aux soins, de types de symptômes ou de sévérité des symptômes. Cet aspect est particulièrement intéressant car on estime que dans les communautés où la prévalence du VIH est élevée, l'essentiel de la transmission de la TB peut être attribuable aux personnes séronégatives au VIH qui sont atteintes d'une TB active.

Cette étude souligne le risque potentiel de transmission de la TB dans la communauté durant la phase pré-diagnostic. Il semble évident que, pour endiguer la transmission de la TB, nous devons élaborer des programmes qui vont bien au-delà des structures de santé publique, ce qui souligne le besoin d'un engagement et de la formation de la communauté au sens large ainsi que de programmes plus ciblés afin de faciliter les relations entre les autres professionnels de santé et les services de soins de la TB. Il est également important de se souvenir que, pour interrompre la transmission, nous devons garantir l'accessibilité des services et des programmes de la TB aux personnes séronégatives ainsi qu'aux personnes vivant avec le VIH.

Incidence du cancer après la généralisation du traitement du VIH au Botswana

Dryden-Peterson S, Medhin H, Kebabonye-Pusoentsi M, Seage GR, 3rd, Suneja G, Kayembe MK, Mmalane M, Rebbeck T, Rider JR, Essex M, Lockman S. *PLoS One*. 12 août 2015;10(8):e0135602. doi: 10.1371/journal.pone.0135602. eCollection 2015.

Contexte: La généralisation du traitement antirétroviral (TARV) combiné dans le sud de l'Afrique a considérablement réduit la mortalité due aux infections liées au sida, mais l'impact du TARV sur l'incidence du cancer dans la région est inconnu. **Nous avons cherché à décrire les tendances en matière d'incidence du cancer au Botswana pendant la mise en œuvre du premier programme public de TARV en Afrique.**

Méthodes: **Nous avons inclus 8479 cas incidents issus du Botswana National Cancer Registry** au cours d'une période de généralisation considérable du TARV au Botswana, 2003-2008, **où la couverture du TARV a augmenté de 7,3% à 82,3%**. Nous avons utilisé des modèles de Poisson pour évaluer l'incidence du cancer ajustée sur l'âge et le nombre de cas dans la population totale, et dans une population pondérée selon la probabilité inverse dont le statut VIH est connu, au fil du temps, et nous avons estimé la couverture du TARV.

Résultats: Pendant cette période, **61,6% des cas de cancer ont été diagnostiqués chez des personnes vivant avec le VIH** et 45,4% de tous les cancers chez l'homme et 36,4% de tous les cancers chez les femmes étaient attribuables au VIH. **L'incidence du cancer ajustée sur l'âge a diminué de 8,3% par an dans la population vivant avec le VIH** (IC 95% -14,1 à -2,1%).

Cependant, malgré l'augmentation et le vieillissement progressifs de la population vivant avec le VIH, le nombre annuel de cancers diagnostiqués est demeuré constant (taux annuel de 0,0%, IC 95% -4,3 à +4,6%). Dans la population globale, l'incidence du sarcome de Kaposi a diminué (4,6% par an, IC 95% -6,9 à -2,2), mais l'incidence du lymphome non hodgkinien (+11,5% par an, IC 95% +6,3 à +17,0%) et des cancers associés au HPV a augmenté (+3,9% par an, IC 95% +1,4 à +6,5%).

L'incidence du cancer ajustée sur l'âge a augmenté de 7,5 % par an chez les personnes ne vivant pas avec le VIH (IC 95% +1,4 à +15,2 %).

Interprétation: **La généralisation du TARV au Botswana était associée à une diminution du risque de cancer selon l'âge.** Toutefois, **du fait de l'augmentation et du vieillissement de la population, le nombre de cancers incidents dans la population vivant avec le VIH est resté élevé.** L'augmentation des moyens alloués à la détection et au traitement précoces du cancer lié au VIH doit être un nouvel axe prioritaire des programmes en Afrique.

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

Une évaluation à l'échelle de la population de l'impact du traitement antirétroviral sur l'incidence du cancer dans le comté de Kyadondo, Ouganda, 1999-2008.

Mutyaba I, Phipps W, Krantz EM, Goldman JD, Namboozee S, Orem J, Wabinga HR, Casper C. J Acquir Immune Defic Syndr. 1^{er} août 2015;69(4):481-6. doi: 10.1097/QAI.0000000000000620.

Contexte: L'introduction du traitement antirétroviral (TARV) aux États-Unis et en Europe a conduit à une évolution de l'incidence des cancers chez les personnes vivant avec le VIH, notamment à une nette diminution du sarcome de Kaposi et du lymphome non hodgkinien, et à une augmentation du lymphome hodgkinien et des affections du foie et anogénitales. **Nous avons cherché à évaluer si la disponibilité croissante du TARV est associée à une modification de l'incidence du cancer en Ouganda.**

Méthodes: Les cas incidents de **10 affections malignes** ont été identifiés à partir du **Kampala Cancer Registry** de 1999 à 2008. **Les taux de couverture du TARV** pour l'Ouganda ont été extraits des rapports du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida. Une régression binomiale négative et de Poisson ont établi un modèle de l'association entre la couverture du TARV et l'incidence du cancer ajustée sur l'âge.

Résultats: La couverture du TARV en Ouganda a augmenté de 0% à 43% de 1999 à 2008. **À chaque augmentation de 10% de la couverture du TARV, l'incidence du sarcome de Kaposi a baissé de 5%** [rapport des taux d'incidence (IRR) = 0,95, intervalle de confiance de 95%: 0,91 à 0,99, P = 0,02] et du **cancer de l'estomac a diminué de 13%** [IRR = 0,87 (IC 95%: 0,80 à 0,95), P = 0,002].

Inversement, l'incidence du **lymphome non hodgkinien a augmenté de 6%** [IRR = 1,06 (IC 95%: 1 à 1,12, P = 0,05], du **cancer du foie de 12%** [IRR = 1,12 (IC 95%: 1,04 à 1,21, P = 0,002], du **cancer de la prostate de 5%** [IRR = 1,05 (IC 95%: 1 à 1,10, P = 0,05], du **cancer du sein de 5%** [IRR = 1,05 (IC 95%: 1 à 1,11), P = 0,05]. **La couverture du TARV n'était pas associée à l'incidence du cancer du col de l'utérus invasif, des maladies pulmonaires, du colon et de la maladie de Hodgkin.** La restriction aux cas histologiquement confirmés a donné des résultats similaires.

Conclusions: Nos résultats suggèrent que **les affections malignes caractérisant le sida et autres affections malignes resteront probablement de lourds fardeaux pour la santé publique en Afrique subsaharienne malgré une plus grande disponibilité du TARV.**

[Accès au résumé](#)

***Note de la rédaction :** Les maladies non transmissibles, dont les cancers, suscitent une préoccupation croissante en Afrique subsaharienne. Vu l'augmentation du nombre de personnes sous traitement antirétroviral (TARV), le nombre absolu de personnes ayant reçu un diagnostic de cancer est susceptible d'augmenter, ce qui pose un défi majeur aux services de diagnostic et de traitement du cancer qui disposent de moyens souvent insuffisants. Peu de pays africains disposent de registres des cancers opérationnels. Ce mois-ci, nous mettons en avant les données issues des registres du cancer botswanais et ougandais.*

L'article de Dryden-Peterson et al. présente les données du registre botswanais de 2003 à 2008, une époque où le déploiement du TARV a été rapide. Les taux de cancer ajustés sur l'âge ont été estimés à l'aide de dénominateurs d'une enquête sur la population qui incluent le statut VIH. L'analyse fait la distinction entre les cancers survenant chez des personnes séropositives et ceux attribuables au VIH (dont le sarcome de Kaposi, le lymphome non hodgkinien et le cancer du col de l'utérus). Le sarcome de Kaposi et le cancer du col et du sein étaient les cancers le plus souvent rapportés. Globalement, dans un contexte d'incidence croissante des cancers ajustée sur l'âge, l'incidence ajustée sur l'âge dans la population séropositive a diminué comparativement au premier pic enregistré avant la mise en œuvre du TARV. Cependant, étant donné la population croissante de survivants, le nombre absolu de cas signalés est resté constant. Les tendances étaient différentes selon les types de cancer. Le cancer du col, qui touche les jeunes femmes et qui a augmenté durant la période étudiée, peut être un centre d'intérêt particulier car il est fréquent et relativement facile à identifier à un stade précoce.

L'article de Mutyaba et al. présente les données du registre du cancer ougandais pour le comté de Kyadondo de 1999 à 2008, là aussi une époque où le déploiement du TARV a été rapide. L'analyse se base sur des dénominateurs de la population et une analyse écologique pour estimer l'évolution de l'incidence du cancer par couverture du TARV pour 10 cancers sélectionnés, dont le sarcome de Kaposi, le cancer invasif du col et le lymphome non hodgkinien. Bien que des différences significatives aient été observées durant cette période quant au taux d'incidence d'environ la moitié des cancers, les différences par augmentation de la couverture du TARV (de 10%) étaient modérées.

Ces données sont un peu dépassées mais, malgré les limites à l'utilisation de données courantes (évaluation incomplète et partielle des cancers, du statut VIH, etc.), il est clair que le fardeau des cancers dans ces deux milieux ne diminuera probablement pas et que les conséquences sont importantes en matière de prestation de services, notamment pour les programmes de dépistage.

Les résultats des deux études montrent tous les deux une nette diminution des cas de sarcome de Kaposi sous TARV mais une augmentation du lymphome non hodgkinien. Cependant, les tendances relatives aux autres cancers (col de l'utérus, sein, prostate, foie et poumon) ne vont pas dans ce sens, ce qui peut traduire des différences en matière de moyens d'évaluation, des différences dans la programmation du TARV ou l'analyse des données. Dans l'ensemble, les deux études soulignent que le cancer ne recule pas avec le déploiement des programmes de TARV.

5. Parer à l'insuffisance des ressources

Évaluation de l'impact et du rapport coût-efficacité de l'autotest de dépistage du VIH dans les pays à faible revenu.

Cambiano V, Ford D, Mabugu T, Napierala Mavedzenge S, Miners A, Mugurungi O, Nakagawa F, Revill P, Phillips A. J Infect Dis. 15 août 2015;212(4):570-7. doi: 10.1093/infdis/jiv040. Publication en ligne 12 mars 2015.

Contexte: Les études ont démontré que l'autotest de dépistage du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) était très bien accepté par les personnes concernées et permettait de réaliser des économies, comparativement aux conseils et tests du VIH dispensés par le prestataire (CTVP), bien que les effets à plus long terme sur la population soient incertains. **Nous avons évalué le rapport coût-efficacité de l'introduction de l'autotest de dépistage en 2015 sur une période de 20 ans dans un pays tel que le Zimbabwe.**

Méthodes: Le modèle de synthèse du VIH a été utilisé. Deux scénarios ont été envisagés. Dans le scénario de référence, l'autotest n'est pas disponible, et le tarif du premier CTVP et du CTVP

répété est supposé augmenter à partir de 2015, conformément aux tendances passées. **Dans le scénario de l'intervention, l'autotest est introduit à un coût unitaire de 3\$.**

Résultats: Nous prévoyons que l'introduction de l'autotest pourrait conduire à des économies modérées de dépenses de santé s'élevant à 75 millions de \$, en évitant également près de 7000 années de vie ajustées sur l'incapacité sur 20 ans. Les résultats sont restés constants face à la plupart des évolutions d'hypothèses, mais le surcoût de l'autotest, le plus faible lien avec les soins chez les personnes dont le diagnostic est établi en conséquence d'un résultat positif à l'autotest, et l'abaissement du seuil des critères d'éligibilité au traitement antirétroviral pourraient donner à l'autotest de dépistage un rapport coût-efficacité négatif dans certaines situations.

Conclusions: Cette analyse suggère que l'introduction de l'autotest offre certains avantages en termes de santé et peut également permettre de réaliser des économies.

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

***Note de la rédaction :** Dans les pays à faible revenu, 50% des personnes vivant avec le VIH ignorent leur statut VIH. Certains obstacles au diagnostic sont liés aux modèles basés sur les prestataires et pourraient être surmontés en introduisant des stratégies d'autotest de dépistage. Le coût de l'autotest est censé être inférieur à celui des tests effectués par un prestataire de soins. Cependant, l'autotest peut présenter une moins bonne sensibilité, peut nécessiter la confirmation du diagnostic par un prestataire et peut conduire à réduire les liens avec les soins, entre autres inconvénients potentiels. Cette étude évalue le rapport coût-efficacité de l'introduction de l'autotest au Zimbabwe sur une période de 20 ans.*

Deux scénarios sont modélisés à l'aide d'un modèle stochastique individuel de la transmission, de la progression de l'infection et du traitement du VIH: 1) un cas de référence dans lequel l'autotest n'a pas été introduit, avec poursuite des tests réalisés par le prestataire et 2) après l'introduction de l'autotest. Les résultats en matière de coût et de santé ont été comparés.

L'étude suggère que l'introduction de l'autotest entraînerait une augmentation de 7% de la proportion de personnes testées pour le VIH par rapport au scénario de référence. De plus, elle entraînerait une réduction de 2,6% des coûts (75 millions USD) et 7000 DALY évitées sur une période de 20 ans. Cependant, les coûts et les effets dépendent de divers facteurs et dans certains scénarios (par exemple dans des situations où les liens avec la cascade des soins et des traitements seraient inadéquats) l'autotest pourrait donner des résultats plus mauvais que le cas de référence. Les analyses de sensibilité démontrent que les principaux déterminants de l'amplitude des gains en matière de santé incluent le coût de l'autotest, le niveau initial de diagnostic du VIH et de couverture du TARV, ainsi que la disponibilité de l'autotest.

Cette étude contient des résultats intéressants qui pourraient permettre une utilisation plus efficace des ressources. Toutefois, des travaux de recherche doivent être effectués dans ce cadre pour garantir que l'introduction de l'autotest offre le bénéfice maximum. Il faut poursuivre les travaux pour déterminer le coût de la distribution et de la prise en charge de l'autotest, et pour analyser son acceptation par la communauté. En outre, étant donné l'importance des liens avec les soins, la recherche sur l'autotest doit être intégrée dans la littérature plus vaste autour du renforcement des systèmes de santé.

6. Éliminer la stigmatisation et la discrimination

L'association de la stigmatisation liée au VIH et de l'adhérence au traitement du VIH: revue systématique et synthèse de la littérature

Sweeney SM, Vanable PA. *AIDS Behav.* 25 août 2015. [Publication en ligne avant impression]

Cet article offre un aperçu de la littérature quantitative relative à la stigmatisation liée au VIH et à l'adhérence au traitement, et notamment: (1) synthèse des preuves empiriques qui associent la stigmatisation à l'adhérence, (2) examen des mécanismes de causalité proposés de la relation entre stigmatisation et adhérence et (3) critique méthodologique et orientation pour les futures recherches. Nous avons analysé 38 études traitant d'analyses transversales ou prospectives de l'association entre la stigmatisation liée au VIH et l'adhérence au traitement depuis l'introduction des traitements antirétroviraux (TARV). **Malgré les importantes preuves empiriques qui établissent un lien entre la stigmatisation et les difficultés d'adhérence, peu d'études ont fourni des données sur les mécanismes psychosociaux qui peuvent expliquer ce lien.** Les mécanismes proposés incluent les suivants: (a) vulnérabilité accrue aux problèmes de santé mentale, (b) diminution de l'auto-efficacité et (c) préoccupations liées à la divulgation involontaire du statut VIH. **Les futures recherches doivent s'efforcer d'évaluer les multiples domaines de stigmatisation, l'utilisation de mesures d'adhérence standardisées et inclure des analyses prospectives pour tester les variables médiatrices.**

[Accès au résumé](#)

Note de la rédaction : *Les personnes vivant avec le VIH sont souvent victimes de stigmatisation et de discrimination, et notamment d'isolement social et de stéréotypes négatifs. Les derniers éléments de preuve suggèrent que la stigmatisation peut influencer sur l'adhérence au traitement du VIH chez les personnes vivant avec le VIH. Cet article présente les résultats d'une revue systématique des preuves de l'impact de la stigmatisation liée au VIH sur l'adhérence au traitement du VIH. Les auteurs ont identifié 38 études qui ont évalué quantitativement l'association entre la stigmatisation et l'adhérence au traitement. Toutes les études ont trouvé des preuves indiquant que la stigmatisation a contribué aux difficultés d'adhérence chez les personnes vivant avec le VIH. Les études incluses portaient sur différentes populations de patients échantillonnées dans divers pays et contextes. Bien que la stigmatisation soit fortement influencée par le contexte socioculturel, l'association entre la stigmatisation et l'adhérence à travers divers contextes indique qu'il peut y avoir des points communs entre les facteurs de stigmatisation et leur relation à l'adhérence.*

Les auteurs de cette revue suggèrent trois mécanismes de causalité possibles de la stigmatisation liée au VIH et de l'adhérence au traitement: (1) Il peut y avoir des liens entre la stigmatisation et les symptômes dépressifs et entre les symptômes dépressifs et l'adhérence. La stigmatisation intériorisée peut accroître la vulnérabilité aux symptômes dépressifs et cela peut influencer sur l'adhérence au traitement du VIH. (2) La stigmatisation peut entraîner une diminution de l'auto-efficacité - le sentiment qu'a un individu de sa compétence à organiser et exécuter des tâches - ce qui peut influencer sur l'adhérence au traitement. (3) Certaines personnes peuvent craindre la divulgation de leur statut VIH en étant vus prendre leur traitement du VIH. La crainte de la divulgation du statut et la stigmatisation associée peuvent conduire certaines personnes à éviter de prendre leur traitement anti-VIH.

Les études incluses dans cette revue indiquent un lien évident entre la stigmatisation liée au VIH et l'adhérence au traitement contre le VIH. Il peut y avoir des points communs entre les facteurs de stigmatisation d'une population à une autre. Les travaux futurs doivent évaluer l'impact des diverses

formes de stigmatisation sur l'adhérence et tester les mécanismes de causalité entre stigmatisation et adhérence.

(Ne pas) aborder les questions politiques: femmes indigènes et prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant en Papouasie occidentale.

Munro J, McIntyre L. Cult Health Sex. 25 août 2015:1-16. [Publication en ligne avant impression]

Cet article repose sur des critiques qui en appellent à une compréhension plus nuancée et **contextualisée des conditions qui influent sur la prévention du VIH en s'intéressant aux expériences par les femmes de Papouasie occidentale des services de prévention de la transmission mère-enfant.** En s'appuyant sur des études qualitatives, **de type ethnographique, menées auprès de femmes indigènes et de travailleurs de santé,** l'article démontre que les **femmes reçoivent une éducation et des conseils sur le VIH de piètre qualité,** et que les services de soins du VIH apportent des réponses très insuffisantes aux pratiques et préoccupations indigènes. Nous attribuons cette situation à une combinaison de **problèmes politiques nationaux à caractère anti-indigène et anti-séparatiste liés aux interventions conduites par des donateurs** qui ont pour **effet une localisation limitée et une efficacité réduite des mesures de prévention du VIH.** En Papouasie occidentale, il existe un besoin de services pour améliorer la coopération et l'engagement commun, et pour reconnaître et travailler à vaincre les inégalités, les tensions ethniques et la discrimination existantes au sein du système de santé. Au-delà de l'Indonésie, **les programmes et interventions de riposte au VIH soutenus par les donateurs doivent trouver le juste équilibre entre la prise en charge des questions politiquement sensibles et la complicité de perpétuation d'inégalités de santé.** Pour traduire les interventions de santé mondiales et les priorités des donateurs en activités de prévention du VIH localement contraignantes, il faut plus que parcourir les croyances culturelles et religieuses locales. **Des stratégies de développement et de mise en œuvre des programmes qui impliquent la confrontation des questions structurelles et des hiérarchies sociales,** des clivages et des silences sont nécessaires **à la prestation de services plus efficaces;** des stratégies qui sont intrinsèquement politiques.

[Accès au résumé](#)

***Note de la rédaction :** La Papouasie occidentale connaît l'une des épidémies de VIH à la croissance la plus rapide au monde, en particulier dans ses populations indigènes (prévalence de 2,9%). La traduction des programmes de prévention du VIH dans la situation locale est rendue complexe par les relations inégalitaires, discriminatoires et racialisées qu'entretiennent le gouvernement indonésien et les Papous indigènes. Ce constat est aggravé par l'exclusion des Papous indigènes de la direction et de la gouvernance des services de santé. Les tensions qui opposent le personnel des ONG papous de soins du VIH aux travailleurs de santé indonésiens constituent des obstacles aux prestations de promotion de la santé et de test de dépistage du VIH. Les fondateurs et les représentants des agences internationales du VIH ignorent ces tensions, pour des raisons politiques.*

Les peuples indigènes sont stigmatisés comme étant "hypersexuels" et "sauvages", ce qui se traduit par une conception et une prestation médiocres des services de prévention de la transmission de la mère à l'enfant. Du fait des stéréotypes raciaux, les femmes de Papouasie reçoivent une éducation et un soutien insuffisants dans le système de santé. Un grand nombre de femmes ne comprennent pas tout à fait la prévention de la transmission mère-enfant, le traitement antirétroviral, les choix en matière d'alimentation du nourrisson et d'accouchement. Les femmes sont mal à l'aise avec les travailleurs de santé et n'ont pas confiance en leurs conseils, qui sont inadaptés et ne tiennent pas compte de l'opinion des personnes. Les femmes abandonnent souvent les soins du VIH après le

dépistage. Les femmes étaient très isolées, leur partenaire partant souvent travailler très loin. Les femmes ne divulguent leur statut VIH qu'à très peu de personnes, même au sein de la famille, et ne connaissent généralement pas d'autres mères séropositives. Les organismes donateurs internationaux doivent faire face aux tensions politiques locales, ce qui se traduit par un traitement de mauvaise qualité des usagers des services. Les programmes de prévention du VIH peuvent exacerber les inégalités locales si celles-ci ne sont pas prises en compte dans la politique sanitaire et les prestations de services autour du VIH.

Les formes de sécurité et leur impact sur la santé: exploration du risque lié au VIH/sida et de la résilience chez les femmes transgenres au Liban.

Kaplan RL, Wagner GJ, Nehme S, Aunon F, Khouri D, Mokhbat J. *Health Care Women Int.* 2015 Aug;36(8):917-35. doi: 10.1080/07399332.2014.896012. Publication en ligne 9 avril 2014.

En se basant sur la théorie du stress des minorités, les auteurs ont étudié les comportements à risque des femmes transgenres (femmes trans) au Liban. **En partant d'entretiens semi-structurés, les auteurs ont exploré six thématiques: relations avec la famille et les amis, ouverture d'esprit sur le genre et la sexualité, expérience de la stigmatisation, comportement sexuel, attitudes et comportements relatifs au dépistage du VIH et perception des normes liées au VIH parmi les pairs transgenres.** Les participantes ont exprimé l'importance des différentes formes de sécurité: sociale/émotionnelle, physique, sexuelle et financière. **Les stratégies d'obtention de la sécurité ont été négociées différemment selon les facteurs sociaux, comportementaux et structurels de l'environnement.** Dans cet article, nous révélons les résultats de l'étude du point de vue des femmes trans, leur exposition à la stigmatisation et la navigation nécessaire dans des milieux caractérisés par la transphobie.

[Accès au résumé](#)

Note de la rédaction : *Les femmes transgenres présentent un risque élevé d'acquisition/de transmission du VIH en raison de leurs expériences de stigmatisation, de discrimination et de transphobie. Cependant, les études sur les femmes transgenres d'Afrique du nord ou du Moyen-Orient sont insuffisantes.*

Des entretiens avec dix femmes trans de Beyrouth ont été inclus dans cette étude qualitative. Les résultats de l'étude soulignent l'extrême vulnérabilité des femmes transgenres à la stigmatisation, à la discrimination, à la violence, à la mauvaise santé mentale, à l'insécurité financière et au risque de VIH et d'IST. Le soutien social et la sécurité émotionnelle apportés par la famille, les amis et la communauté transgenre étaient souvent absents. Les troubles mentaux (9/10) et les pensées suicidaires/tentatives de suicide étaient élevés (5/10). La stigmatisation et la discrimination exercées par des pairs et par des enseignants à l'école, ainsi que sur le lieu de travail, étaient pratique courante. De nombreuses personnes ont également signalé des agressions et des violences verbales, physiques et sexuelles dans les lieux publics. Plusieurs participantes vendaient des services sexuels anaux afin de réduire l'insécurité financière. L'argent était un des principaux moteurs de la non-utilisation du préservatif.

Les programmes menés auprès des femmes transgenres devraient être multidimensionnels afin de traduire la complexité de leurs besoins. Ils devraient inclure la prévention du VIH, la défense des lois de prévention de la discrimination, les perspectives d'emploi pour permettre l'indépendance économique et le traitement et le soutien en cas de troubles mentaux.